

La névrite du pneumogastrique est capable, comme il est facile de le comprendre, de provoquer une syncope mortelle. La mort subite ou rapide que l'on constate parfois dans la polynévrite, par exemple dans la névrite diphtérique, peut être causée par les lésions en question.

Tous les auteurs qui ont écrit sur le bériberi ont insisté sur les troubles cardiaques, la tachycardie, la dilatation et l'hypertrophie du cœur droit que présentent beaucoup de malades atteints de cette espèce de névrite.

TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Bouche et pharynx. — *Anesthésie du voile du palais et du pharynx.* — Ces troubles sont particulièrement observés dans la névrite diphtérique. Lorsqu'on titille la luette avec une barbe de plume ou qu'on la pique avec une aiguille, il ne se produit aucun mouvement réflexe.

Paralysie du voile du palais, de la langue, du pharynx. — La paralysie du voile du palais est très commune dans la névrite diphtérique. Elle se manifeste d'abord par le nasonnement; la parole est lente et difficile; pendant le sommeil, un ronflement plus ou moins bruyant se fait entendre. En outre, on observe des troubles de la déglutition consistant simplement au début en ce que les boissons sont rejetées par le nez; quand la paralysie est très prononcée, les aliments solides sont rejetés à leur tour. La déglutition est encore plus fortement entravée quand à la paralysie du voile du palais vient se joindre celle des muscles du pharynx; il n'est pas rare alors que des fragments alimentaires s'engagent dans le larynx et pénètrent dans les voies aériennes, si le larynx, par suite de l'anesthésie de la muqueuse, fort commune en pareil cas, ne remplit plus sa fonction protectrice; c'est là un accident qui peut entraîner des conséquences fort graves. On constate, lorsque le malade ouvre la bouche, que le voile du palais est immobile et pendant.

La paralysie peut s'étendre à la langue, ainsi qu'aux lèvres et aux joues, comme on l'a vu plus haut. Le malade est alors incapable de gonfler ses joues, de souffler, de siffler, de se gargariser, d'exercer la succion. La langue est paresseuse et pend parfois hors de la bouche. Les lèvres laissent la salive s'échapper au dehors.

Dans les autres espèces de névrites, la paralysie du voile du palais, celle de la langue, celle du pharynx sont exceptionnelles. Il existe toutefois quelques faits de ce genre. Dans la première observation du 2^e mémoire de Duménil l'affaiblissement des muscles de la langue est noté. Lorsque le malade tirait la langue hors de la bouche, cette langue était fortement projetée à gauche et formait un arc de cercle ouvert de ce côté; les deux moitiés de l'organe présentaient alors une notable différence; la moitié droite était ferme, arrondie, lisse; la moitié gauche était molle, aplatie, ridée. De plus, la déglutition était difficile. Ces troubles s'étaient développés à la suite de la paralysie des membres. Il est vrai que dans ce cas le diagnostic de névrite peut être contesté, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer. Mais il existe d'autres observations de cet ordre qui sont probantes. Roth a observé, chez un malade à l'autopsie duquel le diagnostic de névrite périphérique a été vérifié, de la dysphagie et de la paralysie linguale. Kast a constaté dans un cas de polynévrite, caractérisé au début par des troubles moteurs et sensitifs localisés dans les mem-

bres, de la paralysie avec atrophie de la langue et de la paralysie du voile du palais; dans cette observation, comme dans la précédente, le diagnostic a été confirmé par l'examen nécroscopique.

Estomac. — L'estomac est, dans certains cas de névrite périphérique, le siège de troubles dyspeptiques et de phénomènes douloureux; les malades éprouvent des sensations de pincement, de tiraillement, de cuisson dans la région épigastrique; parfois même les douleurs gastriques sont très vives, elles irradient dans la région dorsale, et sont accompagnées de vomissements et d'hématémèses.

Il n'y a lieu de rattacher ces accidents gastriques à l'histoire de la polynévrite que parce qu'ils peuvent être causés par quelques-uns des agents qui provoquent des altérations des nerfs, l'alcool en particulier, parce qu'ils peuvent s'associer aux troubles paralytiques et sensitifs des membres; mais rien ne prouve que les fibres nerveuses qui se rendent à l'estomac ou les plexus nerveux de cet organe soient altérés dans les cas de ce genre.

Ces troubles de l'estomac se distinguent facilement des crises gastriques des tabétiques. Celles-ci, comme on le sait, se développent ordinairement sans cause apparente, sans signes prémonitoires, sont caractérisées par des douleurs et des vomissements qui sévissent sans trêve, pendant une période de 3, 5, 10, quelquefois 15 jours, rarement plus, et disparaissent soudain sans laisser de traces, si ce n'est de l'abattement et de l'affaiblissement qui résultent du jeûne auquel le malade a été soumis (1).

Intestins. — On observe parfois, dans la polynévrite, des douleurs abdominales dont les parois intestinales sont vraisemblablement le siège. C'est ainsi que les malades atteints de névrite saturnine sont sujets à des coliques souvent très intenses. Il est vrai que ces troubles peuvent se manifester chez les saturnins ne présentant aucun signe de polynévrite. Sont-ils dus à des altérations des nerfs de l'intestin et des plexus myentériques? Cela est fort possible, mais, jusqu'à nouvel ordre, cette opinion ne peut être émise qu'à titre d'hypothèse. Küssmaul et Meyer, puis Laignel-Lavastine, ont trouvé chez les saturnins les ganglions solaires sclérosés avec des cellules atrophiées et pigmentées. Par l'expérimentation sur les chiens, ce dernier auteur a produit des lésions cellulaires dans le plexus solaire. Mossé a obtenu des résultats analogues en intoxiquant des lapins par le plomb.

La constipation est la règle dans la polynévrite; on peut l'attribuer à une parésie des fibres lisses de l'intestin ou à l'affaiblissement des muscles de l'abdomen, ou bien à ces deux facteurs à la fois.

L'incontinence des matières fécales, assez fréquente quand les malades sont atteints de troubles psychiques, est tout à fait exceptionnelle lorsque les facultés

(1) J. Ch. Roux a démontré qu'il existe dans le tabes une lésion du sympathique caractérisée par une diminution considérable du nombre des fibres fines, qui viennent des racines médullaires, avec conservation relative des grosses fibres. Cette lésion est d'autant plus intense que les racines médullaires correspondant au point examiné sont plus altérées; il faudrait y voir la cause des troubles sensitifs viscéraux du tabes, et en particulier de l'analgésie si communément observée dans les divers organes. Suivant Roux les douleurs provoquées par une irritation de la muqueuse gastrique, la gastrite médicamenteuse par exemple, sont modifiées chez les tabétiques; au lieu d'être ressenties à l'estomac, comme à l'état normal, elles s'irradient dans les côtés, surtout à gauche; elles peuvent être très violentes et constituer de véritables crises gastriques liées à des troubles dyspeptiques; ces crises se distingueraient des crises gastriques classiques par ce caractère qu'elles seraient précédées et suivies de troubles dyspeptiques.

Laignel-Lavastine a confirmé les travaux de Roux en ce qui concerne la disparition d'un grand nombre de fibres fines chez les paralytiques généraux tabétiques.

intellectuelles sont intactes, et dans ce cas ce phénomène n'est jamais très prononcé; ce n'est que de temps en temps, ordinairement à l'occasion d'un grand effort, que le malade laisse échapper des matières fécales; il a généralement conscience de cette émission, qui peut pourtant s'opérer à son insu quand la sensibilité de la région anale est émoussée ou abolie.

TROUBLES DE L'APPAREIL URINAIRE ET DE L'APPAREIL GÉNITAL

On peut admettre en théorie que dans la polynévrite il se développe parfois dans les nerfs qui se rendent aux reins des altérations capables de troubler la sécrétion de ces organes; mais, en réalité, je ne connais pas d'observations de ce genre.

J'attirerai seulement l'attention sur ce point que dans certains cas, particulièrement dans la diphtérie, peu de temps avant le début de la polynévrite, les urines deviennent albumineuses. Je rappellerai aussi que Brasch a signalé de l'urobilinurie dans un cas de psychose polynévritique (voir p. 99).

Les fonctions de la vessie s'accomplissent généralement d'une façon normale; mais il n'en est pas toujours ainsi. On observe parfois des troubles de la miction et les faits de ce genre peuvent être rangés dans deux catégories distinctes.

A la première appartiennent les cas de névrites périphériques où existent les désordres psychiques dont il a été question plus haut. Parmi les malades qui rentrent dans ce groupe, il en est qui laissent échapper leurs urines, mais qui voient parfaitement leur vessie; il en est d'autres qui sont atteints de rétention d'urine et d'incontinence par regorgement. Dans les cas de cet ordre les troubles vésicaux peuvent être très prononcés, mais ils doivent être attribués plutôt à la perturbation des facultés mentales qu'aux lésions des nerfs.

La seconde catégorie est constituée par les faits de polynévrite dans lesquels, malgré la conservation complète de l'intelligence, la miction s'opère d'une façon imparfaite. Leyden a signalé dans une observation de la dysurie et de la rétention d'urine. Chez un malade dont l'histoire a été rapportée par Grocco, le symptôme dysurie est également mentionné. Charcot, dans un cas de paraplégie diabétique due selon toute vraisemblance à une névrite, a noté des troubles vésicaux; voici le passage relatif à ce sujet: « Douleurs assez rares en urinant; quelquefois, s'il ne se présente pas assez vite à la garde-robe, il urine dans son pantalon; quelquefois il pissoit encore quelques gouttes après s'être rhabillé, mais tout cela n'est pas très accentué, et il faut attirer l'attention du malade sur ces phénomènes, qu'il a à peine remarqués lui-même. » Si je m'en rapporte aux faits que j'ai observés moi-même, je crois pouvoir dire que dans les cas de polynévrite où les facultés intellectuelles sont intactes, les troubles de la miction, quand ils existent, ne sont pas très marqués. L'évacuation de l'urine peut être difficile et demander quelques efforts; parfois même il y a une rétention absolue d'urine qui nécessite le cathétérisme; mais généralement ce phénomène, après s'être manifesté pendant un ou quelques jours, s'atténue ou disparaît complètement.

Certains malades se trouvent dans la nécessité de satisfaire le besoin d'uriner dès qu'il se fait sentir, sous peine de laisser échapper l'urine malgré eux; il s'agit là, comme on le voit, d'une incontinence qu'on pourrait qualifier de fruste. L'incontinence véritable, caractérisée par l'émission involontaire et inconsciente de l'urine, n'existe guère qu'à l'état rudimentaire.

De quelles causes doit-on faire dépendre ces troubles de la miction? Sont-ils dus à des altérations des nerfs qui se rendent à la vessie et aux fibres musculaires de l'urètre concourant à l'occlusion de la vessie et appartenant à la vie organique, ou doit-on les rattacher aux lésions des nerfs qui animent les muscles soumis à l'influence de la volonté, dont le fonctionnement, à l'état normal, est lié à l'acte de la miction? Ces deux hypothèses, dont chacune est soutenable, ne sont pas du reste contradictoires. En l'absence de faits anatomo-cliniques précis, je ne puis me prononcer à cet égard.

Il y a lieu d'établir, comme je viens de le dire, une distinction capitale entre les troubles vésicaux qui relèvent de la psychopathie névritique et ceux qui sont sous la dépendance des lésions des nerfs. Il faut remarquer toutefois qu'un malade peut être atteint en même temps de ces deux espèces de troubles. Il en était ainsi vraisemblablement dans un cas relaté par Brasch; le sujet de cette observation présentait des troubles vésicaux caractérisés exclusivement par une légère difficulté dans l'émission de l'urine, à une période où il n'y avait pas de troubles psychiques; plus tard, à un moment où se développèrent des hallucinations et des idées délirantes, on vit apparaître une incontinence complète d'urine.

Les troubles génitaux sont rares. Dans la grande majorité des cas la puissance virile est conservée. Cependant on peut observer parfois, spécialement dans la diphtérie, de la frigidité et une impuissance complète. Il va sans dire que l'affaiblissement général causé par la maladie qui a provoqué la polynévrite et que les douleurs violentes qui tourmentent certains malades sont capables d'occasionner une diminution et même une abolition des désirs sexuels, qu'il faut distinguer de l'impuissance véritable.

Chez la femme, il n'est pas rare d'observer des troubles de la menstruation, qu'il y a tout lieu de faire dépendre de l'état général.

TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Le début de la polynévrite est marqué assez fréquemment par un mouvement fébrile, mais généralement la fièvre ne tarde pas à tomber. La fièvre appartient surtout aux formes aiguës et infectieuses de la polynévrite.

Les malades atteints de névrite sont parfois dans un état de dépression, de déchéance physique, de dénutrition, qu'on peut attribuer principalement soit à la maladie qui a provoqué les altérations des nerfs, soit à l'intensité des douleurs et à l'insomnie qui en est la conséquence.

Il est bien évident aussi que les troubles fonctionnels qui résultent de certains modes de localisation des lésions doivent provoquer, d'une façon indirecte, une perturbation de l'état général. C'est ainsi, par exemple, que la gêne dans la déglutition, qui peut résulter de la paralysie du voile du palais et de celle du pharynx, que la dyspnée qui est la conséquence de la paralysie du diaphragme, ne sont pas sans exercer sur l'état général une influence perturbatrice. Mais bien souvent aussi l'état général est satisfaisant.