membre inférieur chez un diabétique atteint d'ulcère perforant aux deux pieds. Enfin Auché a rencontré chez deux sujets morts de coma diabétique des altérations diffuses portant sur différents troncs ou branches nerveuses des membres inférieurs et supérieurs. L'existence de ces lésions disséminées est particulièrement intéressante, parce qu'elle doit sans doute entrer en ligne de compte dans l'explication de bien des phénomènes nerveux chez les diabétiques.

Goutte. — Rhumatisme chronique. — Parmi les manifestations si variées de la goutte sur le système nerveux, quelques-unes portent exclusivement sur les nerfs périphériques. La sciatique est surtout commune, s'accompagnant quelquefois d'atrophie musculaire et d'anesthésie cutanée; puis viennent la névralgie du trijumeau, la névralgie intercostale et les douleurs constrictives et fulgurantes en diverses régions. Ces phénomènes traduisent-ils une altération des nerfs intéressés? on peut le supposer, mais non l'affirmer en l'absence de constatations directes.

Par contre, il est certain que chez les sujets atteints de rhumatisme chronique déformant, les nerfs profonds ou les rameaux superficiels présentent des lésions diffuses plus ou moins graves (Pitres et Vaillard) (1); dès lors il est permis de présumer que ces désordres névritiques ne sont pas sans rapport avec les phénomènes douloureux ou les troubles trophiques cutanés et musculaires si communs au cours de l'affection. D'ailleurs, par sa marche, ses allures cliniques, ses lésions anatomiques, cette maladie ne rappelle-t-elle pas certaines variétés de troubles trophiques d'origine nerveuse?

Leucocytémie. — Cachexie cancéreuse. — La névrite est un incident possible au cours de la leucocythémie splénique, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'établir par l'observation clinique et histologique; mais les faits de ce genre ne paraissent guère avoir été signalés.

Les cachectiques, et particulièrement les cancéreux, accusent fréquemment des troubles sensitifs et quelquefois moteurs qui relèvent de l'altération des nerfs périphériques. Examinant les nerfs des membres chez les cancéreux, Auché (2) a rencontré neuf fois sur dix des lésions dégénératives, surtout marquées vers les ramifications terminales. Gombault a montré la fréquence des névrites périphériques latentes chez les vieillards.

En injectant au voisinage du sciatique, chez le cobaye, le sérum de sujets urémiques, diabétiques, cancéreux ou atteints de maladie d'Addison, Dopter (3) a provoqué des lésions névritiques très accusées;

(1) Pitres et Vaillard, Des altérations des nerfs dans le rhumatisme articulaire chronique (*Soc. de biol.*, 1886).

(2) Auché, Des névrites périphériques chez les cancéreux (*Revue mensuelle de méd.*, 1890).

(3) Dopter, *Soc. de biologie*, 1901; Action des sérums toxiques sur les nerfs périphériques (*Arch. de méd. expérimentale*, 1901).

les mêmes effets ne s'obtiennent pas avec le sérum de sujets sains. Cette notion aide à concevoir la pathogénie des troubles nerveux que présentent si fréquemment les malades de ce genre.

Névrite d'origine vasculaire. — L'endartérite oblitérante, lorsqu'elle siège sur les vaisseaux des nerfs, deviendrait d'après Joffroy et Achard (1), la cause déterminante de certaines polynévrites. Dans l'observation rapportée par ces auteurs les vaisseaux des nerfs altérés étaient épaissis, rétrécis, parfois même oblitérés, et il existait comme un rapport proportionnel entre le degré des lésions vasculaires et celui de la dégénération nerveuse. C'est la dystrophie résultant du trouble circulatoire qui déterminerait alors l'altération du nerf. Des faits du même genre ont été produits par Lorenz, Oppenheim, Dutil et Lamy, Schlesinger, Bervoeti. Il existe donc des névrites dans lesquelles les *vasa vasorum* sont atteints d'artérite oblitérante. Mais, tandis que Joffroy et Achard subordonnent la névrite au trouble vasculaire, d'autres, comme Schlesinger, Bervoeti, imputent la lésion vasculaire à une névrite préalable.

SYMPTOMATOLOGIE. — La névrite se traduit cliniquement par un petit nombre de symptômes essentiels dont le rapprochement suffit à caractériser la maladie. Ces symptômes sont d'ordre *sensitif*, *moteur* et *trophique*; leurs combinaisons, comme leur physionomie, varient suivant la fonction des nerfs intéressés (sensitifs, moteurs ou mixtes), la nature et l'intensité de la lésion, l'atteinte plus ou moins marquée des catégories de fibres qui constituent un tronc ou un filet nerveux.

Certaines formes de névrite s'expriment surtout ou exclusivement par des troubles moteurs, d'autres par des troubles sensitifs; le plus ordinairement les deux ordres de symptômes s'associent à des degrés différents. Aussi a-t-on distingué des névrites *motrices*, *sensitives*, *mixtes* qui peuvent elles-mêmes se présenter à l'observation sous des formes diverses.

Le mode suivant lequel l'affection se distribue n'est pas moins variable. La névrite intéresse plus particulièrement les nerfs rachidiens, mais elle peut aussi frapper les nerfs craniens ou bulbaires, quelquefois d'une manière isolée, presque toujours par le fait d'une extension progressive. Certaines névrites se localisent exactement à un seul tronc nerveux (cubital, radial, médian, sciatique poplité externe), ou à l'une de ses branches; elles restent unilatérales, cantonnées à leur foyer primitif, mais parfois aussi progressent dans le sens ascendant, vers l'origine du nerf. D'autres frappent simultanément deux troncs nerveux homologues, ou bien plusieurs nerfs d'un seul membre ou de plusieurs membres. Enfin, il en est qui par une

(1) Joffroy et Achard, Névrite périphérique d'origine vasculaire (*Arch. de méd. expér.*, 1889).

marche envahissante se généralisent à la plupart des nerfs rachidiens. De là des névrites *uniloculaires*, *multiples* (polynévrites), *généralisées*, *ascendantes*, *extensives*, *migratrices*.

Le début peut être lent, insidieux; il se fait sans bruit, presque à l'insu du malade, par des troubles subjectifs qui, d'abord passagers et à peine significatifs, acquièrent progressivement plus d'importance en devenant persistants. D'autres fois l'invasion est rapide, bruyante en quelques jours le tableau essentiel de la névrite est constitué. Parfois encore, mais plus rarement, le début est à ce point soudain qu'il peut être qualifié d'*apoplectiforme*.

La marche de l'affection n'est pas moins diversifiée. Certaines névrites s'installent à la manière d'une maladie infectieuse aiguë, avec un cortège de symptômes généraux, de fièvre, de troubles viscéraux qui peuvent donner le change sur la nature véritable du mal. Leur évolution rapide et tumultueuse s'effectue en quelques jours; leur gravité est parfois grande, car la mort en peut être la conséquence lorsque les lésions intéressent l'innervation du cœur ou des organes respiratoires. D'autres, moins aiguës, s'accompagnent encore d'une fièvre légère à leur début et frappent par de rapides atteintes plusieurs départements du système nerveux périphérique, puis cessent de s'étendre, se cantonnent dans les régions intéressées, réalisant en un laps de temps assez court l'ensemble des troubles sensitifs, moteurs et trophiques qui les caractérisent. D'autres enfin, et c'est le cas le plus général, affectent une marche chronique d'emblée, débutent et évoluent sans fièvre, poursuivent lentement, graduellement le développement de leurs symptômes. Si la plupart sont complètement curables malgré leur gravité apparente, il en est aussi qui aboutissent à la mort ou laissent après elles des infirmités persistantes.

Les combinaisons multiples de tous ces caractères donnent lieu à des modalités cliniques très variables qu'il serait malaisé de rapporter en détail. Le cadre de cet article ne comporte que la description succincte et quasi schématique des types essentiels. Les symptômes qui révèlent les altérations des nerfs périphériques ayant été précédemment décrits (pages 9 et suiv.) nous nous bornerons à indiquer comment ces symptômes se groupent et se combinent pour constituer les principales variétés cliniques des névrites.

FORMES CLINIQUES. — ÉVOLUTION. — Négligeant les névrites d'origine traumatique, nous ne viserons que les névrites de cause interne. Au point de vue clinique on doit distinguer les *formes localisées* à un seul tronc nerveux ou à l'une de ses branches, et les *névrites multiples* ou *polynévrites*.

Névrites localisées. — Les formes localisées intéressent avec prédilection le cubital, le radial, le sciatique poplité externe, le sciatique, plus rarement le médian, le circonflexe, le crural ou d'autres

nerfs. Leur symptomatologie varie suivant des conditions diverses tenant à la fonction des nerfs, à la nature des fibres (sensitives ou motrices) particulièrement atteintes, à l'inégale gravité des altérations qui les frappent, à la marche différente de ces lésions, etc., etc. Aussi doit-on considérer qu'il existe plutôt des cas d'espèce que des types invariables. En général l'invasion est lente, progressive, et lente aussi l'évolution. L'affection débute par des troubles subjectifs de la sensibilité : fourmillements, engourdissement aux extrémités, douleurs spontanées intermittentes sur le trajet du nerf; la pression de ce dernier éveille une sensibilité anormale. Dès ce moment il peut exister une certaine gêne dans le fonctionnement des muscles (maladresse ou faiblesse des mouvements). Puis les douleurs deviennent plus vives, plus fréquentes, paroxystiques ou continues ; les mouvements, la pression du nerf, les impressions périphériques en provoquent le retour. Les divers modes de la sensibilité cutanée s'émoussent jusqu'à disparaître dans la sphère du nerf atteint.

Tantôt ces désordres sensitifs sont très accusés, prédominants, et les phénomènes moteurs à peine marqués ; mais l'inverse se produit aussi comme dans les névrites du radial, du médian où les troubles sensitifs sont de minime importance par rapport à ceux de la motricité. Tantôt les troubles moteurs s'accusent parallèlement avec ceux de la sensibilité : la faiblesse devient parésie, puis paralysie complète. Souvent, à mesure que l'impotence musculaire se prononce, les douleurs spontanées diminuent et s'éteignent progressivement sans disparaître toutefois d'une manière complète ; le nerf reste encore sensible à la pression vers la limite de la zone altérée. Les réflexes de la région sont diminués ou abolis. Les extrémités sont froides, moites, parfois œdémateuses ; la peau devient lisse, rouge ou violacée, ou bien sèche et écailleuse. Dans les paralysies légères destinées à s'effacer rapidement, les muscles réagissent normalement aux excitations galvaniques et faradiques. Dans les paralysies graves liées à une altération profonde des nerfs, l'exploration électrique décèle la réaction de dégénérescence dont on peut suivre les progrès. Les muscles paralysés perdent de leur consistance, de leur volume et lentement l'atrophie s'installe, de plus en plus apparente. En un ou deux mois, quelquefois plus tôt, la névrite et ses conséquences ont atteint leur apogée ; la durée de cette période d'état peut être longue.

Toutes les névrites localisées ne présentent pas ce début et cette évolution relativement lents. Parfois le développement en est assez rapide pour que leur symptomatologie essentielle jusqu'à la paralysie complète se trouve réalisée en quelques jours. Il est aussi des cas, rares à la vérité, où l'invasion de la névrite est brusque, *apoplectiforme* (Dubois, Margoulies) (1). Si, d'après les faits observés, ce

(1) Margoulies, Des névrites dites *apoplectiformes*. Th. de Paris, 1897.