

supérieur. Kölliker (1) cite encore un cas de Felkin (2). Il s'agissait d'une femme de vingt et un ans qui avait la lésion décrite et chez laquelle l'impotence ne persista pas, quoique le nerf fût resté en avant de l'épitrôchlée.

Raymonencq (3) a publié sur ce sujet une thèse intéressante dans laquelle il a rassemblé cinq observations dont deux de Poncet, celle de Blattmann, celle d'Annequin, une de Lutz.

Le fait de Lutz (4), concerne un homme de trente-huit ans. Pendant son travail, qui réclamait de fréquents mouvements de flexion de l'avant-bras, il constatait l'existence de fourmillements, de raideur dans le petit doigt et l'annulaire qui disparaissaient par le repos pour se reproduire sous l'influence des mêmes causes. Lutz constata la luxation du nerf cubital et en même temps les troubles du côté de l'annulaire et du petit doigt. Le déplacement et les symptômes qui l'accompagnaient disparaissaient spontanément. Jamais le malade n'avait éprouvé aucun traumatisme du côté du coude.

Une observation absolument analogue est la deuxième observation de Poncet. Il s'agit cette fois d'une femme de vingt-six ans, tuberculeuse et très maigre. Elle éprouve pendant les mouvements de flexion une sensation d'engourdissement et des fourmillements dans les deux derniers doigts, en même temps elle sent comme un déplacement d'un nerf à la partie interne du coude. C'est surtout pendant la nuit que ces phénomènes se produisent. Poncet remarque que le nerf cubital passe au-devant de l'épitrôchlée pendant les mouvements de flexion, puis reprend par l'extension sa situation normale.

Plicque (5) rapporte un fait non moins intéressant : Un chauffeur de la Compagnie du Nord se contusionne la partie interne du coude sur le tranchant d'une barre placée dans le fourgon. Il ressent immédiatement comme un engourdissement de toute la main qui prend une teinte violacée; comme il souffre il vient consulter quarante-huit heures après l'accident; il a été obligé de se reposer ayant au repos peu de douleurs; celles-ci surviennent au moindre mouvement. On constate en arrière de l'olécrâne un épanchement sanguin; les mouvements d'extension de l'avant-bras sont très douloureux; le malade attire lui-même l'attention du médecin sur un cordon très douloureux qui se tend à la partie antéro-interne du bras pendant les mouvements; cette corde se place en avant de

(1) KÖLLIKER, Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten der peripherischen Nerven (*Deutsche Chirurgie*, Lieferung 23 b. 1890).

(2) FELKIN, Case of the dislocation of the ulnar nerval and fracture of the radius (*Edinburgh med. Journal*, juillet 1887, p. 14).

(3) RAYMONENCQ, Des luxations du nerf cubital, thèse Lyon, 1890-1891.

(4) LUTZ, *St. Louis Med. Gaz.*, 1879-1888, vol. XXXVIII, p. 550.

(5) PLICQUE, Déplacement du nerf cubital en avant de l'épitrôchlée à la suite d'une simple contusion du coude (*Gaz. des hôp.*, 1893, p. 1053 et 1078).

l'épitrôchlée et sa compression amène des fourmillements dans l'annulaire et le petit doigt; elle est réductible assez facilement quand le membre est dans la demi-flexion; dès qu'on fléchit davantage elle repasse en avant pour y rester de nouveau. Plicque, après avoir maintenu le cordon réduit, met le membre dans l'extension, fait du massage et de la compression ouatée. Le membre resta immobilisé dans l'extension pendant huit jours; on fit trois massages et le blessé paraissait complètement guéri au bout de dix-huit jours.

La discussion que nous venons de provoquer au sein de la Société de chirurgie (1), a fait connaître, outre notre cas personnel, les cas de Quénu et de Théophile Anger, Poirier, Delorme, Jalaguier, ceux de Croft et Mac Cormac publiés par Stab (2), celui de Schilling (3), les faits de Watson (4), consignés dans la thèse de Drouard (5), en tout une vingtaine de cas.

Si la lésion est relativement rare, elle est néanmoins bien plus fréquente qu'on ne le croit.

Voici l'observation qui nous est personnelle :

Un jeune homme de dix-huit ans, ajusteur, nous est adressé en décembre 1895; le 22 octobre précédent, il a eu le bras droit saisi dans un étau-limeur; le bras fut tellement serré au niveau de sa moitié postérieure que la peau de la région antérieure éclata et il se fit une déchirure d'une dizaine de centimètres, qui se cicatrisa peu à peu. Au moment de l'accident l'avant-bras était à peu près en flexion à 90° sur le bras. La douleur, au dire du blessé, fut peu vive au moment même de l'accident. Mais quelques secondes après, le bras devint pesant, il eut comme la sensation d'un engourdissement général, avec picotements et brûlures sur tout le trajet du nerf cubital jusque dans les deux derniers doigts; cependant ceux-ci n'étaient nullement paralysés et les mouvements de l'articulation pouvaient s'accomplir sans trop de difficultés.

La première nuit, le pansement fait, fut assez bonne; mais le lendemain le coude gonfla en totalité; malgré tout, la plaie guérit, la tuméfaction diminua et rien de nouveau ne se montra jusqu'au 4 novembre suivant; le bras avait été jusque-là maintenu en flexion et immobilisé. Malgré des fourmillements qu'il ressentait par instant dans les deux derniers doigts, malgré une gêne de leurs mouvements, il voulut reprendre son travail, mais chaque fois qu'il voulait frapper un coup de marteau, il éprouvait brusquement une sensation douloureuse aiguë, comme une commotion électrique avec

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, séances des 4 et 11 mars 1896.

(2) STAB, *Lancet*, vol. I, 1891, p. 1040.

(3) SCHILLING, *München. med. Wochenschr.*, p. 679, 1892.

(4) WATSON, *American Journal of med. sciences*, octobre 1895.

(5) DROUARD, thèse de Paris, 1896.

irradiations du côté du trajet du cubital, avec sensations de brûlure surtout au niveau de l'éminence hypothénar et du petit doigt. Il raconte très nettement qu'il sentait que chaque fois une corde se déplaçait brusquement au niveau du coude à un endroit qu'il indique et qui n'est autre que la gouttière de passage du nerf cubital; en s'observant bien, il constata que la corde se déplaçait exactement quand il fléchissait fortement l'avant-bras sur le bras.

C'est dans ces conditions qu'il vint nous trouver. Nous voyons encore le coude légèrement gonflé et une longue cicatrice linéaire sur la face antérieure du bras. Nous sentons nettement que la gouttière épitrochléo-olécrânienne est vide quand le blessé fléchit l'avant-bras; qu'un cordon volumineux, fusiforme, douloureux à la pression qui donne naissance à des fourmillements dans le territoire du cubital, se déplace alors et vient se placer sur la pointe de l'épitrochlée et même un peu en avant d'elle; on arrive facilement à le remettre en place, en arrière de l'épitrochlée, mais il a constamment, même pendant l'extension complète, une tendance à se placer en dedans et en avant de l'épitrochlée.

Très peu d'atrophie musculaire. Rien à noter du côté de l'état général.

Notre diagnostic fut: luxation du nerf cubital atteint de névrite. Comme les accidents dataient déjà de près de deux mois, nous crûmes inutile d'essayer le massage, l'immobilisation et une intervention fut proposée et acceptée aussitôt.

Le blessé étant anesthésié, incision le long de la gouttière épitrochléo-olécrânienne, le bras étant tendu; la gouttière est vide et il faut nous reporter en dedans de la pointe de l'apophyse pour y trouver sous la peau un cordon blanc grisâtre, fusiforme, qui n'est autre que le nerf cubital; il est entouré de tissu cellulo-fibreux. Nous enlevons celui qui a comblé la gouttière: nous y replaçons le nerf, et pour l'y maintenir fixé, comme il n'y a plus à ce niveau de tissu fibreux résistant, nous disséquons une languette de l'aponévrose des muscles épitrochléens; celle-ci est rabattue en arrière sur le nerf et suturée par trois catguts à la gaine du triceps brachial. Puis la peau est refermée au crin de Florence et un pansement ouaté et iodoformé est appliqué, le bras placé dans la demi-flexion.

A partir de ce moment, le blessé n'a jamais plus ressenti les secousses douloureuses déjà décrites, il a pu se servir plus facilement de son bras; toutefois nous constatons encore, trois mois après l'intervention, des phénomènes de névrite: douleurs le long du trajet du cubital surtout quand le blessé fléchit ses doigts; de plus, il y a quelques douleurs dans les masses musculaires antérieures du bras; on ne trouve plus le tronc du nerf cubital au niveau de l'épitrochlée; on le sent encore gros et un peu douloureux au fond de la gouttière et au-dessus d'elle.

D'après tout cela, il semble que le déplacement ne puisse intéresser que le nerf cubital, particulièrement bien disposé pour sa production.

On ne peut, en effet, tenir compte, au point de vue scientifique, des deux observations de Mascarel (1). Mascarel se fonde, pour admettre que le nerf circonflexe est luxé ou plutôt ectopié, sur un endolorissement avec irradiations vers le nerf radial, impotence dans certains mouvements du bras et surtout de l'épaule, tout cela à la suite d'un effort violent pour soutenir hors de l'eau, un fusil de chasse pendant le passage d'un fossé. Chez l'un des deux patients qu'il observa vingt ans, après il y avait encore de la lourdeur du bras et des douleurs.

Kölliker, sans en fournir d'exemple, admet aussi la luxation du nerf sciatique poplité externe, dans les cas de fractures de la tête du péroné.

Quoi qu'il en soit, il résulte des faits observés que la luxation du nerf cubital se produit par suite de la rupture des tissus fibreux qui renferment le nerf dans sa loge rétroépitrôchléenne. C'est ce qui ressort des expériences faites par Annequin à l'occasion de son observation et des constatations faites pendant les opérations pratiquées.

Le nerf abandonne sa gouttière pendant la flexion et glisse sur la face antérieure de l'épitrochlée. D'après Zukerkandl, la petitesse même de cette saillie, son atrophie, constitueraient une cause prédisposante manifeste.

La luxation peut devenir habituelle et se reproduire à chaque mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras, pour rentrer à sa place quand l'avant-bras s'étend.

Beaucoup des faits de luxation habituelle seraient, pour Quénu, de vraies luxations congénitales. C'est à une disposition congénitale que le nerf devrait, comme dans certains des cas de Zukerkandl, dans celui cité par Quénu lui-même, sa mobilité anormale et la faculté de se luxer. Presque toujours alors la luxation passe inaperçue ou ne se traduit que par des symptômes fonctionnels insignifiants. Il est possible qu'une luxation habituelle devienne, sous l'influence d'un traumatisme directement exercé sur le nerf, douloureuse par suite du développement d'une névrite interstitielle ou parenchymateuse. Pour élucider la pathogénie des luxations traumatiques, Raymonencq a fait sur le cadavre un certain nombre de recherches que nous rapporterons sommairement. Il a constaté que plus la gouttière rétroépitrôchléenne était peu profonde, plus le triceps brachial était volumineux et plus le déplacement se produisait facilement; le triceps par sa contraction brusque refoule en dedans le nerf tendu comme sur une poulie; quand l'avant-bras se fléchit, les deux parties supérieure et inférieure du cubital sont en dehors tandis que la

(1) MASCAREL, Un nerf démis (*France méd.*, 1883).

partie moyenne forme le sommet d'un angle dirigé en dedans. Malheureusement ces expériences ne nous disent pas grand'chose, car il manque les éléments essentiels : la contraction musculaire, le traumatisme brusque sur des tissus vivants.

Quoi qu'il en soit, c'est souvent pendant un effort énergique amenant une violente contraction du triceps, que l'accident s'est produit ; tel le cas de Blattmann, celui d'Annequin ; tel encore le cas de Poncet, dont le blessé avait lancé dans la journée un grand nombre de boules de neige. C'est à la suite de luxations du coude, que Delorme et Th. Anger ont observé leurs déplacements.

Dans l'observation de Felkin, c'est à la suite d'une chute et d'un traumatisme osseux violent du coude que la luxation a été reconnue. Dans le cas de Poncet, une fracture antérieure de l'épitrôchlée, mal consolidée, a paru jouer le rôle de cause prédisposante.

Dans notre cas, le mécanisme paraît avoir été tout autre. L'étau, en saisissant la partie inférieure du bras, a refoulé en tirant sur la peau toutes les parties molles de la loge postérieure en avant, aussi bien le nerf que les autres en respectant toutefois le squelette.

Les symptômes observés sont, pour le nerf cubital, des douleurs, des fourmillements, des picotements dans les deux derniers doigts au moment de la production de l'accident, avec impotence du membre, quelquefois de l'anesthésie. Quand la luxation est habituelle, le membre se fatiguerait plus rapidement.

Il nous faut absolument insister sur une complication qui paraît être survenue au moins dans le fait de Blattmann, et certainement a existé pour le nôtre ; nous voulons parler de la névrite consécutive qui aggrave singulièrement le pronostic. Chez son blessé, comme chez le nôtre, le nerf cubital était gros et fusiforme, très douloureux à la pression et malgré le maintien de la réduction, les accidents, tout en s'atténuant, n'ont pas disparu tout à fait. Chez le premier, le nerf reste douloureux et la flexion ne peut aller sans violentes souffrances au delà de l'angle droit ; chez le nôtre, la flexion du coude est possible ; mais la flexion de la main et des doigts amène des douleurs, et le nerf reste encore gros et sensible, malgré les massages et l'électrisation.

Cela est surtout à craindre lorsque, comme dans notre observation, la lésion reste méconnue pendant pas mal de temps ; ces sauts et ressauts du nerf ne sont pas faits pour lui conserver et à plus forte raison lui rendre son intégrité, et il en résulte presque forcément une irritation qui peut aboutir à une névrite proprement dite, si celle-ci n'a pas déjà été produite par le violent traumatisme qui a occasionné le déplacement.

Le traitement consistera dans une intervention conduite, comme celles que nous avons déjà indiquées, si l'immobilisation dans l'extension pendant un certain temps, après réduction du nerf, n'a pas donné le résultat désirable.

3^e CONTUSION DES NERFS.

Lorsque la compression brusque est assez intense pour produire des altérations matérielles du tronc nerveux lésé, il y a contusion du nerf. Cette définition nous montre comment la contusion se rattache à la compression et combien il est difficile en clinique d'affirmer soit la contusion avec lésions, soit au contraire la compression sans lésions matérielles ; l'une comme l'autre peuvent être suivies de névrite, de telle sorte que l'évolution même ne donne souvent pas la clef du diagnostic.

Étiologie. — La contusion nerveuse est relativement rare pour les nerfs enfouis au milieu de masses musculaires plus ou moins épaisses et qui les protègent très efficacement contre les traumatismes. Cependant il existe un certain nombre de cordons moins favorisés, qui, soit superficiels ou profonds, sont en même temps en rapport avec des plans osseux sous-jacents sur lesquels la force contondante peut les contusionner ; tels sont : au membre supérieur, le plexus brachial, le circonflexe et le radial par rapport à la tête et au corps de l'humérus, le médian au niveau du tiers inférieur du bras, le cubital dans la gouttière épitrôchléenne ; au membre inférieur, le grand sciatique au sortir de l'échancrure sacro-sciatique, au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne, le crural s'étalant au-devant de l'articulation coxo-fémorale, le sciatique poplité externe contournant le col de la tête du péroné. Certains plexus ou nerfs sont encore moins bien situés, tel le plexus brachial qui se trouve entre la première côte en bas et la clavicle en avant et en haut ; d'autres, comme le facial et le maxillaire inférieur, parcourent des canaux plus ou moins longs et compliqués, et l'on s'étonne de ne pas les voir plus souvent lésés dans les fractures du temporal ou du maxillaire inférieur. Les contusions sont bien plus fréquentes au membre supérieur qu'à l'inférieur, et nous en trouvons un certain nombre d'exemples dans l'excellent travail d'Avezou (1).

On sait combien sont fréquentes les contusions du nerf cubital au niveau de la gouttière épitrôchléo-olécrânienne. Généralement les signes disparaissent aussitôt. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, comme le montre le fait suivant de Duchenne (de Boulogne) : « Une infirmière de la Charité se heurte violemment contre une porte la partie interne du coude droit, l'avant-bras étant à demi fléchi sur le bras ; elle ressent immédiatement une très vive douleur qui se propagea le long de la partie interne du bras jusque dans les deux derniers doigts et qui fut bientôt remplacée par un engourdissement et des picotements. Il en résulta une paralysie atrophique de la main. Deux mois après, les muscles innervés par le cubital ne se contractaient pas sous l'in-

(1) Avezou, De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras, thèse de Paris, 1879.

fluence d'un courant intense. Malgré un traitement suivi par la faradisation, l'amélioration fut très lente. »

Au membre inférieur, les contusions du nerf sciatique sont plus fréquentes que celles des autres troncs nerveux et nous trouvons sur ce sujet l'excellent Mémoire de Bouilly (1).

Le nerf peut être contusionné par un corps animé d'une vitesse et doué d'une force assez grandes pour aller l'atteindre dans la profondeur, sans donner lieu à une lésion de la peau et des parties molles qui le recouvrent : tel le cas d'un coup de bâton, d'un coup de pied violemment appliqué.

Charcot (2) rapporte l'observation d'un homme de quarante ans, dont la fesse gauche fut frappée par un madrier au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne et qui présenta immédiatement et dans la suite les signes d'une contusion grave du grand nerf sciatique. Bouilly rapporte celle d'un blessé qui se contusionna très violemment en tombant sur un pavé; c'est en tombant d'une certaine hauteur sur une région où un nerf est profondément en rapport avec un plan osseux que la contusion a lieu.

Une balle, un morceau de projectile peuvent être animés, à la fin de leur course, d'une vitesse encore suffisante pour contusionner profondément un nerf, tandis que la peau élastique et les parties molles sont refoulées devant lui sans qu'il en résulte aucune plaie.

Lauth (3) rapporte un fait très intéressant de contusion violente de plexus cervical superficiel et du plexus brachial chez un plombier qui aidait des camarades à charger un piano. Entraîné en arrière par le poids de l'instrument, il dut faire un effort considérable de l'épaule gauche pour ne pas tomber et pour élever le piano sur la voiture. La clavicule a été violemment pressée et le creux sus-claviculaire a été contusionné par la courroie qui portait l'instrument et qui passait sur l'épaule; aussitôt le malade a senti un craquement et a eu une impotence complète du bras, sans qu'il y ait eu aucune fracture.

Un mécanisme de contusion assez fréquent est celui qui est le résultat d'une fracture d'un os en relation intime avec un gros nerf. Ce sont surtout les fractures de l'humérus au niveau de son tiers moyen et inférieur; celles du coude, et en particulier celles de l'épitrôchlée; celles de la tête du péroné, celles du bassin, de la clavicule, qui sont accompagnés de contusions nerveuses. Les nerfs lésés sont le radial, le cubital, le sciatique poplité externe, le crural ou le grand sciatique, le plexus brachial ou ses diverses branches.

Un cas de contusion immédiate du nerf radial nous est fourni par Mondan : Le professeur Ollier constata nettement, dans un cas de

(1) BOUILLY, Sarcome du sciatique; résection du nerf (*Arch. gén. de méd.*, 1880, 7^e série, t. V, p. 655).

(2) CHARCOT, *Progrès méd.*, 10 mars 1883.

(3) LAUTH, *Revue de chir.*, juillet 1884.

fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, que le nerf radial avait été contusionné; la blessée avait ressenti, au moment même de l'accident, une violente douleur au pouce et au coude; elle s'aperçut aussitôt de la paralysie des extenseurs et constata une insensibilité complète du dos de la main. La fracture fut régulièrement traitée. La blessée, revue un an après l'accident, avait suivi un traitement régulier par l'électrisation et était entièrement guérie de sa paralysie (1).

A. César (2) a cité un certain nombre de faits de fracture de l'épitrôchlée où le nerf cubital avait été manifestement le siège d'une violente contusion. Richet a observé deux fois des phénomènes paralytiques qu'il attribue lui-même au froissement du nerf cubital pendant l'accident.

Chalot (3), dans un mémoire documenté, Couette (4), Sturel (5), ont insisté sur des faits analogues et qui ne laissent aucun doute.

Peut-être les luxations, plus encore que les fractures, sont-elles susceptibles de produire les contusions nerveuses; mais ici il s'agit presque toujours de deux lésions superposées que subit le nerf; en même temps qu'il est contus par la tête ou l'extrémité articulaire déplacée, et cela au moment même de l'accident, il peut être comme élongé, distendu. Ce sont les luxations de l'épaule qui le plus souvent donnent naissance à cet accident, auquel il faut toujours songer avant de procéder à la réduction. Il faut s'assurer qu'il n'existe aucune zone d'insensibilité au niveau du moignon (signe de Th. Anger), aucune paralysie des muscles de l'épaule et du membre supérieur, pour ne pas être accusé, si elle passait inaperçue, de l'avoir produite par les manœuvres de réduction.

C'est surtout dans les luxations intracoracoïdiennes, ainsi que l'a montré le professeur Panas (6), que s'observe la lésion par contusion du plexus brachial. En effet, la tête humérale est assez fortement déplacée en dedans, pour comprimer le plexus entre elle et le plan des côtes. Dans un cas suivi d'autopsie, dans le service de Nélaton, il n'y avait aucune lésion appréciable du plexus brachial.

Parmi les troncs qui le composent, c'est surtout le circonflexe qui paraît le plus fréquemment atteint, d'où les paralysies et les atrophies consécutives du deltoïde.

La réduction des luxations de l'épaule, surtout quand il s'agit de luxations anciennes, peut amener aussi les contusions des gros nerfs qui constituent le plexus brachial. Tout le monde connaît le fameux fait de Flaubert où l'on trouva que, pendant les tentatives de réduction, on avait arraché, à leurs origines à la moelle, les quatre derniers

(1) MONDAN, *loc. cit.*, p. 198.

(2) A. CÉSAR, Essai sur la fracture de l'épitrôchlée, thèse de Paris, 1876.

(3) CHALOT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879.

(4) COUETTE, thèse de Paris, 1882.

(5) STUREL, thèse de Nancy, 1888.

(6) PANAS, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1870, t. XIII, art. ÉPAULE.

nerfs cervicaux. L'axe médullaire était ramolli au niveau des points d'arrachement.

Il est souvent bien difficile, dans ces cas, de faire la part de la compression, de la contusion et de la distension pour la symptomatologie et le pronostic.

Symptomatologie. — La contusion est légère ou grave. Ce qui les différencie, c'est que, dans le premier cas, les phénomènes initiaux disparaissent plus ou moins rapidement, tandis que, dans le second, leur évolution est beaucoup plus lente; dans les deux, ils peuvent être suivis des signes d'une névrite greffée sur la lésion initiale du nerf.

Quand la contusion est légère, le blessé ressent, au niveau du point contusionné, une douleur très aiguë, mais qui ne va jamais jusqu'à produire une lypothymie ou une syncope; en même temps se fait une irradiation douloureuse sur la périphérie du nerf quand il est sensitif, suivie presque immédiatement de sensations de fourmillements et d'engourdissement dans les parties innervées par lui; simultanément se produit une paralysie incomplète ou complète des muscles qui sont soumis à l'innervation du nerf contus; cette parésie ou paralysie disparaît rapidement ainsi que les troubles sensitifs pour ne laisser quelquefois qu'une douleur obtuse au point lésé. Tout se termine sans accidents consécutifs, ou bien l'on voit évoluer les signes d'une névrite plus ou moins intense.

Lorsque la contusion est violente, grave, tous les symptômes sont beaucoup plus accentués. La douleur peut être excessivement vive, et le traumatisme accompagné d'un état syncopal et de choc traumatique très accentué, surtout lorsqu'il s'agit d'un plexus ou d'un gros tronc nerveux comme le sciatique.

La douleur, locale puis irradiée, est suivie d'une anesthésie plus ou moins complète et persistante, non seulement du territoire innervé par le nerf contus, mais encore des territoires voisins; il arrive que le membre, dont un des nerfs principaux a été lésé, est comme frappé de stupeur dans sa totalité; il est devenu comme inerte. On observe en même temps une paralysie complète des muscles, et cette paralysie atteint un territoire bien plus étendu que celui du nerf contusionné. Dans quelques cas de contusions de plexus nerveux à leurs origines, comme le plexus brachial, le plexus cervical, les plexus lombaire et sacré, il existe des paralysies dissociées, c'est-à-dire que différents muscles non innervés par les mêmes nerfs sont frappés d'impotence; il s'agit alors de paralysies dites radiculaires, intéressant les troncs à leur sortie des trous de conjugaison avant que, par leur réunion, ils aient constitué les branches terminales. Nous avons déjà cité à ce sujet le cas si intéressant de G. Lauth, de contusion radiculaire des plexus brachial et cervical.

Quelle est la réaction électrique du nerf contusionné? Quand la

contusion est légère et qu'on électrise le nerf au-dessus du foyer contus, il réagit, la contraction musculaire s'effectue. Quand la réaction disparaît rapidement ou n'existe plus, le pronostic est très grave et indique une lésion profonde souvent irrémédiable du tronc nerveux.

Les muscles paralysés conservent en général leur contractilité sous l'influence des courants faradiques et continus; quand ils présentent dans la suite la réaction de dégénérescence, sur laquelle nous insistons lors de l'étude des plaies nerveuses, le pronostic devient grave au point de vue du rétablissement des fonctions.

Lorsque la contusion est peu grave, tous les phénomènes disparaissent progressivement; mais quand les muscles ont été paralysés, ils mettent toujours un certain temps à récupérer leurs fonctions, d'autant plus qu'ils ont subi généralement une atrophie plus ou moins accentuée.

Toutefois une contusion, qui au premier abord paraissait légère ou de moyenne intensité, peut amener des phénomènes très sérieux par suite de la névrite traumatique consécutive.

C'est ainsi que Rochet (1) rapporte l'histoire d'un blessé qui tombe d'un échafaudage sur un tas de cailloux; la fesse droite touche le tas, il ressent immédiatement une vive douleur à la fesse et de la gêne dans la marche. Un mois après, quoiqu'il eût gardé le repos, on observe la formation d'un mal perforant plantaire; il existe un affaiblissement bien net de la force musculaire du membre inférieur, une diminution de la sensibilité dans le territoire du sciatique d'autant plus prononcée qu'on se rapprochait plus du pied; atrophie de la cuisse et du mollet. Rochet admet une contusion du nerf sciatique et probablement une compression par un hématome, attendu que la fesse présentait aussi un gonflement considérable et fluctuant.

Les lésions peuvent ne pas se borner au nerf traumatisé, mais remonter jusqu'à la moelle et donner lieu alors à des troubles bien plus graves; un des exemples les plus manifestes de cette variété grave de contusions est celui que Charcot rapporte dans une de ses *Cliniques* (2):

« Un homme de quarante ans a la fesse gauche frappée par un madrier au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne; il est pris, immédiatement après, d'une névralgie sciatique intense et présente une impotence motrice considérable qui le condamne au repos; au bout de six mois il marche avec une canne, présentant une atrophie marquée du membre atteint. Trois mois après, il ressent comme une barre lombaire; il est pris de rétention, puis d'incontinence complète d'urine. Le membre inférieur droit, non lésé, présente

(1) ROCHET, *Prov. méd.*, 16 janvier 1892.

(2) CHARCOT, *Progrès méd.*, 3 et 10 mars 1883.