Il existe des « pseudo-méralgies paresthésiques (1) » : c'est ainsi qu'il faut savoir reconnaître et isoler la « névralgie des premières racines lombaires », dont le territoire douloureux est spécial et où il existe des points apophysaires ; de même au début d'un tabes, il peut exister à la face antéro-externe de la cuisse des sensations douloureuses qu'il faut rapporter à leur véritable cause. Enfin, on peut se trouver en face d'une pseudo-méralgie d'origine réflexe, le territoire fémoral étant l'expression cutanée d'une lésion viscérale profonde (Head).

De toute façon, le diagnostic aura à bénéficier de l'épreuve de la pilocarpine, mettant en relief, dans la méralgie vraie, des troubles d'excrétion sudorale importants à connaître pour fixer l'origine de la douleur et sa nature.

TRAITEMENT. — Outre les indications symptomatiques, il consistera en l'emploi du massage, des bains sulfureux, et de l'hydrothérapie. Dans des cas rebelles, la résection du fémoro-cutané est à tenter : elle a donné de bons résultats entre les mains de Chipault et de Souques.

Métatarsalgie. — Névralgie de Morton.

Entrevue par Gross en 1864 sous le nom de *pododynie*, décrite surtout en 1876 par George Morton, la *métatarsalgie* est une maladie fréquente, bien étudiée seulement depuis une quinzaine d'années. La définition la plus simple et qui nous paraît la plus juste est celle qui consiste à en faire une « névralgie métatarsienne ».

Nous nous contenterons de signaler les mémoires de Thomas-G. Morton (2), Grün (3), Bosc (4), Lamacq (5), Féré (6), Péraire et Mally (7), Caizergues (8), Giannettasio (9).

ÉTIOLOGIE. — La race américaine semblerait la plus prédisposée, mais ce n'est là probablement qu'une apparence. La femme est bien plus souvent atteinte que l'homme. On rencontre souvent cette affection de vingt à trente-cinq ans, mais elle peut se montrer dans l'adolescence ou après quarante ans. La profession ne paraît pas jouer de rôle important : les personnes aisées, à vie sédentaire, y sont

(1) Chipault, *Soc. de neurol.*, 8 mars 1900.
(2) Thomas G. Morton, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1876, t. LXXI, p. 37 ; *Surgery of Pensylvania Hospital*, 1880, p. 107 ; *Philadelphia med. Times*, 1886, t. XXVII, p. 1.
(3) Grün, *Lancet*, 1889, t. I, p. 107.
(4) Bosc, *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1894.
(5) Lamacq, *Revue de méd.*, 1896, p. 476-501.
(6) Féré, *Revue de chir.*, 1897, p. 222-242.
(7) Péraire et Mally, *Revue de chir.*, 1899, p. 495-530.
(8) Caizergues, Th. de Paris, 1899.
(9) Giannettasio, *Revue de chir.*, mars 1900, p. 223-240.

assez sujettes, tandis que les soldats en seraient exempts (Billings). On a cité plusieurs cas de métatarsalgie héréditaire et même familiale. Certaines déformations locales, comme l'aplatissement du pied, constitueraient encore une condition favorable (Roughton).

Parmi les causes morbides prédisposantes invoquées, il faut mentionner l'arthritisme et plus spécialement le rhumatisme, surtout chronique, la goutte, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, exceptionnellement la fièvre paludéenne (Piéri) ou la paralysie infantile (Güthrie). Lasserre a vu la douleur apparaître au cours d'une grossesse et subir des recrudescences pendant les grossesses suivantes.

Les causes provocatrices les plus ordinaires sont : les traumatismes directs ou indirects du pied, la station debout, la constriction par des chaussures trop étroites, quoique la douleur ait pu s'amender par le port de chaussures serrées (Gallois). La danse, le lawn-tennis, les longues courses à cheval ou à bicyclette, la marche prolongée ont été également incriminées.

SYMPTOMATOLOGIE. — Habituellement la douleur siège à un seul pied, plus rarement aux deux. Sa localisation ne se fait pas exclusivement au niveau de la quatrième articulation métatarso-phalangienne, comme on serait tenté de le croire d'après les cas publiés par Morton ; on la rencontre aussi au niveau de chacune des articulations métatarso-phalangiennes ; la première articulation seule n'est presque jamais intéressée.

La douleur s'installe progressivement, est précédée de pesanteur dans le membre, d'engourdissement plus ou moins considérable ; ou bien elle éclate d'emblée à la suite d'un traumatisme ou d'une pression plus ou moins directe. Une contrariété, une émotion ont pu suffire à la faire naître (Féré) ; et si elle se produit généralement pendant la marche, elle se montre aussi, dans certains cas, au saut du lit, en posant le pied à terre (Lamacq).

Quel que soit le mode de début, l'affection ne tarde pas à entrer dans la période d'état. La douleur se manifeste alors sous les formes les plus diverses ; elle peut être continue, traversée par des paroxysmes plus ou moins violents, survenant avec une soudaine brusquerie ; ou bien elle apparaît par crises de longueur variable, entre lesquelles le malade est tout à fait bien portant.

Les caractères de la douleur sont eux-mêmes très divers : elle est tantôt contusive, lancinante, ressemblant à une rage de dents, tantôt térébrante, ou bien c'est une sensation de fer rouge s'enfonçant dans les chairs, une sensation de torsion ou de déchirure. Elle est quelquefois assez aiguë pour provoquer des cris, des convulsions, une syncope. Généralement, elle suscite le besoin de libérer le pied, besoin parfois si impérieux qu'on a vu des sujets s'asseoir en pleine rue et enlever immédiatement leur chaussure. Dans un cas, la douleur

était si intolérable et si constante que le patient réclamait l'amputation de la jambe.

Cette douleur reste localisée, ou s'étend aux articulations voisines; elle peut s'irradier au mollet, gagner le genou, voire la hanche.

L'examen local ne présente souvent rien de particulier. La voûte plantaire a sa forme normale, sans laxité exagérée des ligaments ; les tendons glissent aisément dans leurs gaines, les muscles se contractent bien, les mouvements s'exécutent normalement ; il n'y a pas de rougeur, pas de circulation collatérale. La pression au point exact où siège la souffrance peut ne provoquer aucune exacerbation douloureuse; mais en général cette pression exercée à la face plantaire, au niveau de la tête du quatrième métatarsien ou des têtes voisines (selon les cas), réveille la douleur ou l'exagère ; il en est de même si, par une compression latérale de l'avant-pied, on rapproche les unes des autres les têtes métatarsiennes; la flexion ou l'extension des orteils correspondants entraîne un résultat analogue. Il n'y a guère de troubles de sensibilité tactile ou thermique; le réflexe plantaire est rarement modifié.

Dans quelques cas, la voûte plantaire est abaissée (Mollière) : il y a des déformations rappelant les orteils en marteau ; on peut noter de la mobilité anormale du cinquième métatarsien ou du quatrième métatarsien, ou des deux. Bradfort aurait observé de la ténosynovite.

Enfin, à l'encontre de ce que prétendent certains auteurs, on a noté quelques troubles trophiques : de l'épaississement de l'épiderme (Tubby), un peu de tuméfaction, de l'œdème remontant jusqu'aux malléoles (Lamacq), une légère teinte violacée.

La marche du malade en pleine crise a quelque chose de caractéristique : il s'appuie sur le bord externe du pied ou sur les talons ; il va, comme s'il marchait sur des épines, tantôt ralentissant le pas et tantôt le forçant, se remettant à poser le métatarse normalement à terre, s'arrêtant quelques secondes, tenant son pied en l'air, recommençant à nouveau sa progression irrégulière, jusqu'à ce que, en fin de compte, il ait retiré sa chaussure et se soit mis au repos.

Il ne reste plus alors des souffrances endurées que quelques légers fourmillements, quelques picotements dans tout le pied, jusqu'à une nouvelle crise.

La forme que nous venons de décrire est de *moyenne* intensité. C'est celle pour laquelle le médecin est le plus souvent appelé : elle peut être considérée comme la plus fréquente.

Il est deux autres formes cliniques qu'on rencontre encore : l'une *bénigne*, qui est susceptible de guérir soit spontanément, soit plus ou moins rapidement par les moyens médicaux; l'autre, *grave*, dans laquelle les douleurs sont intolérables, exagérées par la moindre fatigue, entraînant parfois des contractures des muscles de la jambe avec atrophie musculaire consécutive et diminution des réflexes ; cette

dernière forme, extrêmement persistante et tenace, pourrait être encore dénommée *chirurgicale*, car l'intervention opératoire seule paraît avoir donné des résultats satisfaisants.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — La marche de l'affection est lente, avec des intermittences plus ou moins éloignées, des périodes de repos, des reprises violentes. Elle peut être de courte durée, disparaître au bout de quelques accès; mais elle peut aussi persister pendant des années (dix, douze, quinze, trente ans), devenir chronique, n'avoir aucune tendance à guérir spontanément. La terminaison est donc essentiellement variable ; et si, dans certains cas, on l'a vue favorable et rapide, dans d'autres, les plus nombreux, la guérison n'est qu'apparente, sujette à des récidives fréquentes. Enfin, dans un nombre respectable d'observations, l'intervention chirurgicale est devenue une nécessité.

Le *pronostic* tiendra compte de ces particularités. Son importance est surtout en fonction des formes cliniques précédemment signalées.

DIAGNOSTIC. — La métatarsalgie se reconnaît en général facilement. L'absence de phénomènes inflammatoires permet de repousser toute phlegmasie aiguë, depuis l'*érythème* jusqu'au *phlegmon* de la région plantaire. Les *entorses métatarso-phalangienne* ou *médiotarsienne*, les *fractures* ou *luxations* de cette région ont des signes qui leur sont propres et qu'on reconnaîtra aisément. Dans les *synovites* soit rhumatismales, soit blenorragiques, la douleur est localisée le long des gaines dorsales du pied.

Hirtz a observé dans le tabes des arthropathies douloureuses siégeant dans les articulations métatarso-phalangiennes : l'incoordination motrice, les signes de Westphal, d'Argyll-Robertson, de Romberg, etc., viendront éclairer le diagnostic. On rapportera de même à leur cause les douleurs de la *goutte*, celles qui sont dues à une *intoxication* alcoolique, saturnine ou arsenicale, les douleurs à prédominance nocturne de la *syphilis*. D'après Edinger, les troubles de la circulation chez les *athéromateux* entraîneraient fréquemment des douleurs (avec rougeurs en plaques) simulant la métatarsalgie. On songera également que certaines maladies infectieuses, comme la *fièvre typhoïde* ou la *gonorrhée* (Elliatson), etc., peuvent s'accompagner de signes de même ordre.

La *sciatique* détermine parfois des localisations douloureuses dans la région plantaire; mais on trouvera d'autres points douloureux et un appareil clinique bien différent. Le siège de la douleur dans le *pied plat* est situé au milieu de la plante du pied : la déformation de la voûte surtout est caractéristique. Dans la *tarsalgie des adolescents*, la douleur répondant à la jonction du calcanéum et du cuboïde, en dedans et un peu en arrière de la saillie du scaphoïde (Gosselin),

ne tarde pas à s'accompagner de la formation du pied bot varus par contracture des péroniers.

Le *tubercule* sous-cutané douloureux de la région plantaire se reconnaîtra à la présence d'une petite tumeur de consistance ferme, centre d'irradiations douloureuses souvent intolérables, que réveille parfois un simple attouchement. La *talalgie* se rencontrera en un siège précis et distinct, qui est le talon. Quant à la douleur de l'affection décrite par Weir-Mitchell sous le nom d'*érythromélalgie*, si elle peut commencer aux points d'appui interne ou externe du pied, elle s'accompagne de troubles vaso-moteurs et ne reste pas longtemps limitée au même endroit.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Jusque dans ces derniers temps, on n'avait guère observé de lésions notables : la majorité des auteurs concluait à une affection *sine materia*. Gross avait parlé d'inflammation périostique, mais ce n'était qu'une hypothèse ; de même, la laxité du ligament transverse du métatarse (Pollosson), la subluxation des articulations métatarso-phalangiennes ou phalangiennes (Güthrie) n'étaient en somme que des suppositions. Dans quelques cas opérés, les filets nerveux examinés ne présentèrent aucune altération microscopique.

Péraire et Mally, confirmés tout dernièrement par Giannettasio, ont publié plusieurs observations où la radiographie faisait constater une déviation latérale des métatarsiens ainsi qu'une augmentation de volume et une subluxation des têtes métatarsiennes ; cette subluxation se produirait surtout en bas, en dedans, plutôt qu'en haut et en dehors. L'examen des pièces fait par A. Pilliet montra que les travées osseuses étaient irrégulières, ondulées, très serrées dans les têtes métatarsiennes enlevées, et que les espaces de Havers très réduits ne répondaient guère plus qu'aux capillaires intra-osseux, sans interposition de tissu médullaire ; mais ces lésions d'ostéite condensante ne sauraient être appliquées à tous les cas.

PATHOGÉNIE. — Un grand nombre de théories ont été proposées George Morton, qui avait seulement observé la douleur localisée au quatrième métatarsien, pensait que la pression latérale amenant la tête du cinquième métatarsien et le petit orteil contre la base de la première phalange, la tête et le col du quatrième métatarsien, suffisait à entraîner la compression — au point de contact de ces surfaces osseuses — du nerf collatéral du quatrième orteil ou de quelqu'une de ses branches : d'où la production de la névralgie. Mais, outre que cette théorie ne peut expliquer tous les faits, Lamacq a montré que les rameaux nerveux n'étaient jamais pincés, étant toujours repoussés en avant de l'articulation par un bourrelet cellulo-graisseux et par les vaisseaux qui font irruption hors de l'espace interosseux.

Pollosson incrimine une laxité anormale du ligament transverse du métatarse qui permettrait une dislocation partielle de l'arche formée par les têtes des cinq métatarsiens ; l'un des os moyens, — le troisième ou le quatrième surtout, — disloqué en arrière, comprimerait contre les têtes des os voisins le nerf qui longe ses côtés. Gallois, dont l'opinion n'est qu'une variante de celle-ci, fait remarquer que le capiton fibro-adipeux épais et dense pour les premier et troisième métacarpiens qui sont en contact avec le sol, est peu abondant normalement au niveau des trois intermédiaires et que, par conséquent, dans l'affaissement de la voûte, la compression sur la terre ou sur la semelle n'en est que plus directe et plus forte.

Grün, atteint personnellement de métatarsalgie, pense que l'abaissement de la voûte tarsienne entraîne l'élargissement du pied vers le côté externe, et suffit à provoquer la douleur quand la chaussure, trop serrée, empêche le pied de s'étendre.

D'après Güthrie, sous l'influence de la marche prolongée dans des bottines étroites, les ligaments relâchés permettent une subluxation légère des surfaces articulaires métatarso-phalangiennes ; il en résulte le tiraillement et la compression des nerfs par les os complètement disloqués, et la métatarsalgie apparaît.

Enfin Péraire et Mally, s'appuyant sur quelques épreuves radiographiques, admettent que les phénomènes douloureux s'expliquent suffisamment par le rapport anormal des surfaces articulaires avec les tissus de la face plantaire. Mais cette théorie, qui, comme le dit Duplay, mérite d'être confirmée, ne peut évidemment s'appliquer à tous les cas ; on lui opposera avec justesse l'objection que fait Lamacq à toutes les théories exclusivement mécaniques : comment fera-t-elle comprendre que, chez un malade, la douleur quitte pendant quelques semaines le quatrième orteil pour se fixer au premier, puis revient ensuite à son siège primitif ? Expliquera-t-elle davantage comment la cessation brusque de la métatarsalgie a pu provoquer une migraine ou une névralgie de la face et réciproquement ?

Ces faits suffisent à prouver qu'il existe un air de famille indiscutable entre la maladie de Morton et les diverses manifestations névralgiques ; et c'est pourquoi, n'attachant pas grande importance à des théories pathogéniques plus ou moins hypothétiques, il semble qu'on reste mieux d'accord avec les données cliniques en considérant simplement la métatarsalgie comme une *névralgie métatarsienne*.

TRAITEMENT. — Le traitement général a suffi quelquefois à produire la guérison avec les bains, les douches, le séjour aux stations thermales, le salicylate ou le bromure de potassium à faible dose.

Il est de règle d'éviter la marche, la station debout prolongée, l'étroitesse des chaussures ; on conseillera des chaussures larges,

avec semelles épaisses excavées au niveau du métatarsien douloureux ou renforcées par du feutre ou du caoutchouc afin de soutenir la voûte plantaire.

Dans les cas bénins, cette médication est ordinairement suffisante ; dans les cas de moyenne intensité, on aura recours à un traitement local plus actif : onctions calmantes, applications ou chaudes ou froides, pointes de feu, injections régionales de teinture d'iode (Piéri) ou de chlorure de zinc (Lannelongue), électricité surtout avec les courants galvaniques. La guérison a été obtenue par l'application d'un appareil plâtré (Féré) ; le massage a donné entre les mains de Lamacq des résultats excellents. On pourrait essayer les badigeonnages au salicylate de méthyle.

Enfin, il est des cas graves où l'on devra conseiller l'intervention chirurgicale. Celle-ci, déjà préconisée par Morton, consiste dans la résection totale de la quatrième articulation métatarso-phalangienne. On l'a étendue depuis à la résection des autres têtes métatarsiennes douloureuses. Dans tous les cas où il a été employé, ce traitement, suivant Duplay, a été suivi de succès; on ne s'y résoudra cependant qu'après échec de tout autre traitement.

NÉVROSES

HYSTÉRIE

PAR

GILLES DE LA TOURETTE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin des hôpitaux

ET

GEORGES GASNE (1)

Ancien chef de clinique des maladies nerveuses.

HISTORIQUE. — L'hystérie est de tous les temps, de tous les pays, de toutes les races, mais pendant bien des siècles, on pourrait dire jusqu'à nos jours, une grande partie de ses manifestations échappaient à la médecine, restant dans le domaine du surnaturel. Son histoire était limitée à celle de la grande attaque : médecins et philosophes les plus anciens l'étudient, Démocrite en parle, Platon (2) en formule une théorie, et c'est cette théorie de l'attaque qui pendant longtemps régentera la clinique et la thérapeutique de la névrose : « La matrice est un animal qui désire ardemment engendrer des enfants. Lorsqu'il reste longtemps stérile après la puberté, il a peine à le supporter, il s'indigne, il parcourt tout le corps, obturant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes et occasionnant diverses maladies, jusqu'à ce que le désir et l'amour réunissant l'homme et la femme fassent naître un fruit et le cueillent comme sur un arbre. » C'est la doctrine d'Hippocrate. Il faut plus de huit cents ans pour que, bravant le scandale, Galien, fort de ses constatations anatomiques, ait l'audace de traiter d'absurde l'opinion de l'ascension de de l'utérus pendant l'attaque. C'était un véritable sacrilège envers Hippocrate, que Fernel, au XVIe siècle, lui reprochera encore violemment.

D'ailleurs le mot d'*hystérie* (d'*ustera*, utérus) n'en sera pas moins conservé, au grand dommage de la science, car il emporte avec lui l'inébranlable notion d'une affection essentiellement féminine, et d'une affection à point de départ génital. Sur ce chapitre restreint de

(1) Cet article et le suivant étaient presque entièrement terminés lorsque M. Gilles de la Tourette a été éloigné de nous par une cruelle maladie; on y trouvera néanmoins quelques idées qui n'ont pas été soumises à sa discussion : j'ai eu soin de toujours noter l'opinion que mon maître avait personnellement exprimée à leur égard dans ses travaux antérieurs (GEORGES GASNE).

(2) PLATON, Timée.