

- 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. heb. 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 radulaire, 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.

La névralgie intercostale s'observe relativement souvent chez la femme, vers l'âge moyen; la profession, spécialement les durs labeurs des servantes, des journalières, intervient certainement dans sa production. Je l'ai fréquemment rencontrée également chez les phtisiques, en même temps que la névrite périphérique. Citons encore comme facteurs étiologiques, le traumatisme, les anévrismes de l'aorte et les affections spinales.

La douleur, qui procède également ici par accès, affecte de préférence le côté gauche, et se localise presque exclusivement aux parties antéro-latérales du thorax, très rarement aux parties postérieures; elle suit souvent le trajet des nerfs. Elle atteint parfois un degré intolérable; les mouvements respiratoires, et plus encore, la toux et l'éternuement provoquent les plus vives souffrances. Il existe d'habitude trois points douloureux: un à la colonne, un vers le milieu du trajet du nerf, et un près du sternum: point vertébral, point latéral et point sternal. Un fait assez remarquable c'est, qu'après la disparition de la douleur, on voit parfois survenir une éruption d'herpès zoster; doit-on mettre cette éruption sur le compte de troubles trophiques, ou bien, n'est-elle pas plutôt due à la propagation, à la peau, du processus inflammatoire des terminaisons nerveuses (*Dubler*)? c'est ce qu'il est encore impossible de décider. Son apparition ne possède aucune valeur **pronostique**. En général, le pronostic *quoad valetudinem completam*, est défavorable. Si l'on est en mesure de couper les accès, il est absolument impossible de les éloigner définitivement, et bon nombre de personnes souffrent pendant toute leur vie de la névralgie intercostale.

Le **diagnostic** n'est pas toujours facile; on est exposé à confondre la névralgie avec le rhumatisme musculaire. Aussi est-il toujours prudent de rechercher l'influence des mouvements sur la douleur afin de s'assurer s'il n'existe entre les deux aucune relation. L'existence d'un traumatisme antérieur doit toujours faire penser à une névrite que l'on devra bien se garder de confondre avec la névralgie: le réflexe abdominal est exagéré dans la névrite; de plus, la pupille est plus dilatée du côté malade — ce dernier fait, démontré pour la première fois par *Seeligmüller* (*Deutsche med. Wochenschr.* 1887, 45.), prouve qu'ici aussi le sympathique est parfois intéressé, tout comme dans les affections du plexus brachial.

Dans le **traitement**, la morphine joue le rôle principal; ses résultats sont bien supérieurs à ceux des injections d'acide osmique (par dose, 1 seringue de la solution à 1 %) qui, malgré

tout ce qu'on en a dit, sont souvent infidèles et peuvent provoquer des accidents locaux, de petits abcès, etc., qui rendent la situation du malade encore plus pénible. On peut aussi essayer le pinceau faradique, les moxas ou les pointes de feu au thermocautère *Paquelin*, les vésicatoires aux points douloureux — en général, les résultats ne sont pas brillants.

La mastodynie ou névralgie mammaire, mamelle irritable (*irritable breast*) de *Cooper*, est rangée parmi les névralgies intercostales. C'est une affection très douloureuse, assez rare d'ailleurs, qui se montre chez les femmes après la puberté et coïncide parfois avec la lactation. Nos moyens thérapeutiques échouent le plus souvent, et il n'est pas rare d'entendre les patientes elles-mêmes réclamer l'amputation, pour être délivrées de leurs souffrances intolérables.

L'**étiologie** en est obscure, le traumatisme ne peut être que bien rarement incriminé; l'usage d'un corset trop étroit le serait davantage. L'hypéresthésie de la peau est souvent un obstacle à un examen approfondi: il importe cependant de s'assurer si les douleurs ne sont pas provoquées par le début d'une tumeur maligne du sein. La compression et les enveloppements chauds du thorax m'ont parfois procuré quelque succès; on se verra également obligé de recourir à la morphine (v. *Terrillon, Des névralgies du sein, Progrès méd.* 1886. XIV, 10).

Les troubles moteurs qui atteignent les muscles du dos innervés par les branches postérieures des nerfs dorsaux, consistent le plus souvent en paralysies. Nous sommes bien loin de pouvoir donner une description symptomatique de chacune d'elles en particulier; nous devons nous contenter de signaler la paralysie des extenseurs du dos, sacro-lombaire et long dorsal, qui frappe ces muscles dans la portion lombaire, thoracique ou cervicale de la colonne vertébrale. Lorsque la paralysie est bilatérale, il se produit, à son niveau, une déviation en arrière de la colonne vertébrale (cyphose); en cas contraire, cette déviation se fait latéralement (scoliose).

La paralysie ou la parésie des extenseurs à la région lombaire donne au malade une marche et une attitude caractéristiques: le haut du corps est fortement renversé en arrière, et la partie lombaire de la colonne présente une courbure à convexité antérieure bien prononcée. Le centre de gravité de la partie supérieure du thorax se trouve ainsi plus en arrière que celui du reste du corps: dès que cette disposition est modifiée, par exemple à la suite d'un mouvement en avant un peu étendu du haut du corps, le malade tombe. Sa façon

de se relever a aussi quelque chose de caractéristique (Fig. 118-121): le patient, arc-bouté d'abord sur les quatre extrémités, s'efforce de reporter le plus possible le poids du corps sur les jambes, puis, s'aidant des bras et des épaules, il redresse le tronc et le reporte en arrière où les muscles abdominaux le retiennent en équilibre. Cette manière particulière de se relever s'observera le mieux chez les enfants atteints de pseudo-hypertrophie musculaire.

Fig. 118.

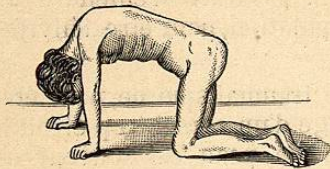


Fig. 119.

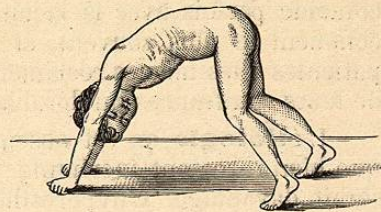


Fig. 120.

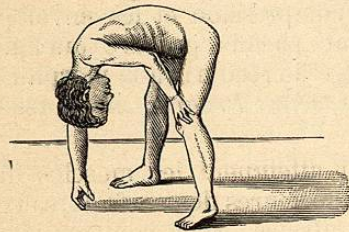
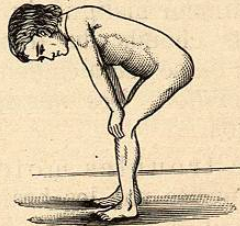


Fig. 121.



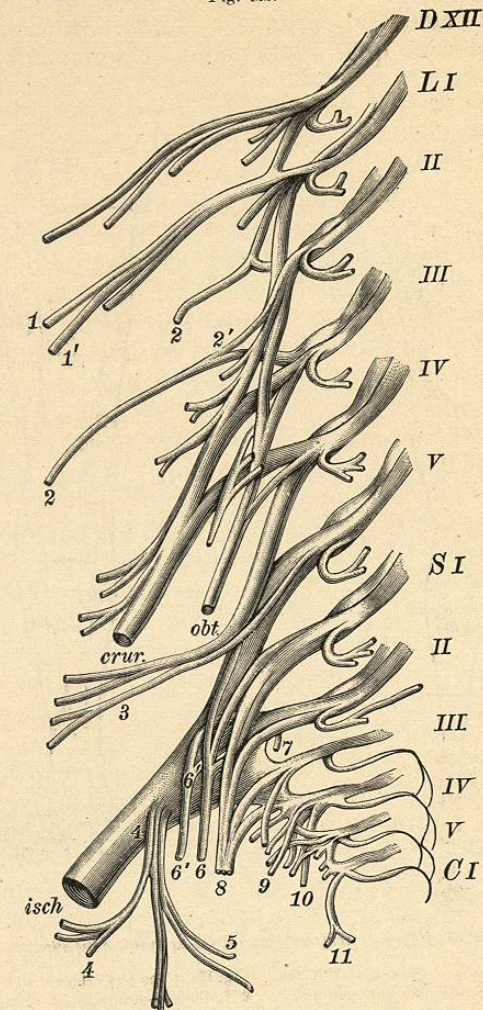
Façon de se relever des enfants atteints de paralysie des extenseurs du dos. (D'après Gowers).

III. Maladies des nerfs lombaires.

Les branches postérieures des n. lombaires se divisent également en rameaux externes et en rameaux internes destinés à quelques muscles du dos et à la peau de la région lombaire et sacrée. Les branches antérieures, beaucoup plus puissantes, forment le plexus lombaire, situé derrière le muscle psoas et à son intérieur; chacune d'elles fournit également une anastomose au ganglion correspondant du sympathique. Ces branches sont (Fig. 122): 1. La grande abdomino-scrotale (qui innerve les m. transverse et petit oblique). 2 La petite abdomino-scrotale (destinée à la peau de la symphise pubienne et des parties génitales, nerfs du scrotum et des grandes lèvres). 3 Le nerf génito-crural, qui se divise en un rameau externe ou crural, et un rameau interne ou génital (destiné, d'une part, au crémaster et au testicule, d'autre part, à la peau du pli de l'aîne). 4 Le fémoro-cutané externe (ou fémoro-cutané), qui innerve la peau jusqu'au genou. 5 L'obturateur, dont une branche postérieure innerve l'obturateur externe et le grand adducteur, et une branche antérieure est destinée à la peau de la partie interne de la cuisse. 6 Le nerf crural, large de 5 millim., avec ses branches musculaires pour la partie antérieure de la cuisse et ses branches

cutanées (n. musculo-cutané externe ou perforant, n. musculo-cutané interne ou branche petite-saphène, et le n. saphène interne (v. fig. 123-126).

Fig. 122.

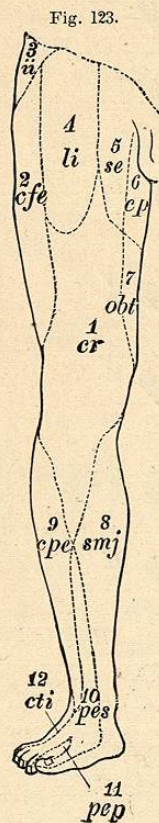


Disposition schématique du plexus lombo-sacré.

D XII Dernier nerf dorsal, LI-V Les 5 nerfs lombaires, SI-V Les 5 nerfs sacrés. CI N. coccygien (LI-IV se rendent au plexus lombaire, LV-SIII au plexus ischiatique, SIII et IV, au plexus hémorroïdal, SV et CI, au plexus coccygien.) 1 Branche grande abdomino-scrotale. 1' Branche petite abdomino-scrotale. 2 N. génito-crural. 2' N. fémoro-cutané externe. crur. N. crural. obt N. obturateur. 3 Rameau fessier supér. 4 N. fessier infér. ou petit sciatique. 5 N. fémoro-cutané postérieur. isch N. grand sciatique. 6, 6' et 7 Rameaux musculaires. 8 N. honteux interne. 9 Branches viscérales. 10 Branche musculaire. 11 N. ano-coccygien.

Les nerfs dont nous avons à nous occuper ici, sont aussi bien moteurs que sensibles; ils peuvent souffrir dans l'une ou l'autre

de ces deux fonctions, mais rarement isolément; les troubles dont ils sont fréquemment le siège, n'ont qu'une valeur symptomatique de maladies centrales et, en particulier, de maladies spinales, du tabes en première ligne. Nous ne pouvons donc en parler ici qu'in cidemment. Citons d'abord, parmi



Zones d'épanouissement des différents nerfs cutanés sur les extrémités inférieures. (D'après Henle).

Fig. 123. Face antérieure. 1 N. crural. 2 N. fémoro-cutané. 3 Br. grande abdomino-scrotale. 4 N. lombo-inguinal. 5 Rameau externe du génito-crural. 6 N. cutané post. 7 N. obturateur. 8 N. saphène interne (du n. crural). 9. Branche-cutanée péronière. 10 N. péronier superficiel. 11 N. péronier profond. 12 Rameau communiquant du tibial.

les troubles de sensibilité, la névralgie lombo-abdominale qui retentit sur l'articulation coxo-fémorale de la même façon que le fait la névralgie cervico-brachiale sur l'articulation de l'épaule; dans cette névralgie, les douleurs se font

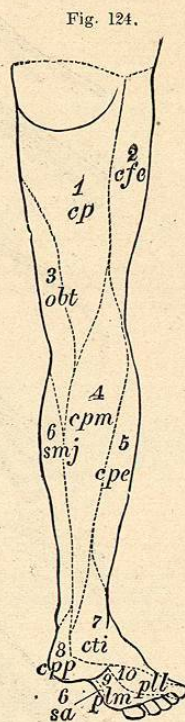


Fig. 124 Face postérieure. 1 N. cutané postér. 2 N. fémoro-cutané. 3 N. obturateur. 4 N. saphène péronier. 5 Branche cutanée péronière. 6 N. saphène interne (du n. crural). 7 N. rameau communicant du tibial. 8 Branche cutanée perforante du tibial. 9 N. plantaire interne (du tibial). 10 N. plantaire externe (du tibial).

sentir dans toute la région lombaire jusqu'au siège. La névralgie spermatique, décrite par A. Cooper sous le nom de testicule irritable, possède une importance pratique indiscutable. On peut la considérer comme une subdivision de la névralgie lombo-abdominale; Eulenberg et d'autres encore en font une névralgie du sympathique. Les douleurs spontanées, la sensation de constriction qu'éprouve le patient, sont telles qu'elles peuvent donner lieu à une exaltation psychique passagère; d'habitude, un testicule seulement est atteint; l'affection s'observe principalement chez les jeunes gens. Mentionnons ensuite la névralgie crurale et la névralgie obturatrice, dans lesquelles la douleur, très vive, se fait sentir le long du nerf atteint: les points douloureux sont inconstants, leur siège est d'ailleurs variable.

Le **traitement** sera institué conformément aux règles que nous énoncerons à propos du traitement de la névralgie sciatique.

Les troubles moteurs, avons-nous vu, sont rarement isolés, c'est surtout bien vrai ici: on peut dire qu'autant ils sont fréquents à titre de manifestation spinale, autant ils sont rares comme affection d'origine périphérique. Les paralysies du nerf crural, enrayent le fonctionnement du m. psoas-iliaque du triceps fémoral; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin et d'extension de la jambe sur la cuisse sont supprimés. La paralysie du n. obturateur rend impossible l'adduction de la cuisse, le malade ne peut croiser les jambes l'une sur l'autre. Les mêmes troubles fonctionnels dans le domaine des nerfs fessiers, du tenseur du fascia lata, du pyramidal rendent plus difficile la rotation de la cuisse en dedans et en dehors; les mouvements d'abduction sont également compromis. La station debout, la marche, l'ascension d'un escalier surtout, deviennent très pénibles. On trouvera de plus amples détails dans le livre de Duchenne, où la physiologie normale et pathologique des muscles en question est traitée d'une manière très approfondie.

IV. Maladies des nerfs sacrés et coccygiens.

Les branches postérieures des nerfs sacrés, peu volumineuses, sortent du bassin en arrière, à travers les trous sacrés postérieurs et, après différentes anastomoses, donnent naissance au plexus sacré postérieur.

Les branches antérieures, beaucoup plus puissantes, gagnent le petit bassin et forment le plexus sacré antérieur ou plexus sacro coccygien, qui comprend trois plexus secondaires:

1. Le plexus ischiatique, développé au-devant du m. pyramidal: il fournit les nerfs fessiers supérieur et inférieur ou petit-sciatique, le fémoro-