

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.

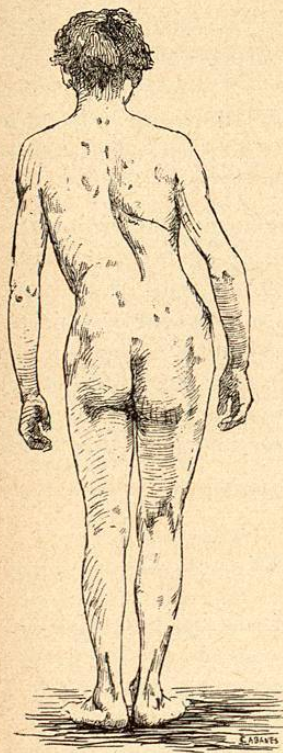


FIG. 105. — Scoliose croisée dans la sciatique (droite).

*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'éternuement, 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



de 5 à 5 jours de vésicules ou de bulles perlées, transparentes puis louches. Les placards sont disposés sur le trajet d'une ramification nerveuse, ou plutôt suivant des territoires segmentaires que commandent les centres médullaires sensitifs irrités; les premiers se montrent aux extrémités de la zone frappée et tendent à se rejoindre. Les vésicules se dessèchent en croûtelles brunâtres qui tombent après 8 à 10 jours, laissant des taches rouges ou pigmentées, destinées à s'effacer ou à faire place à des macules blanches cicatricielles. Chez les vieillards, les surmenés, les diabétiques, les vésicules de zona, souvent remplies de sang, peuvent aboutir à l'ulcération ou au sphacèle; l'éruption se prolonge alors deux à trois mois et laisse des cicatrices indélébiles.

**Localisations.** — Le zona peut se montrer sur tous les plexus nerveux. Le plus commun est le *zona intercostal*; il occupe un ou deux espaces intercostaux (III<sup>e</sup>, IV<sup>e</sup>, V<sup>e</sup>, VI<sup>e</sup> ou VII<sup>e</sup>) d'un côté, plus rarement des deux. On peut observer le *zona*: *abdominal*, *lombo-fémoral*, *sacro-ischiatique*, *cervical*, *brachial*, *facial*. Le *zona ophtalmique* (branche ophtalmique) est particulièrement grave, en raison des complications oculaires (ulcération et perforation de la cornée, iritis) auxquelles il expose.

**Névralgie.** — Non constantes, les névralgies tantôt précèdent l'éruption, tantôt lui survivent longtemps; parfois très intenses, elles donnent lieu en certains cas à des *plaques d'anesthésie* ou d'*hyperesthésie* indépendantes des placards éruptifs. Le zona peut se compliquer d'*atrophie musculaire*, d'*engorgements ganglionnaires* et même de *paralysies* (des muscles moteurs de l'œil).

## II. — SCLÉRODERMIE

La sclérodémie est une transformation fibreuse du derme et parfois même des tissus sous-jacents. Elle est tantôt *diffuse*, tantôt *circonscrite*.

**Sclérodémie diffuse.** — Le processus s'annonce par des fourmillements, des engourdissements, des crampes, des douleurs lancinantes, des paresthésies ou de l'asphyxie locale; puis apparaissent des plaques ou des bandes irrégulières d'œdème dur qui finissent par fusionner en de larges nappes occupant les membres supérieurs d'abord, la face et le buste ensuite. La sclérodémie se généralise tantôt rapidement (*forme œdémateuse de Hardy*), tantôt lentement (mois, années). Les progrès de la sclérose rendent la peau d'un blanc sale ou brun foncé, tendue, luisante, la fixant aux parties profondes. Elle transforme la face en un *masque de cire*, amincit les lèvres, effile le nez, semblant figer les joues, les paupières et les oreilles. La mastication, la parole en sont gênées. Le thorax, sanglé dans une cuirasse fibreuse, respire difficilement. Les membres inférieurs sont souvent rétractés. La mobilité du poignet est très réduite. La lésion prédomine aux doigts; effilés, rigides, incurvés et raccourcis par résorption des phalanges, ils portent des ongles altérés et sont exposés au sphacèle.

La sensibilité des zones atteintes est normale ou un peu émoussée; l'hypo-

thermie s'y observe, accompagnée parfois de sensations de froid et de douleurs profondes, constrictives.

La sclérose peut gagner les muscles, les os (résorption des phalanges), et les articulations (arthropathies).

Quoique incurable, la sclérodémie diffuse est sujette à des temps d'arrêt de plusieurs années; la régression ou la guérison sont exceptionnelles. Les malades meurent des progrès de la cachexie (escarres), de tuberculose, de pneumonie ou de sclérose viscérale (cœur, rein, foie).

**Sclérodémie circonscrite.** — La sclérodémie en bandes tend des bandes scléreuses le long des membres, sur le tronc, ou, des bandes annulaires étranglant un membre, un doigt; ces bandes sont parallèles à la direction des nerfs périphériques.

La sclérodémie en plaques ou *morpheé* est tantôt isolée, tantôt associée à la forme diffuse. La plaque commence par une tache rose pâle, puis rouge foncée, plus ou moins large, arrondie ou ovalaire; au bout de quelques mois son centre blanchit, prend l'aspect lardacé; elle s'entoure d'un liséré lilas et fait quelquefois saillie. Une fois constituée, la plaque, d'un blanc nacré, peut être pigmentée au centre; l'anneau lilas est entouré d'une zone bistrée. Les zones scléreuses, uniques ou multiples, sont soit unilatérales, quelquefois zostérisiformes, soit bilatérales. Leurs sièges de prédilection sont: le front, la base du cou, la poitrine, les seins, l'abdomen, les cuisses. On y constate d'abord des fourmillements; puis la sensibilité s'y émousse, les poils tombent et les sécrétions cutanées disparaissent.

Après plusieurs années, les plaques subissent une régression graduelle, disparaissant tantôt complètement, tantôt laissant une cicatrice sèche déprimée, jaune ou grisâtre. Les *formes circonscrites ne se compliquent pas de scléroses viscérales*.

**Sclérodactylie.** — La sclérose des doigts peut constituer une forme localisée, frappant les deux mains et réalisant une pseudo-ankylose en flexion forcée, plutôt par contracture musculaire précoce que par arthropathies tardives.

**Diagnostic.** — La sclérodactylie demande à être différenciée: de la *gangrène symétrique des extrémités* qui du reste lui est quelquefois associée; de la *lèpre nerveuse*, de la *syringomyélie* (troubles sensitifs) et du *rhumatisme déformant*. On évitera de confondre la *morpheé* avec les cicatrices, la chéloïde, le cancer du sein, le vitiligo, les plaques décolorées de la lèpre.

## III. — GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS (MALADIE DE RAYNAUD)

Cette affection consiste en une gangrène sèche et symétrique *sans lésions vasculaires*, plus commune chez la femme, de 18 à 50 ans.

On lui distingue trois phases successives: 1<sup>o</sup> syncope locale; 2<sup>o</sup> asphyxie locale; 3<sup>o</sup> gangrène symétrique, qui n'est pas toujours réalisée.

1<sup>o</sup> *Syncope locale.* — Sous l'influence du froid ou d'une émotion, une



main devient insensible (sauf à la température), blanc mat ou jaunâtre, inerte, et parfois baignée de sueur froide.

**2° Asphyxie locale.** — Cette phase peut alterner avec la précédente et s'y juxtaposer. Les parties prennent une teinte ardoisée ou d'encre; complètement insensibles, elles sont le siège d'engourdissement, de cuisson et d'élançements; les tissus voisins sont tuméfiés et marbrés. Si l'asphyxie se dissipe, la peau devient livide puis rouge foncé. Entre les crises et surtout après, la main est très chaude (vaso-dilatation) et le pouls, pendant 15 à 20 minutes, très ample, alors que pendant la crise, il était accéléré, petit, filiforme.

**Signes concomitants.** — Les deux états précédents peuvent entraîner le *spasme de l'artère rétinienne* (sensation de mouches volantes). La *polyurie claire* est habituelle. Une néphrite peut coexister avec l'asphyxie locale, qu'elle se développe avant, pendant ou après.

**3° Gangrène symétrique.** — Elle succède en général à l'asphyxie locale. Les extrémités sont d'abord pâles, violacées, livides, sillonnées de marbrures le long des veines; les malades y ressentent l'onglée, des fourmillements, de violents élançements, puis de la brûlure; les douleurs peuvent s'étendre à tout le membre. La zone frappée est insensible, refroidie de plusieurs degrés; la zone voisine est plus chaude que normalement. Alors des phlyctènes annoncent la gangrène, qui se montre sous forme de plaques parcheminées ou d'escarres.

La *phlyctène* (surtout à l'extrémité du petit doigt) est remplie de sérosité louche; sa rupture dénude le derme; il en résulte une excoriation qui, peu à peu, fait place à une cicatrice blanche, déprimée, dure. Les ongles tombent souvent et le bout des doigts s'effile graduellement. Ailleurs on observe, succédant ou non à une phlyctène, une plaque épidermique, sèche, flétrie, dure et parcheminée qui finit par se desquamier.

Chez les enfants, au pied, les phlyctènes sèchent et brunissent sans se rompre, puis tombent. Le processus évolue en 15 jours environ.

Dans les cas intenses, les ongles et les phalanges deviennent bruns ou noirs, subissant une *momification* véritable: un cercle inflammatoire prépare, à la base de l'orteil, l'élimination de l'escarre, suivie de cicatrisation.

Les sièges d'élection sont les mains et les pieds; très rarement les oreilles et le nez.

L'état général reste absolument normal.

**Évolution. — Formes. — Associations.** — La maladie procède par accès revenant plus ou moins souvent pendant longtemps et débutant symétriquement par les mêmes points, pour évoluer en trois périodes: 1° l'*asphyxie locale* qui dure de quelques jours à un mois; 2° la *période d'état* (douleurs vives, gangrène limitée) qui dure 10 jours; 3° la *phase de régression et de cicatrisation* qui varie de 10 jours à 10 mois.

La sclérodémie, des doigts surtout, est un aboutissant possible.

On distingue des *formes*: *atténuée*, *compliquée* (sclérodémie), *intermittente* (la plus commune, 3 à 4 crises en 2 ou 3 ans); *continue*, *aiguë*

(gangrène précoce et profonde); *hystérique*, provoquée par l'émotion, curable par la suggestion hypnotique.

La maladie de Raynaud peut s'associer soit à la *sclérodémie*, soit à l'*érythromélangie*.

**Diagnostic.** — On évitera de confondre la gangrène symétrique avec les états suivants: l'*onglée*, syncope locale physiologique, mais non spontanée; le *doigt mort*, syncope locale provoquée par la néphrite qu'on doit rechercher; la *cyanose permanente*, en général plus étendue et associée à une lésion cardiaque; les *engelures*, difficiles à distinguer et coexistant du reste quelquefois avec l'asphyxie locale; la *gangrène sénile*, unilatérale, plus étendue (jamais moins d'un orteil) et associée à la diminution ou à la suppression du pouls dans le membre atteint.

L'*ergotisme gangreneux*, syndrome très analogue, ne peut être différencié que grâce aux commémoratifs et aux signes concomitants.

## CHAPITRE X

### NÉVROSES

#### I. — ÉPILEPSIE

**Attaque convulsive. — Prodromes.** — Quelques phénomènes peuvent annoncer les crises, à quelques heures ou plusieurs jours de distance: céphalée, courbature, bruits d'oreille, grincement de dents nocturne, tremblement, embarras de la parole, hallucinations, insomnie, cauchemars, palpitations avec ou sans tachycardie, bâillements, oppression, embarras gastrique.

**Aura.** — L'aura est un trouble variable (moteur, sensitif, sensoriel ou psychique), toujours identique à lui-même chez un même sujet, précédant immédiatement l'attaque, plus commun dans l'épilepsie jacksonienne que dans l'épilepsie essentielle où il n'est souvent pas perçu. L'aura est soit *simple* (signe unique), soit *complexe* (signes multiples).

**Auras simples. — Auras motrices.** — Elles consistent: en contractions, tremblement ou contracture douloureuse limitées aux doigts, aux orteils, à la face, etc.; en mâchonnement, clignotement, bâillement, éternuement, toux, hoquet, spasme glottique, bégaiement, geste familier (passer la main sur la figure, la langue sur les lèvres; se boutonner); en un mouvement violent: courir, tourner; ou en une impotence motrice subite (asthénie, paralysie).

**Auras sensitives.** — A cette catégorie appartiennent: les engourdissements, les fourmillements, les sensations de chaleur, de froid, la gastralgie, la céphalée, l'odontalgie, la boule remontant à l'épigastre et à la gorge.

**Auras sensorielles.** — L'aura peut consister encore en: éblouissement, photophobie avec blépharospasme; en macropsie ou micropsie, érythrospie,