

leurs provoquées par les mouvements, de tuméfaction juxta-épiphysaire, de crépitation qui font défaut dans la paralysie du plexus brachial; il n'y a pas d'atrophie musculaire.

La luxation de la tête humérale, les fractures de l'humérus déterminent une impotence fonctionnelle qui pourrait en imposer pour une paralysie, d'autant plus que celle-ci succède bien souvent à un traumatisme violent de l'épaule. Mais, quand le plexus brachial est intéressé, le membre, au lieu d'être en abduction, pend inerte le long du corps; il y a toujours soit une paralysie du long supinateur, soit du myosis et des troubles oculo-pupillaires dont l'importance pour le diagnostic est capitale.

La paralysie totale du plexus brachial ressemble beaucoup à la monoplégie hystéro-traumatique. Tandis que la paralysie du plexus survient immédiatement après l'accident, celle-ci ne se montre quelquefois qu'au bout de plusieurs jours; l'anesthésie est limitée par une ligne circulaire indépendante de toute distribution nerveuse; il y a souvent d'autres stigmates de la névrose. Enfin l'atrophie musculaire et les troubles trophiques cutanés sont exceptionnels dans la paralysie hystérique.

Le *siège* de la lésion nerveuse est des plus faciles à préciser. Une paralysie limitée au groupe Duchenne-Erb est due à une altération des cinquième et sixième paires cervicales; la participation du faisceau sternal du grand pectoral et celle du grand dorsal indiquent que les deux dernières paires cervicales sont intéressées.

Les troubles oculo-pupillaires s'observent exclusivement quand la lésion porte sur la première paire dorsale au voisinage du trou de conjugaison; si l'on observe en même temps des troubles vaso-moteurs de la face, c'est que les deuxième et troisième paires dorsales sont touchées.

La paralysie inférieure (paralysie de la main et des muscles fléchisseurs peut exister quand la première paire dorsale seule est atteinte; la paralysie du triceps et des extenseurs de la main témoigne d'une lésion des deux dernières paires cervicales. Quand il y a à la fois paralysie du groupe de Duchenne et troubles oculo-pupillaires, il est certain que toutes les racines du plexus brachial sont intéressées.

Traitement. — Le traitement causal (réduction d'une fracture, d'une luxation) sera rarement efficace, parce que d'ordinaire la paralysie est due au traumatisme même qui a provoqué la luxation ou la fracture. Dès le début, il faut recourir à l'électrothérapie; elle seule est capable de prévenir l'atrophie musculaire et même de rendre la motilité à des muscles qui semblaient définitivement paralysés. On fera usage soit de courants faradiques, soit de courants galvaniques,

et de ces derniers surtout dans les cas graves où les muscles cessent de réagir aux courants induits.

Enfin, la révulsion sous toutes ses formes (vésicatoires, ventouses, pointes de feu) sera d'un grand secours, principalement dans les paralysies spontanées en apparence, à condition toutefois que l'on puisse intervenir peu de temps après le début des accidents.

PIERRE BOULLOCHE.

PARALYSIE DU NERF CRURAL

Étiologie. — Cette paralysie est rarement isolée. Elle succède le plus souvent à un traumatisme, blessure ou section du nerf, aux luxations et aux fractures du fémur, à la compression du nerf par un abcès ou une tumeur du bassin, à son inflammation au cours d'une psoritis. Les affections aiguës ou chroniques de la hanche sont fréquemment suivies de paralysie atrophique des extenseurs de la jambe. Seeligmüller a observé un cas de paralysie du crural consécutif à une fièvre typhoïde.

Description. — Le nerf crural innerve cinq muscles: le pectiné, le couturier, le moyen adducteur, le psoas iliaque, le triceps fémoral. La paralysie de ces deux derniers muscles se traduit par une impotence motrice considérable: la flexion de la cuisse sur le bassin, l'extension de la jambe sur la cuisse sont supprimées; quand on ordonne au malade d'étendre la jambe et qu'on s'oppose à ce mouvement, on ne sent plus la saillie formée par les muscles de la région antérieure de la cuisse. La station debout devient très difficile; la marche, le saut, la course sont presque impossibles, car dans tous ces mouvements il y a toujours intervention des fléchisseurs de la cuisse et des extenseurs de la jambe.

La paralysie du pectiné et du couturier est difficile à reconnaître: elle passe le plus souvent inaperçue; jamais d'ailleurs elle n'a été signalée isolément.

Les troubles sensitifs s'observent dans la zone cutanée innervée par les branches superficielles du nerf crural: partie antérieure et interne de la cuisse, partie antérieure et interne de l'articulation du genou, moitié interne de la jambe et du bord interne du pied.

L'atrophie musculaire est très fréquente.

Diagnostic. — Il ne souffre généralement aucune difficulté. Quand on constate en même temps que la paralysie des troubles de

la sensibilité (anesthésie complète ou incomplète, sensations d'engourdissement, etc.) sur la paroi inférieure de l'abdomen, sur le scrotum, etc., on peut en conclure que la lésion siège plus haut, et que les nerfs abdomino-génitaux, fémoro-cutané et génito-crural sont intéressés.

La paralysie du triceps ne relève pas toujours d'une lésion nerveuse; on l'observe souvent à la suite de la paralysie atrophique de l'enfance.

PIERRE BOULLOCHE.

PARALYSIE DU NERF SCIATIQUE

Le nerf sciatique est de tous les nerfs du membre inférieur le plus souvent paralysé. La paralysie peut porter soit sur le tronc du nerf, soit sur une de ses branches terminales, nerf sciatique poplité externe ou interne.

Étiologie. — Les blessures par instrument piquant, par arme à feu, la contusion et la section du nerf sont les causes *traumatiques* les plus importantes; on a également signalé des paralysies à la suite des injections sous-cutanées d'éther. La compression du nerf intervient très fréquemment; elle s'exerce tantôt dans le bassin (tumeur pelvienne, abcès, etc.), tantôt à la fesse ou au niveau de la cuisse (pansements, liens trop serrés, luxation de la hanche, attitude vicieuse longtemps maintenue). Le nerf peut être comprimé par un cal exubérant; c'est ainsi qu'on voit se produire des paralysies du sciatique poplité externe à la suite des fractures de l'extrémité supérieure du péroné.

Les paralysies *obstétricales* rentrent dans le groupe de ces paralysies par compression. Dans les accouchements laborieux, la tête du fœtus peut comprimer les racines du sciatique et donner lieu à une paralysie généralement limitée au domaine du sciatique poplité externe¹.

1. Cette localisation presque exclusive de la paralysie aux muscles innervés par le sciatique poplité externe a été diversement interprétée. Pour M. LEFEBVRE (Thèse de Paris, 1876), ce nerf proviendrait du nerf lombo-sacré et pourrait dès lors être comprimé isolément au niveau du détroit supérieur du bassin. Les recherches de M. FÈRE (*Soc. anat.*, 1879, p. 110) ont montré que cette manière de voir était erronée. Il en est de même de celle de M. DORION (Thèse de Paris, 1884), d'après qui le sciatique se diviserait d'une façon prématurée dans le bassin en deux branches terminales dont l'une serait destinée au sciatique poplité externe. Suivant M. BRIVORS (Thèse de Paris, 1876), cette limitation au domaine du sciatique poplité externe s'expliquerait par la tendance commune à toutes les névrites à frapper principalement les muscles extenseurs.

Chez le nouveau-né, on voit quelquefois survenir des paralysies d'une ou plusieurs branches du sciatique à la suite de l'extraction du fœtus par les pieds.

Les paralysies dites *a frigore* ne sont pas absolument exceptionnelles; elles s'accompagnent ordinairement de douleurs très vives et sont presque toujours suivies d'atrophie musculaire. Il s'agit alors de sciatiques-névrites dont la gravité, signalée d'abord par M. Landouzy¹, a été étudiée ensuite par MM. Guinon et Parmentier². Dans tous les cas de ce genre, la paralysie atrophique, compliquant la *sciatique*, était localisée aux muscles extenseurs de la jambe. La sciatique double primitive peut aussi s'accompagner d'atrophie dégénérative dans le domaine des sciatiques poplités interne et externe³.

On a enfin signalé à la suite des maladies *infectieuses* ou des *intoxications* des paralysies portant sur un ou plusieurs groupes musculaires innervés par le sciatique et principalement sur les extenseurs. A cet égard, les paralysies du sciatique poplité externe représentent un des types les plus habituels des paralysies toxiques; elles sont, dans ce cas, bilatérales.

Description. — Comme on le voit, le NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE est de toutes les branches la plus fréquemment touchée (sciatique simple ou par compression, infections, intoxications). Tantôt la paralysie est primitive et survient d'emblée, tantôt elle est précédée de phénomènes douloureux relevant de la sciatique.

Ce nerf se distribue aux muscles de la région antéro-externe de la jambe et aux péroniers qui ont pour action (à l'exception du long péronier latéral) de déterminer l'extension du pied sur la jambe. Sa paralysie donne lieu à une attitude caractéristique: le pied est abaissé, l'extrémité des orteils tournée en bas; la plante du pied regarde en dedans, le bord externe étant plus rapproché du sol que le bord interne; les mouvements d'adduction de la pointe, et surtout ceux d'abduction, le pied étant dans l'extension, sont presque impossibles. Quand le malade veut marcher, il est forcé de fléchir la cuisse sur le bassin pour que la pointe du pied ne traîne pas à terre; *il steppe*. Cette attitude, qui est celle du pied bot varus équin, peut devenir permanente par suite de la contracture des muscles de la partie postérieure de la jambe.

Voici, d'après Erb, le résultat de la paralysie de chaque muscle

1. LANDOUZY, De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer (*Arch. gén. de méd.*, 1875).

2. GUINON et PARMENTIER, Sur une complication peu connue de la sciatique (*Arch. de neurol.*, sept. 1890, n° 59).

3. CHARCOT, Leçons du mois de décembre 1890, in *Clinique des maladies du système nerveux*, 1892, p. 179.

en particulier. La paralysie du *tibial antérieur* rend l'extension (flexion dorsale) et l'adduction presque impossibles. Celle du *long extenseur commun des orteils* est caractérisée par une gêne dans l'extension et l'abduction du pied; en même temps l'extension des dernières phalanges des quatre derniers orteils ne peut plus se faire. Quand le muscle *long péronier latéral* est paralysé, la voûte plantaire s'affaisse; il se produit un pied plat paralytique; le pied étant placé en extension ne peut être porté dans l'abduction. La paralysie du *court péronier latéral* ne donne pas lieu à une attitude particulière, mais elle rend impossible l'abduction du pied.

Les troubles sensitifs sont très fréquents. La sensibilité est abolie ou obtuse sur toute la face dorsale du pied, moins une petite bande interne, ainsi que sur la face externe, la moitié de la face antérieure et les deux tiers de la face postérieure de la jambe.

La paralysie du SCIATIQUE POPLITÉ INTERNE atteint les muscles de la région postérieure de la jambe et de la plante du pied; le malade ne peut plus fléchir le pied (flexion plantaire); les mouvements de flexion, d'abduction et d'adduction des orteils sont supprimés.

La paralysie isolée du *triceps sural* se traduit par la suppression de la flexion du pied et l'impossibilité pour le malade de se tenir sur la pointe; en même temps, les muscles de la région antéro-externe devenant prédominants placent le pied dans l'extension et l'abduction (pied bot talus avec tendance au valgus).

Dans la paralysie du *long fléchisseur commun des orteils*, la flexion des troisièmes phalanges des quatre derniers orteils n'est plus possible. Quand les muscles *interosseux* sont paralysés, la flexion des premières phalanges, l'extension des deuxièmes et troisièmes ne peuvent plus se faire.

Rarement le TRONC DU SCIATIQUE est atteint de paralysie; dans ce cas, l'impotence des muscles demi-tendineux, demi-membraneux, biceps fémoral, est suivie de l'impossibilité pour le malade de fléchir la jambe, de rapprocher le talon de la fesse; la rotation de la cuisse est également fort limitée. La marche devient très difficile; les muscles de la fesse servent seuls à mouvoir le membre inférieur.

Les troubles vaso-moteurs et les troubles trophiques sont assez fréquents dans les paralysies graves du sciatique.

Le **diagnostic** peut être malaisé lorsque quelques muscles seulement sont touchés; il faut alors examiner par comparaison les membres du côté opposé, et provoquer les mouvements de flexion et d'extension du pied en cherchant à constater la saillie formée par les muscles au moment de leur contraction.

La nature périphérique des accidents se reconnaît à l'abolition des réflexes, à l'apparition plus ou moins précoce de la réaction de

dégénérescence, à l'absence de troubles sphinctériens. Enfin les altérations de la sensibilité sont plus fréquentes dans les paralysies par lésion des nerfs que dans celles qui sont dues à une affection de la moelle.

PIERRE BOULLOCHE.

NÉVRALGIES

NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL

Définition. Historique. — On ne saurait donner une définition concise de la *névralgie*; ce n'est pas une maladie, mais un syndrome clinique caractérisé par des douleurs plus ou moins vives et soudaines dans leur apparition, paroxystiques, intermittentes ou rémittentes, se faisant sentir sur le trajet d'un tronc ou d'un rameau nerveux sensitif, avec un maximum au niveau de certains points où la pression exaspère la souffrance. A la douleur, élément capital de toute névralgie, peuvent se joindre des phénomènes secondaires moteurs, vaso-moteurs, sécrétoires ou trophiques.

Cette définition s'applique spécialement aux névralgies qui surviennent dans le domaine des nerfs encéphalo-rachidiens. L'usage a prévalu d'éliminer de l'étude des névralgies les névroses douloureuses des nerfs de la vie organique.

Les diverses viscéralgies (gastralgie, entéralgie, hépatalgie, ovaralgie, etc.) se présentent en effet avec des caractères différents de ceux que nous venons d'indiquer; elles ne se limitent pas au trajet d'une branche nerveuse déterminée et l'on peut ajouter que leur localisation dans les plexus ganglionnaires est purement hypothétique. Les nerfs sympathiques ne sont pas d'ailleurs de véritables nerfs sensitifs; ils se comportent, à l'état physiologique comme à l'état pathologique, autrement que les nerfs de la vie de relation.

On ne doit pas confondre le syndrome névralgie avec la simple hyperesthésie: l'exaltation de la sensibilité qui caractérise cette dernière n'est mise en évidence que par l'action d'un excitant extérieur; dès que cet excitant cesse d'agir, la sensation anormale cesse d'être perçue. La douleur névralgique est au contraire spontanée ou, si elle est réveillée par une excitation, elle survit à cette dernière.

Le terme de névralgie a été créé par Chaussier en 1803. Cet