

SUR
UNE FORME D'ATROPHIE PARTIELLE.

(TROPONÉVROSE DE ROMBERG.)

Carswell (1) est certainement le premier qui ait apporté dans l'étude des atrophies un ordre méthodique. Les observations assez nombreuses n'avaient entre elles aucun lien, et, le plus souvent, ce mode d'altération pathologique n'avait été mentionné que comme un symptôme accessoire à de plus graves affections. Carswell classa avec une saine critique les diverses lésions qui pouvaient entraîner comme conséquence un retard, un arrêt ou même un recul dans la nutrition; il indiqua, en même temps que les causes, les formes des atrophies, leurs divers points d'élection et les modifications qu'elles apportaient à la texture des organes. Depuis lors, les divisions qu'il avait admises ont été presque toujours reproduites.

Parmi les espèces les plus justement établies, devaient figurer les atrophies qui relèvent d'un trouble quelconque de l'excitation nerveuse. Il n'est pas d'auteur qui, à l'occasion des paralysies, n'ait appelé l'attention sur la lenteur du développement des membres paralysés et sur l'amaigrissement des muscles condamnés à l'inaction. On avait signalé aussi sous des dénominations différentes les atrophies graduelles qui envahissent successivement tout le corps, et donnent à certains vieillards cet aspect saisissant qui rappelle la conformation des squelettes. Lobstein avait rapporté un des exemples les plus frappants et à cause du degré extrême que le mal atteignit et à

(1) Carswell, *Illustrat. of the elementary forms of disease*, 1836.

cause de l'âge peu avancé du malade. Dans les cas de ce genre, il était naturel de supposer qu'une lésion du système nerveux, inconnue dans sa nature, mais différente de celles qui constituent les paralysies, avait été l'origine des premiers accidents. Le travail tout à fait original du D^r Aran vint jeter un nouveau jour sur la question, et fournit de précieux matériaux à l'histoire des atrophies généralisées (1).

Cependant, s'il était possible de hasarder une sorte d'explication, et de rapporter ces arrêts de nutrition partielle à l'absence d'exercice des organes, ces atrophies générales à une faiblesse mal définie de l'innervation, des faits d'un autre ordre se soustrayaient aux hypothèses et distançaient les prévisions physiologiques. Le D^r Rey, de Bordeaux, avait, dès 1834, rapporté une observation curieuse, bien que fort incomplète (2). Il s'agissait d'un homme de 35 ans, entré à l'hôpital Saint-André, pour y recevoir les soins que réclamait une ophthalmie chronique du côté droit. Cet homme, de petite taille, ne portant aucune trace d'une affection scrofuleuse, était presque stupide. A partir de la ligne médiane, toutes les parties de son corps étaient atrophiées du côté droit. Le crâne était déprimé, l'arc sourcilier, l'arcade zygomatique moins saillants, les cheveux rares et minces, les membres plus courts et moins grès, les sens abolis. Du côté gauche, au contraire, toutes les fonctions nerveuses s'exécutaient régulièrement. Le malade ne pouvait fournir aucun renseignement. L'auteur se demanda, en face d'un si singulier dédoublement de la nutrition, quel rôle pouvait jouer le système nerveux, et jusqu'à quel point il serait déraisonnable de supposer une paralysie *nutritive* coïncidant avec l'abolition des mouvements et de la sensibilité. L'observation, il faut le dire, n'apportait qu'un élément très contestable à la solution du problème.

Parry fournit un renseignement déjà bien plus précieux en citant le fait d'une femme chez laquelle il avait observé une atrophie, également unilatérale, sans paralysie conco-

(1) *Archiv. gén. de méd.*, septembre et octobre 1850.

(2) *Sur la pathogénie de quelques affections de l'axe cérébro-spinal.*

mitante et sans lésion d'aucun genre qui pût en donner l'explication (1).

Ces premières données avaient passé inaperçues, quand un savant professeur de Berlin, auquel on doit de remarquables travaux sur les maladies nerveuses, le Dr Romberg, appela l'attention sur cette forme d'atrophie méconnue, sinon ignorée, jusqu'à lui. Plusieurs de ses élèves et quelques médecins du nord de l'Allemagne ajoutèrent de nouveaux faits à ceux dont Romberg avait été témoin. Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de résumer ici le peu qu'on sait sur cette singulière affection.

C'est dans ses études cliniques, publiées en 1846 (2), que l'auteur fit pour la première fois mention de la maladie, sous le nom de *nouvelle forme d'atrophie de la face*. La malade, âgée de 28 ans lors de son admission à l'Institut polyclinique de Berlin, avait eu à 13 ans une attaque de fièvre tierce, bientôt guérie; à l'âge de 15 ans, elle avait été vraisemblablement atteinte d'une scarlatine, à laquelle auraient succédé des accidents assez graves. Sa santé générale s'était d'ailleurs parfaitement rétablie. Au moment de l'examen, on constatait l'état suivant : Le côté droit de la face est plein et vermeil; le côté gauche est ridé, desséché, comme chez une vieille femme; la ligne médiane forme une démarcation exacte entre la partie saine et la partie malade; du côté gauche, le front est moins convexe, les cheveux sont rares, l'arc sourciller est plus saillant, les sourcils sont très clair-semés, les cils ont disparu, la paupière est amaigrie, la caroncule pâle est rétrécie; le côté gauche du nez, de la bouche, du menton, présente une remarquable atrophie; les proportions des deux moitiés de la face comparées sont comme 4 est à 10; l'atrophie atteint l'amygdale gauche, la partie gauche de la luette; pas d'altération du mouvement, de la sensibilité, de la sécrétion des larmes ou de la salive, ni de la perspiration cutanée. Soumise, jusqu'en 1851, à des examens répétés, la maladie non seulement

(1) *Collection of unpublished Writings.*

(2) *Klinische Ergebnisse gesammelt von Dr Henoch.*

ne fut pas améliorée, mais l'atrophie fit des progrès manifestes. Le docteur Schott a choisi cette observation pour en faire le sujet de sa thèse; il l'a exposée avec les détails les plus précis et les plus intéressants, en désignant la maladie sous le nom de *trophonévrose* (1).

L'attention une fois éveillée, il était à penser que de nouveaux observateurs seraient témoins de faits analogues. Les Drs Hueter et Axman recueillirent, en effet, quelques exemples (2), et Romberg lui-même a publié deux observations qui complètent et confirment ses premières études (3). Nous choisirons, dans tous ces cas, les plus significatifs; la nouveauté du sujet excusera la longueur de l'analyse.

OBSERVATION I. — Otto Schwan, 9 ans et demi, présenté à la Clinique, le 24 juin 1857. A 6 ans, rougeole sans complications; à 7 ans, premières traces de l'affection actuelle, qui se manifeste par les signes suivants :

Les lésions de la face sont limitées au côté gauche et à la région sous-maxillaire du même côté; elles consistent dans un changement de forme et dans une production anormale de pigment. Dans la moitié inférieure de la face où la modification est le plus sensible, le tissu sain est séparé du tissu malade par une ligne nette qui, partant de la cloison du nez, descend sur la lèvre supérieure, sur la lèvre inférieure en déviant quelque peu, et gagne le larynx où elle se perd; elle est peu marquée sur le dos du nez redevient distincte sur le front, et disparaît dans les cheveux.

C'est à partir de cette ligne que commence le dépôt de pigment d'un gris jaunâtre, qui s'étend en bas jusqu'à l'angle de la mâchoire, divisé çà et là par quelques portions de peau saine, d'une coloration plus ou moins foncée, et disposé par plaques irrégulières à la partie supérieure de la face; à la région frontale,

(1) *Atrophia singularium partium corporis, quæ sine causa cognita apparet, trophonevrosis est*; Marburgis, 1851.

(2) *Singularis cujusdam atrophie casus nonnulli*, 1848.

(3) *Klinische Wahrnehmungen*, 1851.

on constate la même altération; les tissus ainsi colorés sont luisants et semblent comme huileux.

Même à première vue, le côté gauche de la face est diminué dans tous les sens. L'atrophie s'arrête à la ligne médiane; au front, la convexité est moins marquée, la mâchoire inférieure est plus aplatie, l'épine du menton est déviée à gauche; la masse osseuse du maxillaire inférieur est moindre; la mâchoire supérieure a conservé ses dimensions normales.

L'atrophie des parties molles n'a pas une délimitation moins exacte, elle est surtout marquée aux deux lèvres du côté gauche. En examinant la membrane muqueuse, on distingue, au niveau du frein de la lèvre supérieure, une ligne blanche fondue sur les bords; l'épaisseur des lèvres atrophiées est moindre de moitié environ; la bouche ne se ferme qu'incomplètement du côté gauche, et laisse une ouverture de forme ovale. Le tissu des lèvres est dur, coriace, comme nodulaire, sans pli ni dépression. La membrane muqueuse est plissée profondément, et a gardé sa coloration rouge normale. A la partie antérieure de la mâchoire inférieure, les parties molles ne sont pas mobiles sur les os; leur adhérence aux os est d'autant plus marquée que le dépôt de pigment est plus considérable. L'aile gauche du nez est amincie, plus nettement coupée, l'orifice nasal est plus grand et plus arrondi; les paupières sont également amincies, le cartilage tarse a surtout moins d'épaisseur. Absence complète des cils, depuis l'angle interne de l'œil jusqu'au milieu des paupières. Le masséter gauche est peu développé. Il est impossible d'estimer la forme des autres muscles de la face.

Les cheveux sont très rares, le sourcil gauche presque entièrement nu; dans quelques places, on constate l'absence totale de cheveux. La moitié gauche de la langue est plus étroite, parsemée de sillons plus ou moins profonds. Pas de changement dans la luette; la voûte palatine semble un peu plus concave; les dents sont irrégulièrement plantées; la carotide gauche bat peut-être moins fort que la droite; les pulsations des temporales sont égales des deux côtés.

Quant aux fonctions, l'examen le plus attentif ne permet pas de signaler la moindre différence. La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, la sensibilité et le mouvement, sont égaux des deux côtés; la mastication est également intacte; la prononciation est distincte; les sécrétions et la température n'ont subi aucune modification.

Faute d'indications plus positives, on crut devoir employer comme traitement l'électricité qui, malgré trois ans de persévérance et de soins, est restée sans résultats. Ni les frictions ni les autres médicaments n'ont déterminé d'amélioration.

On comprend que nous nous renfermions dans la même réserve que les auteurs, et que nous nous abstenions de tout commentaire. Le cas suivant, observé chez un adulte qui pouvait rendre un compte plus exact du développement et des antécédents de la maladie, offre des particularités curieuses. L'atrophie a été précédée par une affection du nerf trijumeau, par des contractions des muscles masticateurs et par une hyperesthésie des branches cutanées de la cinquième paire. Nous la reproduisons, sinon textuellement, du moins sans négliger aucun des détails importants.

Obs. II. — A. N., 32 ans. A l'âge de 7 ans, contractions convulsives des muscles masticateurs gauches avec claquement des dents, causées par des refroidissements répétés, revenant par accès irréguliers et durant quelques minutes. A partir de l'âge de 14 ans, ces mouvements convulsifs diminuent de fréquence et d'intensité. La sensibilité de la peau reste exagérée comme elle l'était au début des accidents. L'atrophie paraît avoir commencé à la même époque; elle se présente aujourd'hui (1848) avec les caractères suivants :

La moitié gauche de la face est aplatie, la dépression temporale est presque deux fois plus profonde; le malade déclare spontanément que la paroi osseuse lui semble amincie, et qu'elle crie comme une feuille de papier quand on exerce une pression sur ce point. La peau est appliquée sur les muscles et sur les os, sans interposition d'une couche graisseuse; les muscles, quoi-

que de moindre dimension, n'ont rien perdu de leur force contractile. Pas de cheveux sur la région temporale, pas de favoris du côté gauche; la barbe est aussi abondante des deux côtés du menton. La moitié gauche du maxillaire inférieur est plus courte et plus mince; le côté sain est séparé du côté malade par une sorte de sillon; les lèvres sont amincies; la cinquième dent molaire inférieure manque à gauche. La partie gauche de la langue est moitié moins large et moins épaisse, il en est de même de la lnette; d'ailleurs aucune différence fonctionnelle. La joue gauche, mesurée aussi exactement que possible, est juste de moitié moins épaisse que la droite.

Si nous ajoutons à ces trois observations celle d'une jeune fille chez laquelle l'atrophie n'occupait que la région temporale, en s'accompagnant des mêmes symptômes; celle d'une fille de vingt-deux ans, chez laquelle on constatait l'atrophie d'une portion assez étendue des parois thoraciques juste au-dessous de la mamelle droite, sans aucune trace de paralysie; si nous rappelons le cas analogue cité par Stilling (*Ueber spinal Irritation*, p. 325), nous aurons réuni tous les documents que la science possède sur cette forme d'atrophie partielle. Il n'existe, à notre connaissance, aucun autre fait du même genre, même incomplètement observé.

Nous ne nous dissimulons ni l'insuffisance des cas si peu nombreux dont nous avons donné l'exact résumé, ni les diversités qu'il est facile d'entrevoir sous une frappante analogie; à plus forte raison devons-nous nous garder d'en tirer la conclusion même la moins explicite. Il nous a semblé de quelque profit de rapprocher les seuls exemples connus d'une lésion assez étrange pour fixer l'attention, en laissant à l'ingénieur professeur de Berlin tout le mérite, mais aussi toute la responsabilité scientifique.

(*Archives générales de médecine*, 1852.)

CONSIDÉRATIONS SUR LA SCIATIQUE.

Les affections du système nerveux sont, parmi toutes les maladies, celles qui obéissent le plus aux caprices des préoccupations scientifiques. Étudiées avec un zèle intermittent, elles ont des périodes où elles retombent dans l'oubli, et pendant un laps de temps plus ou moins long, les médecins, et surtout les auteurs des traités classiques, se bornent à répéter, avec une indifférence convaincue, les quelques notions que la tradition a conservées.

Les lésions du système nerveux central ont aujourd'hui le privilège de fixer exclusivement l'attention, mais il est impossible à la pratique de se conformer aux prédilections médicales, et, pour être moins volontiers observées, les affections des nerfs périphériques ne se présentent pas moins à l'observation. C'est justement à cause de la fréquence accidentelle de la sciatique et de la difficulté de son traitement qu'il m'a paru non sans utilité de rappeler combien laissent encore d'incertitudes les notions que nous possédons sur cette maladie rebelle.

Le nombre des cas de sciatique qu'il m'a été donné de traiter depuis quelques mois dépasse de beaucoup la moyenne accoutumée; il est rare que les consultations de l'hôpital n'en réunissent pas un ou deux cas sur un chiffre de malades très limité, et dans mon service, qui compte 64 lits, sans affectation spéciale, je n'ai pas eu moins de 4 ou 5 individus atteints de sciatique à soigner à la fois.

Cette proportion tout exceptionnelle autoriserait presque à