

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES LOCALES

#### MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Afin de procéder du simple au composé, nous commencerons l'étude des maladies du système nerveux par celle des maladies des nerfs; puis viendront les maladies de la moelle, du bulbe et de la protubérance, du cerveau et du cervelet.

Certaines maladies, comme la sclérose en plaques disséminées et la paralysie générale, portent à la fois sur la moelle et sur l'encéphale, et l'on serait tenté d'en former une classe spéciale; nous nous conformerons à l'usage en plaçant ces maladies parmi celles de la moelle ou celles de l'encéphale, suivant que les symptômes spinaux ou cérébraux seront prédominants.

Nous étudierons en dernier lieu les maladies des méninges cérébrales et les névroses. Pour les maladies mentales, nous renverrons le lecteur aux traités spéciaux.

#### MALADIES DES NERFS

##### NÉVRITE

La névrite ou inflammation des nerfs est une maladie très commune, bien que la plupart des traités de pathologie interne et d'anatomie pathologique la passent sous silence ou lui assignent du moins un rôle des plus modestes; l'étude de la névrite a fait depuis quelques années de grands progrès, et l'on peut prévoir que ce chapitre de la pathologie prendra une importance de plus en plus grande.

Étiologie. — La névrite est spontanée ou bien elle est provoquée par un traumatisme, par la compression due à une tumeur, ou par l'inflammation d'un organe voisin. La névrite est

commune dans le saturnisme; elle se produit aussi assez souvent à la suite de maladies générales, comme la variole, la fièvre typhoïde, la diphthérie, etc. Nous n'avons pas à nous occuper ici des névrites traumatiques; néanmoins, comme ces névrites, bien étudiées par W. Mitchell, sont les mieux connues, nous aurons plus d'une fois à comparer les effets de la névrite spontanée à ceux de la névrite traumatique, qui a, pour ainsi dire, la valeur d'une maladie expérimentale.

Les nerfs qui sont placés au voisinage d'organes enflammés ou qui traversent des foyers de suppuration sont souvent atteints de névrite. C'est ainsi que les maladies de la plèvre se compliquent souvent de névrite intercostale, et que le psoriasis s'accompagne presque toujours d'une inflammation de quelques-unes des branches du plexus lombaire. Chez la plupart des phthisiques, il existe de la névrite des premiers nerfs intercostaux, ce qui tient à la fréquence, chez ces malades, de la pleurésie du sommet.

Parmi les causes de la névrite spontanée, il faut citer en première ligne les refroidissements.

DESCRIPTION. — La névrite peut être aiguë ou chronique.

La *névrite aiguë* spontanée est rare, le nerf malade est le siège de douleurs extrêmement vives, généralement continues avec des exacerbations; la pression est douloureuse sur tout son trajet, principalement au niveau des points où le nerf est superficiel, et par suite moins bien protégé par les parties molles. Quelquefois le trajet du nerf se dessine sur la peau par une traînée rougeâtre, comme dans la lymphangite, ce qui tient à l'injection vive du névritisme et du tissu conjonctif ambiant; les douleurs s'irradient dans les nerfs voisins; enfin on voit se produire des lésions de nutrition dont nous parlerons plus loin à propos des névrites subaiguës et chroniques.

La *névrite aiguë* se termine par résolution ou bien elle passe à l'état chronique; elle peut aussi devenir ascendante et provoquer une myélite aiguë.

Dans la *névrite chronique*, les nerfs malades sont augmentés de volume; lorsqu'ils sont gros et superficiels, comme le sciatique, on peut les sentir à la palpation sous forme de cordons plus ou moins durs.

Les *troubles de la sensibilité* sont ceux qui attirent en général le plus l'attention. La pression est douloureuse sur tout le trajet des nerfs, tandis que, dans les névralgies, il existe des points plus spécialement douloureux. Les douleurs spontanées suivent

le trajet des nerfs; elles peuvent être intermittentes même dans des cas de névrite traumatique (W. Mitchell), le plus souvent elles sont continues avec des exacerbations; les douleurs sont ou lancinantes ou cuisantes. Chez quelques malades, à la suite des vives souffrances occasionnées par la névrite, la totalité du corps s'hyperesthésie, toute sensation se transforme en douleur (W. Mitchell).

L'anesthésie, qui succède souvent à l'hyperesthésie, peut porter à la fois sur la sensibilité tactile, sur la sensibilité générale ou à la douleur et sur le sens de la température. Comme il est question pour la première fois de ces différentes espèces de sensibilités, nous devons nous y arrêter un peu et indiquer les moyens de les explorer.

*Sensibilité tactile.* — Après avoir bandé les yeux du malade, on touche la surface de la peau avec la pointe d'un crayon moussé ou bien on opère une légère traction sur les poils de la région qu'on veut explorer; si la sensibilité est conservée, le malade apprécie parfaitement les moindres impressions du crayon, les plus légères tractions sur les poils; si elle est diminuée, la pression et la traction, pour être perçues, ont besoin d'être faites avec plus de force; enfin, quand la sensibilité tactile est abolie, le malade ne sent plus rien, il ne peut plus dire quelle est la région touchée. Ce sont là des approximations qui suffisent d'ordinaire dans la pratique; quand on veut mesurer exactement la sensibilité tactile, il faut se servir d'un instrument spécial, *l'æsthésiomètre*; c'est un compas à pointes mousses, qui porte une échelle permettant d'apprécier l'écartement des branches; après avoir bandé les yeux du malade, on cherche la moindre distance à laquelle les pointes du compas donnent deux impressions distinctes. Cette distance varie beaucoup à l'état normal suivant les régions; à la joue et à la paume de la main, elle est de 5 millimètres seulement, tandis qu'à la cuisse elle est de 50 millimètres environ. Il existe des tables, dressées par Weber et par M. Manouvriez, qui donnent les distances limites normales; les variations individuelles sont assez grandes, de sorte qu'il faut autant que possible opérer sur les régions saines, puis sur les régions malades chez le même individu; les pointes du compas doivent être appliquées en même temps, et leur température doit être à peu près égale à celle de la peau; M. Manouvriez a conseillé de construire des æsthésiomètres à pointes isolantes d'ivoire; la partie qu'on examine doit être dans l'immobilité complète.

*Sensibilité générale ou sensibilité à la douleur.* — Pour l'apprécier, on se sert d'une aiguille que l'on pique plus ou moins profondément suivant que l'anesthésie est plus ou moins complète. On peut employer aussi la brosse électrique, qui fournit quelquefois des sensations, alors que les piqûres d'aiguilles ne sont plus perçues.

*Sens de la température.* — On l'apprécie en mettant en contact avec la peau des objets froids ou chauds, un morceau de glace par exemple, et un objet métallique quelconque préalablement chauffé à 40 ou 50 degrés. Cette sensibilité à la température est quelquefois pervertie, les corps froids donnent une sensation de brûlure, et, réciproquement, les corps chauds donnent une sensation de froid. En général, la sensibilité à la température subit les mêmes variations que la sensibilité à la douleur.

Les troubles de la motilité, dans la névrite chronique, consistent en contractures spasmodiques, en spasmes douloureux qui, dans la névrite traumatique, peuvent se produire au moment de la blessure, sous l'influence d'une excitation réflexe, ou bien à une époque éloignée, comme conséquence de l'altération progressive des nerfs; quand cette altération a envahi la plupart des faisceaux nerveux, la paralysie succède à la contracture.

Si l'inflammation siège dans un nerf exclusivement moteur, comme le facial, ou exclusivement sensitif comme la grosse branche du trijumeau, les troubles de sensibilité font défaut dans le premier cas, les troubles de motilité dans le deuxième.

Dans les nerfs mixtes, l'inflammation (névrite parenchymateuse) paraît pouvoir se localiser sur les filets moteurs en respectant les filets sensitifs; d'où l'absence de douleur que l'on observe dans certaines névrites chroniques parenchymateuses (Joffroy).

Les troubles de nutrition ou troubles trophiques portent principalement sur la peau. On voit se produire des éruptions vésiculeuses ou bulleuses, la peau prend un aspect lisse et rougeâtre, les ongles s'incurvent, ils sont épaissis, desséchés, squameux; les poils, les cheveux changent de couleur ou tombent, le tissu conjonctif sous-cutané est quelquefois le siège d'un œdème local dur. Parmi les troubles trophiques les plus communs, il faut citer: 1° les groupes d'herpès qui se développent sur le trajet des nerfs enflammés et qui constituent le *zona*; 2° une altération de la peau qui a été décrite sous les noms de *glossy skin* (peau lisse), de *causalgie* (W. Mitchell) et d'*érythème* (Mougeot); la peau est d'un rouge vif ou marbrée de taches rouges et blanches; elle présente une surface tendue, luisante comme si

elle avait été revêtue d'une couche de vernis. Paget a comparé très justement cet aspect à celui des engelures; il existe des douleurs plus ou moins vives, et en particulier une sensation de cuisson; des vésicules ou de petites bulles apparaissent souvent sur les surfaces érythémateuses.

La peau est sèche ou bien, au contraire, il se produit des sueurs locales.

La névrite parenchymateuse primitive se traduit quelquefois par des plaques gangreneuses sur un ou sur plusieurs points du tégument externe; elle paraît jouer un rôle important dans les lésions de la lèpre.

En dehors des altérations de la peau et de ses annexes on peut observer l'atrophie rapide des muscles innervés par le nerf enflammé et des arthrites analogues aux arthrites rhumatismales. La névrite parenchymateuse généralisée peut simuler les atrophies musculaires d'origine spinale (voy. *Maladies de la moelle. Atrophie musculaire progressive*).

Le zona ophthalmique se complique souvent de kératite et il peut en résulter une fonte de l'œil.

*Variétés. Complications.* — La clinique démontre clairement que certaines sciatiques et certaines paralysies périphériques des nerfs circonflexe et cubital doivent rentrer dans les névrites; on peut prévoir que ces maladies, ainsi que la plupart des paralysies périphériques du radial et du facial, seront décrites un jour sous les noms de *névrite sciatique, névrite circonflexe, névrite cubitale, névrite radiale, névrite faciale*; mais les preuves anatomiques faisant défaut, nous ne nous croyons pas encore autorisés à tenter cette innovation. Nous nous conformerons donc à l'usage en décrivant à part les paralysies périphériques.

La maladie décrite sous le nom de trophonévrose faciale est très probablement aussi occasionnée par une névrite; ici encore il faut attendre les révélations de l'anatomie pathologique.

La névrite et la périnévrite optiques sont assez communes; il s'agit presque toujours d'altérations secondaires à des maladies de l'encéphale.

La névrite a de la tendance à se propager vers les centres. C'est ainsi qu'on peut voir une névrite du plexus brachial se compliquer au bout de quelque temps d'une paralysie et d'une atrophie du membre du côté opposé, puis de tous les symptômes d'une myélite aiguë ou chronique. Leyden, Charcot, Poncet ont publié des faits très probants à cet égard. Lepdet a vu une névrite développée sous l'influence de l'asphyxie par la vapeur

de charbon se compliquer de myélite huit jours après son début. Les altérations des nerfs de la queue de cheval peuvent déterminer une sclérose secondaire des faisceaux spinaux postérieurs.

Les expériences de Tiesler et de Hayem sur des animaux démontrent la réalité des névrites ascendantes qui, dans certains cas, paraissent être la cause du tétanos.

Graves a émis il y a longtemps l'opinion que certaines paraplégies *a frigore* étaient produites par une névrite ascendante, et cette explication est aujourd'hui adoptée par un grand nombre d'auteurs pour les myélites qui succèdent à des inflammations des organes génito-urinaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Un nerf se compose d'une série de faisceaux de tubes nerveux réunis par un tissu conjonctif qui se condense autour de chaque faisceau de tubes nerveux (gaines lamelleuses) et autour du nerf lui-même (névrilème). Chaque tube nerveux présente à considérer : 1° un filament central ou cylindre-axe qui paraît être la partie la plus importante du tube nerveux au point de vue fonctionnel; 2° une gaine de myéline qui entoure le cylindre-axe; 3° une enveloppe très mince ou gaine de Schwann. Ranvier a démontré qu'il existe de distance en distance sur le trajet des tubes nerveux, des étranglements annulaires au niveau desquels le manchon de myéline qui entoure le cylindre-axe se trouve interrompu. Chaque segment compris entre deux étranglements ou anneaux (segment interannulaire) contient un noyau accolé à la face profonde de la gaine de Schwann; ces noyaux paraissent jouer un rôle important dans les altérations qui caractérisent certaines formes de névrite.

L'inflammation des nerfs porte tantôt sur le tissu conjonctif situé entre les faisceaux de tubes nerveux (tissu conjonctif interfasciculaire) et sur le névrilème, tantôt sur les faisceaux de tubes nerveux; de là deux espèces de névrites : la *névrite interstitielle* à laquelle se rattache la *périnévrite*, et la *névrite parenchymateuse*. La névrite interstitielle et la névrite parenchymateuse peuvent du reste coïncider et s'associer de différentes manières.

Dans la névrite interstitielle les altérations des nerfs enflammés sont très appréciables, même à l'œil nu : les nerfs sont augmentés de volume, ils forment des cordons durs, rigides, le névrilème et le tissu conjonctif interfasciculaire sont épaissis, finement injectés, infiltrés d'éléments embryonnaires s'il s'agit d'une névrite aiguë. Les tubes nerveux ne sont pas altérés dans la

névrite interstitielle pure, ils subissent seulement la compression qui résulte de l'épaississement du tissu conjonctif.

Dans la névrite parenchymateuse il arrive souvent que le nerf enflammé ne présente pas d'altérations macroscopiques bien apparentes; c'est seulement lorsque la névrite est ancienne et qu'elle a envahi la plupart des tubes nerveux qu'on peut la reconnaître à l'œil nu; les nerfs sont diminués de volume, non indurés; ils présentent souvent une teinte grisâtre. L'examen histologique montre que le tissu conjonctif est intact et que les altérations portent sur les tubes nerveux. La myéline se renfle sur certains points et s'étrangle sur d'autres (disposition en chapelet); les noyaux des segments interannulaires se tuméfient et compriment les cylindres d'axe, puis les noyaux prolifèrent; les cylindres d'axe subissent aussi des altérations, ils deviennent inégaux et finissent par disparaître. A une dernière phase la myéline et les cylindres d'axe ont disparu, il ne reste que des gaines vides renfermant de distance en distance des noyaux.

Au point de vue du pronostic, on peut établir deux degrés dans les altérations de la névrite parenchymateuse. Premier degré: les nerfs malades ne sont altérés que dans une partie de leur étendue; les cylindres d'axe ne sont pas détruits mais simplement comprimés par la tuméfaction des noyaux des gaines et par leur prolifération. Dans ce cas la réparation peut se faire très rapidement. Deuxième degré: les cylindres d'axe sont détruits, et la destruction de ces cylindres dans un segment même très limité d'un nerf détermine dans toute la partie périphérique les altérations connues sous le nom de *dégénérescence wallérienne*. Dans ce cas la réparation est impossible, la maladie incurable.

Ces altérations des nerfs expliquent facilement les troubles de la sensibilité ou du mouvement qu'on observe dans les névrites; il est facile de comprendre que la compression des tubes nerveux sensitifs ou moteurs par les éléments de nouvelle formation détermine des troubles de la sensibilité ou du mouvement, nous croyons inutile d'insister; les troubles trophiques symptomatiques des névrites sont d'une interprétation plus délicate. Les troubles vaso-moteurs exercent sans contredit une certaine influence, mais on ne peut guère leur assigner que la valeur d'une cause prédisposante; quelques auteurs ont admis sans preuves suffisantes l'existence de fibres nerveuses trophiques; enfin on a supposé que les centres nerveux exerçaient sur la nutrition des tissus par l'intermédiaire des nerfs une influence excitante selon

les uns (Waller, Vulpian), modératrice suivant les autres (Cl. Bernard, Ranvier), et que cette influence venant à disparaître par suite des altérations des nerfs, il en résultait des troubles trophiques. Malheureusement pour cette théorie il ne suffit pas de couper les nerfs qui se rendent à une partie du corps pour voir apparaître des troubles trophiques dans cette partie, il est même très rare que les troubles trophiques se produisent à la suite de la section simple d'un nerf, tandis qu'ils sont presque constants dans la névrite.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question lorsque nous nous occuperons des troubles trophiques qui s'observent dans les maladies de la moelle.

Des faits rapportés par O. Wiss et Weidner, il résulte que l'inflammation qui aboutit au zona ophthalmique peut occuper le ganglion de Gasser.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le caractère des douleurs spontanées qui sont en général continues, avec exacerbations, et qui suivent le trajet des nerfs malades, les douleurs à la pression qui ne se limitent pas à certains points comme dans les névralgies, enfin les lésions trophiques constituent les principaux caractères des névrites. Il faut toujours rechercher s'il n'existe pas sur le trajet des nerfs malades quelque cause d'irritation ou de compression; la névrite du sciatique, par exemple, est souvent produite par des tumeurs du bassin. On doit également interroger avec soin les centres nerveux, car il arrive souvent que des maladies qui paraissent se rattacher à des lésions nerveuses périphériques se compliquent au bout de quelque temps de symptômes qui ne laissent pas de douter sur leur origine centrale.

La névrite menace rarement la vie des malades; mais, par l'acuité et la persistance des douleurs, par les altérations trophiques qu'elle ne tarde pas à déterminer, elle constitue une maladie très sérieuse; on doit toujours craindre sa marche ascendante.

Des lésions de nutrition, des contractures très prononcées et persistantes, une anesthésie ou une paralysie complète, sont généralement des symptômes de mauvais augure. Il faut interroger la contractilité musculaire à l'aide de l'électricité; tant que les muscles se contractent si peu que ce soit, il y a espoir (Duchenne, W. Mitchell).

TRAITEMENT. — Dans la névrite aiguë, on emploiera les émissions sanguines locales, ventouses scarifiées ou sangsues sur le trajet du nerf, puis les révulsifs et en particulier les vésicatoires.

Dès le début, il faut calmer les douleurs vives, et le meilleur moyen d'atteindre rapidement ce but consiste dans l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine; on peut aussi faire absorber la morphine à la surface des vésicatoires. On cherchera, bien entendu, à écarter toutes les causes d'irritation qui ont pu agir sur le nerf.

Dans la névrite chronique, ce sont les révulsifs, les vésicatoires appliqués sur le trajet du nerf malade, qui rendent le plus de services; avec les injections hypodermiques destinées à soulager les douleurs. Lorsqu'il y a lieu de penser que le processus inflammatoire est en voie de décroissance, on doit faire usage de l'électricité pour faciliter le retour des fonctions nerveuses, et principalement pour empêcher l'atrophie des muscles en attendant que les fonctions du nerf malade se rétablissent complètement. On a conseillé tour à tour les courants continus et la faradisation localisée; c'est ce dernier procédé qui nous paraît le plus efficace. Les frictions et le massage sont utiles pour rétablir les fonctions de la peau.

BEAU. De la névrite et de la névralgie intercostales (Arch. de méd., 1847). — Du même. De la névrite intercostale dans la phthisie pulm. (Union méd., 1849). — W. MITCHELL, MOREHOUSE et KEEN. Recherches sur les lésions traumatiques des nerfs. Philadelphie, 1864. — LEUDET. Arch. de méd., 1865. — DURÉNIL. Névrilite chronique ascendante (Gaz. hebdom., 1866). — JACCOUD. Atrophie nerveuse progressive (Clin. méd., 1867). — COUYRA. Des troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle et des nerfs, th., Paris, 1871. — O. WISS. Beitrag zur Kenntnis der Herpes zoster (Arch. der Heilkunde, 1874). — HYBORD. Du zona ophthalmique, th., Paris, 1872. — CHARCOT. Leçons sur les malad. du syst. nerveux, 1872. — PORSON, th., Paris, 1873. — PIERRET. Plusieurs cas de névrite parenchymateuse (Arch. de physiol., 1874). — KLEIN. Ueber neuritis migrans, th., Strasbourg, 1874. — W. MITCHELL. Des lésions des nerfs et de leurs conséquences, traduct. de Dastre, Paris, 1874. — HAYEM. Des altérations médullaires que provoquent les lésions des nerfs (Arch. de physiol., 1873, et Soc. de biologie, 1875). — PONCET. Soc. de biol. et Gaz. méd., 1875. — RENDU. Des anesthésies spontanées, th. d'agrégation, Paris, 1875. — LANDOUZY. De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer (Arch. de méd., 1875). — MANOUVRIER. Nouvel esthésiomètre à pointes isolantes (Arch. de physiol., 1876). — MOUGEOT. Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affect. des nerfs, th., Paris, 1877. — LABADIE-LAGRAVE. Art. *Nerfs* (pathol. int.) (Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., 1877, t. XXIII). — J. RENAULT. Art. *Nerfs* (anatomie) (Dict. encycl. des sc. méd.). — H. EICHORST. Un cas de névrite aiguë progressive (Arch. für path. Anat. de Virchow, 1877). — A. LAVERAN. Contrib. à l'anat. pathol. du tétanos et de la névrite ascendante aiguë (Arch. de physiol., 1877). — ROSENTHAL. Traité clin. des malad. du syst. nerveux, traduct. de Lubanski, Paris, 1877. — FOURNIER-BERGERON. Contribut. à l'étude de la névrite ascendante, th., Paris, 1878. — CH. FERNET. De la sciatique et de sa nature (Arch. de méd., 1878). — ROSENBAUGH. Rech. expérim. sur la névrite (Arch. f. experim. Path., 1877, anal. in Rev. des sc. méd., 1878, t. XI, p. 486). — JOFFROY. De la névrite parenchymateuse spontanée, générale ou partielle (Arch. de physiol., 1879). — A. CHANDELUX. Obs. pour servir à l'hist. des lésions nerveuses dans le zona (Arch. de physiol., 1879). — C. BORCH. Névrilite traumatique ascendante (Schmidt's Jahrbü-

cher, 1880). — GOMBAULT. Note sur le rôle des lésions segment. dans l'évol. de la névrite parenchymateuse (Progr. méd., 1881, p. 318). — REY-BARREAU. Contrib. à l'étude de la névrite traumatique, th., Paris, 1881. — DÉJÉRINE et LELGIR. Rech. anatomico-path. et clin. sur les altér. nerveuses dans certains cas de gangrène et dans la lèpre (Arch. de physiol., 1881, p. 988). — OLLIER. Contrib. à l'étude de la névrite ascendante, th., Paris, 1882. — PITRES et VAILLARD. Des névrites périphériques non traumatiques (Arch. de neurologie, 1883). — Des mêmes. Altérations des nerfs périphériques dans deux cas de maux perforants (Arch. de physiol., 1885). — CHARVOT. Note pour servir à l'histoire de la névrite ascendante (Revue méd. de l'Est, 1885).

## NÉVRALGIES

Chaussier a proposé, en 1801, le mot *névralgies* pour désigner les affections douloureuses ayant leur siège dans les nerfs cérébro-spinaux. Quelques auteurs, Valleix et Grisolle en particulier, ont fait rentrer dans la définition de la névralgie l'absence de toute lésion matérielle des nerfs qui sont le siège des douleurs. Il est impossible d'affirmer que la névralgie est une maladie purement fonctionnelle, *sine materiâ*; il est bien probable, au contraire, que quand un nerf périphérique devient douloureux sous l'influence du froid, par exemple, c'est qu'il y a eu quelque modification apportée dans sa structure; nous ignorons la véritable nature de cette altération; ce n'est pas une raison pour la nier. Dans l'état actuel de la science, le mieux est de se contenter d'une définition purement symptomatique et de dire: la névralgie est une maladie du système nerveux périphérique, caractérisée par des douleurs paroxystiques, rémittentes ou intermittentes, qui suivent exactement le trajet des nerfs et qui ne s'accompagnent pas, comme dans la névrite, de troubles trophiques. Il est certain que cette définition ne trace pas exactement la limite de la névrite et de la névralgie; mais, puisque cette incertitude existe dans les faits, il serait absurde de vouloir la supprimer entièrement dans les mots.

Les névralgies peuvent siéger dans les nerfs du grand sympathique, qui se distribuent aux organes internes; c'est ainsi qu'il existe une gastralgie, une entéralgie, etc.; nous ne nous occuperons pas ici des névralgies viscérales, dont la description viendra plus naturellement à propos des maladies de chaque organe en particulier.

ÉTIOLOGIE. — Au point de vue étiologique, on peut diviser les névralgies ainsi qu'il suit: 1° *névralgies de cause directe*, produites le plus souvent par le froid, par la compression ou la contusion des nerfs; la carie dentaire est une des causes les plus communes de la névralgie faciale, qui, d'abord localisée à une

des branches du trijumeau, finit par donner lieu à des douleurs irradiées dans la plupart des autres branches de ce nerf; 2° *névralgies de cause réflexe*, telles sont les névralgies qui se produisent à la suite d'affections viscérales, la névralgie lombo-abdominale, par exemple, qui est si commune à la suite des maladies de l'utérus; 3° *névralgies qui se rattachent à des maladies générales*, anémie, fièvres palustres, saturnisme. Nous avons déjà eu l'occasion de nous occuper de cette dernière classe de névralgies, notamment des névralgies intermittentes, qui constituent une des variétés les plus communes des fièvres larvées; nous n'aurons à y revenir ici qu'au point de vue du diagnostic différentiel.

DESCRIPTION. — *Caractères généraux*. — Les symptômes des névralgies sont naturellement assez variables, suivant que tel ou tel nerf est atteint; mais avant de nous occuper des différences qui résultent de telle ou telle localisation, il est nécessaire d'indiquer les caractères généraux des névralgies, afin d'éviter des redites à propos de chaque névralgie en particulier.

Les névralgies siègent généralement d'un seul côté du corps; elles sont *unilatérales*, et on les observe plus souvent à gauche qu'à droite.

La *douleur* est le symptôme fondamental des névralgies; il y a lieu de distinguer la *douleur spontanée* et la *douleur provoquée*.

Les malades accusent une douleur sourde, contusive, dans la région innervée par le nerf malade, et des élancements, des *éclairs de douleur*, suivant l'expression dont ils se servent souvent; ces élancements se reproduisent avec une fréquence très variable; dans quelques cas et en dehors de toute influence palustre, les douleurs prennent une forme intermittente; les malades ont, chaque jour, à peu près à la même heure, des accès douloureux qui durent plus ou moins longtemps, et dans l'intervalle de ces accès, ils ne se ressentent pas de leur névralgie.

Il n'est pas rare de voir une névralgie d'abord localisée dans une branche d'un nerf ou d'un plexus nerveux s'étendre peu à peu à toutes les branches du nerf ou du plexus.

La peau est souvent hyperesthésiée au niveau des expansions terminales du nerf malade; le moindre attouchement détermine une sensation désagréable; plus fréquemment il est nécessaire d'exercer une pression un peu forte pour provoquer des douleurs, et l'on constate facilement que le nerf n'est pas également sensible sur tout son trajet; il existe des *points douloureux* qui ont été étudiés avec beaucoup de soin par Valleix.

Les points douloureux névralgiques ne sont pas disposés au hasard; on les trouve : 1° aux points d'émergence des troncs nerveux (points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier dans la névralgie faciale); 2° dans les points où un nerf traverse un muscle pour se rapprocher de la peau et s'y distribuer (telles sont les branches postérieures des nerfs spinaux, qui donnent lieu au point douloureux postérieur dans la névralgie intercostale); 3° dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments; 4° aux endroits où les troncs nerveux, par suite du trajet qu'ils ont à parcourir, deviennent très superficiels.

Trousseau attribuait une grande importance à un *point douloureux apophysaire*, qui, d'après lui, existerait toujours au niveau des apophyses épineuses des vertèbres dans le point où le nerf douloureux s'engage dans les trous de conjugaison.

La recherche des points douloureux est facile quand on connaît bien la disposition des nerfs; lorsque les nerfs sont superficiels et que les douleurs sont très vives, la pression doit être légère; si, au contraire, on cherche les points douloureux là où les nerfs sont bien protégés (partie supérieure du sciatique, branches postérieures des nerfs dorsaux), la pression doit être forte.

Lorsqu'un point douloureux a été comprimé à plusieurs reprises, il peut se faire que la douleur disparaisse momentanément (Valleix, Bassereau).

Les organes dans lesquels se rendent les nerfs peuvent être troublés dans leurs fonctions, les muscles sont agités quelquefois par des contractions involontaires; la sécrétion des larmes est augmentée pendant les paroxysmes de la névralgie faciale. Dans les névralgies invétérées, il peut y avoir une légère atrophie des muscles condamnés au repos par la persistance des douleurs; lorsque les troubles trophiques sont bien marqués, et surtout lorsqu'ils se produisent de bonne heure, on doit conclure à l'existence d'une névrite.

Nous allons maintenant passer en revue les variétés les plus communes des névralgies, en signalant les caractères particuliers à chacune d'elles; nous nous occuperons ensuite du traitement des névralgies en général.

*Névralgie de la cinquième paire ou névralgie faciale*. — Les points douloureux principaux correspondent exactement aux points d'émergence des branches du trijumeau : *point sus-orbitaire*, *point sous-orbitaire*, *point mentonnier*; en outre, on trouve souvent un point douloureux nasal à l'union de l'os nasal avec le

cartilage de l'aile du nez et d'autres points douloureux au niveau des bosses frontale et pariétale. D'après Trousseau, les apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales seraient douloureuses à la pression; c'est là un symptôme au moins inconstant de la névralgie faciale. L'une des branches du trijumeau peut être atteinte isolément, la branche sus-orbitaire par exemple; alors on ne trouve que le point douloureux correspondant à cette branche, lorsque le nerf buccal est pris, il en résulte des douleurs intolérables pendant la mastication.

Les muscles de la face sont agités, chez quelques malades, de mouvements convulsifs qui constituent le *tic douloureux* de la face; au moment des paroxysmes, l'œil du côté correspondant à la névralgie devient souvent rouge et larmoyant, il peut y avoir hypersécrétion du mucus nasal. Les dents et les bulbes des cheveux sont le siège d'une hyperesthésie très douloureuse.

Trousseau a décrit sous le nom de *névralgie épileptiforme* une variété extrêmement douloureuse et rebelle de la névralgie faciale; le nom de « névralgie épileptiforme » a été critiqué avec raison, car cette affection ne paraît avoir aucune parenté avec l'épilepsie. Cette forme grave de la névralgie faciale se caractérise par des douleurs très vives, paroxystiques, dans une ou plusieurs branches du trijumeau; le malade ressent tout à coup une horrible douleur dans un des côtés de la face, il porte vivement ses mains à la région douloureuse qu'il frictionne violemment; s'il était assis, il se lève et se promène en poussant des gémissements, ou bien il se répand en imprécations; la figure grimace sous l'étreinte de la souffrance, parfois tous les muscles d'un côté de la face sont agités de mouvements convulsifs. Ces accès durent dix, quinze secondes, une minute au plus; mais ils peuvent se reproduire un grand nombre de fois dans les vingt-quatre heures, et l'on conçoit que l'existence devienne intolérable; l'imminence d'un nouvel accès empoisonne même les moments de répit, les malades n'osent plus ni parler, ni même manger, car les mouvements nécessaires à ces actes réveillent les douleurs; les moindres alternatives de chaud ou de froid donnent lieu aussi à des paroxysmes (Trousseau). La guérison est exceptionnelle, et c'est à grand'peine que l'on procure aux malades un soulagement temporaire.

Cette forme grave est heureusement rare; le plus souvent les douleurs de la névralgie faciale cèdent à un traitement approprié, mais les rechutes sont communes.

La névralgie faciale est souvent confondue avec l'odontalgie;

les malades se font enlever successivement plusieurs dents qui ne sont pas cariées et dont l'avulsion ne met pas fin aux douleurs. Lorsque la carie dentaire est le point de départ de la névralgie, l'avulsion des dents malades est au contraire indiquée.

Les névralgies intermittentes d'origine palustre se localisent souvent dans les branches du trijumeau, en particulier dans le nerf sus-orbitaire. Le retour franchement intermittent des douleurs et la facilité avec laquelle elles cèdent au sulfate de quinine sont les meilleurs caractères de la névralgie palustre.

Quelques auteurs ont admis sans preuves suffisantes une névralgie du nerf facial; le nerf facial est un nerf moteur, et rien ne démontre qu'il puisse devenir le siège de sensations douloureuses.

*Névralgie cervico-occipitale.* — Bien décrite pour la première fois par Valleix, la névralgie cervico-occipitale a son siège dans les branches postérieures des quatre premiers nerfs cervicaux et principalement dans le nerf sous-occipital.

Les malades éprouvent dans l'une des moitiés des régions occipitale et cervicale postérieures une douleur continue et gravitative, puis des élancements douloureux intermittents, qui partent toujours au-dessous de l'occiput et vont retentir à la partie supérieure du crâne. Les points douloureux principaux sont: le *point occipital*, qui correspond à l'émergence du grand nerf occipital; le *point cervical superficiel*, situé sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, que contournent les branches du plexus cervical; les *points pariétal, mastoïdien et auriculaire*.

On ne confondra la névralgie cervico-occipitale ni avec le torticolis, qui a son siège dans les muscles, lesquels sont contracturés et douloureux à la pression, ni avec la céphalalgie occipitale qui accompagne les tumeurs du cervelet ou qui se montre dans le cours de la syphilis; dans ces derniers cas, les douleurs sont bilatérales, tandis que la névralgie cervico-occipitale, comme toutes les névralgies, ne siège en général que d'un côté.

*Névralgie cervico-brachiale.* — La plupart des branches du plexus brachial peuvent être le siège des douleurs; le nerf cubital est le plus fréquemment pris; les principaux points douloureux sont le point *axillaire*, le point *epitrochleen* et le point *cubito-carpien*. Les règles générales, formulées plus haut au sujet des points douloureux névralgiques, nous dispensent d'insister longuement sur les motifs de ces localisations; chacun sait que le

plexus brachial occupe dans l'aisselle une position superficielle et que le nerf cubital, à son passage dans la gouttière épitrochléenne, n'est recouvert que par la peau ; le point cubito-carpien est situé à l'endroit où le nerf cubital passe au-devant du carpe pour se porter dans la paume de la main.

D'autres points douloureux peuvent se rencontrer à l'endroit où le nerf radial contourne l'humérus, à la partie inférieure du radius, au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales et en dehors de ces apophyses, dans les points qui correspondent à l'émergence des branches postérieures des nerfs cervicaux.

La névralgie cervico-brachiale ne peut guère être confondue qu'avec un rhumatisme musculaire. La nature paroxystique des douleurs, l'existence des points douloureux sur le trajet des nerfs, l'insensibilité à la pression des masses musculaires permettent d'exclure l'idée de rhumatisme musculaire.

Les douleurs se localisent parfois dans le nerf circonflexe ; il en résulte des douleurs vives dans l'épaule, douleurs qui se compliquent souvent d'atrophie et de paralysie du deltoïde. A propos des paralysies locales, nous reviendrons sur cette forme clinique qui vraisemblablement doit être rattachée à une névrite du nerf circonflexe.

*Névralgie diaphragmatique ou phrénique.* — La névralgie du nerf phrénique a été très bien décrite par M. Peter ; elle peut être primitive, idiopathique, et alors elle siège en général à gauche, ou bien elle relève d'une pleurésie diaphragmatique, d'une péricardite ou encore d'affections de la rate ou du foie.

Les malades accusent des douleurs plus ou moins vives à la base de la poitrine d'un côté et dans l'épaule correspondante.

Les foyers de douleur à la pression sont : 1° les *insertions antérieures du diaphragme* aux septième, huitième, neuvième et dixième côtes ; 2° les *insertions postérieures*, surtout celle de la dernière côte ; 3° la partie latérale du *cou au-devant du scalène antérieur* ; on sait que le nerf phrénique est, en ce point, très superficiel ; quelquefois il existe aussi une douleur sternale au niveau du deuxième ou du troisième espace intercostal ; 4° les *apophyses épineuses* qui correspondent aux origines du plexus cervical, surtout celles des troisième et quatrième vertèbres cervicales.

Des douleurs irradiées se font sentir à la partie interne de la clavicule, dans la région latérale du cou, à la mâchoire infé-

rieure, dans l'épaule, enfin dans le bras et la main du côté correspondant.

Parmi les troubles fonctionnels occasionnés par la névralgie du phrénique, il faut citer en première ligne ceux de la *respiration* ; tous les mouvements du thorax sont douloureux ; les malades, qui craignent de réveiller ces douleurs, font des inspirations courtes, ils disent que la douleur « coupe la respiration » ; l'effort, la toux, le rire, donnent lieu à des souffrances encore plus vives ; la mastication est gênée ; le bras est engourdi et l'affaiblissement peut aller jusqu'à la paralysie.

Il n'existe pas en général de troubles du côté du cœur dépendant de la névralgie, mais il y a souvent une affection organique du cœur concomitante.

On peut confondre la névralgie du phrénique avec une pleurésie diaphragmatique, avec une péricardite, une hépatite, enfin avec l'angine de poitrine ; ces maladies se compliquent du reste souvent de névralgie du phrénique, et lorsqu'on a constaté l'existence de la névralgie, on doit rechercher avec soin s'il n'existe pas dans les organes profonds quelque altération qui l'explique. La pleurésie diaphragmatique et la péricardite donnent à l'auscultation et à la percussion des symptômes assez faciles à interpréter dans la plupart des cas ; l'hépatite ne se présente guère que dans les pays chauds et elle s'accompagne d'augmentation de volume du foie, de fièvre, etc. ; quant à l'angine de poitrine, elle donne lieu à des accès extrêmement douloureux, caractérisés par une sensation d'oppression et d'angoisse qui fait défaut dans la névralgie phrénique.

*Névralgie intercostale.* — La névralgie intercostale est très commune, particulièrement chez les sujets nerveux et anémiques, elle siège presque toujours à gauche et occupe en même temps plusieurs nerfs intercostaux. Un grand nombre de maladies des organes thoraciques ou abdominaux se compliquent de névralgie intercostale : telles sont la pleurésie, la phthisie pulmonaire, les maladies du foie, des reins et de l'utérus.

La névralgie intercostale se traduit par une douleur sourde, contusive, au niveau d'un ou plusieurs espaces intercostaux voisins, et par des élancements douloureux qui se produisent de temps à autre, principalement à l'occasion des mouvements respiratoires ou de ceux qui accompagnent la toux et l'éternuement.

Les points douloureux à la pression sont au nombre de trois et se répartissent en général ainsi qu'il suit (Valleix) : 1° *point*



postérieur situé au niveau de la gouttière vertébrale, en dehors des apophyses épineuses; 2° *point moyen latéral*, correspondant à la partie moyenne de l'espace intercostal; 3° *point antérieur*, correspondant à l'expansion terminale des nerfs malades et situé un peu en dehors du sternum, s'il s'agit des nerfs intercostaux supérieurs, à l'épigastre, s'il s'agit des nerfs inférieurs. Dans la recherche de ces points douloureux, il faut tenir compte de l'obliquité des côtes et des nerfs intercostaux qui suivent leur bord inférieur; le point névralgique antérieur n'est pas situé sur le même plan horizontal que le point postérieur, mais beaucoup plus bas; il est du reste facile de suivre les espaces intercostaux avec le doigt. L'anatomie explique la répartition de ces points douloureux: 1° les nerfs dorsaux, en sortant des trous de conjugaison, fournissent des rameaux qui se rendent à la peau du dos en traversant les muscles des gouttières vertébrales, d'où le point postérieur; 2° les nerfs intercostaux, arrivés sur les parties latérales à distance à peu près égale du sternum et du rachis, envoient dans la peau une branche qui devient superficielle, d'où le point douloureux latéral; enfin, 3° à la partie antérieure, le nerf intercostal lui-même se divise dans la peau, d'où le point antérieur ou d'*expansion terminale* suivant l'expression employée par Trousseau. Ces trois points douloureux n'existent pas toujours, le point moyen en particulier manque assez souvent. D'après Trousseau, le point postérieur ne siègeait pas dans la gouttière vertébrale, mais au niveau des apophyses épineuses, d'où le nom de *point apophysaire* proposé par lui. Dans certains cas, il n'existe pas de points douloureux bien limités, la douleur à la pression se retrouve dans tout l'espace intercostal correspondant au nerf malade; des irradiations douloureuses peuvent se produire dans le cou, dans le bras et dans la glande mammaire (mastodynie).

La névralgie intercostale donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic; elle est confondue avec des maladies des organes profonds, ou, inversement, des maladies des organes profonds qui s'accompagnent de douleurs plus ou moins semblables à celles de la névralgie intercostale sont prises pour de simples névralgies.

Les mouvements de la respiration et les battements du cœur exagérant les douleurs névralgiques, certains malades affectés de simples névralgies intercostales se figurent qu'ils sont atteints d'affections très graves des poumons et du cœur; ils deviennent hypocondriaques, se condamnent à un repos absolu et se figurent

qu'ils vont succomber à la rupture d'un anévrysme, par exemple. Lorsque la névralgie siège au niveau des quatrième, cinquième ou sixième nerfs intercostaux du côté gauche, l'ébranlement de la paroi thoracique qui accompagne le choc du cœur augmente les douleurs comme fait la pression du doigt. L'auscultation et la percussion de la poitrine permettront de distinguer facilement la névralgie intercostale de la pleurésie et de la péricardite; l'existence d'un mouvement fébrile doit faire écarter l'idée d'une névralgie intercostale simple.

La périhépatite et la périplénite donnent lieu fréquemment à des douleurs analogues aux douleurs névralgiques ou même à des névralgies véritables; mais les symptômes concomitants, les changements de volume du foie ou de la rate, la douleur à la pression profonde, fournissent presque toujours les éléments d'un diagnostic exact.

La pleurodynie ou rhumatisme des muscles de la paroi thoracique se distingue de la névralgie intercostale par l'absence de points douloureux limités; la douleur est diffuse, elle ne suit pas exactement les nerfs, et elle augmente lorsqu'on pince les muscles ou qu'on exerce une pression au niveau de leurs insertions.

Le diagnostic différentiel de la névralgie intercostale et de la névrite intercostale est impossible dans beaucoup de cas; lorsque les douleurs se rattachent à une affection locale: pleurésie chronique, carie costale, etc.; lorsqu'elles sont continues et non plus paroxystiques, comme dans les névralgies, et que la pression est douloureuse sur tout le trajet des nerfs, lorsque enfin il existe des troubles trophiques comme dans le *zona*, on peut admettre qu'il s'agit d'une névrite.

Les douleurs extrêmement vives qui surviennent dans la carie ou le cancer des vertèbres, par suite de la compression des nerfs intercostaux dans les trous de conjugaison, sont souvent confondues avec la névralgie intercostale; ces douleurs siègent, en général, des deux côtés, et elles ont un caractère de gravité et de ténacité très rare dans les névralgies simples; l'existence de tumeurs, de déformations de la colonne vertébrale, les phénomènes de compression de la moelle épinière, lèvent bientôt tous les doutes. La confusion est encore plus facile à éviter avec les douleurs en ceinture de la myélite.

*Névralgie lombo-abdominale.* — La névralgie lombo-abdominale a son siège dans les branches supérieures du plexus lombaire; les principaux points douloureux sont: le *point lombaire*, en dehors des premières vertèbres lombaires; le *point iliaque*

*moyen*, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des îles; le *point iliaque antérieur*, entre les épines iliaques antérieures où s'engage le nerf fémoro-cutané; les points *hypogastrique, inguinal* et *scrotal*; chez la femme, le point scrotal est remplacé par des points douloureux au niveau de la grande lèvre et du col de l'utérus (Valleix).

Les douleurs se limitent parfois à quelques branches du plexus, à celles qui se rendent au scrotum et au testicule par exemple (névralgie ilio-scrotale).

La confusion peut avoir lieu surtout avec le *lumbago*. Dans cette dernière affection, les douleurs ne se montrent guère que dans les mouvements; elles sont le plus souvent bilatérales; on ne trouve pas les points douloureux névralgiques, la sensibilité à la pression est également répartie dans tout l'espace qui correspond aux masses sacro-lombaires. La colique néphrétique présente une certaine analogie avec la névralgie ilio-scrotale; la rétraction du testicule vers l'anneau et l'absence de points névralgiques caractérisent la première de ces affections; la présence de petits graviers dans les urines lève tous les doutes.

*Névralgie crurale*. — Décrite par Cotugno, sous le nom d'*ischias nervosa antica*, et par Chaussier, sous celui de névralgie *fémoro-pré-tibiale*, cette névralgie siège, comme son nom l'indique, dans le nerf crural. Les douleurs se produisent à la partie antéro-interne de la cuisse et du genou, rarement elles s'étendent le long du saphène interne à la malléole interne, au bord interne et au dos du pied jusqu'aux premiers orteils. Les principaux points douloureux sont, d'après Valleix, le *point inguinal*, le *point crural moyen*, le *point condylo-rotulien interne*, le *point malléolaire interne* et le *point plantaire interne*. Ces dénominations sont assez claires pour se passer de commentaires. La névralgie crurale est beaucoup plus rare que la névralgie sciatique.

Romberg a décrit comme une forme spéciale la névralgie du nerf obturateur, dont les signes sont du reste assez obscurs.

*Névralgie sciatique*. — Elle a été décrite sous le nom d'*ischias nervosa postica* (Cotugno), de *névralgie fémoro-poplitée* (Chaussier), de *goutte sciatique*; généralement on la désigne du seul mot de sciatique. C'est une des névralgies les plus communes; elle est rare chez les enfants, c'est de vingt à soixante ans qu'elle présente son maximum de fréquence; l'homme y est plus prédisposé que la femme, probablement parce que sa vie extérieure l'expose davantage aux variations brusques de température, au

froid humide, qui sont les causes les plus communes de la sciatique.

Les malades ressentent tout d'abord une sensation de lourdeur, d'engourdissement, de froid ou de chaleur brûlante dans l'un des membres inférieurs; bientôt des élancements douloureux se produisent, et, par la direction qu'ils suivent, ces élancements permettent de reconnaître rapidement la sciatique; lorsqu'on dit au malade de tracer avec le doigt le trajet que suivent les douleurs, il marque sur sa peau la direction du nerf sciatique, comme ferait le meilleur anatomiste (Cotugno); généralement les élancements vont du centre à la périphérie, ils s'arrêtent au niveau du creux poplité ou bien ils gagnent la face externe de la jambe et de la plante du pied. Les mouvements, la marche, la toux, les inspirations profondes, exagèrent les douleurs.

Les principaux points douloureux sont: le *point fessier*, qui correspond au sommet de l'échancrure sciatique, lieu d'émergence du nerf; les *points trochantérien, fémoraux* sur le trajet du sciatique à la partie postérieure de la cuisse; les *points poplité, péronier* (au-dessous de la tête du péroné, là où le nerf sciatique poplité externe contourne l'os), *malléolaire externe* et *plantaires*. Les douleurs sont quelquefois localisées à la plante du pied, ce qui a conduit à décrire une *névralgie plantaire*.

Pour peu que la névralgie soit intense, les malades sont condamnés à l'immobilité; les douleurs se calment plus ou moins rapidement, mais les récidives sont fréquentes.

Les névralgies sciatiques simples ne s'accompagnent pas de troubles trophiques, tout au plus observe-t-on un peu d'atrophie du membre, comme conséquence de l'immobilité prolongée; dans les sciatiques névritiques, au contraire, l'atrophie des muscles se montre de bonne heure, les douleurs existent sur tout le trajet du nerf qui est induré, et dans quelques cas on voit apparaître des groupes d'herpès ou des œdèmes partiels; ces différences entre la névralgie sciatique et la névrite sciatique ont été bien indiquées par M. Landouzy; mais il faut avouer que, dans la pratique, il est souvent difficile de se prononcer. Il n'est pas démontré que la névralgie sciatique ne puisse pas aboutir au bout d'un certain temps à la névrite chronique.

La sciatique une fois reconnue, il faut se demander si elle n'est pas symptomatique; la compression produite par des tumeurs du petit bassin est une cause commune de névralgie ou de névrite sciatique.

On ne confondra avec la sciatique ni les douleurs rhumatis-