

est lésé dans son trajet intra-temporal, en avant de la corde du tympan, l'audition peut devenir pénible (*hyperacousie* par paralysie du muscle interne du marteau et du muscle de l'étrier); le *goût* est émoussé ou retardé par sécheresse de la langue dans ses deux tiers antérieurs du côté paralysé (corde du tympan). Les *réflexes* oculaire, nasal, buccal, sont abolis.

Le DR se constate dans les cas graves; la guérison est alors tardive et imparfaite, laissant persister, après deux ou trois mois, des troubles trophi-



FIG. 100. — Paralysie faciale gauche (lésion du rocher). (Déjerine.)

ques, des amyotrophies ou des contractures. Les réactions électriques sont normales dans la paralysie légère qui se répare en deux à trois semaines. Dans les formes moyennes, les muscles réagissent, mais le nerf ne réagit qu'incomplètement; la guérison demande six semaines à deux mois.

La *paralysie bilatérale (diplégie faciale)* peut résulter d'une lésion osseuse double des oreilles. L'asymétrie est alors remplacée par un masque inerté et sans expression.

**Diagnostic.** — On se gardera de confondre : la paralysie faciale avec l'*hémispasme glosso-labial* (hystérie), qui détermine, du côté où il se produit, la torsion linguale et de petites contractions fibrillaires; la diplégie faciale avec la *paralysie labio-glosso-laryngée* (langue et déglutition très atteintes) et la *paralysie pseudo-bulbaire* (ictus initial, pas d'atrophie musculaire).

**Formes étiologiques.** — Paralysie faciale d'origine cérébrale. — Elle est limitée au facial inférieur, respecte l'orbiculaire palpébral, n'altère ni

les réflexes, ni les réactions électriques, et est associée en général à une hémiplégie ou à une monoplégie.

**Paralysie faciale hystérique.** — Fugace et légère, elle est limitée au facial inférieur, est associée à une anesthésie qui lui est superposée, souvent à un hémispasme du côté opposé et à d'autres stigmates hystériques.

**Paralysie intra-temporale.** — Elle se distingue par la déviation de la langue et de la lèvre, par des troubles de l'ouïe et du goût.

**Paralysie bulbo-protubérantielle.** — Elle se traduit par la *paralysie alterne de Gubler*.

**Paralysie pédonculaire.** — Elle a pour expression le *syndrome de Weber*.

**Paralysie funiculaire.** — Elle est exclusivement limitée aux muscles de la face.

#### IV. — PARALYSIE DU NERF RADIAL

La paralysie radiale est très commune, tantôt spontanée (*rhumatismale ou a frigore?*) tantôt *par compression* ou *traumatique* (écrasement, contusion, section). Précédée ou non de fourmillements; la forme dite rhumatismale est souvent constatée au réveil; la forme traumatique est fréquemment plus ou moins douloureuse.

La *paralysie constituée* se traduit par une attitude typique : l'avant-bras est demi-fléchi sur le bras; la main tombante et en pronation est incapable de se redresser; les doigts sont fléchis dans la paume; les mouvements de latéralité de la main, même appuyée sur un plan horizontal, sont abolis; l'extension des premières phalanges sur le métacarpe est abolie, celle des autres phalanges est encore possible, grâce aux interosseux, si on maintient les premières étendues. Le long supinateur est paralysé et ne fait plus saillie, quand le sujet résiste à l'extension exercée sur l'avant-bras demi-fléchi. La supination de l'avant-bras étendu sur le bras est impossible. L'extension de l'avant-bras sur le bras (triceps sural) est abolie.



FIG. 101. — Attitude dans la paralysie radiale (par compression.) (D'après Déjerine.)



Les fléchisseurs semblent également paralysés, à moins que le poignet ne soit maintenu en position élevée.

**Troubles sensitifs.** — Sauf une anesthésie initiale très fugace, la sensibilité est presque intacte, même si le nerf est sectionné (filets récurrents).

**Troubles trophiques.** — L'atrophie des extenseurs est presque exclusive aux formes graves; celle des fléchisseurs peut résulter de leur inertie prolongée. On peut observer aussi la *tumeur dorsale du poignet* et des *troubles trophiques cutanés*: rougeur, cyanose, refroidissement, chute des ongles, des poils (en cas de lésions profondes du nerf).

**Réactions électriques.** — Elles sont à peine modifiées dans la paralysie dite rhumatismale. La compression grave ou la section du nerf entraîne la DR complète ou incomplète.

**Diagnostic.** — **Paralysie radiale hystérique.** — Elle se fait remarquer par l'importance des troubles sensitifs, une topographie irrégulière et les stigmates de la névrose.

**Paralysie saturnine.** — Habituellement bilatérale, elle respecte en général le long supinateur, et est souvent associée au liséré plombique et aux coliques saturnines.

**Autres paralysies toxiques.** — Elles sont rarement limitées au radial.

**Durée.** — La *paralysie dite rhumatismale* dure deux à trois semaines.

Légère la *paralysie des béquilles* (compression) dure de quelques semaines à deux ou trois mois.

Plus grave la *paralysie traumatique* ou par *compression* dure plusieurs mois ou davantage; le retour de la fonction reste très longtemps possible.

#### V. — PARALYSIES RADICULAIRES DU PLEXUS BRACHIAL

Ce terme désigne les paralysies dues aux lésions soit des racines rachidiennes, soit du plexus.

**Notions anatomiques.** — Le plexus naît des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup>, VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> paires cervicales et de la I<sup>e</sup> dorsale. Les branches efférentes dérivent presque toutes de plusieurs racines, comme l'indique le tableau suivant :

Le *circonflexe* et le *musculocutané* des V<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> paires cervicales.

Le *radial* et le *musculocutané* des VI<sup>e</sup>, VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> paires cervicales.

Le *médian* des VI<sup>e</sup>, VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> paires cervicales et de la I<sup>e</sup> dorsale.

Le *cubital* des VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> paires cervicales et de la I<sup>e</sup> dorsale.

Le *brachial cutané interne* de la I<sup>e</sup> paire dorsale.

Le *nerf intercostal* dérive de la I<sup>e</sup> paire dorsale.

Le *nerf du petit pectoral* des VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> paires cervicales et de la I<sup>e</sup> dorsale.

Le *nerf du grand dorsal* de la VIII<sup>e</sup> paire cervicale.

Les *nerfs du grand dorsal et thoracique supérieur* des V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> paires cervicales.

Les *nerfs du grand rond et du grand dentelé* des V<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> paires cervicales.

Les nerfs *sous-claviculaire*, de l'*angulaire de l'omoplate*, du *rhomboïde*, les nerfs *sus-scapulaire* et *sous-scapulaire inférieur* viennent de la V<sup>e</sup> paire cervicale.

Le plexus communique de plus avec le *sympathique cervical* par des rameaux communicants venant de la VIII<sup>e</sup> paire cervicale et de la I<sup>e</sup> paire dorsale.

On distingue des *paralysies totales* et des *paralysies partielles*; celles-ci tantôt supérieures (V<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> paires cervicales), tantôt inférieures (VIII<sup>e</sup> paire cervicale et I<sup>e</sup> dorsale).

**Paralysies totales.** — Souvent annoncée par de l'engourdissement ou de la névralgie, la paralysie apparaît; le membre supérieur entier pend inerte, incapable d'aucun mouvement, sauf celui d'élévation de l'épaule.

Les *réflexes* persistent ordinairement; toute la surface du membre est *insensible* (à tous les modes), à l'exception d'une zone triangulaire à la face interne du bras (II<sup>e</sup>, III<sup>e</sup> paires dorsales); l'anesthésie est souvent du reste moins étendue.

Le *sens musculaire* subsiste habituellement.

Les *troubles oculo-pupillaires* (par lésion des rameaux sympathiques communicants) consistent en: *myosis*, réduction de la fente palpébrale et parfois, rétraction du globe oculaire. L'*hémiatrophie faciale* est rare, propre à certaines paralysies anciennes.

**Troubles trophiques.** — L'atrophie musculaire commence par les muscles scapulo-thoraciques, puis gagne le bras, l'avant-bras, puis la main. La DR est habituellement constatable. La *peau* est flétrie, mince, sèche; la main est déformée *en griffe* ou *en patte de singe*, grâce aux rétractions fibreuses. La main entière est inerte et décharnée.

**Formes partielles.** — **Variété supérieure.** — La paralysie frappe les muscles du *groupe d'Erb*: deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur; et parfois aussi: le court supinateur, le grand pectoral (faisceau claviculaire), les sus et sous-épineux. C'est la *paralysie dite obstétricale*. L'abduction du bras, la flexion de l'avant-bras sont impossibles. A part quelques névralgies fugaces et une anesthésie initiale, la sensibilité reste intacte.

L'*atrophie musculaire*, assez précoce, provoque l'aplatissement du moignon de l'épaule, la saillie de la tête humérale, l'émaciation de la face antérieure de l'avant-bras.

On ne constate pas de troubles oculo-pupillaires.

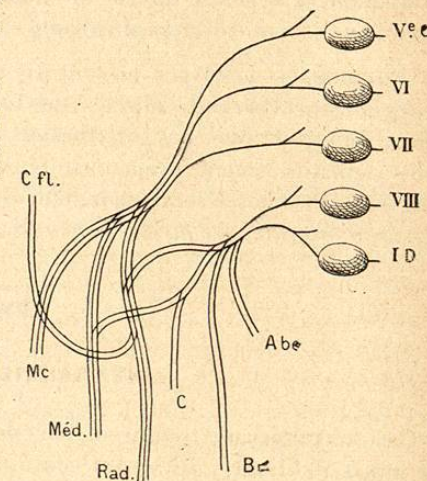


FIG. 102. — Schéma du plexus brachial et de ses origines radiculaires.



**Variété inférieure.** — Cette variété, bien moins commune, commence souvent par des *douleurs*. Sont paralysés : les fléchisseurs de la main, les interosseux, les muscles des éminences thénar et hypothénar ; la griffe cubitale en résulte. Une anesthésie complète (à tous les modes), durable, occupe constamment la moitié interne de la main et de l'avant-bras. Les *phénomènes oculo-pupillaires* (décrits plus haut) sont au complet.

**Formes.** — Les types ne sont pas toujours aussi tranchés. Des formes *totales* épargnent certains muscles ; des formes *partielles* n'en frappent qu'un ou deux. La topographie des anesthésies varie également. Il arrive que les troubles sensitifs soient prédominants, les troubles moteurs insignifiants et fugaces. Certaines lésions rachidiennes étendues peuvent entraîner des *paralysies bilatérales du plexus brachial*.

### C. — NÉVRALGIES

#### I. — NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL

Les névralgies se traduisent par des douleurs à foyers maxima fixes, sur le trajet d'un nerf ; elles sont continues mais s'exaspèrent par crises, quelquefois périodiques. Les crises débutent d'emblée ou sont annoncées par des sensations de froid, d'engourdissement. La douleur, superficielle ou profonde, présente des caractères variables : lancinante, incisive, térébrante ou brûlante ; exaspérée, suivant les cas, par le mouvement, l'attitude, le froid, le chaud, la pression, le frôlement de la peau. Elle peut irradier vers les nerfs voisins ; provoque la congestion ou l'anémie de la peau, des muqueuses, l'hyperidrose locale ; à la face, le larmolement, la salivation. Des convulsions ou des contractures réflexes sont possibles. La cédation en est brusque ou graduelle, complète ou incomplète. Les retours douloureux sont soit spontanés, soit occasionnés par le froid, le mouvement, l'émotion.

Certains foyers peuvent demeurer douloureux à la pression, même dans l'intervalle des crises. Ils siègent dans les points où le nerf sort d'un canal osseux, d'un anneau musculaire ou aponévrotique, traverse un plan osseux, se bifurque ou émet ses filets terminaux ; ce sont les *points dits de Valleix*. L'apophyse épineuse, qui surmonte l'émergence du nerf atteint, est également douloureuse (*point apophysaire* de Trousseau). On constate parfois, entre les crises, des engourdissements, des zones d'hyperesthésie ou d'anesthésie. Les *troubles trophiques* compliquent surtout les névralgies anciennes : les *poils* sont décolorés ou poussent irrégulièrement ; la *peau* est sujette à desquamier, à se pigmenter ; elle devient lisse ou présente de l'urticaire, du zona, du pemphigus, des ulcérations, de l'œdème. On peut aussi noter de l'*atrophie musculaire*. Certaines névralgies graves entraînent de la parésie ou de la paralysie, provoquent de l'anémie ou une véritable cachexie ; altèrent l'état psychique (irascibilité, mélancolie) et peuvent conduire au suicide.

Les accès durent quelques jours ou quelques semaines, les paroxysmes quelques minutes ou plusieurs heures, séparés quelquefois par des semaines

et des mois. Partie d'un rameau, la névralgie peut gagner tout le nerf ou un plexus entier. Les névralgies chroniques durent des années, procèdent par séries d'accès, entraînant des troubles sensitifs et trophiques.

#### II. — NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU

Habituellement unilatérale, cette névralgie est rarement totale, se limitant plutôt à une seule branche : maxillaire supérieure, ophtalmique ou maxillaire inférieure.

Précédé ou non de tension de tiraillements, de fourmillements, de douleurs dentaires, l'accès éclate à des occasions variables : froid, frôlement ou pression de la zone sensible, bâillement, éternuement, parole, mastication, déglutition, rire, toux, émotion. Alors le nerf est parcouru par de violents élancements, allant plutôt du centre à la périphérie, arrachant des cris au malade que délignure la souffrance qu'il cherche à apaiser en comprimant et frictionnant la zone douloureuse. Formé d'une série d'élancements, l'accès dure de quelques minutes à plusieurs heures et davantage. La succession des accès est soit irrégulière, soit périodique ; dans l'intervalle subsiste un simple endolorissement. Les *crises* se composent de plusieurs accès ; leurs intervalles se comptent par semaines, par mois ou par années. Des irradiations peuvent atteindre soit d'autres branches du trijumeau, soit les régions cervicale, scapulaire ou même les nerfs intercostaux ou les nerfs des membres.

La *douleur intercalaire* contusive, pénible ou réduite à des picotements, à des fourmillements, occupe surtout les *points de Valleix* où la pression la réveille ; les principaux sont : l'*échancrure sus-orbitaire*, le *trou sous-orbitaire*, le *trou mentonnier* et le *point apophysaire* (tubérosité occipitale externe, 2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> apophyses épineuses).

**Troubles moteurs.** — Dans les *cas bénins*, ils se réduisent à quelques secousses des orbiculaires de l'œil et des lèvres pendant l'accès.

Dans les formes graves, une moitié du visage devient le siège de violentes secousses ; plus rarement les muscles masticateurs, ceux de la langue, du voile du palais, se contractent ; exceptionnellement, les muscles du tronc ou de tout le corps. Les névralgies provoquent des attaques chez les hystériques. Les *paralysies*, rares, consistent en : ptosis, strabisme externe, paralysie faciale ; paralysie des masticateurs, en cas de lésion centrale.

**Troubles sensitifs.** — On constate : l'*hyperesthésie* à tous les modes, de la peau, des muqueuses, des poils, des dents ; de l'engourdissement ou des fourmillements dans la face, la langue et les gencives. A une phase tardive la sensibilité cutanée, muqueuse, est parfois diminuée, plus rarement abolie par ilots.

**Troubles sensoriels.** — L'*œil* et la conjonctivite sont hyperémiés, les paupières œdématisées ; le globe oculaire est saillant et douloureux à la pression ; de la photophobie, de l'amblyopie ou de l'amaurose peuvent apparaître au moment des accès. En cas de névrite, on a observé : le rétrécissement du champ visuel, l'insensibilité du globe oculaire et même le glaucome. Les



larmes, accrues ou diminuées, sont parfois âcres et irritantes. L'*oreille* présente des bourdonnements et de la surdité, dans les névralgies anciennes. Le goût est relativement intact, quoique certaines saveurs éveillent les accès. On note quelquefois : l'enchifrènement ou l'hypersécrétion d'une narine, la *salivation* (salée ou à saveur métallique) du côté de la névralgie, des *sueurs* unilatérales.

**Troubles vaso-moteurs.** — Pendant l'accès, la face, d'abord pâle, se congestionne ainsi que la conjonctive (*chémosis*) ; elle devient rouge, luisante et se tuméfie. La congestion des muqueuses nasale et buccale peut s'accompagner d'exhalation sanguine.

**Troubles trophiques.** — De cet ordre sont l'hypertrophie ou l'atrophie cutanée, la sclérodémie, l'aspect luisant de la peau. L'hypertrophie peut gagner l'hypoderme et les os. Ailleurs, les pressions répétées aplatissent les parties, sujettes du reste à des éruptions diverses : lichen, acné, herpès ; *zona*, ophthalmique surtout, accompagné ou non de lésions oculaires ; atteignant d'autres fois la langue, l'amygdale et les piliers, au point de simuler l'angine herpétique.

Les cheveux, la barbe sont exposés à tomber, à s'hypertrophier ou à blanchir ; la canitie peut se limiter aux accès (poils zébrés).

**État mental.** — Les cas graves et prolongés entraînent l'irritabilité, la mélancolie, l'épuisement et le marasme, ou même le suicide.

**Formes suivant le siège.** — I. Branche ophtalmique. — Son domaine comprend : le front et le crâne jusqu'au vertex ; la paupière supérieure, le globe oculaire, la peau du nez, la partie antérieure des fosses nasales, le sinus frontal et les méninges de l'étage antérieur du crâne. La névralgie occupe les *points* suivants : *sus-orbitaire*, *palpebral*, *nasal*, *nasolobaire*, de la *bosse pariétale*. La *névralgie sus-orbitaire* est banale. La *névralgie ciliaire* (filets ciliaires du rameau nasal) indique souvent une lésion oculaire (*glaucome* ou *iritis*).

II. **Maxillaire supérieur.** — Distribué aux fosses nasales, au palais, à la tempe, à la joue, à la lèvre supérieure, à la région sous-orbitaire, aux dents supérieures, ce nerf est sensible sur les *points* : *sous-orbitaire*, *malaire*, *latéral supérieur*, *palatin* et *dentaires*. Cette forme est commune, tenace et grave ; la *névralgie alvéolaire* des édentés est particulièrement rebelle.

III. **Maxillaire inférieur.** — Ce nerf se distribue aux dents inférieures, à la lèvre inférieure, au menton, au plancher de la bouche, à la joue, à la tempe, à la partie antérieure du pavillon de l'oreille, au conduit auditif externe et aux 2/3 antérieurs de la langue. Les foyers de la névralgie sont les *points* : *mentonnier*, auriculo-temporal, dentaires, lingual, labial. On la voit souvent limitée au nerf *dentaire inférieur* avec irradiations à l'oreille.

**Variétés symptomatiques.** — Les douleurs sourdes ou les paroxysmes peuvent être isolés. Les paroxysmes existent seuls dans la *névralgie épileptiforme* ; l'accès débute et finit brusquement, est d'une violence extrême et dure quelques secondes ; il est tantôt simple, tantôt spasmodique, accompagné de convulsions des muscles correspondants de la face (tic convulsif)

consistant en contractions cloniques involontaires, plus rarement toniques. On peut compter 10, 20, 100 accès en vingt-quatre heures, sans motifs ou provoqués par des causes banales (rire, pleurer, éternuement, mastication, parole). Une forme chronique, rebelle dont les accès tendent à se multiplier, s'observe chez les névrosés ou les épileptiques.

**Évolution.** — On distingue des *accès atypiques* à intervalles irréguliers et des *accès typiques* ou périodiques, paludiques (types quotidien, tierce, quarte).

La durée est variable ; les *névralgies congestives* ou par carie dentaire sont bénignes et passagères. La *névralgie névrite* est rebelle ; l'anesthésie peut finalement y remplacer la douleur.

**Diagnostic.** — La névralgie faciale doit être différenciée : de l'*odontalgie* qu'exaspère la pression sur la dent malade ; de la *fluxion dentaire* (évolution spéciale) ; de la *céphalée hystérique*, douleur fixe continue, sans irradiations, de siège différent (stigmates) ; de la *migraine* qui s'accompagne de vomissements ; du *rhumatisme temporo-maxillaire* dont la douleur occupe surtout l'articulation ; du *rhumatisme de la face*, de la *sinusite maxillaire* et des *douleurs ostéocopes* spécifiques. On cherchera en outre à préciser la cause, sans oublier que la *syphilis* est susceptible de réaliser une névralgie faciale curable par le traitement spécifique (1).

### III. — NÉVRALGIE SCIATIQUE

La *douleur spontanée*, profonde, continue, parcourt le trajet du sciatique, en totalité ou en partie ; elle s'exaspère en paroxysmes de durée variable, diurnes ou nocturnes, lancinants ou térébrants, déchirant le membre de la fesse au talon, à des intervalles variables.

La *douleur provoquée* est constatable aux *points* suivants (de Valleix) : *point lombaire* (au-dessus du sacrum), *point sacro-iliaque* (articulation du même nom), *point iliaque* (milieu de la crête iliaque), *point fessier* (sommet de l'échancrure sciatique), *point rétro-trochantérien* (bord postérieur du grand trochanter), *points fémoraux* (5 en arrière, le long de la cuisse), *point poplité* (angle externe du creux poplité), *point rotulien* (bord externe de la rotule), *point péronier* (sous la tête du péroné), *point malléolaire* (derrière la malléole externe) ; *point dorsal du pied* et *point plantaire externe*. Les plus constants sont les *points fessier*, *trochantérien*, *péronier* et *malléolaire externe*.

La *manœuvre de Lesègue*, consistant à soulever au-dessus du plan du lit le membre étendu, provoque, en cas de sciatique confirmée, une vive douleur dans le nerf.

La violence et la répétition des accès peut altérer l'humeur et troubler l'appétit. On note quelquefois la *glycosurie* ou la *polyurie réflexes*. Le *réflexe rotulien* est affaibli, le *réflexe du tendon d'Achille* est aboli ou dimi-

(1) DEBOVE, *Trib. méd.*, 28 mai 1904.



nué (moitié des cas). Des crampes, des contractions fibrillaires s'observent parfois. L'*atrophie musculaire*, massive ou, limitée soit au mollet, soit au groupe antéro-externe de la jambe, est presque constante et peut être rapide. Les cas intenses provoquent la *claudication*, la marche courbée en deux, et, au repos, des *attitudes vicieuses* qui incurvent le tronc soit du côté sain (*scoliose croisée*) par parésie des muscles du côté malade, soit du côté malade (*scoliose homologue*), par contracture des muscles qui lui correspondent, dans la *sciatique spasmodique*. La peau du membre atteint peut présenter des îlots d'anesthésie plus ou moins larges, étendus dans les sciaticques graves.

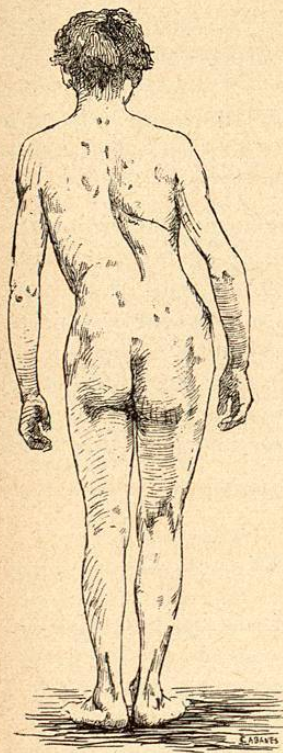


FIG. 105. — Scoliose croisée dans la sciatique (droite).

*Formes.* — La sciatique peut être limitée à la fesse, au genou, à la jambe, à la plante du pied. On distingue aussi la *sciatique névralgie*, franche, sans troubles trophiques et la *sciatique névrite*, insidieuse, rebelle, accompagnée de tuméfaction douloureuse du nerf. Il est aussi des *sciaticques blennorragique, variqueuse*. La *sciatique hystérique* qui siège plutôt à gauche, est très douloureuse, s'accompagne de polyurie et cède à la suggestion (stigmates de la névrose). La *sciatique double*, surtout symptomatique des lésions vertébrales, peut aussi ressortir au diabète, à l'alcoolisme ou au rhumatisme. La *sciatique spasmodique* se caractérise par l'exagération du réflexe rotulien, le clonus du pied, la contracture intense des muscles péri-articulaires et des muscles lombaires.

*Évolution.* — La sciatique dure tantôt de deux à huit semaines, tantôt des mois; les *récidives* sont communes; la sciatique névrite est tenace et grave.

*Diagnostic.* — On évitera de confondre la sciatique surtout avec la *coxalgie*, l'*arthrite sèche coxo-fémorale* et la *coxalgie hystérique*; avec les douleurs musculaires ou ligamenteuses d'origine rhumatismale. La sciatique localisée sera différenciée de la *métatarsalgie*.

#### IV. — NÉVRALGIE INTERCOSTALE

Cette névralgie frappe surtout les V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup>, VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> paires intercostales gauches, portant habituellement sur trois ou quatre espaces à la fois. La douleur d'abord contusive, spontanée et continue, se transforme ensuite en sensation de pression, ou de constriction thoracique; elle est exagérée par la respiration, la toux, l'effort, l'éternement, le bâillement, le hoquet et les

mouvements des membres. Les accès consistent en élancements (coups de canif ou coups de couteau), semblant partir des extrémités de l'espace intercostal pour s'unir au milieu; ils sont plus fréquents le soir. Les *points principaux* sont au nombre de trois: le *point vertébral*, à côté des apophyses épineuses; le *point latéral*, au milieu de l'espace (rameau perforant latéral), et le *point sternal*, entre le sternum et les articulations chondro-sternales (rameau perforant antérieur); ils constituent des foyers de douleurs continues et des centres d'irradiations; la pression y est douloureuse sur une surface de 2 à 5 centimètres de diamètre.

Des *irradiations* sont possibles en tous sens: dos, épaule, bras, mamelle, lombes, hypogastre, ou même pneumogastrique (dyspnée, tachycardie). On constate plus souvent l'*hyperesthésie* que l'*anesthésie*. Le principal trouble trophique est le *zona* (étudié à part).

*Variétés.* — L'*épigastralgie* est une hyperesthésie extrême de l'épigastre accompagnée de nausées et de vomissements et attribuable à la névralgie des derniers nerfs intercostaux.

La *mastodynie*, ou mamelle irritable, consiste en douleurs mammaires parfois très intenses, reparaissant par crises et accompagnées de nodosités dures autour de la glande; c'est une névralgie propre aux jeunes femmes nerveuses, enceintes, nourrices ou atteintes d'affections utéro-ovariennes.

*Diagnostic.* — La névralgie intercostale doit être distinguée: de la *pleurodynie* (douleur musculaire); des *fractures, ostéites et périostoses costales* (douleur osseuse); du *point de côté d'origine pleuro-pulmonaire*; de la *névralgie phrénique* et de l'*angine de poitrine*. On cherchera la cause de la névralgie intercostale.

## CHAPITRE IX

### TROUBLES TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS

#### I. — ZONA

Le zona est un exanthème herpétiforme à topographie spéciale (radiculaire), dû à l'irritation réflexe des centres sensitifs et vaso-moteurs de la moelle et consécutif aux lésions destructives des ganglions des racines postérieures. C'est une affection tantôt primitive, infectieuse (Landouzy), comparable à la polio-myélite antérieure aiguë (*polio-myélite postérieure aiguë*), tantôt secondaire à diverses myélopathies.

Le zona primitif, quelquefois épidémique, est annoncé par un léger état gastrique et un peu de fièvre; puis apparaît l'*éruption*, précédée ou non de névralgie ou d'hyperesthésie cutanée.

*Éruption.* — Elle consiste en un nombre variable de plaques rouges, arrondies ou ovalaires, de 1 à 2 centimètres de diamètre, parsemées au bout