

prononcé ou de l'abolition complète de l'excitabilité faradique et de l'excitabilité voltaïque des muscles et des nerfs. Ces modifications remarquables dans les réactions électriques, qui se développent et disparaissent en même temps que la paralysie, sont simplement quantitatives et ne sont jamais qualitatives.

2° LA NÉVRITE, UNE FOIS SON EXISTENCE ADMISE, SE TROUVE-T-ELLE A L'ÉTAT DE PURETÉ, OU BIEN N'EST-ELLE PAS ASSOCIÉE A UNE OU A PLUSIEURS DES AFFECTIONS PRÉCÉDENTES?

Nous avons supposé jusqu'à présent que les diverses affections dont nous avons essayé d'établir le parallèle avec la polynévrite existaient, ainsi que cette dernière, à l'état d'isolement, de pureté. Il n'en est pas toujours ainsi. On conçoit, en effet, fort bien que la polynévrite puisse s'associer avec l'une ou l'autre de ces affections. Ces associations sont de diverses sortes :

a. Un néoplasme intra-rachidien, une méningite spinale, peuvent déterminer des altérations à la fois de la moelle et des racines nerveuses. C'est ainsi, par exemple, que dans la *pachyméningite tuberculeuse*, dans la *méningo-myélite syphilitique*, dans la *pachyméningite cervicale hypertrophique*, on observe des troubles relevant de ces deux ordres de lésions. Il s'agit en pareil cas de l'association d'une névrite radiculaire d'origine externe à une myélite.

b. Une maladie infectieuse capable de donner naissance à une polynévrite peut aussi provoquer une myélite diffuse, ou bien une myélite systématique, une poliomyélite antérieure par exemple. On a affaire alors à l'association d'une myélite et d'une polynévrite d'origine interne.

Une polynévrite d'origine interne peut encore s'associer à une polymyosite et donner lieu à l'affection appelée par Senator *neuromyosite*.

c. L'association de la polynévrite à des troubles dynamiques de nature hystérique me paraît être assez commune. J'en ai rapporté une observation dans un travail ayant pour titre : *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections*. Dans les cas de ce genre, pour faire la part de ce qui revient à chaque facteur dans la genèse des troubles nerveux qu'on observe, il est essentiel de connaître avec précision les caractères spéciaux à chacun des états pathologiques que nous avons passés en revue; mais, si la tâche est parfois très simple, il faut reconnaître qu'on est exposé à se heurter à de grandes difficultés.

3° LA NÉVRITE EST-ELLE D'ORIGINE INTERNE OU N'EST-ELLE PAS DUE A UNE CAUSE EXTERNE?

La polynévrite d'origine interne peut être confondue avec une névrite d'origine externe due à une compression exercée par un phlegmon, ou une tumeur, ou à un traumatisme. C'est là une question dont nous nous occuperons à la fin de ce chapitre, où elle sera mieux à sa place dans l'étude que nous ferons, au point de vue du diagnostic, des divers modes de localisation des névrites.

4° QUEL EST L'AGENT QUI A DÉTERMINÉ LA NÉVRITE?

Nous avons vu (page 115 et suivantes) que les névrites alcoolique, saturnine, diphtérique et lépreuse se distinguent généralement les unes des autres par des caractères cliniques bien tranchés. Si donc l'alcool, le plomb, la diphtérie et la lèpre étaient les seuls agents capables de donner naissance à la polynévrite, le diagnostic de la cause de cette affection serait des plus simples. Mais il en est tout autrement; les causes de la polynévrite sont des plus nombreuses (voir chapitre *Étiologie*, page 65), et il s'en faut de beaucoup que chacune d'elles détermine les phénomènes cliniques spéciaux.

Prenons d'abord les *névrites infectieuses*. La plupart de ces névrites appartiennent, dit Leyden, à la forme motrice de cette affection; mais on observe aussi, à la suite des maladies aiguës, des névrites sensibles pouvant revêtir l'aspect du pseudo-tabes et présenter le même faciès que la névrite alcoolique. La névrite du bérubéri, dont nous sommes déjà occupés, est du reste, au point de vue clinique, presque identique à la névrite éthylique; la névrite diphtérique se manifeste aussi par des troubles de la motilité et de la sensibilité.

Parmi les diverses névrites infectieuses, abstraction faite de celle qui relève de la diphtérie, c'est celle qui est sous la dépendance de la puerpéralité qui présenterait peut-être la physionomie la plus originale. Nous devons entrer dans quelques développements à ce sujet.

La *névrite puerpérale* aurait, d'après Möbius, un mode particulier de localisation qu'on n'observerait guère dans d'autres circonstances. Elle atteindrait spécialement les rameaux terminaux du médian, ou du cubital, ou bien de ces deux nerfs à la fois; elle serait sensitive et motrice, tantôt bilatérale, tantôt, et plus souvent, localisée exclusivement dans le côté droit. Möbius a observé aussi, dans un cas, une paralysie de plusieurs muscles de l'épaule et, dans un autre cas, une paralysie légère du plexus brachial. Cet auteur est porté à croire que la paralysie des membres inférieurs, qu'on a notée parfois à la suite des couches, était due à une action directe exercée sur les nerfs intrapelviens par des tissus enflammés; telle était du moins l'opinion qu'émettait Möbius dans un premier mémoire, paru en 1887. Dans un nouveau travail publié en 1890, il semble avoir modifié en partie sa manière de voir; il rapporte, en effet, l'observation d'une malade atteinte d'une polynévrite puerpérale qui, cantonnée d'abord dans le domaine du médian et du cubital, gagna ensuite les membres inférieurs. Tuilant, dans sa thèse, soutenue en 1891, distingue trois variétés de névrite puerpérale: la forme généralisée et la forme localisée, présentant elle-même deux types, le type supérieur et le type inférieur. La névrite puerpérale pourrait offrir, d'après Tuilant, les plus grandes analogies avec la névrite alcoolique; les troubles de la sensibilité y seraient toutefois moins accusés et l'évolution en serait généralement plus rapide.

La névrite puerpérale apparaît, dit Möbius, dans la semaine qui suit l'accouchement ou à une époque plus tardive. Elle est plus ou moins intense et sa durée est variable, mais elle se terminerait presque toujours par la guérison complète; dans les cas les plus défavorables, elle aurait pour conséquence des déformations.

Tuilant range aussi dans le cadre de la névrite puerpérale certains cas de névrite survenus pendant la grossesse à la suite de vomissements incoercibles.

Avant de terminer ce qui a trait à la névrite puerpérale, je ferai remarquer que parmi les faits de névrite attribués aux vomissements de la grossesse ou à la puerpéralité il en est peut-être qui, en réalité, relèvent de l'alcoolisme (voir 117).

Occupons-nous maintenant de quelques névrites toxiques.

La *névrite arsenicale aiguë* ressemble beaucoup à la névrite alcoolique, elle lui est presque identique. Toutefois, d'une façon générale, il est peut-être permis de dire que, dans la névrite arsenicale, l'amyotrophie est moins prononcée, que les troubles de la sensibilité sont moindres et que le pronostic paraît plus favorable que dans la névrite éthylique.

Dans la *névrite mercurielle*, étudiée particulièrement par Letulle, on observe des troubles de la motilité des membres inférieurs prédominant dans les muscles antéro-externes de la jambe, mais pouvant s'étendre aussi aux membres supérieurs et se généraliser. L'amyotrophie est ordinairement peu accusée, ou même elle fait défaut. Il existe en même temps des troubles de la sensibilité (anesthésie dans certaines régions, hyperesthésie dans d'autres) et un affaiblissement notable des facultés intellectuelles.

Les troubles nerveux dus à l'empoisonnement par l'*oxyde de carbone*, et qui semblent imputables, pour une part, à des névrites périphériques, ont un aspect assez particulier. Dès que les malades sont sortis de la période aiguë de l'intoxication, on constate chez eux, outre des troubles intellectuels, une insensibilité absolue des membres; puis les membres inférieurs (groupe musculaire antéro-latéral) et ensuite les membres supérieurs (groupe anti-brachial) sont frappés de paralysie. Il est rare qu'il se développe une amyotrophie bien accusée. Les réflexes tendineux sont rarement affaiblis et souvent même ils sont exagérés; c'est là, comme on le sait, un phénomène exceptionnel dans la polynévrite. On observe assez fréquemment des troubles trophiques et des troubles vaso-moteurs des téguments. Les paralysies dues à l'oxyde de carbone se terminent généralement par la guérison, mais les malades conservent presque toujours des troubles de l'intelligence et une anesthésie plus ou moins prononcée.

Dans l'*intoxication par le sulfure de carbone* on observe des troubles nerveux, dus pour une grande part à des désordres cérébraux, mais paraissant aussi imputables, dans une certaine mesure, à des névrites périphériques, comme les phénomènes qui surviennent à la suite de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Pour ne parler que des symptômes qui sont, sans doute, sous la dépendance des altérations des nerfs, je mentionnerai les troubles de la motilité, qui sont généralement peu prononcés, occupent les membres inférieurs, atteignent aussi les membres supérieurs et envahissent alors, de préférence, contrairement à ce qui a lieu dans les autres espèces de névrites toxiques, le groupe des muscles fléchisseurs.

J'ai insisté peut-être plus qu'il n'aurait convenu sur les troubles nerveux provoqués par l'oxyde et le sulfure de carbone, car la névrite périphérique n'intervient sans doute dans la genèse de ces troubles que pour une part restreinte. J'ai cru devoir le faire à cause de la singularité de leurs caractères cliniques.

La *névrite diabétique* peut se présenter sous la forme motrice, sous la forme sensitive ou sous la forme pseudo-tabétique, et n'a pas de caractère clinique qui lui soit propre.

Je ne vois guère d'agent pathogène, en dehors de quelques-uns de ceux que j'ai précédemment signalés, qui soit capable de provoquer une névrite ayant un facies spécial.

Des agents divers peuvent donc donner naissance à des polynévrites ayant la même expression symptomatique. Il est par conséquent indispensable, dans la plupart des cas, d'avoir recours à d'autres moyens que l'analyse des symptômes ressortissant à la névrite, pour déterminer la cause de la maladie (recherche des signes généraux révélateurs d'un empoisonnement, ou d'une intoxication, etc.).

J'ai traité les unes après les autres les quatre questions que je m'étais proposé de discuter au commencement de ce chapitre.

Mais il convient d'ajouter que les problèmes qu'on est appelé à résoudre, au

point de vue du diagnostic différentiel de la polynévrite, et que la nature des erreurs pouvant être commises à cet égard diffèrent quelque peu suivant l'espèce de névrite à laquelle on a affaire et le mode de localisation des troubles nerveux.

C'est ainsi, par exemple, que la poliomyélite antérieure est l'affection qui pourra surtout être confondue avec une névrite systématique motrice, et que la névrite à forme sensitive ou à forme mixte, caractérisée par des douleurs vives, le signe de Westphal, une démarche titubante, sera principalement propre à simuler le tabes.

Une névrite d'origine interne, réalisant par le mode de localisation des troubles de la motilité la variété décrite sous la dénomination de *type anti-brachial*, pourra surtout être confondue avec une *paralysie d'origine traumatique du nerf radial*. Dans ces deux affections, en effet, la paralysie siège dans la région postéro-externe de l'avant-bras, et les muscles atteints peuvent s'atrophier et présenter les caractères de la DR. Toutefois, le plus souvent, il sera très facile d'établir le diagnostic. Quand il s'agit d'une paralysie traumatique, les troubles de la motilité atteignent généralement tous les muscles de la région postéro-externe de l'avant-bras; ils épargnent complètement les muscles qui n'appartiennent pas au domaine du radial, et enfin ils sont unilatéraux. Dans la névrite d'origine interne, les muscles de la région postéro-externe ne sont pas ordinairement envahis en totalité; c'est ainsi que dans la névrite saturnine, qui, de toutes les névrites, est celle qui réalise le plus fréquemment le type anti-brachial, le long supinateur et l'ancone sont généralement respectés; d'autre part, la paralysie empiète assez souvent sur le territoire du cubital ou du médian, et il est très rare que les troubles soient limités rigoureusement à un côté du corps. Est-il, enfin, besoin de faire ressortir l'importance des renseignements d'ordre étiologique au point de vue du diagnostic différentiel?

Il est une variété de paralysie radiale que jadis on attribuait au froid, mais qui, en réalité, est due à une compression légère du nerf, compression qui, sans interrompre complètement les relations entre le centre et la périphérie de l'appareil neuro-musculaire, provoque toutefois des troubles fonctionnels. C'est la *paralysie radiale dite a frigore* ou *par compression*. Cette variété de paralysie se distingue de la névrite interne, comme les paralysies traumatiques graves, par la localisation exclusive des troubles de la motilité dans la sphère du radial, par la participation du long supinateur et de l'ancone aux troubles en question, par l'unilatéralité des accidents. De plus, elle est caractérisée par les particularités suivantes: l'excitation électrique du nerf au-dessus du point comprimé ne provoque pas de contraction musculaire, tandis que les réactions électriques du nerf au-dessous de la région affectée, ainsi que celles des muscles auxquels se rend ce nerf, sont normales (Erb); en outre, il ne se développe pas d'atrophie dans les muscles paralysés, sauf dans le long supinateur, qui, d'après Vulpian et Dejerine, diminue de volume et dont la contractilité faradique s'affaiblit.

Je ne fais que signaler cette variété de paralysie radiale passagère qu'on observe parfois dans le tabes, et qui, d'après Strümpell, serait analogue à la paralysie transitoire des muscles de l'œil des tabétiques.

La poliomyélite antérieure aiguë peut donner lieu à une paralysie réalisant le type anti-brachial de la polynévrite, mais cela est rare.

Le *type brachial* de la névrite d'origine interne, qui n'a guère été noté, jusqu'à présent, à l'état de pureté que dans le saturnisme, peut être confondu principalement avec la paralysie radulaire supérieure, la myopathie progressive

primitive à type scapulo-huméral et la poliomyélite antérieure aiguë infantile. Les renseignements étiologiques permettront de distinguer la paralysie radiculaire de la névrite saturnine. En ce qui concerne la myopathie et la poliomyélite, nous avons dit plus haut quels en étaient les caractères distinctifs.

Les affections capables de donner naissance à des troubles de la motilité réalisant, au point de vue de leur siège, le type dit *Aran-Duchenne*, sont nombreuses. Citons d'abord les affections de la moelle, les poliomyélites antérieure aiguë, subaiguë ou chronique, la sclérose latérale amyotrophique, la syringomyélie, la pachyméningite cervicale hypertrophique, la myélite transverse cervicale, l'hématomyélie traumatique.

Une fois que l'on a établi, à l'aide des signes distinctifs que nous avons énumérés plus haut, que la griffe Aran-Duchenne est sous la dépendance d'une névrite périphérique, il faut rechercher si cette névrite est d'origine interne ou d'origine externe.

Quand on a reconnu l'origine interne de cette névrite, il reste à en déterminer la nature. Le saturnisme est, de toutes les intoxications, celle qui donne naissance le plus souvent à cette variété de névrite, mais on peut l'observer aussi dans les intoxications alcoolique, arsenicale et autres encore. Les névrites infectieuses typhique et perpuérale, particulièrement cette dernière d'après Möbius, peuvent présenter ce mode de localisation. La griffe Aran-Duchenne est une des manifestations de la névrite lépreuse (en ce qui concerne le diagnostic de la névrite lépreuse et les relations de cette affection avec la syringomyélie et la maladie de Morvan, voir p. 776 et suiv.). Enfin, il n'est pas rare d'observer dans le tabes l'atrophie type Aran-Duchenne, qui paraît être sous la dépendance d'une névrite périphérique (Dejerine).

Lorsque la névrite est localisée dans les *membres inférieurs*, elle peut être surtout confondue avec la myélite transverse dorsale ou dorso-lombaire (le diagnostic différentiel est généralement des plus faciles), avec la poliomyélite antérieure aiguë, avec le tabes.

La névrite des membres inférieurs peut être provoquée par un néoplasme occupant la cavité pelvienne; dans ce cas, les troubles nerveux sont généralement unilatéraux.

Les *lésions de la queue de cheval* méritent une mention spéciale, car elles sont capables de donner lieu à des troubles nerveux ayant une grande analogie avec ceux de la polynévrite alcoolique. Dans ces deux affections, en effet, on peut observer de la paraplégie crurale avec amyotrophie, des douleurs dans les membres inférieurs, l'abolition des réflexes tendineux, et parfois aussi des symptômes vésico-rectaux. Si les altérations de la queue de cheval sont d'origine traumatique, les renseignements fournis par le malade ou bien la simple inspection de la région atteinte permettront d'établir aisément le diagnostic. S'agit-il d'une compression par néoplasme, le diagnostic pourra encore être très facile si la tumeur est apparente à l'intérieur. Sinon, le siège et la nature de la lésion pourront être méconnus; néanmoins, il existe quelques caractères, inconstants il est vrai, qui permettent de déceler, dans certains cas, la compression de la queue de cheval. Les malades éprouvent parfois une douleur vive siégeant au niveau du sacrum; cette douleur augmente sous l'influence de la toux, de l'éternuement, de la défécation, de tous les efforts, en un mot; le décubitus, les divers mouvements imprimés à la colonne vertébrale, la rendent aussi plus vive. Les troubles vésico-rectaux sont très communs et sou-

vent très accusés dans l'affection qui nous occupe, tandis que dans la polynévrite ces phénomènes sont rares et, quand ils existent, ils sont généralement peu marqués.

Parmi les substances toxiques capables de provoquer des lésions des nerfs, l'alcool est celle qui détermine le plus fréquemment la polynévrite des membres inférieurs. Il ne faut pas oublier toutefois que la névrite arsenicale occupe ordinairement le même siège et que la névrite saturnine peut, exceptionnellement, être localisée dans cette région. D'autre part, les infections donnent très souvent lieu à des névrites qui occupent les membres inférieurs. Enfin, je rappellerai que la névrite du bérubéri a de très grandes ressemblances avec la névrite alcoolique.

PRONOSTIC

D'une manière générale, on est en droit de dire que le pronostic de la polynévrite est moins grave que celui d'une maladie organique de la moelle, que par exemple la névrite motrice est plus bénigne qu'une poliomyélite antérieure et que le tabes est une affection plus grave qu'une névrite mixte ou qu'une névrite sensitive. La guérison est assurément le mode de terminaison le plus commun de cette affection.

N'oublions pas toutefois que la polynévrite a parfois une durée fort longue, qu'elle peut donner lieu à des infirmités et que, même dans certains cas, elle occasionne des accidents mortels. C'est donc une maladie dont il ne faudrait pas s'exagérer outre mesure la bénignité.

La nature de l'agent qui a causé la névrite, le mode d'évolution de cette affection, l'étendue, l'intensité, le mode de localisation des lésions, l'état général du malade, voilà autant de facteurs qui concourent à déterminer le degré de gravité du pronostic. Nous allons les passer successivement en revue.

a. *Nature de l'agent pathogène.* — Ce que nous avons dit dans le chapitre consacré à l'étude de quelques névrites en particulier suffit à mettre en évidence l'importance de ce facteur.

Comparons la névrite diphtérique, la saturnine et l'alcoolique.

La névrite de la diphtérie peut être considérée comme la plus bénigne; elle peut, il est vrai, dans sa première période, provoquer la mort, mais cela est rare; d'autre part, sa durée est généralement courte, de quelques semaines, et dépasse très rarement cinq, six mois; enfin ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle laisse à sa suite des troubles indélébiles.

La névrite saturnine entraîne, par elle-même, peut-être encore plus rarement que la précédente, la terminaison fatale, mais elle provoque ordinairement des amyotrophies assez prononcées; elle dure parfois fort longtemps, elle est sujette à des rechutes et à des récives fréquentes, elle peut occasionner pendant plusieurs années une impotence plus ou moins prononcée et même donner lieu, dans certains cas, à des infirmités incurables.

Des trois espèces de névrite que nous rapprochons, celle qui dépend de l'alcoolisme est certainement la plus grave. La mort en est assez souvent la conséquence et elle peut survenir à différentes périodes de la paralysie; il est vrai que, dans bien des cas, il y a lieu d'incriminer les modifications que l'alcool