

titubation cérébelleuse et l'incoordination de la sclérose postérieure », et à l'autopsie duquel la moelle fut trouvée tout à fait intacte, tandis qu'il existait des lésions des nerfs. Voici la description que donnent ces auteurs des troubles de la locomotion dont était atteint le malade en question : « Tout d'abord (*quoique la force musculaire, examinée au lit, soit très développée dans les membres inférieurs*), lorsque le malade est debout, il n'est pas solide sur ses jambes, qu'il tient écartées l'une de l'autre, pour élargir sa base de sustentation. Le moindre choc le ferait tomber si on ne le retenait. Lorsqu'on le fait marcher, voici ce que l'on observe : *tout d'abord la direction de la marche est modifiée, il ne marche pas en ligne droite, mais il fait des festons qui le dévient de la ligne droite*, pas d'une très grande quantité toutefois. Quant aux différents mouvements des membres inférieurs, dont l'association constitue le mécanisme du mouvement de la marche, ils sont eux aussi altérés. Le malade, en effet, n'avance pas lentement la jambe et le pied devant lui, lorsqu'il veut exécuter un pas, sa jambe et son pied sont projetés en haut et un peu en dehors avec une certaine brusquerie, et, dans ce mouvement, la jambe et la cuisse partent ensemble, comme chez un ataxique médullaire. Ces mouvements sont brusques, saccadés, et ressemblent à ceux d'un tabétique, arrivé à un degré moyen d'incoordination. Dans l'acte de la marche, les genoux ne sont pas plus fléchis qu'à l'état normal. Il n'existe pas la moindre trace de steppage. Le pied, en arrivant au sol, retombe sur le talon. »

Chez ce malade, comme chez celui de Jaccoud, il y avait de l'anesthésie cutanée.

Sans contester la réalité de ces faits, je crois qu'on peut au moins affirmer, si l'on en juge par le nombre considérable d'observations où cette incoordination fait complètement défaut, que des lésions limitées aux nerfs ne donnent lieu que d'une façon tout à fait exceptionnelle à la véritable démarche tabétique.

Dans le tabes l'incoordination des membres inférieurs peut être aussi mise en évidence quand le malade est assis ou dans la position horizontale ; si on lui commande de porter la pointe du pied vers un point déterminé, il soulève la jambe avec brusquerie et ne peut lui imprimer la direction voulue.

Si ce phénomène peut exister dans les névrites, il paraît aussi très rare. J'en dirai autant de l'incoordination des membres supérieurs. Dans certains cas les mouvements qu'exécute le malade après avoir fermé les yeux, sont irréguliers, ataxiformes, mais ils n'ont jamais, ou presque jamais, la brusquerie des mouvements tabétiques.

Je ne sache pas que l'incoordination des muscles du tronc ait été signalée dans les névrites, ou du moins qu'elle puisse atteindre, comme chez certains tabétiques, un degré d'intensité tel que le malade soit incapable de rester assis sans risquer de tomber et se trouve ainsi presque dans la nécessité de garder la position horizontale.

CONTRACTURES. — CRAMPES — SPASMES.

Dans un assez grand nombre de cas de névrites, on a signalé l'existence de la contracture, ou du moins d'un état de raideur d'un ou de plusieurs membres qui a été qualifié de contracture. Mais s'agit-il là d'une véritable contracture ?

Avant de chercher à résoudre cette question, il faut au préalable s'entendre sur la signification de ce terme. Si par contracture on comprend un état de raideur musculaire analogue à celui qu'on observe dans la sclérose du système pyramidal, soit dans les hémiplegies d'origine cérébrale avec dégénérescence secondaire, soit dans les paraplégies spasmodiques dues à une affection spinale organique, la réalité de la contracture dans les névrites ne me paraît pas du tout établie. C'est ainsi, par exemple, que dans le travail de Pal sur la névrite multiple, la contracture est plusieurs fois signalée (Obs. V et VIII). Or, dans l'observation V, où l'articulation du genou est fortement fléchie et ne peut être étendue, il est spécifié que la contractilité faradique et la contractilité voltaïque des muscles des membres inférieurs sont abolies. N'est-il pas légitime d'en inférer qu'il ne s'agit pas là d'une véritable contracture, mais d'une rétraction fibro tendineuse ? Dans l'observation VIII se trouve mentionnée une flexion du genou semblable à celle de l'observation V, et là encore les muscles du membre inférieur sont inexcitables par les courants faradiques et par les courants voltaïques ; de plus, les réflexes tendineux sont abolis. Incontestablement, comme dans le cas précédent, on a affaire à une rétraction fibro-tendineuse et non à une vraie contracture.

Dans d'autres observations on a désigné sous le nom de contracture un état pathologique qui diffère essentiellement d'une contracture et qui me semble, d'après la description du phénomène, devoir être rapporté à la crampe.

Dans une auto-observation relatée dans l'*Union médicale* (1878, p. 920) par un étudiant atteint de paralysie diphtérique, il est fait mention d'un phénomène singulier auquel la dénomination de contracture a été donnée, mais sur la nature duquel il me paraît difficile de se prononcer. Il s'agit d'une rigidité musculaire apparaissant par accès et durant plusieurs heures. Voici la description d'une de ces crises. Le malade éprouve une sensation de faiblesse musculaire générale qui va en augmentant ; puis, à un moment donné, le pouce ne peut plus s'opposer aux doigts, qui sont raides et éloignés les uns des autres. Dans une autre de ces crises les choses se passent de la façon suivante : un jour, quatre mois après le début de la paralysie diphtérique, le malade, dont l'état était déjà satisfaisant, est pris brusquement en descendant l'escalier d'une douleur fulgurante qui lui traverse le corps et aussitôt après d'une raideur de tous les membres.

De quel trouble s'agit-il dans ce cas ? Sont-ce là des crampes musculaires ? C'est possible, sinon certain. Mais en tout cas ce phénomène ne paraît avoir rien de commun avec la contracture véritable.

En résumé, sans nier qu'une contracture analogue par son aspect clinique à celle qui est liée à une sclérose des cordons latéraux puisse dépendre d'une lésion des nerfs, il m'est permis de dire que la réalité de cette relation n'est pas encore démontrée.

Je dois toutefois faire remarquer qu'une contracture de ce genre peut être observée dans certains cas chez des malades atteints de névrite, lorsque les altérations des nerfs ne sont pas très accusées et qu'elles coïncident avec une affection qui provoque cette contracture. On conçoit aussi fort bien l'association d'une contracture hystérique à une névrite périphérique légère.

Les crampes sont, au contraire, fort communes dans la plupart des névrites. Elles peuvent se manifester à l'état de veille et à l'état de sommeil, pendant la marche ou lorsque le malade se trouve au repos, dans la position horizontale ;

mais c'est dans cette dernière attitude et dans le demi-sommeil qu'elles semblent le plus fréquentes.

J'ai pu, chez plusieurs malades atteints de névrite, mettre en évidence cette prédisposition à la crampe qui n'existait chez eux qu'à l'état latent, en pratiquant la faradisation des muscles. En faisant passer à travers certains muscles, particulièrement les jumeaux, un courant volta-faradique d'un appareil à chariot, à interruptions fréquentes, d'une intensité plus ou moins grande, parfois très faible, on fait apparaître, dans certains cas, une crampe qui persiste, après que l'électrisation a été suspendue, pendant 10, 20, 30 secondes, ou plus longtemps encore.

Je ne ferai que mentionner les phénomènes spasmodiques qu'on peut observer, à la suite de la paralysie faciale, dans les muscles du côté qui a été le siège du mal.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

Les troubles de la sensibilité sont très communs dans les névrites. Ils consistent d'une part en des sensations anormales, généralement pénibles, souvent très douloureuses, qui apparaissent spontanément ou bien qui sont provoquées par certaines manœuvres, et d'autre part en une perturbation, un affaiblissement, une abolition des divers modes de la sensibilité.

Ces troubles, quelle qu'en soit la nature, sont très variés au point de vue de leur étendue et de leur siège; à cet égard on peut concevoir, *a priori*, toutes les variétés imaginables, suivant que l'affection se cantonne dans quelques petites ramifications nerveuses et modifie l'état normal de la sensibilité dans des territoires très limités, qu'elle se localise systématiquement dans une ou dans quelques grosses branches nerveuses et donne ainsi naissance à des troubles sensitifs caractéristiques, parce qu'ils sont confinés dans la sphère de distribution de ces nerfs, ou bien qu'elle atteint d'une façon diffuse la plupart des nerfs, ou même tous les nerfs d'une région plus ou moins étendue.

Les malades ressentent parfois des fourmillements dans les membres; il leur semble que leurs téguments sont recouverts d'un corps étranger, d'un enduit; ils éprouvent des sensations de chaleur ou de froid, que l'on pourrait qualifier de subjectives, et qui les poussent, soit à se découvrir alors même que la température du milieu ambiant est basse, soit à envelopper leurs membres d'ouate ou de flanelle, même quand ils se trouvent dans une atmosphère très chaude. Ces troubles peuvent, du reste, ne constituer qu'une simple gêne. Mais bien souvent ces phénomènes subjectifs deviennent fort pénibles pour les malades et sont accompagnés ou suivis de douleurs qui, tantôt modérées et intermittentes, peuvent atteindre la plus grande intensité et devenir continues. Ces douleurs affectent des formes variées: elles sont lancinantes, contusives, fulgurantes, font éprouver aux malades des sensations de torsion, de brûlure.

Les crises de douleurs surviennent souvent sans cause appréciable, mais elles sont aussi provoquées dans certains cas, soit par des mouvements spontanés exécutés par le malade, soit par une pression plus ou moins énergique exercée sur les parties atteintes, ou bien encore par des mouvements passifs qu'on imprime à tout le corps ou à un membre. La compression des troncs nerveux ou des masses musculaires peut causer de très grandes souffrances

d'une durée plus ou moins longue; le poids des couvertures peut être insupportable, le simple attouchement de la peau, le frôlement des téguments avec les barbes d'une plume, principalement au moment des crises, peuvent provoquer de vives douleurs.

Ces souffrances peuvent priver le malade de repos et de sommeil, lui enlever l'appétit, le mettre dans l'impossibilité de s'alimenter; elles sont sans doute l'une des causes de l'affaiblissement et de la dépression qu'on observe chez quelques sujets atteints de névrite.

Les douleurs sont généralement bien plus prononcées dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs; c'est là un fait dont la réalité est incontestable, et qu'on peut interpréter de plusieurs façons. Nous verrons dans la suite que, parmi les névrites qui provoquent des douleurs intenses, celles qui sont causées par l'alcool occupent la première place et que les membres inférieurs constituent leur siège de prédilection, que la névrite saturnine, au contraire, qui ordinairement est indolore, se localise le plus souvent dans les membres supérieurs. Dès lors, en se fondant exclusivement sur l'observation de ces faits, on pourrait soutenir, soit que la douleur est en relation avec la nature de la névrite à laquelle on a affaire, soit qu'elle dépend simplement du siège qu'elle occupe. La première interprétation est celle qui est le plus généralement admise. Si la névrite des membres inférieurs, contrairement à celle des membres supérieurs, est ordinairement douloureuse, c'est que la névrite alcoolique qui atteint les filets sensitifs a une prédilection pour les membres inférieurs. Il faut remarquer cependant que toute névrite, quelle qu'en soit la nature, est généralement plus douloureuse aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

La sensibilité au tact, à la pression, à la douleur, à la température, subit diverses sortes de modifications que le malade livré à lui-même peut méconnaître, dont il n'a, en général, qu'une notion imparfaite et qu'il appartient au médecin de rechercher avec soin.

Il ne faut pas oublier, du reste, que cet examen nécessite le concours du malade, puisqu'il s'agit là de phénomènes subjectifs et que celui-ci est avec la meilleure foi du monde exposé à se tromper dans ses appréciations; aussi est-il bon de chercher par tous les moyens à éviter, dans la mesure du possible, les causes d'erreur; il est en particulier indispensable de faire clore les yeux du malade, car si on néglige cette précaution, il est difficile de faire la part, dans les renseignements qu'il donne sur les sensations qu'il éprouve ou qu'il croit éprouver, de ce qui est fourni par chacun de ces deux sens, la vue et le toucher.

Il faut aussi se bien rappeler que la sensibilité varie d'un individu à l'autre, que chez le même individu elle n'est pas égale dans toutes les parties du corps et qu'enfin elle peut subir, du commencement à la fin d'un examen quelque peu prolongé, sous l'influence de la tension d'esprit dans laquelle se trouve le sujet en observation, des modifications assez notables; de telle sorte qu'il est bon de répéter l'examen à plusieurs reprises, de ne tenir compte que des troubles permanents et suffisamment accusés; il est surtout facile d'apprécier la valeur des désordres quand ils sont unilatéraux et que l'on possède ainsi du côté normal un terme de comparaison.

Le malade peut avoir perdu complètement la faculté de percevoir, dans une région plus ou moins étendue, le contact d'un corps étranger, quelles qu'en soient