

nerf cubital. Il y a en effet un signe constant et pathognomonique qui est la *griffe cubitale*. Les interosseux étant paralysés, la flexion de la première phalange et l'extension des deux autres étant abolies la persistance de l'action des antagonistes entraîne cette attitude particulière qui consiste dans une extension exagérée de la première phalange et une flexion exagérée des deux autres.

A l'avant-bras sont paralysés les deux faisceaux internes du fléchisseur profond et le cubital antérieur. Les mouvements du petit doigt sont presque complètement abolis, l'adduction du pouce est impossible.

Les troubles sensitifs sont rares et se localisent dans la moitié interne de la main.

Le traitement est le même que pour la paralysie radiale.

Paralysie du médian.

La paralysie du nerf médian est plus rare encore que celle du cubital : ses causes les plus fréquentes sont la compression dans la paume de la main, ou les brûlures de la même région, on assiste alors à l'évolution d'une névrite ascendante du médian, généralement légère et facile à guérir en cas de compression, très tenace au contraire, quand la névrite est causée par une brûlure profonde et étendue.

La compression est le plus souvent produite par la pomme d'une canne dont le point d'appui se fait dans la partie médiane de la paume de la main. Les plaies, les fractures de l'avant-bras sont aussi signalées parmi les causes de la paralysie du médian. Mais ce sont là des faits très exceptionnels et pour ma part toutes les paralysies de ce nerf que j'ai eu l'occasion d'observer tenaient à la compression dans la paume de la main ou à des brûlures.

Dans la paralysie du médian, les fléchisseurs sont paralysés, la flexion des doigts est devenue impossible, ou tout au moins

très incomplète, car la paralysie absolue est fort rare et il s'agit presque toujours d'une simple parésie.

Les troubles sensitifs existent presque toujours sous la forme d'une diminution notable de la sensibilité. L'anesthésie complète est de règle dans les brûlures, ainsi que l'atrophie musculaire et des troubles trophiques de la peau. La réaction de dégénérescence existe dans ce dernier cas.

Le traitement sera faradique dans les simples parésies, galvanique toutes les fois qu'on constatera la réaction de dégénérescence; on aura soin de faire porter aux malades dont la pomme d'une canne a comprimé le nerf médian, une canne à bec de corbin qui prend son point d'appui sur les premiers et cinquièmes métacarpiens en faisant un pont au niveau de la paume de la main. La durée du traitement sera de quelques jours si la réaction faradique existe, elle sera au contraire de plusieurs semaines et même de plusieurs mois en cas de réaction de dégénérescence.

OBSERVATION LIV (personnelle). — M. X..., âgé de 48 ans, professeur, est affligé de claudication depuis son enfance, probablement par suite de paralysie infantile. Il se sert constamment d'une canne pour marcher. Cette canne est munie d'une poignée en forme de pomme. Depuis un an il a constaté en même temps que des fourmillements dans l'avant-bras, une faiblesse croissante dans la main droite. Il vient nous trouver en mai 1894. L'examen montre que la flexion des doigts seule est compromise, tous les autres mouvements du bras et de l'avant-bras sont normaux. Le dynamomètre indique 3 kilos à la pression. La contractilité faradique et galvanique normale. La sensibilité est intacte. Nous faisons le diagnostic de légère névrite du médian, et le port de la canne nous donne la clef de la cause. Nous conseillons au malade de porter une canne à bec de corbin, et nous lui faisons trois séances de faradisation. Dès la première séance le dynamomètre accuse 6 kilos, à la troisième 12 kilos, et déjà le patient peut se servir de sa main sans toutefois pouvoir soulever de lourds objets. Persuadés que la suppression de la canne entraînera la guérison sans autre traitement, nous conseillons à M. X... de ne rien faire, et de revenir nous trouver dans un mois. Au bout de ce laps de temps la force était redevenue normale.

OBSERVATION LV (personnelle). — M^{lle} X..., blanchisseuse, 23 ans, s'est profondément brûlé la paume de la main droite et les doigts en

saisissant un fer trop chaud. Cet accident s'est produit il y a quatre mois. La cicatrisation des brûlures est complète, et il existe un peu de rétraction palmaire, les mouvements du médius et de l'annulaire sont un peu gênés par une bride cicatricielle.

Pendant quelques semaines après son accident, M^{lle} X... n'a rien senti d'anormal dans les fonctions de sa main. Puis vers le deuxième mois sont apparus des douleurs violentes au niveau des brûlures déjà presque cicatrisées, douleurs s'irradiant dans toute la face antérieure de l'avant-bras. Ces douleurs ont été vainement traitées par les topiques les plus divers. En outre la flexion des doigts est devenue peu à peu impossible. Elle vient nous trouver en décembre 1891, quatre mois après l'accident. Je constate une anesthésie absolue de toute la partie externe de la paume de la main, du médius et de l'annulaire (face palmaire). La pression dans la paume de la main détermine une vive douleur, semblable, dit la malade, à une rage de dents, cette douleur s'irradie dans toute la face antérieure de l'avant-bras. La pression indique 0 au dynamomètre. Réaction de dégénérescence dans les fléchisseurs et les interosseux palmaires. Les autres mouvements du bras et de l'avant-bras sont intacts.

Traitement courant continu I. 40 milli-ampères. Durée 10 minutes chaque jour. Positif au pli du coude, négatif dans l'eau d'une cuvette où est immergée la main malade. Les douleurs diminuent considérablement à partir de la troisième séance. Elles ont disparu tout à fait au bout d'un mois de traitement, mais la motilité est à peine améliorée. La malade cesse alors le traitement.

Paralysie du nerf circonflexe.

La paralysie du nerf circonflexe par lequel est innervé le deltoïde n'est pas très rare à l'état isolé. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples dans lesquels le rhumatisme a joué un rôle prépondérant. Voici ce qu'on observe communément. A la suite d'un coup de froid sur l'épaule (vêtement mouillé, filet de la pêche à l'épervier, etc.), une douleur très vive se manifeste au niveau du deltoïde sur le trajet du circonflexe dont la pression réveille une vive douleur. Cette douleur dure quelques jours, puis le patient qui évitait tout mouvement de l'épaule, de crainte de souffrance s'aperçoit, quand cette souffrance a disparu, qu'il ne lui est plus possible de soulever le bras jusqu'à l'horizontale. Du reste, il s'agit presque toujours d'une simple parésie et non d'une paralysie complète.

Dans ce cas, je me suis toujours bien trouvé de quelques fortes étincelles statiques sur le deltoïde. Il n'est pas rare de voir la guérison complète survenir en deux ou trois séances.

Paralysie du nerf thoracique postérieur (Paralysie du grand dentelé).

La paralysie isolée du grand dentelé est rare. Je n'en ai observé que deux exemples. Ce muscle, on le sait, est innervé par le nerf thoracique postérieur, branche du plexus brachial née des 5^e et 6^e paires cervicales. Ce nerf a un trajet long et superficiel, aussi considère-t-on que la paralysie est due, le plus souvent, au traumatisme ou au froid. Je dois dire que, dans les deux cas, qu'il m'a été donné d'observer, j'ai vainement cherché ces deux causes et que je n'ai rien trouvé, d'autre part, qui m'explique l'apparition de la paralysie.

Dans l'un des cas il s'agissait d'un jeune garçon de 16 ans, de santé suffisante, et qui présentait depuis deux mois, à droite, les signes pathognomoniques de la paralysie du grand dentelé, c'est-à-dire le déplacement en aile d'oiseau au moment des mouvements d'élévation du bras, de l'omoplate, cet os s'éloignant du thorax en même temps qu'il pivote sur son angle interne, de telle sorte que l'angle inférieur vient faire, sous la peau, une saillie anormale. Le patient n'avait, à aucun moment, accusé de manifestation douloureuse, ni aucun fourmillement. L'exploration électrique dénotait un simple affaiblissement de la contractilité faradique.

Le second cas concerne un professeur de l'Université, âgé de 29 ans, qui s'était aperçu, depuis plus d'un an, que le mouvement d'élévation du bras gauche vers l'horizontale, devenait de plus en plus difficile. Je constatai, à l'examen, une paralysie du grand dentelé gauche. L'interrogation attentive du malade ne me permit, en aucune façon, de reconstituer l'étiologie. L'affection avait également évolué d'une façon tout à