

ment ou des liens trop serrés, par un cal vicieux exubérant. Les paralysies de nature *infectieuse* ou *a frigore* sont tout à fait exceptionnelles.

Description. — Le nerf cubital innerve les muscles de l'éminence hypothénar, les interosseux, les deux derniers lombricaux, l'adducteur du pouce, les deux faisceaux internes du fléchisseur profond et le cubital antérieur; aussi sa paralysie donne-t-elle lieu à la suppression de la plupart des mouvements de la main et des doigts. L'adduction de la main devient impossible; le petit doigt ne peut plus être rapproché ni écarté de l'axe de la main, il ne peut plus être fléchi; de même, l'adduction du pouce ne se fait plus.

La paralysie des muscles interosseux se traduit par l'impossibilité pour le malade de fléchir les premières phalanges et d'étendre les deuxièmes et les troisièmes; enfin les mouvements d'écartement et de rapprochement des doigts sont presque complètement abolis. L'impotence fonctionnelle résultant de cette paralysie du cubital est considérable; la préhension des objets ne peut plus se faire qu'entre le pouce et l'index (intégrité du nerf médian).

Dans les cas graves, l'atrophie musculaire succède assez vite à la paralysie; il en résulte une déformation absolument caractéristique, bien étudiée par Duchenne, la *griffe cubitale*. Le pouce est fléchi et écarté de la paume de la main. La disparition des muscles qui remplissaient les espaces interosseux détermine l'aplatissement de l'éminence hypothénar et la saillie souvent très prononcée du gril métacarpien; en même temps, les doigts sont reportés en arrière, la première phalange étant étendue, tandis que la deuxième et la troisième sont fléchies; cette attitude est surtout très marquée au niveau de l'annulaire et de l'auriculaire. Elle tient à la prédominance d'action des faisceaux de l'extenseur commun des doigts qui étendent les premières phalanges et des fléchisseurs superficiels et profonds qui fléchissent les deux dernières, puisque leurs antagonistes, les lombricaux, sont paralysés, du moins ceux des deux derniers doigts. Les lombricaux du médius et de l'index innervés par le médian sont respectés dans la paralysie du cubital; on comprend dès lors comment dans la griffe cubitale, si les premières phalanges de ces deux doigts sont dans l'extension forcée (paralysie des interosseux), les deux dernières sont à peine fléchies, puisque l'intégrité des lombricaux destinés à les étendre s'oppose à la prédominance d'action des muscles fléchisseurs.

L'anesthésie s'observe rarement dans la paralysie du cubital, même après la section du nerf; cette absence de troubles sensitifs s'explique surtout ici par l'intervention de la sensibilité récurrente. Dans les cas très rares où l'on a noté de l'anesthésie, elle occupait à la

paume de la main toute la région de l'éminence hypothénar, toute la face palmaire du petit doigt, la moitié interne de celle de l'annulaire; à la face dorsale la région interne de la main, l'annulaire et la première phalange seulement de l'index et du médius.

Le **diagnostic** et le **traitement** de la paralysie du nerf cubital n'offrent rien de spécial; il faut se rappeler seulement que l'atrophie de l'adducteur du pouce et des muscles interosseux, qui marque le début de certaines atrophies musculaires d'origine myélopathique (maladie de Duchenne, syringomyélie), peut donner lieu à une déformation en griffe analogue à celle qui résulte de la paralysie du nerf cubital. Elle s'en distingue surtout par ce fait (Duchenne) que dans cette dernière affection la flexion des deuxièmes et troisièmes phalanges dans la paume de la main est beaucoup plus accusée au niveau des deux derniers doigts qu'au niveau de l'index et du médius.

PIERRE BOULLOCHE.

PARALYSIE DU NERF MÉDIAN

Étiologie. — La paralysie du nerf médian est rare. Presque toujours, comme celle du cubital, elle est consécutive à un *traumatisme*. Ici encore le nerf peut être intéressé soit dans son trajet axillaire et huméral (luxation, fracture, béquilles ou liens trop serrés), soit au niveau de l'avant-bras; les plaies par instrument tranchant amènent souvent la section du nerf au-dessus du poignet. On a encore signalé, mais à titre exceptionnel, des paralysies dans le domaine du nerf médian à la suite des *maladies infectieuses* (variole, fièvre typhoïde).

Description. — Les symptômes sont très différents, suivant que la lésion siège au bras ou à l'avant-bras. Dans le premier cas, tous les muscles innervés par le nerf médian sont paralysés: les palmaires, les pronateurs, le fléchisseur superficiel des doigts, les deux faisceaux externes du fléchisseur profond, les muscles de l'éminence thénar, à l'exception de l'adducteur du pouce, les deux premiers lombricaux; [quand le nerf est coupé au-dessus du poignet, la paralysie porte seulement sur] les muscles du pouce et les lombricaux.

Lorsque la paralysie est complète, la flexion de la main est très limitée, elle ne peut plus se faire que dans l'adduction forcée par l'intermédiaire du muscle cubital antérieur; les mouvements de pro-

nation sont devenus presque impossibles, ils s'accomplissent dans une limite très restreinte grâce au long supinateur. Tous les mouvements du pouce (flexion, abduction, opposition) sont supprimés, à l'exception de l'adduction dans la paume de la main (intégrité de l'adducteur). Le malade peut encore fléchir les premières phalanges, puisque les muscles interosseux sont intacts; la flexion des deuxièmes sur les premières est absolument supprimée; la flexion des dernières sur les deuxièmes, qui dépend du fléchisseur profond, peut se faire seulement au niveau de l'annulaire et de l'auriculaire, dont les faisceaux fléchisseurs profonds sont innervés non par le médian, comme ceux de l'index et du médius, mais par le nerf cubital.

L'attitude du segment de membre paralysé est très spéciale: elle tient d'une part à la disparition plus ou moins complète des masses musculaires de la région épitrochléenne et de l'éminence thénar, de l'autre à la prédominance d'action des muscles antagonistes. La paume de la main est aplatie, le pouce, serré contre les autres doigts, est reporté sur le même plan que ces derniers (main de singe); la première phalange de l'index et du médius est fléchie, les deux dernières sont étendues. Cette attitude est due à la prédominance des muscles interosseux dont l'action sur les deux dernières phalanges n'est plus combattue par celle du fléchisseur profond; au niveau des deux derniers doigts, les deuxièmes et troisièmes phalanges sont dans une demi-flexion.

Comme on le voit, cette *griffe médiane* diffère essentiellement de la griffe cubitale où le pouce, placé dans la flexion, est écarté de la paume de la main, où les premières phalanges sont dans l'hyperextension, tandis que les deux dernières, surtout au niveau de l'auriculaire et de l'annulaire, sont dans la flexion forcée.

L'anesthésie manque parfois complètement, même après la section du nerf au-dessus du poignet; c'est dans le cas de plaies du nerf médian que la suppléance nerveuse a été le plus étudiée; d'autres fois, on a vu la sensibilité reparaitre quelques instants après la suture nerveuse, trop tôt pour que l'on puisse invoquer la régénération du tronc nerveux; ces faits s'expliquent (Laborde) par un réveil de la sensibilité récurrente: les impressions sensibles sont transmises par les anastomoses qui unissent, à l'avant-bras et aux doigts, le médian et le cubital.

Les troubles de la sensibilité, quand ils existent, s'observent seulement au niveau du pouce, de l'index et du médius. Au niveau du pouce et de l'éminence thénar, la sensibilité, intacte à la face dorsale, est légèrement diminuée sur la face palmaire, sauf à la dernière phalange, où elle est conservée. Sur l'index et le médius, à la face palmaire, la sensibilité, diminuée à la première et à la deuxième

phalange, est conservée à la troisième; à la face dorsale, la sensibilité est abolie ou diminuée sur les deux dernières phalanges, au niveau de l'index, du médius et de la moitié externe de l'annulaire.

On a quelquefois signalé, à la suite de la section ou de l'arrachement du nerf, des troubles trophiques; ils siègent presque uniquement sur les trois premiers doigts: tels sont l'amincissement extrême de la peau, la chute ou le développement vicieux des ongles, des phlyctènes plus ou moins profondes, etc.

PIERRE BOULLOCHE.

PARALYSIE DU NERF RADIAL

Nous décrivons sous ce nom les paralysies consécutives à une altération du nerf radial. Par là se trouvent éliminées les paralysies, exceptionnelles d'ailleurs, dues à une lésion circonscrite du cerveau, et les paralysies d'un des rameaux d'origine du nerf radial au niveau de la partie inférieure du plexus brachial. C'est la plus fréquente de toutes les paralysies du membre supérieur; elle s'observe un peu moins souvent que la paralysie du nerf facial.

Étiologie. — La variété la plus commune est la paralysie *rhumatisme* ou *a frigore*, qui intéresse tous les muscles de l'avant-bras innervés par le radial. Pour Duchenne, elle reconnaît presque toujours pour cause l'action du froid; c'est ainsi qu'on la voit souvent survenir chez les individus qui se sont endormis sur l'herbe humide, près d'une fenêtre ouverte, le corps en sueur. D'autres auteurs, avec M. Panas, attribuent à la *compression* un rôle prépondérant; l'intégrité du triceps, le siège presque constant de la paralysie en un point où le nerf est exposé à la compression, puisqu'il est presque superficiel au niveau de la gouttière de torsion, sont un argument en faveur de cette manière de voir. Presque constamment les malades se sont endormis dans une attitude telle que la tête reposait sur la face externe du bras et comprimait par conséquent le nerf radial, ou bien le bras était appuyé sur un plan dur et résistant (dossier d'une chaise, marche d'escalier, terre nue, etc.). Sur 74 cas observés par lui, Remak¹ n'a vu que 19 fois la paralysie survenir après une nuit passée au lit; il ne l'a rencontrée que deux fois chez une femme, jamais chez l'enfant. Le siège beaucoup plus fréquent de la paralysie à droite

1. REMAK, art. *Radialislähmung* in *Real Encyclopädie für den gesammten Heilkunde*, Bd. XVI, 1888.