

Profondément attristé de cet état de choses, le malade se livra à la boisson, pour s'étourdir. Il eut souvent des idées de suicide. Son sommeil est troublé par des rêves dans lesquels il ne voit que des choses tristes : des précipices, des batailles plus ou moins sanglantes, etc. ; cependant on ne remarque pas de tremblement des doigts. De temps en temps, il se met à rire sans savoir pourquoi.

Après le siège de Paris, il retourna à la campagne, où il resta pendant trois mois ; après quoi, sa santé s'étant améliorée, il revint à Paris.

Bientôt, sa situation s'étant aggravée, il fut obligé d'entrer à la Charité le 12 janvier 1874.

D'après ce qu'il raconte, tous les phénomènes, précédemment notés, étaient très-accentués. Il était, dit-il, comme anéanti.

Il sortit de l'hôpital le 25 février, c'est-à-dire au bout d'un mois et demi. Il se rendit ensuite deux mois après chez ses parents, où il resta cinq mois. Ce séjour améliora considérablement son état, et il revint à Paris.

Mais bientôt tous les symptômes reparurent, et il fut obligé encore une fois de quitter la capitale, le mois de mai dernier, c'est-à-dire il y a huit mois. Il se rendit à Marseille, où il prit des bains de mer, qui ne changèrent rien à son état.

C'est trois jours après son retour qu'il entre actuellement à l'hôpital (25 janvier 1877).

État actuel. — 25 janvier 1877. — Tous les phénomènes précédemment racontés subsistent, mais beaucoup moins intenses.

La sensibilité générale est intacte. Pas d'hyperesthésie. Pas de troubles des mouvements.

La vue est encore un peu faible, mais moins qu'auparavant.

Le malade se plaint toujours de la perte de ses forces.

Le bégaiement est encore très-accentué.

Un spécimen de son écriture ne dénote pas ce tremblement de la main dont il a été question ; mais le malade affirme que son écriture actuelle ne ressemble pas à l'ancienne. Les lettres manquent seulement de netteté, et quelques-unes d'entre elles sont en effet mal formées.

Céphalalgie frontale très-intense par moments. Chaleur notable du cuir chevelu sur le dessus de la tête, au niveau et en arrière de la suture fronto-pariétale.

Les organes thoraciques et abdominaux sont en bon état.

Traitement. — Bromure de potassium, 4 gr. — Vin de quinquina.

1^{er} février. — Application de pointes de feu sur la nuque, ce qui amène une amélioration notable.

5 février. — Il prend tous les jours 6 gr. de bromure de potassium (4 gr. n'étaient pas suffisants).

Depuis ce moment, la céphalalgie a considérablement diminué et en trois jours a complètement disparu.

1^{er} mars. — Sort très-amélioré ; les cautérisations ont été pratiquées cinq fois de suite, à huit jours d'intervalle ; le bromure de potassium a toujours été continué à la dose de 6 gr.

SECTION III

NÉVRITE

L'histoire clinique et anatomique de la névrite est constituée à peine d'hier, et, malgré les patients efforts des médecins, bien des points importants de cette histoire sont encore obscurs, ou tout au moins sujets à contestation.

Certains auteurs (Remak, Benedikt, Rosenthal, etc.) considèrent l'inflammation des nerfs comme très-fréquente. Remak, en particulier, admet que la plupart des cas décrits

sous le nom générique de *névralgies* rentrent dans l'histoire de la névrite. L'étude attentive des symptômes caractérisant les maladies du système nerveux périphérique a certainement permis d'écrire avec plus de certitude le chapitre de l'inflammation des nerfs, et, à cet égard, rien n'est plus intéressant à lire que les travaux de M. le professeur Lasègue et de M. le Dr Landouzy sur les sciatiques en général. M. Lasègue s'est efforcé d'établir nettement les caractères cliniques qui séparaient la névralgie sciatique de la névrite sciatique, et il a pu donner ainsi les raisons de la gravité si différente des diverses espèces de sciatiques. Nous signalerons également, dans cet ordre d'idées, les travaux de M. Fernet.

Il est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord : c'est la difficulté, sinon l'impossibilité absolue, de reproduire expérimentalement la névrite franche, aiguë. Voici ce qu'a écrit M. Vulpian relativement à ce sujet (Weir Mitchell, *Des Lésions des nerfs*) : « J'ai étreint des nerfs dans des ligatures plus ou moins serrées, ou je les ai pressés entre les mors d'une pince, ou contondus en les frappant brusquement entre deux corps durs, ou cautérisés avec diverses substances, l'essence de cantharide, l'ammoniaque liquide, l'acide acétique, ou transpercés en plusieurs sens à l'aide d'aiguille, etc., sans obtenir jamais une véritable névrite suppurative, au delà des points soumis à la violence expérimentale, ni un seul cas de névrite ascendante, de quelque forme qu'elle fût. » — Depuis que ces lignes ont été écrites, bien des fois M. Vulpian, soit dans ses cours, soit dans son service, soit dans diverses publications, est revenu sur ces faits, et toutes les nouvelles expériences tentées, depuis lors, lui ont constamment donné le même résultat négatif.

Quelle différence entre ces faits et ceux que l'on observe chez l'homme ! La névrite est rare, mais elle existe, et

l'observation, citée plus loin, en est une nouvelle preuve, s'il en était encore besoin.

— L'inflammation primitive des nerfs n'est pas commune. Dans quelques observations citées, il semble bien que le froid en a été, chez des individus prédisposés, le facteur réel. La prédisposition est parfois évidente ; ainsi certaines personnes sont sujettes au *zona*, accompagné ou plutôt causé par des névrites.

C'est principalement à la suite de traumatismes ou de compression des nerfs que l'on voit survenir leur inflammation. J'ai publié, il y a trois ans (thèse de Paris, 1875 ; *Sur une cause de mort subite dans le rhumatisme articulaire chronique*, Dr Chaupy), l'observation d'une malade du service de M. Vulpian, particulièrement intéressante à cet égard. Il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans, rendue presque impotente, par des attaques de rhumatismes articulaires subaigus. Elle était, dans l'intervalle de ses crises, obligée de se servir de béquilles pour pouvoir marcher. Un jour, elle va à pied de la rue du Faubourg-Montmartre, sa demeure, à l'hôpital Saint-Louis, en s'appuyant les bras sur ses béquilles. Le soir même, elle est prise d'engourdissements, de fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt de la main droite. Le lendemain, ses doigts étaient paralysés, et, de plus, il existait des élancements douloureux, très-violents, tout le long du trajet du nerf cubital. La malade, au bout d'une huitaine de jours, entra dans le service de M. Vulpian, à l'hôpital de la Pitié. Les phénomènes précités existaient au grand complet. De plus, il y avait un certain degré d'anesthésie, au bras et à la main, dans toute la sphère de distribution du nerf cubital. Au bout d'un mois et demi environ, il était facile de sentir à travers la peau, un peu au-dessus de l'olécrâne, le nerf cubital, manifestement augmenté de volume. En ce point, le nerf était douloureux à la pression. — Deux mois

après le début de la névrite, il se produisit un certain degré d'atrophie des muscles de l'éminence thénar. — Tous les phénomènes se sont amendés les mois suivants, et la malade allait mieux de sa névrite lorsqu'elle est morte subitement d'une syncope. L'autopsie a montré que le myocarde était complètement transformé en graisse. M. Richelot, dans un travail publié en 1875 (*Union médicale : sur la distribution des nerfs périphériques de la main*), a également rapporté tout au long cette observation.

— Nous avons observé cette année, à la consultation de l'hôpital de la Charité, avec M. le professeur Vulpian, un autre cas de paralysie du cubital, avec névrite consécutive. La femme, âgée de 25 ans, contracta la maladie à la suite d'un refroidissement. Elle avait lavé à la rivière toute la journée, et le soir, en rentrant chez elle, elle porta, sur son épaule et sur son bras droit, un paquet de linge mouillé. Le lendemain matin, elle ressentit dans le bras, l'avant-bras et la main des élancements douloureux; en outre, elle avait de l'engourdissement, des fourmillements, et une paralysie presque complète du petit doigt et de l'annulaire. Il existait également un certain degré d'anesthésie. Au milieu du bras, face interne, au-dessus de l'épitrôchlée, à la face postérieure du bras, en plusieurs régions, il y avait des points douloureux à la pression.

M. Vulpian conseilla l'électrisation quotidienne des muscles atrophiés à l'aide de courants induits. La malade vint chaque matin se faire électriser, pendant quatre mois. Au bout de ce temps, la paralysie avait presque complètement disparu, mais il persistait des élancements douloureux, des points sensibles à la pression et un certain degré d'anesthésie. En outre, le nerf cubital, au-dessus de l'épitrôchlée, était manifestement augmenté de volume.

— Chez le malade de l'observation CLXVIII, la notion étio-

logique est précise. Cet homme, très-fort, très-vigoureusement constitué, fit un jour un brusque mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Au bout d'un instant, il ressentit une douleur très-vive dans le coude, l'avant-bras et la main. Les jours suivants, il éprouva des crampes douloureuses dans les muscles de ces régions; il avait même parfois des secousses musculaires brusques qui fléchissaient violemment l'avant-bras et la main sur le bras. A certains moments, la contracture était portée à un degré tel que, pour la vaincre, il était obligé d'avoir recours à ses camarades, qui exerçaient une traction sur son bras. — En même temps, des sensations pénibles d'engourdissement, de fourmillement, existaient, d'une façon continue, dans la moitié interne de la main, l'annulaire et le petit doigt.

Comme on le voit, dans le cas actuel, la névrite a été provoquée, chez un individu bien portant, par un violent effort d'extension.

— On observe encore la névrite consécutivement à l'inflammation d'organes situés au voisinage d'un nerf : névrites des pleurétiques, des tuberculeux (Beau); névrites du plexus coeliaque, dans les cas de maladies de l'aorte, du péricarde (Peter); névrites au voisinage des cancers (Charcot); etc.

D'après divers auteurs, les lésions de divers organes, utérus, intestin, reins, etc., pourraient être le point de départ de névrites ascendantes, et, par l'intermédiaire de ces névrites, d'altérations médullaires déterminant des paralysies réflexes.

La névrite est fréquente, relativement, dans le cours des maladies infectieuses (fièvres typhoïdes, diphtérie, etc.). Elle se rencontre quelquefois dans les empoisonnements chroniques par le plomb, l'oxyde de carbone (Leudet). M. Virchow a montré qu'on trouvait également l'inflammation des nerfs dans la syphilis, la lèpre anesthésique. On a dit aussi

que cette maladie pouvait se rencontrer chez les rhumatisants, chez les goutteux. Le fait est vrai, surtout en ce qui concerne les névralgies sciatiques. La névrite interstitielle est très-commune, comme l'a montré M. Charcot, dans les cas d'hémorragie cérébrale, ou de ramollissement du cerveau, avec dégénérescence secondaire du cordon latéral de la moelle. J'ai eu souvent l'occasion d'étudier cette sorte de névrite, avec M. Charcot et avec M. Vulpian.

L'an dernier, M. le D^r Panas a communiqué à l'Académie de médecine (séance du 13 février 1877), une étude intéressante de la paralysie, avec névrite, du nerf cubital. Parmi les causes qu'il énumère, il en est deux importantes, qui n'avaient point encore été signalées : 1^o la présence d'un os sésamoïde, en voie d'évolution, dans l'épaisseur du ligament latéral interne du coude ; 2^o la disparition de la gouttière de réception du nerf cubital par suite d'un cal volumineux.

— L'anatomie pathologique de la névrite aiguë montre que, le plus souvent, l'inflammation est limitée au tissu conjonctif qui entoure le nerf (*périnévrite*), ou bien elle occupe le tissu conjonctif inter-fasciculaire (*névrite interstitielle*), et généralement l'inflammation atteint à la fois tout le tissu conjonctif du cordon nerveux. Lorsqu'il en est ainsi, il est rare que les tubes nerveux ne soient pas atteints secondairement ; c'est alors que le tissu musculaire s'atrophie. MM. Charcot et Pierret ont de plus fait voir que, dans quelques cas, l'inflammation était véritablement parenchymateuse, et pouvait même l'être d'emblée, en ce sens que, dès le début, elle occupait surtout les tubes nerveux. On observe alors l'aspect moniliforme de ceux-ci, et une véritable prolifération des cellules faisant corps avec chaque segment inter-annulaire, prolifération qui est accompagnée de la disparition du cylindre-axe, ou, au contraire, de son épaissement sur les coupes transversales.

Dans les cas de *névrite chronique* (obs. CLXVIII), il existe un épaissement considérable du nerf entier. Celui-ci est devenu terne, grisâtre, quelquefois violacé. La lésion occupe surtout le névrilème, qui, généralement, adhère d'une façon intime aux organes voisins. Il peut arriver que les tubes nerveux restent intacts au milieu de la gangue conjonctive épaissie ; mais souvent l'inflammation, en créant de nouveaux tissus, et en s'étendant aux lamelles les plus fines qui séparent les éléments nerveux, produit la compression des tubes nerveux et la disparition plus ou moins complète de ceux-ci. Cette atrophie des tubes nerveux a fatalement pour conséquence l'atrophie musculaire symptomatique.

L'histoire de notre malade est, à cet égard, particulièrement intéressante. Déjà, dès les premiers jours de sa maladie, il se rappelle parfaitement avoir senti une sorte de cordon volumineux et dur, au niveau de la gouttière olé-crânienne. La palpation de ce cordon était très-douloureuse et provoquait des élancements pénibles dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite.

Quatorze ans après, au mois d'août, on trouvait derrière l'épithrochlée droite un même cordon dur, roulant sous le doigt, très-volumineux et encore assez sensible à la pression. A cette même époque, les fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt, fréquents autrefois, ont presque complètement disparu ; ils ne se produisent plus qu'à de courts intervalles. La sensibilité est intacte à l'avant-bras ; elle est un peu diminuée, à la main et au doigt, dans tout le territoire cutané innervé par le cubital. Lorsque l'on pique ces régions avec une aiguille, la sensation est un peu plus obtuse que dans les mêmes régions de la main gauche.

En revanche, les troubles de la motilité sont très-prononcés et accompagnés d'une atrophie musculaire des

plus marquées. Cette atrophie d'un grand nombre de muscles donne à la main une physionomie particulière. Vue par la face dorsale, elle paraît décharnée.

Le premier espace inter-osseux est creusé d'une dépression profonde, indice d'une disparition complète de l'abducteur de l'index. Les autres espaces inter-osseux sont également déprimés, et les métacarpiens figurent entre eux des arêtes saillantes. Du côté de la face palmaire, on remarque une disparition complète de l'éminence hypothénar, et une atrophie de l'éminence thénar portant seulement sur la moitié inférieure de cette masse musculaire. Le creux palmaire semble un peu plus profond que du côté sain.

Il est facile de comprendre, étant donnée une semblable atrophie, la difficulté des mouvements dans les segments de la main, mus par les muscles atrophiés. Nous renvoyons aux détails de l'observation pour ces particularités.

D'après ce que raconte le malade, cette atrophie musculaire s'est produite rapidement. Il dit, en effet, qu'il s'en aperçut quinze mois après le début des douleurs de la névrite, et, à cette époque, l'amaigrissement était presque aussi prononcé qu'il l'est aujourd'hui; en un mot, il ne semble pas avoir été modifié depuis douze ans et demi.

A quel moment de la névrite a commencé à se produire cette atrophie des muscles? Il est impossible de le savoir, les souvenirs du malade n'ayant plus une grande précision quant à ce qui concerne les diverses particularités du début, déjà bien ancien, de cette affection. Si la névrite a été parenchymateuse d'emblée, l'atrophie musculaire a dû être très-précoce, car on sait la rapidité avec laquelle la névrite détermine l'atrophie musculaire. En attirant l'attention des élèves sur ce fait, M. Vulpian ajoutait que, pour lui, ces atrophies musculaires n'étaient le résultat, ni de la paralysie ou inertie musculaire, ni d'une action réflexe. Suivant lui, elles sont dues à une diminution ou à

une abolition de l'activité physiologique des éléments nerveux en rapport avec les muscles, par suite de la destruction, sous l'influence de l'inflammation, des fibres musculomotrices conduisant aux muscles l'influence trophique des centres nerveux. Il en était sans doute ainsi dans notre cas. Probablement la dégénération du nerf était complète, car on sait que, lorsqu'elle n'est pas complète, les muscles réagissent encore sous l'influence des courants induits.

Nous ferons remarquer combien il importait, dans le cas particulier, de prendre en considération le mode de début de l'atrophie musculaire, sa marche, sa limitation exacte, les phénomènes concomitants, afin de ne pas commettre une erreur de diagnostic. Des médecins instruits, après examen du malade, et faute de tenir compte de toutes ces données, l'ont considéré comme atteint d'atrophie musculaire progressive. Chez notre malade, il ne s'est produit aucun de ces troubles trophiques cutanés, si fréquents lors de l'existence des névrites.

M. Vulpian, consulté au point de vue du traitement à instituer chez ce malade, avait conseillé l'application méthodique de pointes de feu sur le trajet du nerf cubital et l'emploi quotidien des courants induits, saccadés, pendant une durée relativement courte (quelques minutes), sur les muscles atrophiés. Malheureusement, le malade ne put suivre cette médication, rappelé au dehors, par son service, au bout de quelques jours.

OBSERVATION

OBS. CLXVIII. — *Névrite du nerf cubital droit, survenue à la suite d'un violent effort. — Atrophie musculaire symptomatique, consécutive.*

Ch..., gardien de la paix, 35 ans.

Service de M. Bourdon. Observation communiquée par M. Bouveret, interne du service.

Renseignements. — Peu d'antécédents dignes d'être notés; ni syphilis, ni rhumatisme.

Le début de la paralysie remonte à plus de 12 ans. En 1864, dans le courant de l'été, le malade était en garnison à Wissembourg. Un matin, en se réveillant, pendant un mouvement rapide d'extension du bras, il ressentit brusquement une douleur très-vive dans le coude, l'avant-bras et la main. Y eut-il un traumatisme du coude contre quelque obstacle? Il est impossible d'éclaircir cette question.

Quoi qu'il en soit, le malade ne fut pas quitte pour cette douleur momentanée. En effet, les jours suivants, il éprouva des crampes douloureuses dans l'avant-bras, les doigts et la main; parfois, il se produisait des secousses musculaires; il arrivait même que l'avant-bras se fléchissait violemment sur le bras. Pour vaincre cette contracture, le malade raconte qu'il était obligé d'avoir recours à ses camarades. En même temps, des sensations pénibles d'engourdissement, de fourmillement existaient d'une façon continue dans la moitié interne de la main, l'annulaire et le petit doigt. La région postérieure du coude était le siège d'une douleur plus vive, également continue. Le malade se rappelle très-bien y avoir senti, dès les premiers jours, une sorte de cordon volumineux et dur, dont la palpation, très-douloureuse, provoquait des élancements dans le petit doigt et l'annulaire.

Cet état dura trois semaines environ. Les contractions et les douleurs rendaient l'usage de la main tout à fait impossible. Le médecin du régiment, consulté, ne prescrivit aucun traitement; la maladie fut abandonnée à son évolution spontanée. Peu à peu les sensations pénibles

éprouvées au coude et dans la main ont perdu de leur intensité; les crampes sont devenues de plus en plus rares; le malade reprit graduellement l'usage de son bras et se crut guéri. Cependant, de temps en temps, les fourmillements reparaissent dans la main, et le cordon, remarqué derrière le coude, resta volumineux et douloureux au toucher pendant longtemps.

Ce n'est qu'après quinze mois que le malade fut averti de l'amaigrissement de la main droite. Un camarade le lui fit remarquer. Cet amaigrissement était alors, dit-il, presque aussi prononcé qu'il est encore aujourd'hui.

État actuel (août 1877). — Il s'agit d'un malade grand, fort, vigoureusement constitué. Ce malade, dont la santé générale est très-bonne, ne se plaint que d'un peu de faiblesse dans le petit doigt et l'annulaire du pouce de la main droite.

Aujourd'hui, les fourmillements, fréquents autrefois, ont presque complètement disparu; ils ne se font plus sentir qu'à de très-rares intervalles. On en provoque encore l'apparition par la pression exercée sur le cubital au niveau du coude. Derrière l'épitrachlée, on sent un cordon assez volumineux; le nerf cubital droit est, en ce point, certainement plus gros que le gauche. La sensibilité paraît intacte à l'avant-bras; elle est un peu diminuée à la main et aux doigts dans le territoire cutané du nerf cubital. Ainsi, lorsqu'on pique ces régions avec une aiguille, le malade accuse une sensation un peu plus obtuse que dans les mêmes régions de la main gauche. Il n'y a pas de retard appréciable de la sensation. Je n'ai pu, faute d'instruments spéciaux, faire une exploration plus complète des troubles de la sensibilité. En tout cas, on peut affirmer qu'ils sont très-peu prononcés.

Il n'en est pas de même des troubles de la motilité. L'atrophie d'un grand nombre de muscles donne à la main

une physionomie particulière. Vue par la face dorsale, elle semble décharnée; le premier espace inter-osseux est creusé d'une dépression profonde, indice d'une disparition complète du muscle correspondant. Les autres espaces sont déprimés aussi et les métacarpiens figurent entre eux des arêtes sensibles.

Tous les doigts ont subi, en masse, une légère déviation vers le bord cubital de l'avant-bras, déviation plus marquée pour le petit doigt, de telle sorte qu'il s'écarte habituellement de l'annulaire. Les deux dernières phalanges du petit doigt et de l'annulaire sont légèrement fléchies sur la première. Ces mêmes phalanges des autres doigts restent habituellement étendues dans l'attitude que prend naturellement la main au repos.

Du côté de la face palmaire, on remarque une disparition complète de l'éminence hypothénar, et une atrophie de l'éminence thénar portant seulement sur la moitié inférieure de cette masse musculaire. Le creux palmaire semble un peu plus profond que du côté sain.

Les mouvements des doigts sont très-compromis. Mais il s'agit de mouvements délicats, que le malade, en raison de sa profession, n'exécute guère, en sorte que cette paralysie, quoique très-prononcée, lui a longtemps échappé. Il avait seulement remarqué qu'il avait de la difficulté à tracer les quelques mots qu'il est tenu d'écrire de temps en temps.

Les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts, relativement à l'axe de la main, sont très-affaiblis.

L'écartement, produit par un effort volontaire considérable, est presque nul pour le médus et l'annulaire, un peu plus étendu pour le petit doigt et l'index.

Mais, si l'on cherche à ramener les doigts de l'abduction à l'adduction et qu'on engage le malade à résister, on reconnaît que la force dont disposent encore ses inter-osseux est très-faible.

Quant aux mouvements de flexion et d'extension des phalanges les unes sur les autres, et des premières phalanges sur les métacarpiens, ils ont paru aussi étendus du côté malade que du côté sain, à l'exception cependant de l'auriculaire et de l'annulaire, dont le malade ne peut ramener les deux dernières phalanges à l'extension complète.

Tous les mouvements du pouce sont conservés.

Les mouvements d'adduction et d'abduction de la main sur l'avant-bras sont également conservés et paraissent aussi étendus du côté malade que du côté sain.

Dans tous ces muscles atrophiés, la contractilité a disparu, autant du moins qu'il est possible de s'en assurer avec les appareils très-imparfaits dont on disposait à l'hôpital au moment de l'examen.

6 août. — Le malade est conduit, ce jour, à M. le professeur Vulpian, qui constate tous les phénomènes *symptomatiques* déjà indiqués.

M. Vulpian conseille l'électrisation des muscles atrophiés en faisant passer, chaque jour, pendant quelques minutes, un courant induit, saccadé. En outre, il prescrit d'appliquer tous les huit à douze jours quelques pointes de feu sur le trajet du nerf cubital, au-dessus du coude. Malheureusement le malade quitte l'hôpital au bout de quelques jours.

FIN.