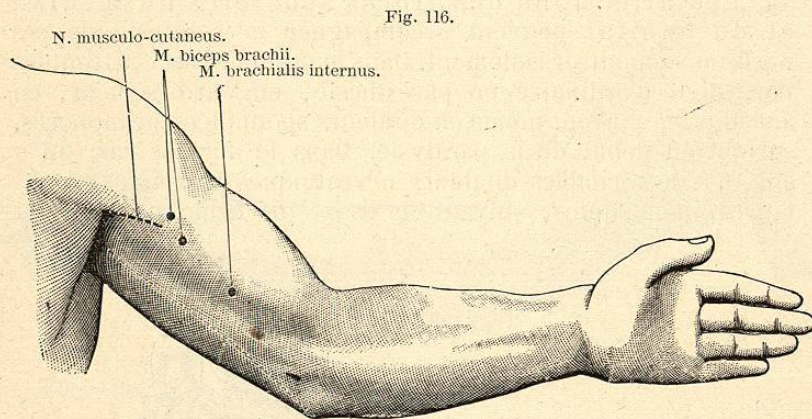


Le musculo-cutané et l'axillaire ou circonflexe (Fig. 116) peuvent aussi devenir malades, soit isolément, soit en commun avec les autres nerfs du plexus. Le musculo-cutané, ou brachial cutané externe, innerve les muscles coraco-brachial, brachial antérieur et biceps; l'axillaire innerve le deltoïde.

La paralysie du musculo-cutané n'a guère été observée isolément qu'à la suite de traumatismes opératoires : elle a pour conséquence de rendre plus difficile la flexion de l'avant-bras sur le bras. La paralysie de l'axillaire empêche à peu près complètement les mouvements d'abduction du bras; il n'est pas rare de voir le deltoïde s'atrophier à la suite des affections de ce nerf, l'épaule s'affaisse alors, et le muscle donne fréquemment la réaction de dégénérescence. — Parfois la paralysie de l'axillaire se complique de troubles de la sensibilité dans



Points moteurs du nerf musculo-cutané et des muscles qu'il innerve.

le domaine de ce nerf (*Heon*, v. bibl.), de douleurs névralgiformes s'exaspérant lors des tentatives de mouvements du bras : en pareil cas, il sera toujours prudent d'examiner attentivement l'articulation scapulo-humérale, on y constatera fréquemment une inflammation chronique qui aura été le point de départ de la névrite périphérique. D'autres fois, cependant, l'articulation n'accusera aucune lésion anatomique, et l'on sera tout naturellement conduit à penser à une névrose articulaire; on trouvera, à ce sujet, des détails au chapitre de l'hystérie. Il suffit, dans certains cas, d'une secousse violente, d'une chute sur l'épaule, ne donnant lieu, au début, à aucun symptôme, pour voir se développer une affection de longue durée à laquelle prendront également part l'articulation et les nerfs du plexus.

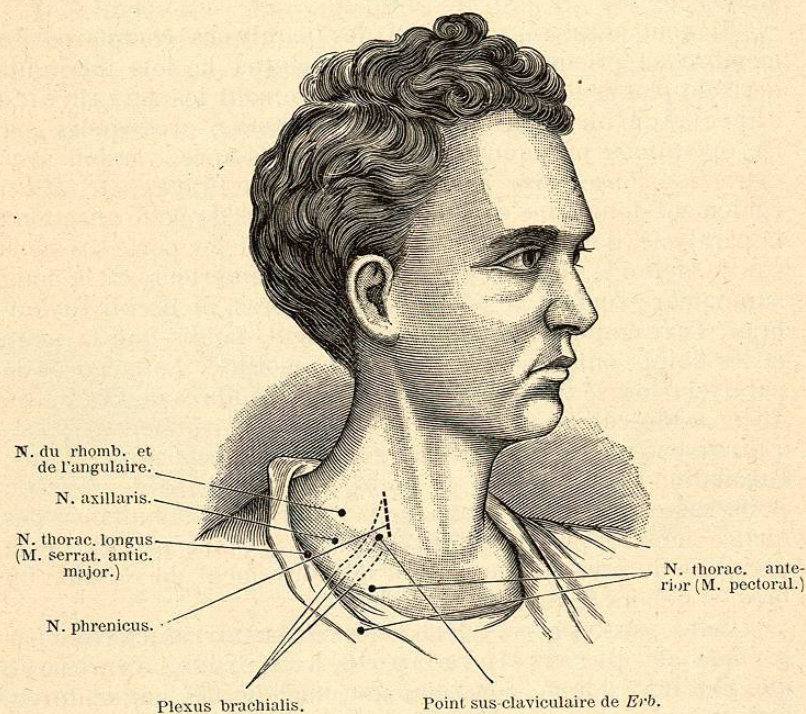
Une remarque importante pour le **traitement** de toute affection idiopathique des nerfs du plexus brachial, c'est que, à côté du traitement causal, on doit, aussi vite que possible, recourir à l'application du courant constant : perdre son temps avec d'autres moyens, bains, massage, frictions, est une faute. Les fig. 108 à 116 montrent les points moteurs des différents nerfs et muscles; c'est à leur niveau qu'on devra appliquer l'électrode. On comprend que, pour la tranquillité du malade, on lui impose encore quelques autres pratiques thérapeutiques, des frictions, l'exécution de mouvements systématiques musculaires, etc.

Il peut aussi se présenter des paralysies complexes du membre supérieur, c'est-à-dire frappant à la fois différents nerfs du plexus brachial. De ce nombre sont les paralysies obstétricales infantiles de *Duchenne*, provoquées par les opérations pratiquées pendant la naissance, version avec extraction consécutive par la manœuvre de Prague, etc. *Erb* a également donné une excellente description de cette affection : la paralysie, dont le plexus brachial est le siège, porte ses effets sur le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur; l'enfant ne peut ni lever le bras, ni fléchir l'avant-bras; l'extrémité pend donc lourdement, tandis que la main et les doigts ont conservé toute leur motilité. Le siège de la paralysie doit se trouver à un niveau où les fibres de l'axillaire, du musculo-cutané et du radial, sont encore confondues, c'est-à-dire à peu près au point d'émergence du sixième nerf cervical; l'excitation électrique de ce point, nommé point de *Erb*, ou point sus-claviculaire, provoque la contraction simultanée des quatre muscles précités (Fig. 117). Il s'y joint parfois de la paralysie du sous-épineux, alors le mouvement de rotation du bras en dehors devient impossible.

Cette paralysie complexe, si exactement caractérisée par le nom de paralysie scapulo-humérale combinée que *Erb* lui a donné, constitue une maladie de longue durée, fort préjudiciable à celui qui en est porteur; à la longue la nutrition des muscles se trouve en souffrance, une atrophie plus ou moins prononcée s'y montre, frappant surtout le deltoïde. L'excitabilité faradique et galvanique des nerfs n'est pas perdue, mais elle est diminuée; il en est de même de l'excitabilité faradique des muscles; quant à l'excitabilité galvanique de ceux-ci, elle est modifiée qualitativement et quantitativement: *Erb* a donné à cet état le nom de réaction de dégénérescence partielle; ajoutons que la réaction de dégénérescence complète peut aussi exister. Le sympathique est parfois intéressé (*Seeligmüller*), comme le prouvent certains symptômes qu'il

n'est possible de rapporter qu'à la paralysie de ce nerf : myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, rétraction du bulbe du côté paralysé. Comment expliquer cette participation du sympathique ? *Klumpke* l'attribue à la lésion du rameau anastomotique émanant du premier nerf dorsal (v. bibl.), mais rien n'est certain. Enfin, des troubles de sensibilité, déterminés par lésion des fibres sensibles, peuvent venir se joindre aux accidents paralytiques ; le patient souffre alors de douleurs, d'engourdissement et de fourmillements dans le bras.

Fig. 117.



Le **traitement** comprendra avant tout, l'électrisation, l'excitation du point de *Erb* à l'aide du courant galvanique ; le pinceau faradique exerce aussi une action réflexe très favorable.

Certaines professions donnent lieu directement ou indirectement à des troubles particuliers de motilité dans les extrémités supérieures. Ces affections remarquables ne remontent pas, comme on pourrait le croire, à l'influence de causes mécaniques, à un déploiement exagéré de forces musculaires pouvant entraîner à sa suite une lésion du plexus ; elles sont

bien plutôt le fait de certaines occupations, d'ouvrages manuels, dans l'exécution desquels la coordination des mouvements entre pour une large part. Le nom de névrose professionnelle de coordination (*Benedikt*) est bien approprié à un certain nombre de ces cas — mais pas à tous ; il ne convient qu'à ceux où la coordination des mouvements est spécialement affectée ; or, il n'en est pas toujours ainsi. L'écriture est une de ces occupations professionnelles offrant assez fréquemment l'exemple des troubles dont nous parlons : la crampe des écrivains, mogigraphie, graphospasme, est une affection nerveuse qui a souvent fait l'objet d'études spéciales : on est à peine parvenu à donner une description complète des symptômes, la pathogénie et le traitement sont encore à trouver.

Il faut d'abord bien se pénétrer de cette idée qu'il ne s'agit d'une crampe que dans un certain nombre de cas seulement. Voici comment les choses se passent souvent : le patient a remarqué, depuis quelques semaines ou quelques mois, que sa main se fatigue plus vite en écrivant ; puis, un jour, il constate qu'il n'est plus en état d'écrire une ligne sans effort réel ; dès que sa main tient la plume, elle s'engourdit, les doigts peuvent à peine retenir la plume, et bientôt, après 1/2 à 1 1/2 minute, le bras et la main s'affaissent, comme paralysés, en même temps qu'une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans l'avant-bras et le bras, parfois même jusque dans l'épaule : la crampe des écrivains est ici une paralysie des écrivains. Dans d'autres cas, la main se met à trembler dès qu'elle saisit la plume, l'écriture du patient est incertaine, tremblante — cependant, pour tout autre occupation, ce tremblement fait défaut. D'autres fois enfin, on a réellement affaire à une crampe de la musculature de la main et de l'avant-bras, crampe qui apparaît lorsque le patient, tenant la plume entre les doigts, s'apprête à écrire : on voit alors la main et le bras se livrer à des mouvements involontaires ou être subitement frappés de raideur et d'immobilité (crampe clonique et crampe tonique) ; la plume exécute des mouvements irréguliers et désordonnés, ou bien, elle est pressée convulsivement contre le papier — dans les deux cas, l'écriture est devenue impossible. Les troubles en question se limitent exclusivement aux mouvements de l'écriture, et le patient est en état d'exécuter les travaux manuels les plus délicats, dessiner au crayon, jouer du piano. L'examen électrique ne révèle souvent rien d'anormal dans les muscles qui paraissent si gravement atteints, — *Dubois* (*Schweiz. Corr.-Bl.* 1887, 5) trouva chez un patient une élévation de l'excitabilité pour les deux courants, bien marquée surtout à l'éminence thénar — la sensibilité est intacte et la douleur

n'apparaît que si le malade s'efforce d'écrire : bref, le malade est capable de tout faire, hormis d'écrire.

On rencontre une affection semblable chez les pianistes : les deux mains peuvent être affectées, la gauche l'est particulièrement souvent chez les femmes. La douleur et la faiblesse deviennent parfois telles qu'ils doivent cesser complètement de jouer, surtout si ces symptômes pénibles persistent même pendant le repos. On les a encore signalées chez les télégraphistes, les cigariers, les filles de ferme employées à traire, plus rarement chez les tailleurs qui manient de lourds ciseaux. Dans tous ces cas, le travail professionnel est, sans contredit, la cause unique de l'affection, seulement, on ne parvient pas à s'expliquer de quelle façon il agit, ni sur quels organes se porte son action. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une affection périphérique : le résultat négatif de l'examen électrique des muscles et des nerfs, l'inefficacité de tout moyen thérapeutique, s'élèvent contre cette supposition. Nous ne pouvons admettre davantage l'hypothèse d'une faiblesse primitive de certains muscles avec crampe secondaire de leurs antagonistes (*Zuradelli*), ou d'une crampe réflexe provoquée par l'irritation des nerfs cutanés sensibles (*Fritz*), ou enfin, d'un trouble de conductibilité de l'appareil neruo-musculaire qui intervient dans l'acte de l'écriture. Nous croyons bien plutôt que les troubles moteurs des membres supérieurs occasionnés par le travail professionnel sont simplement de nature centrale et ont leur siège dans l'écorce du cerveau : les mouvements qui interviennent dans l'écriture et dans l'action harmonique des muscles du bras, sont sous la dépendance de centres encore inconnus ; à la suite du surmenage, ou sans cause appréciable, autre qu'un nervosisme général, peut-être héréditaire, ces centres subissent un état de paralysie ou d'excitation qui se traduit par des troubles correspondants dans les extrémités. A côté de ces cas, qui reposent sur une maladie fonctionnelle de l'écorce cérébrale, il peut en exister d'autres dans lesquels les troubles moteurs dont il s'agit, reconnaissent pour cause une lésion anatomique réelle soit de l'organe central, soit des nerfs périphériques ; c'est ainsi que l'on peut rencontrer ces troubles de l'écriture et autres semblables, comme reste unique et manifeste d'une ancienne hémiplegie, ou comme expression d'une sclérose disséminée ne frappant qu'un nombre très restreint de faisceaux nerveux de la moelle épinière, ou enfin, ainsi qu'il m'a été donné de le constater à différentes reprises, comme un des symptômes initiaux du tabes. Il résulte de ces considérations, qu'il faut s'assurer, avant tout, dans un cas donné si ces troubles moteurs constituent une entité morbide bien définie, ou bien, s'ils ne sont qu'une manifestation d'une maladie fondamentale.

Le **pronostic** est le plus souvent défavorable, il est rare que l'on parvienne à améliorer, d'une façon définitive, l'état du patient : il est bon d'en tenir compte au début du **traitement**. Le mal disparaît souvent complètement lorsque, tout au début, il est possible d'en supprimer la cause pendant des semaines et des mois et de telle sorte que le malade jouisse d'un repos absolu. Lorsque cette condition ne peut être remplie et que le patient continue à se livrer à ses occupations et redouble même, croyant de la sorte, recouvrer la facilité de ses mouvements, le traitement médical est presque fatalement condamné à l'insuccès. On pourra masser — avec un résultat passager — galvaniser, faradiser, essayer de toutes les frictions possibles, s'adresser à l'hydrothérapie et à la gymnastique, tous ces moyens se valent ; on peut en dire autant des injections sous-cutanées de strychnine ou d'atropine ou de l'administration, par voie interne, des différents nervins, fussent-ils continués pendant des mois. A l'aide d'artifices, on parvient parfois à améliorer l'écriture ; l'un d'eux consiste à enfiler le porte-plume dans une pomme de terre ou une boule de bois faite exprès ; le malade peut aussi se servir du bracelet de *Nussbaum*. On pourra toujours conseiller d'écrire de la main gauche — la main droite est ainsi épargnée — mais ce moyen n'est pas non plus efficace, les troubles moteurs se montrent bientôt dans cette extrémité, circonstance qui plaide encore en faveur de la nature centrale de l'affection.

Les fibres sensibles du plexus brachial sont rarement en souffrance dans différents nerfs à la fois : elles diffèrent, à ce point de vue, des fibres motrices dont la lésion simultanée se rencontre, par exemple, dans la paralysie scapulo-humérale. Cependant, cela peut se présenter et l'affection donne lieu alors à des douleurs extrêmement vives, mettant le patient dans l'impossibilité de se servir du membre affecté pour n'importe quel travail manuel.

La néuralgie cervico-brachiale peut occuper en même temps toutes les branches sensibles du plexus brachial et provoquer de la sorte des douleurs dans le bras, l'avant-bras et la main. D'autres fois, une seule région est en souffrance, spécialement celle du radial ou du médian.

Les points douloureux que l'on peut constater dans certains cas, correspondent : pour l'axillaire, à la face postérieure de l'épaule ; pour le médian, au pli du coude ; pour le radial, au tiers inférieur de l'humérus ; pour le cubital, au condyle interne. Les troubles vaso-moteurs et trophiques sont souvent défaut, mais il n'est pas rare de constater

aux doigts l'altération connue sous le nom de *glossy fingers*, qui imprime à la peau de ceux-ci un aspect luisant, atrophique. Parmi les causes de la névralgie, nous trouvons, au premier rang, le traumatisme et la compression mécanique (tumeurs, anévrismes); elle se montre encore, d'une façon réflexe, à la suite de l'amputation des doigts ou de l'avant-bras. Lorsqu'elle est bilatérale, on doit penser à une affection spinale, particulièrement à la pachyméningite spinale hypertrophique.

Le **traitement** ne diffère pas essentiellement de celui des autres névralgies. Outre les narcotiques, on recourra, aussitôt que possible, au traitement électrique: le courant descendant à travers les nerfs malades, et l'application de l'anode sur le plexus affecté, sont recommandables. Le pinceau faradique est d'ordinaire bien supporté et rend des services: cette pratique est cependant en elle-même très désagréable au patient. Exceptionnellement, on se verra obligé d'en venir aux irritations énergiques de la peau: les pointes de feu au thermo-cautère *Paquelin* nous ont souvent donné d'excellents résultats.

On rencontre assez souvent, dans le domaine du plexus brachial, de l'anesthésie ou de la paresthésie, sans qu'il soit toujours possible de dire à quel nerf ces troubles sont imputables; le bras, l'avant-bras, parfois la main également, en sont le siège; l'affection reconnaît le plus souvent pour cause des efforts journaliers excessifs (briquetiers), l'action de l'eau chaude et de l'eau froide, souvent aussi de l'eau savonneuse (*anesthésia lavatricum*; mal des bassins, dans le dévidage des cocons dans les filatures de soie). L'abandon de la profession est la condition *sine qua non* de la guérison.

Bibliographie.

Lésions du plexus cervical.

- Peter, M., Die Neuralgia phrenica. Arch. génér. 1871, 6. Sér. XVII, pag. 303.
 Erb, Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. 2. Aufl. 1876. II, pag. 124, 125.
 Stevenson, Fall von permanentem Schluchzen mit tödtlichem Ausgange. Lancet. 1883, I, 24.
 Strümpell, Op. citat.
 Eichhorst, Op. citat.

Lésions du plexus brachial.

1. Paralysie du grand dentelé.

- Berger, O., Die Lähmung des Thoracicus longus. Habilitationsschrift. Breslau 1873.
 Bruck, Ein Fall von Serratuslähmung nach acuter Krankheit (Typhus). Inaug.-Dissert. Vratisl. 1873.

- Lewinski, Ueber die Lähmung des Serratus anticus major. Virchow's Archiv. 1878, LXXIV, 4, pag. 473.
 Lewinski, Zur Diagnose der Serratuslähmung Virchow's Archiv. 1881. LXXXIV, 1, pag. 71.
 Bäumler, Isolirte Lähmung der Serrat. ant. maj. Arch. f. Psych. und Nervenkrankheiten. 1882, XIV, 3, pag. 722.
 Dixon Mann, Ueber Serratuslähmung. Lancet. Febr. 1884 I, 5, 6.
 Hoffmann, Isolirte periphere Lähmung des Nerv. suprascapul. sinister. Neurol. Centralbl. 1888, 9. (Douleurs et atrophie dans les muscles intéressés).

2. Paralysie radiale (non compris les paralysies d'origine saturnine).

- Fischer, Zur Lehre von der Lähmung des N. radialis. Deutsches Arch. f. klin. Méd. 1876, XVII, 4, 5, 392.
 Onimus, Gaz. hebdom. 1871, 2. Sér., XV, 25.
 Whitson, Radialislähmung durch Druck eines Knochensegments. Edinb. med. Journ. 1882, XXVII, pag. 724.
 Boyer, De la paralysie du nerf radial par compression temporaire. Thèse de Paris. 1883.
 Joffroy, Du rôle de la compression dans la production de la paralysie radiale. Compt. rend. génér. 14 Mai 1884, pag. 284.
 Arnozan, Gaz. hebd. 1885, XXXII, 2, 3; E. Remak, Berl. klin. Wochenschr. 1885, XXII, 5; H. Neumann, Neurol. Centralbl. 1885, IV, 4; Falkenheim, Mittheilungen aus der med. Klinik zu Königsberg. 1888. (Paralysies radiales à la suite d'injections sous-cutanées d'éther).
 Vulpian et Déjerine, Recherches cliniques et expérimentales sur la paralysie radiale. Compt. rend. hebd. de la Soc. de Biol. 1886, 15, pag. 187.
 Scheiber, H., Ein Fall von schwerer complicirter Schlafähmung am linken Arme. Neurol. Centralbl. 1886. V. 15.
 Köbner, H., Ein Fall von gleichzeitiger traumatischer (Druck-) Lähmung der Nervi radialis, uln. und median. sinister. Deutsche med. Wochenschr. 1888, 10.
 Gluck, Sitzung der Berliner Gesellschaft, f. Psych. u. Nervenkrankheiten vom 9 Juli 1888. (Paralysie radiale d'origine traumatique, guérie par suture secondaire du nerf).

3. Paralysie du médian et du cubital.

- Bernhardt, Ueber den Bereich der Sensibilitäts-Störung an Hand und Finger bei Lähmung des Medianus, sowie zur Pathologie der Radialisparalysen. Arch. f. Psych. und Nervenkrankheiten. 1875, V. 2.
 Tilden, Trophoneurosen bei Verletzungen des Medianus. New-York med. Record. II. Sept 1886, XXX, pag. 30, 4.
 Mc. Naught, Ueber Ulnarisneuralgie Brit. med. Journ. 30. April 1887, pag. 933.
 Poore, Lancet. Sept. 1882, II, 10, 12.
 Leudet (de Rouen), Gaz. méd. de Paris. 15 Sept. 1883.
 Hess, Julius, Ueber Temperaturen und deren Messung bei Ulnarislähmungen. Berl. klin. Wochenschr. 1886, XXIII, 30.
 Ballet, G., Accidents consécutifs à la compression habituelle du cubital chez un ouvrier employé à ouvrager le verre. Revue de Méd. 6. 1885.
 Philiotis, De la névrite périphérique du cubital consécutive à la fièvre typhoïde. Thèse de Paris. 1885, Nr. 119.

- Eulenburg, Ueber Lähmung durch polizeiliche Fesselung (Arrestantenlähmung) der Hand. Neurol. Centralbl. 1889, 4. (Etranglement du médian à la naissance du rameau cutané palmaire).
 Rieder, Medianus-Neuritis. Münchener med. Woch. 12. 1889.

4. Paralyse du musculo-cutané et de l'axillaire.

- Heon, De la Névralgie circonflexe ou axillaire. Thèse de Paris. 1882. Nr. 277.
 Fauvel, Des paralysies traumatiques d'origine périphérique. Thèse de Paris. 1885. Nr. 371.
 Paradeis, Zur Diagnose und Prognose der Axillarlähmung. Münchn. med. Wochenschr. 1888, 21, 22.

5. Paralysies du plexus, paralysie scapulo-brachiale combinée.

- Seeligmüller, Zur Pathologie des Sympathicus. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1877, XX, pag. 101.
 Bernhardt, Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis. Zeitschr. f. klin. Med. 1882. IV, 3, pag. 415.
 Vierordt, Zwei Fälle von der Form der « combinirten Schulterarm-lähmung ». Neurol. Centralbl. 1882, 13.
 Morvan, Ueber Lähmung der Arme mit Analgesie und Panaritien. Gaz. hebdomadaire, 2 Sér., 1883, XX, 35, 36, 38.
 Klumpke, Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. Revue de Méd. Juillet-Sept. 1885.
 Martius, Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 28.
 Nonne, Deutsches Arch. f. klin. Med. 1886, Bd. 40 pag. 62.
 Rose, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 1886, Bd. XXIV, pag. 392.
 Vinay, Paralysies radiculaires supérieures du plexus brachial d'origine professionnelle. Lyon méd. 53. 1886.
 Rendu, Revue de méd. 1886, pag. 737.
 Dufourt, Lyon méd. 1886, Nr. 4.
 Bernhardt, Neurol. Centralbl. 1886, 6, pag. 141.
 Rose, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 1886, XXIV, 3, 4. (Paralyse radicaire, déterminée par un névrome.)
 Stadelmann, Neurol. Centralbl. 1887, 17.
 Nonne, Deutsche med. Wochenschr. 1887, 46.
 Muralt, Einige, Zum Theil chirurgische Lähmungen im Bereiche des Plex. brachialis Schweiz. Correspondenzbl. 1888, XVIII, 15.
 Clutton, Lancet. 17. Nov. 1888, pag. 962.
 R. Remak, Abschnitt « Radialislähmung » in Eulenburg's Real Encyclopädie. 2. Aufl. Wien und Leipzig 1888.
 Middeldorpf, Wiener. med. Wochenschr. 1888. 14. (Paralyse par compression du radial et du cubital.)

6. Névroses professionnelles de coordination.

- Napias, Photographenkrampf. Revue d'Hygiène. November 1879.
 Möbius, Berl. klin. Wochenschr. 1880. XVII, 21. (Crampe chez un joueur de cithare).
 Dally, Journ. de Thérapeut. 1882, 3, 4.
 Robinson, Cases of telegraphists cramp. Brit. med. Journ. Nov. 1882.
 Poore, Brain. 1883, pag. 233. (Crampe des scieurs.)
 Vigouroux, Progr. méd. 1882, X, 3.

- Nussbaum, Bayer. arzl. Intelligenzbl. 1882, XXIX, 39. (Description du bracelet contre la crampe des écrivains).
 Villemin, Arch. de Méd. et de Pharm. milit. 1883, pag. 91-95.
 Poore, A case of hammerman's cramp. Lancet. 21. Aug. 1886, 8. (Crampe des cloutiers.)
 Lallemand, De la crampe des écrivains et son traitement. Thèse de Paris. 1887.
 Poore, Ueber Schreibkrampf. The Lancet. 1887. 3322. (Deutsche med. Pr. 1888, 15.)
 Gaborian, Contribution à l'étude des spasmes professionnels. Thèse de Paris. 1887.
 Poore, On certain conditions of the hand and arm which interfere with the performance of professional acts especially piano-playing. Brit. med. Journ. 26. Febr. 1887.
 Zenner, Berl. klin. Wochenschr. 1887, 17.
 Chambard, Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie des impotences fonctionnelles. Revue de Méd. 1887. VII, 6, pag. 464.
 Henschen, Der Schreibkrampf. Upsala iækare förenings Förhandling. 1888.
 Richet, Contribution aux paralysies et aux anesthésies réflexes. Arch. de Physiol. norm. et path. 1883, 7.
 Turbert, Contribution à l'étude des névralgies du membre supérieur. Thèse inaug. Paris 1884.
 Coster, Zum Capitel der Arbeitsparésen. Berl. kl. Woch. 1884, pag. 826.
 Squire, J. Edward, Some cases of local numbness of the extremities, with comparisons between local syncope and « night palsy ». Lancet. Dec. 1885, II, 23.
 Bernhardt, Ueber eine weniger bekannte Neurose der Extremitäten, besonders der oberen. Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1886. IX, 2.
 Remak, Zur Pathologie des Melkerkrampfes. Deutsche med. Wochenschr. 1889, 13, pag. 158.

II. Maladies des nerfs thoraciques et dorsaux.

Les branches antérieures des 12 n. dorsaux ont reçu le nom de nerfs intercostaux en raison de leur trajet dans les espaces intercostaux: ils se distribuent aux m. intercostaux et sur-costaux, petits dentelés postérieurs grand droit, grand oblique, transverse et petit oblique. Les branches postérieures se divisent en une branche interne et une branche externe. — Les premières se dirigent vers les muscles profonds du dos et fournissent des filets au rhomboïde, au grand dorsal, les dernières cheminent entre le long dorsal et le sacro-lombaire, abandonnent quelques filets musculaires et contribuent, ainsi que les premières, à l'innervation de la peau du dos, jusqu'à la crête iliaque.

Les affections des nerfs dorsaux intéressent aussi bien les fibres sensibles que les fibres motrices; il est important de faire remarquer, au point de vue pratique, que les branches antérieures ou nerfs intercostaux, sont le plus souvent le siège de troubles sensibles, tandis que les branches postérieures sont atteintes presque exclusivement dans leur élément moteur.