

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

la nature, la consistance, la température, la forme, qu'il s'agisse d'un attouchement superficiel ou d'une pression profonde. Nulle excitation n'est sentie quel qu'en soit l'agent, que ce soit un corps piquant, tranchant, contondant, ou bien le froid, le chaud, ou bien encore un courant électrique passant à travers les téguments, les nerfs ou les muscles. Mais parfois aussi, plus souvent même, la sensibilité n'est que partiellement altérée. Les excitations sont perçues, mais d'une façon moins parfaite qu'à l'état normal; il y a, en ce qui concerne la manière dont la sensibilité peut être émoussée, des variétés très nombreuses. Certains malades qui ne perçoivent pas un attouchement léger sentent le contact d'un corps qu'on applique sur leurs téguments avec une certaine pression. Il arrive aussi que, tout en percevant un attouchement, ils sont dans l'impossibilité d'en déterminer exactement le siège et commettent à cet égard des erreurs d'appréciation, ou bien encore qu'ils sont simplement moins habiles qu'à l'état normal à distinguer, à l'aide du toucher, la forme et la consistance des objets.

Ils sont parfois capables de percevoir un attouchement et de déterminer le siège du contact, mais ne peuvent pas apprécier l'intensité d'une pression ou d'une traction exercée sur certaines parties de la peau. L'emploi du compas de Weber pour la sensibilité tactile, des appareils de Kammler et de Bloch pour la sensibilité à la traction et à la pression cutanée, peut révéler l'existence de troubles très légers, qui, autrement, auraient passé inaperçus.

On peut aussi observer chez certains malades un retard plus ou moins accusé dans la perception d'une excitation cutanée, c'est-à-dire que le temps qui s'écoule entre cette excitation et la sensation qui en est la conséquence est beaucoup plus long qu'à l'état normal.

La piqure, le pincement de la peau, la compression des parties profondes, l'application d'un corps chaud ou froid, peuvent, sans provoquer une douleur aussi vive qu'à l'état normal, faire naître des sensations plus ou moins pénibles. Il y a aussi toute une série d'états intermédiaires entre la sensibilité normale à la température et la thermo-anesthésie complète.

L'anesthésie peut donc être plus ou moins accusée et se présenter sous divers aspects; il faut savoir de plus que les divers modes de la sensibilité peuvent ne pas être tous atteints au même degré et que parfois même les différences à cet égard sont très considérables.

Les altérations des nerfs sont en effet capables de déterminer une dissociation des divers modes de la sensibilité. La sensibilité au tact et à la douleur étant abolie ou très affaiblie, la sensibilité à la température peut être relativement conservée; dans d'autres cas, c'est la sensibilité à la température qui est surtout atteinte, les autres modes de la sensibilité n'ayant pas subi de modifications notables; on observe parfois une dissociation singulière de la sensibilité à la température, caractérisée par la conservation de la sensibilité au froid et l'abolition de la sensibilité au chaud.

La dissociation des divers modes de la sensibilité peut présenter, dans les névrites périphériques, une disposition analogue à celle qui appartient à la syringomyélie, c'est-à-dire que, la sensibilité à la température et à la douleur étant abolie, la sensibilité au tact est normale ou plutôt légèrement affaiblie. Il ne me paraît pas en effet démontré, jusqu'à présent, que la dissociation syringomyélique parfaite, c'est-à-dire cette variété de dissociation dans laquelle, la sensibilité à la douleur et à la température étant totalement abolie, la sensibilité au

tact est absolument normale, puisse dépendre d'une lésion des nerfs; au contraire, il est incontestable qu'on peut observer dans les névrites périphériques une dissociation syringomyélique *imparfaite* caractérisée par une abolition de la sensibilité à la douleur et à la température coïncidant avec une conservation *incomplète* de la sensibilité au tact.

Le sens musculaire peut être altéré dans une certaine mesure. Certains malades, lorsque leurs yeux sont fermés, n'ont pas la notion de l'attitude dans laquelle se trouvent les parties du corps qui sont le siège de l'affection ou n'en ont qu'une notion imparfaite.

#### TROUBLES DES RÉFLEXES

L'examen des réflexes est d'un très grand intérêt dans l'étude des maladies nerveuses en général et des névrites en particulier.

**Réflexes cutanés.** — Les réflexes cutanés, dans les régions où siège l'affection, peuvent être normaux; ordinairement, ils sont affaiblis, quelquefois même complètement abolis; parfois, mais plus rarement, ils semblent exagérés. De ces divers états, l'affaiblissement ou l'abolition est celui qui a le plus de valeur au point de vue du diagnostic. Il va sans dire que l'état des réflexes cutanés peut varier d'une région à l'autre; dans un cas signalé par Vierordt, par exemple, le réflexe plantaire était aboli et le réflexe abdominal conservé; chez un malade de Strümpell, il y avait une absence complète du réflexe abdominal et une grande diminution du réflexe plantaire, qu'on ne pouvait obtenir que par une forte piqure.

Le réflexe *crémastérien*, le réflexe *anal* (Rossolimo), etc., peuvent aussi être affaiblis ou abolis.

**Réflexes tendineux.** — Les névrites amènent généralement une perturbation dans l'état des réflexes tendineux; dans la grande majorité des cas, ce trouble est caractérisé par un affaiblissement ou une abolition complète de ces réflexes; c'est même là un signe qui, sans être pathognomonique, puisqu'il n'appartient pas exclusivement aux névrites, a une grande signification au point de vue du diagnostic de cette affection, ainsi que nous le verrons dans la suite. On l'observe en effet dans toutes les variétés de névrites, que la lésion porte plus particulièrement sur les fibres sensitives, ou qu'elle atteigne plus spécialement les fibres motrices. Cela, du reste, est facile à comprendre, car, l'accomplissement d'un mouvement réflexe exigeant la mise en activité des diverses parties qui constituent l'arc réflexe, il peut suffire d'une altération portant exclusivement soit sur les fibres centripètes, soit sur les fibres centrifuges, pour entraver ce phénomène.

Est-il nécessaire de faire observer que l'état des réflexes tendineux peut varier d'une région à une autre? Les réflexes tendineux peuvent être normaux dans les membres supérieurs et abolis dans les membres inférieurs, ou inversement conservés dans ceux-ci et abolis dans ceux-là. Si une névrite des membres inférieurs siège dans la jambe et n'atteint pas la cuisse, la disparition des réflexes des tendons d'Achille coïncidera avec l'intégrité des réflexes rotuliens. Il peut y avoir aussi une différence notable entre les deux côtés du corps. Il est, du reste, facile de concevoir à cet égard toutes les variétés qui peuvent se réaliser.

Le plus généralement, avons-nous dit, les réflexes tendineux sont affaiblis ou abolis.

On a noté pourtant dans quelques cas de névrites l'exagération de ces réflexes. Strümpell, Möbius ont signalé les premiers des faits de ce genre, et j'en ai aussi observé de mon côté. Toutefois, cette exagération n'est pas très marquée, et je ne sais pas qu'on ait constaté de la trépidation épileptoïde dans le pied ou dans la main. En théorie, rien ne s'oppose à ce qu'on admette que ce phénomène puisse se manifester; car, puisqu'il suffit, comme on le sait, d'une irritation portant sur l'extrémité des fibres centripètes, ainsi que cela a lieu parfois dans certaines affections articulaires, irritation n'amenant aucune altération organique du système nerveux, pour que l'épilepsie spinale apparaisse, on concevrait fort bien qu'une lésion d'un nerf produisit des troubles analogues, mais la réalité du fait ne me paraît pas encore établie. Il va sans dire que, si l'épilepsie spinale était observée dans un cas où une affection capable de lui donner naissance était associée à une névrite, on ne serait pas en droit d'en inférer qu'une lésion des nerfs puisse provoquer ce phénomène. Ainsi, par exemple, dans une observation de névrite relatée par Pal (obs. IV), il y a tout lieu de faire dépendre la trépidation épileptoïde qui y est signalée des altérations spinales concomitantes, de la dégénération des cordons latéraux constatée à l'autopsie.

On peut donc dire que, dans les névrites, l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes tendineux est la règle, que leur exagération est une rareté et que le phénomène de la trépidation épileptoïde peut être considéré, jusqu'à nouvel ordre, comme étranger à la symptomatologie de cette affection.

#### TROUBLES VASO-MOTEURS, SÉCRÉTOIRES ET TROPHIQUES

Les phénomènes de cet ordre, sans être rares, semblent moins communs dans les névrites d'origine interne que dans celles qui sont d'origine externe. Il s'agit, du reste, dans ces deux ordres de cas, de troubles du même genre; il me suffira par conséquent de renvoyer le lecteur à la description que j'en ai donnée plus haut (voir p. 54). Je me contenterai de faire remarquer que c'est surtout dans les névrites des membres inférieurs que l'on observe les phénomènes en question, dont les plus ordinaires sont l'œdème, la rougeur des téguments, les sueurs, l'abaissement de la température, les altérations des poils et des ongles.

On observe parfois dans la polynévrite une lésion dont je ne me suis pas encore occupé et qui doit être attribuée à un trouble de la nutrition, je veux parler des rétractions fibro-tendineuses; je dois en donner ici une description.

On désigne sous ce nom une rétraction du tissu cellulo-fibreux qui entoure les jointures et un raccourcissement des tendons périarticulaires d'où résultent, en même temps qu'une attitude vicieuse des membres atteints, des troubles fonctionnels plus ou moins graves.

Ces rétractions sont assez fréquentes dans la polynévrite; elles peuvent occuper la plupart des jointures, mais elles sont plus communes dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs et se développent plus particulièrement dans la région du genou et dans celle du cou-de-pied. Les deux segments du membre que réunit l'articulation qui est le siège du mal ne

sont ordinairement pas immobilisés d'une façon complète, et ce n'est le plus souvent qu'un des mouvements de la jointure qui est entravé; les autres peuvent au contraire jouir d'une liberté absolue; il est généralement aisé de reconnaître que l'obstacle réside dans des altérations du tissu périarticulaire et que la partie interne de l'articulation est normale. Lorsque la rétraction occupe la région tibio-tarsienne, le pied est tombant et forme avec la jambe un angle obtus; on peut porter le pied en abduction et en adduction, l'étendre d'une façon tout aussi complète qu'à l'état normal, le fléchir dans une certaine mesure sans éprouver de résistance, mais à un moment donné, quand on cherche à accentuer le mouvement de flexion, on se heurte à un obstacle infranchissable résidant dans le tendon d'Achille, qui a subi un raccourcissement. Dans le cas de rétraction de la région du genou, la jambe est en demi-flexion sur la cuisse; il est très facile de la fléchir complètement et de l'amener en contact avec la cuisse; on peut ensuite l'étendre avec la même aisance et la ramener dans l'attitude primitive où l'on rencontre un obstacle formé par les tendons fléchisseurs de la jambe qui sont raccourcis et qui limitent le mouvement d'extension. Ces rétractions fibro-tendineuses constituent des pseudo-contractures qui diffèrent essentiellement par leur aspect symptomatique et par leur nature de la contracture spasmodique. Dans celles-ci tous les mouvements sont entravés, la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction; quand on cherche à imprimer au membre un mouvement passif, on éprouve la sensation d'une résistance élastique et progressivement croissante, les parties tendant à reprendre d'elles-mêmes la position primitive. Dans celles-là l'obstacle est limité à un des mouvements de la jointure et la sensation qu'on éprouve quand on cherche à modifier l'attitude normale n'est pas du tout celle d'une résistance élastique et progressivement croissante, mais bien celle d'un obstacle fibreux, rigide, sans ressort, qui vient brusquement arrêter un mouvement s'opérant jusque-là sans entrave.

La chloroformisation établit entre ces deux ordres de troubles une distinction fondamentale; en effet, le sommeil chloroformique fait disparaître complètement la raideur de la contracture spasmodique, tandis qu'il ne modifie en aucune façon la pseudo-contraction qui résulte de rétractions fibro-tendineuses. Ces rétractions se développent dans le cas où les membres, par suite de la paralysie de certains groupes musculaires, ont pris des attitudes vicieuses; si la thérapeutique n'intervient pas, elles persistent ensuite d'une façon définitive, alors même que les nerfs et les muscles se sont reconstitués et que les troubles moteurs ont disparu. Quand elles occupent les membres inférieurs, elles entravent d'une façon plus ou moins complète la station et la marche.

Il est parfois possible de s'opposer au développement de ces rétractions à l'aide de moyens mécaniques; toutefois il n'en est pas toujours ainsi, car elles apparaissent souvent dans des cas de polynévrites caractérisés par des douleurs très vives qui ne permettent pas l'emploi des moyens de ce genre.

#### TROUBLES VISUELS

J'étudierai dans ce chapitre les troubles visuels qu'on peut observer dans les névrites, ou plutôt dans les affections d'origine toxique, infectieuse ou autre, capables de donner naissance à des névrites.

Paralysie des muscles moteurs du globe de l'œil. — Dans la diphtérie, il