

polynévrites motrices (dans ce cas, l'atrophie peut guérir); dans la *paralysie saturnine* (paralysie des extenseurs des doigts le plus souvent), la *névrite alcoolique*.

b) L'atrophie augmente progressivement d'étendue;

C'est l'*atrophie musculaire progressive*, laquelle peut se localiser dans une seule région : c'est l'atrophie progressive *circonscrite*; ou se propager à presque tous les muscles striés de l'organisme : c'est l'atrophie progressive *généralisée* ou *proprement dite*.

On rencontre l'*atrophie musculaire progressive, circonscrite* (à évolution lente), dans :

L'*atrophie musculaire d'origine cérébrale*, la *myélite diffuse subaiguë*, l'*atrophie musculaire des tabétiques*, la *syringomyélie*, la *poliomyélite antérieure chronique*.

On constate l'*atrophie musculaire progressive proprement dite* ou *généralisée* (avec modifications qualitatives de l'excitabilité électrique), dans :

L'*atrophie musculaire type Charcot-Marie* (débutant dans l'enfance par les membres inférieurs pour se propager, plus tard, aux membres supérieurs), la *sclérose latérale amyotrophique* (débutant à l'âge adulte par les petits muscles de la main, et se propageant plus tard aux muscles innervés par le bulbe), la *paralysie labio-glosso-laryngée*, enfin l'*atrophie musculaire type Aran-Duchenne* (débutant également à l'âge adulte par les petits muscles de la main, mais se propageant aux muscles du tronc et des membres inférieurs).

L'atrophie musculaire progressive généralisée se rencontre en dernier lieu (sans modifications qualitatives de l'excitabilité électrique) dans l'*amyotrophie primitive progressive*, qui apparaît dans la première enfance ou à l'âge de la puberté, et présente quatre types principaux :

La *paralysie pseudo-hypertrophique* (atrophie des membres inférieurs, avec augmentation de volume des muscles);

Le *type Landouzy-Déjerine* (les muscles de la face participent à l'atrophie);

Le *type Leyden-Mœbius* (les membres inférieurs s'atrophient les premiers);

Le *type Zimmerlin* (l'atrophie débute à la puberté par les muscles extrinsèques des membres supérieurs).

B. TROUBLES TROPHIQUES DE LA PEAU ET DE SES ANNEXES

La peau et les tissus sous-cutanés ont leur centre de nutrition dans les ganglions spinaux et dans les cornes postérieures : il en résulte que les affections siégeant dans ces parties ou dans les nerfs centripètes ont pour conséquence des modifications du côté de l'appareil cutané.

1. Parmi les affections de la **peau** dépendant d'altérations nerveuses, nous citerons principalement :

Le *zona*, dans les maladies de la moelle, dans les lésions des nerfs périphériques, et surtout à la suite de surmenage et de dépression psychique;

Le *mal perforant*, fréquent dans le tabes et dans la paralysie générale;

Le *decubitus*, ou formation d'eschares (se produisant avec \pm de rapidité, et toujours du côté anesthésié); lorsque cette altération dépend d'une lésion médullaire *unilatérale*, l'eschare ne se présente que d'un seul côté, et du côté *opposé* à la *paralysie et à la lésion* (c'est-à-dire du côté anesthésié; pl. VII, 15); dans les lésions médullaires *diffuses*, l'eschare se trouve au centre de la région sacrée (pl. VII, 17); enfin,

dans les lésions cérébrales, l'eschare occupe le centre de la fesse opposée à la lésion, mais *correspondant à la paralysie* ;

La *sclérodermie*, caractérisée par un épaissement de la peau, laquelle devient aussi plus dure, de telle façon qu'il est impossible de la faire glisser sur les tissus sous-jacents ; cette lésion (véritable sclérose cutanée) siège principalement à la face, au cou et aux membres supérieurs. Ultérieurement, la peau s'amincit, mais adhère toujours aux parties situées en dessous, et il s'établit une véritable atrophie ; celle-ci se rencontre surtout aux doigts ;

La *gangrène spontanée*, constatée parfois dans la syringomyélie ;

Nous citerons enfin la *gangrène symétrique des extrémités* ou *maladie de Raynaud*, qui n'est pas à proprement parler une lésion cutanée mais plus exactement un trouble vasomoteur ; ce syndrome complique des affections nerveuses très variées, et se localise aux doigts et aux orteils ; il se caractérise parfois par de véritables *plaques gangréneuses* se produisant symétriquement aux extrémités sans qu'il y ait aucune lésion du cœur ou des vaisseaux, ni septicémie, ni traumatisme, etc ;

2. Du côté des **ongles**, on a constaté surtout l'existence de rayures, la sécheresse, les brisures, l'atrophie, l'hypertrophie, enfin la chute spontanée de l'ongle ; cette dernière particularité se présente principalement dans le *tabes* .

3. Le **système pileux** est parfois hypertrophié, ou les poils tombent et disparaissent ; on a aussi constaté la disparition du pigment (canitie) dans certaines *névralgies* .

C. TROUBLES TROPHIQUES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Nous signalerons :

1. Les *œdèmes localisés*, se produisant soit à la face (dans des cas de *névralgie faciale*), soit aux membres ; on les rencontre dans le *tabes*, la *syringomyélie*, la *maladie de Basedow*, l'*œdème aigu angio-neurotique*, l'*œdème bleu* ou œdème hystérique (lequel peut se reproduire par la suggestion) ;

2. Le *myxœdème* (ou *cachexie pachydermique*), qui se présente sous la forme d'une tuméfaction spéciale débutant à la face et se propageant à tout le corps ; la peau paraît partout œdématiée ; la face est bouffie, jaunâtre, pâle ; la peau est cireuse, et *la pression du doigt n'y laisse aucune empreinte*. C'est ce qui distingue cette affection de l'anasarque ; du reste, les poumons, le cœur, l'urine sont normaux ;

3. La *maladie de Morvan*, caractérisée par l'apparition de panaris survenant successivement aux différents doigts des deux mains, et évoluant *sans douleur*, en laissant des déformations absolument caractéristiques.

D. TROUBLES TROPHIQUES DES ARTICULATIONS

On leur donne le nom d'*arthropathies nerveuses*, et ils dépendent de lésions soit des nerfs périphériques (*névrites*), soit des centres eux-mêmes.

Les arthropathies nerveuses d'origine centrale se ren-

contrent surtout dans l'*ataxie locomotrice*; elles siègent alors dans le genou ou dans le pied; les articulations gonflent sans douleur et sans fièvre, et ultérieurement il peut se produire des déformations considérables par usure des extrémités articulaires.

On rencontre aussi ces altérations dans la *syringomyélie*, dans la *compression de la moelle* (par mal de Pott), dans les *myélites aiguës et chroniques*, etc.

E. TROUBLES TROPHIQUES DES OS

Nous signalerons surtout les altérations des os (fragilité) se produisant dans le *tabes*; elles expliquent les fractures fréquentes dans cette affection.

F. TROUBLES TROPHIQUES SE DISTRIBUANT PAR RÉGIONS

Nous citerons principalement :

1. La *paralysie infantile*, dans laquelle un membre tout entier (os, muscles, tissu cellulaire sous-cutané) est atrophié et conserve indéfiniment un volume moindre que le membre correspondant;

2. L'*hémiatrophie de la face*; ici aussi, tous les tissus (peau, tissu cellulaire, muscles, os) sont simultanément atrophiés;

3. L'*acromégalie* ou *maladie de Marie*, qui se caractérise par

un développement exagéré, hypertrophique, non congénital, de la tête mais surtout de la *face* et de la langue, des *mains* et des *pièds*; il se produit ordinairement chez des adultes; l'hypertrophie porte à la fois sur les os et sur les parties molles.

4. La *maladie osseuse de Paget*, dont les signes principaux sont : l'augmentation de volume des os du *crâne*, une hypertrophie parfois considérable des *os longs* des membres, sans grande modification des extrémités, courbure de tous les os longs des membres, surtout des membres inférieurs, en dehors et en avant.

5. La *leontiasis ossea* de Virchow; hyperostoses multiples de la face et du crâne, sans hypertrophie des extrémités des membres;

6. L'*éléphantiasis*; hypertrophie et déformations des membres dans toute leur étendue, frappant surtout un seul côté du corps; hypertrophie fréquente des organes génitaux (c'est une maladie presque exclusive aux pays tropicaux).

6° TROUBLES SÉCRÉTOIRES

Nous citerons la *suppression* locale de la *SUEUR* (*anhydrose*) dans quelques cas de *névrites périphériques* et dans l'*hémiatrophie de la face*;

L'*augmentation* de la sécrétion sudorale (*hyperhydrose*) dans quelques névroses : l'*hystérie*, la *neurasthénie*, l'*hypochondrie*;

La *sueur de sang* (*hématydrose*) constatée parfois dans l'*hystérie*;

Le *ptyalisme* ou augmentation parfois considérable de la sécrétion de la salive ; se produisant le plus souvent au cours de la grossesse ;

L'augmentation de la sécrétion du SÉBUM (*séborrhée*) ;

La *suppression* ± complète de la sécrétion URINAIRE dans l'*hystérie* ;

La *polyurie* dans l'*hystérie*, au début du *goitre exophtalmique*, et dans un grand nombre d'affections cérébrales et bulbaires ;

L'*albuminurie* et surtout la *glycosurie* dans diverses lésions centrales ou périphériques ;

Enfin, l'abaissement des produits de sécrétion contenus dans l'urine à la suite d'attaques nombreuses d'*hystérie* ; les mêmes éléments seraient au contraire augmentés dans les attaques d'*épilepsie*.

B. LÉSIONS PRINCIPALES DES CENTRES NERVEUX

Les lésions que l'on rencontre le plus fréquemment dans les centres nerveux sont la *congestion*, les *inflammations*, les *hémorragies*, le *ramollissement*, la *sclérose*, les *tumeurs* ; en dehors de ces cas, il y a un groupe d'affections nerveuses dont les lésions ne sont pas nettement définies : on les désigne sous le nom de *névroses*.

La nature des symptômes, leur mode d'apparition et d'évolution dépendent nécessairement de la *nature* des lésions qui en sont le point de départ. Mais ce n'est pas le seul facteur qui intervienne dans la production des phénomènes, et il est permis d'affirmer que le *siège* de la lésion exerce une influence plus importante encore.

C. INFLUENCE DU SIÈGE DES LÉSIONS SUR LA NATURE ET LA DISTRIBUTION DES SYMPTÔMES

Tous les faits que nous avons rapportés jusqu'ici ont contribué à démontrer ce double principe général :

Que *les lésions étant les mêmes, les symptômes varient d'après le siège de celles-ci*, et que *les diverses altérations pouvant atteindre un même centre présentent ordinairement des caractères communs permettant d'en reconnaître, sinon la nature, au moins le point d'origine*.

Comme conséquence de cette loi, nous allons tâcher de grouper succinctement les signes distinctifs les plus caractéristiques des affections du *cerveau*, du *cervelet*, du *mésocéphale*, du *bulbe*, de la *moelle*, du *système nerveux périphérique*.

Nous prendrons comme base d'appréciation les *paralysies*, pour deux motifs principaux : 1° la paralysie est l'un des symptômes les plus importants des affections nerveuses ; 2° c'est aussi l'un des mieux appréciables par le malade et par le médecin.

Établissons d'abord quelques règles basées sur l'*anatomie* du système nerveux, et dont l'importance clinique est considérable.

I. *Plus les symptômes sont limités, circonscrits, plus il y a de probabilités que la lésion siège à l'une des deux extrémités de l'arbre nerveux ; cellules ou noyaux d'origine des nerfs, d'une part, filets nerveux périphériques, d'autre part.*

II. *Plus au contraire les symptômes sont étendus, généra-*