

aussi de l'affaiblissement et une atrophie manifeste des fessiers ; tout, en somme, indique une lésion grave de la moelle lombaire par névrite ascendante. »

Dans un fait cité par Billroth et que nous trouvons mentionné dans le mémoire de Bouilly (1), le blessé fut pris, à la suite de contusion violente, de crises tétaniques qui s'améliorèrent par l'isolement du tronc nerveux blessé ; cinq mois après, il existait encore des troubles trophiques des ongles qui persistèrent encore, quoique atténués, deux ans plus tard.

Lorsque la névrite se développe, c'est quelquefois très rapidement après le traumatisme qu'on en voit apparaître les symptômes, qui se greffent sur ceux de la contusion non encore guérie, ou bien c'est bien plus tard, trois ou quatre mois par exemple, que, les troubles sensitifs et moteurs ayant à peu près ou tout à fait disparu, se montrent les signes de l'inflammation et de la dégénérescence du nerf contusionné ; nous n'y insisterons pas davantage, devant y revenir à propos de la névrite traumatique.

Au point de vue de l'évolution, la contusion nerveuse peut donc guérir complètement ; dans d'autres cas, il y a persistance d'anesthésies, de parésies ou de paralysies musculaires ; trop souvent, la névrite intervient soit précocement, soit tardivement, pour compliquer la situation ; enfin, l'axe spinal lui-même peut être atteint. Que sent-on au niveau du nerf contusionné ? Souvent il ne présente aucune modification appréciable de volume, tout en restant sensible pendant quelque temps ; d'autres fois il devient plus gros, plus dur, très sensible et, dans ces cas surtout, il faut se méfier de la névrite consécutive.

Anatomie pathologique. — Nous en sommes restés, à ce point de vue, aux expériences que le professeur Tillaux a instituées, lors de son concours d'agrégation, à celles de Weir Mitchell, Arloing et Tripier, Marchand et Terrillon. La contusion a été produite tantôt par un marteau frappant le nerf mis à nu, tantôt par une pince serrant le nerf entre ses deux mors et cela brusquement, par l'intermédiaire des parties molles périphériques.

On a eu l'occasion de vérifier un certain nombre de fois les faits mis en lumière par l'expérimentation.

Le professeur Tillaux (2) a bien mis en évidence l'intégrité du névrilemme ; quelle que soit la violence de la contusion nerveuse l'enveloppe fibreuse, la gaine du nerf reste intacte et c'est sur les fascicules et tubes nerveux contenus que se produisent les lésions essentielles, dont on a admis trois degrés.

Dans un premier degré, il y a une légère ecchymose sous-névrilemmatique, due à une infiltration sanguine, entre les fascicules

(1) BOUILLY, *loc. cit.*

(2) TILLAUX, Lésions traumatiques des nerfs, thèse d'agrég., Paris, 1866.

nerveux ; on trouve des tubes nerveux rompus ; d'autres, intacts, ont un aspect comme moniliforme que Weir Mitchell explique par le déplacement de leur contenu myélinique. Ce degré de contusion est bénin, en général ; la réparation se fait très rapidement et les symptômes passagers que l'on observe sont dus aux désordres mécaniques précédemment signalés.

Dans un deuxième degré, l'infiltration sanguine est plus étendue, de plus on remarque la rupture d'un nombre plus considérable de tubes nerveux ; le cordon nerveux est comme épaissi et renflé. Au-dessous de la lésion se produisent tous les phénomènes de la dégénérescence de Waller, atteignant les tubes périphériques dont la continuité est interrompue.

Dans le troisième degré, la désorganisation est complète ; le contenu du névrilemme est réduit en une bouillie grisâtre, sanguinolente, sur une distance plus ou moins grande ; la bouillie est formée par un mélange de graisse, de sang, de tissu cellulaire ; il existe comme une section sous-névrilemmatique, une infiltration sanguine plus ou moins grande du cordon nerveux au-dessus et au-dessous de la lésion. La dégénérescence wallérienne du bout périphérique est complète.

Celle-ci et la régénération se produisent comme à la suite des sections nerveuses.

Dans les faits où l'on a eu l'occasion d'examiner les lésions chez l'homme, l'on a trouvé le nerf volumineux, plus ou moins rouge, gonflé, sous forme de névrome névritique immédiatement au-dessus du foyer de la contusion, atrophié et scléreux, immédiatement au-dessous.

Dans un cas de Rémond et Lorber, cité par Bouilly, où le nerf sciatique avait été contusionné par une balle, il y avait, sur une longueur de 15 millimètres, un épanchement sanguin entre les divers faisceaux ; la substance nerveuse était épaissie et ramollie, les tubes nerveux étaient variqueux et il existait une prolifération manifeste du tissu conjonctif du nerf. Dans un autre, Berger put constater sur un blessé mort de scarlatine intercurrente et atteint d'une violente contusion du radial à la suite d'une fracture de l'humérus, que le nerf présentait, au niveau du point lésé, un étranglement long de 4 à 5 centimètres qui le réduisait des deux tiers : il était rougeâtre et avait la physionomie d'un cordon fibreux. Au-dessous, son volume était encore moindre et les faisceaux nerveux comme aplatis, grisâtres et dégénérés (1).

Il est bien difficile, dans ces conditions, de faire le départ de ce qui appartient à la contusion et de ce qui tient à la névrite qui souvent la complique, et c'est ce qui fait la difficulté d'une description bien précise.

(1) LEJARS, Traité de chir., 1890, t. II, p. 15, art. NERFS.

Diagnostic. — Si le diagnostic est ordinairement assez facile, il est, par contre, difficile de se rendre exactement compte des lésions que le nerf a subies, et il est prudent de garder à cet égard une juste réserve au point de vue de la cure complète, d'autant plus qu'assez souvent à la contusion sont surajoutées d'autres lésions telles que la compression, l'élongation ou distension, etc., qui compliquent encore la situation.

Le diagnostic de contusion se tire d'ordinaire de ce fait qu'immédiatement après une violence subie par la région que traverse un nerf important, il se produit des troubles de la sensibilité et de la motilité que nous avons appris à connaître; il est cependant un syndrome qui de prime abord peut singulièrement en imposer pour une lésion nerveuse grave, c'est celui de l'hystéro-traumatisme si bien étudié par Berbez.

Ce qui fait la caractéristique de ce dernier, c'est sa subite apparition à propos d'un traumatisme souvent peu intense; ce ne sont pas des muscles anatomiquement distribués qui sont paralysés, c'est le bras, la jambe, le membre inférieur dans sa totalité; l'anesthésie qui coexiste est ordinairement limitée par une zone aussi nette que le tracé d'une amputation et qui ne s'astreint nullement à la distribution anatomique d'un nerf ou d'un plexus; il existe une excitabilité exagérée des muscles et ceux-ci sont plus ou moins atrophiés; en général les symptômes ont atteint rapidement leur maximum d'intensité et c'est brusquement aussi que souvent on les voit disparaître. Les muscles ont conservé leur excitabilité à l'électricité et aux actions mécaniques, et elle est ordinairement exagérée. Les réflexes tendineux sont souvent augmentés. Ajoutons enfin que l'individu atteint présente fréquemment, pour nous éclairer, les stigmates indéniables de l'hystérie, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, et dont les principaux sont l'anesthésie pharyngée, le rétrécissement du champ visuel, etc., etc. Quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'on observera, après un traumatisme plus ou moins intense, des phénomènes nerveux pouvant faire penser à une contusion, il faudra prendre garde à l'hystérie, y songer pour ne pas se laisser induire en erreur.

Étant donné que la contusion nerveuse est avérée, pouvons-nous être fixés sur sa gravité, son degré? Ce n'est pas sur les signes mêmes qu'on doit compter, mais bien sur l'examen de la réaction électrique des nerfs et muscles qui en dépendent.

Quand, au-dessus d'un foyer de contusion, le courant ne donne pas lieu à la réaction ordinaire, c'est qu'il y a de grandes chances pour que le nerf ait subi une vraie solution de continuité et que l'altération soit profonde.

Par contre, si la réaction électrique reste normale ou à peu près, il y a de grandes chances pour que la contusion soit très légère et que ses effets disparaissent plus rapidement.

Pronostic. — Quoi qu'il en soit, d'après ce que nous savons des accidents névritiques et même médullaires qui compliquent ou peuvent compliquer la situation, il est certain que le pronostic doit être très réservé. Pour peu qu'il s'agisse d'un traumatisme, un peu intense, sur un nerf superficiel et sujet, par ses rapports anatomiques avec un plan osseux sous-jacent, à se laisser fortement contondre, il faudra se tenir sur ses gardes et ne pas trop bien augurer d'une contusion que peut venir compliquer une névrite ou même une myélite. Sous ce dernier rapport, les contusions des plexus et des gros troncs nerveux qui en partent sont beaucoup plus sérieuses que celles des nerfs à leur périphérie; par contre la névrite ne ménage ni les uns ni les autres.

L'observation suivante, de Weir Mitchell (1), montre assez quelle peut être la gravité d'une contusion nerveuse, sans qu'il soit possible de s'en rendre compte au début.

D. F., âgé de vingt-deux ans, tenait un jour en bride un cheval rétif; il avait enroulé la corde du licou autour du bras et du poignet. L'animal s'étant cabré brusquement, exerça une traction violente et une compression brusque sur l'articulation qui fut fortement pliée. La douleur fut très vive et la peau de la main s'ulcéra à la face dorsale. Le pouce et trois doigts étaient renversés sur le poignet et restèrent ainsi dépourvus de toute sensibilité et de la faculté du tact, l'accident datait de sept ans; on amputa la main; on trouva une hypertrophie du nerf médian au voisinage du ligament annulaire et quelques renflements ganglionnaires sur les nerfs digitaux.

Traitement. — Celui-ci consiste à empêcher les atrophies musculaires des muscles atteints de parésies ou de paralysies et à prévenir, puis soigner la névrite traumatique. Nous indiquerons le traitement électrique à propos des plaies nerveuses.

LIGATURE ET PINCEMENT DES NERFS.

Ce ne sont que des lésions à mettre en regard de la contusion, mais produites presque toujours, si ce n'est toujours, par un acte chirurgical. Cet accident, ou plutôt ce genre de lésion, est rare aujourd'hui que, sur les membres, la bande d'Esmarch permet une recherche absolument à blanc des vaisseaux principaux et leur isolement des filets ou troncs nerveux qui les accompagnent.

Il est plus fréquent quand il s'agit de l'ablation de tumeurs; c'est particulièrement sur le tronc, et principalement lorsqu'il s'agit de tumeurs du sein, qu'on est encore à même de l'observer.

Ligature. — Elle agit soit en comprimant le tronc nerveux sur lequel elle est jetée, soit en le contusionnant et le sectionnant plus ou moins complètement suivant le degré de striction du fil. Quand elle

(1) WEIR MITCHELL, Des lésions des nerfs, p. 103.

est médiate, qu'elle porte sur un nerf enveloppé d'autres parties molles, la striction est incomplète ; le plus grand nombre des tubes nerveux est respecté, et, la ligature enlevée, toutes les fonctions, primitivement abolies ou au moins fortement compromises, reviennent à leur état normal, si la ligature a été enlevée assez à temps.

Dans un certain nombre de cas, l'ablation du fil a suffi pour faire cesser les accidents et le nerf a recouvré ses fonctions et son intégrité.

Arloing et Tripier ont montré, par les expériences qu'ils ont faites, que, lors d'une ligature médiate, un fragment de peau étant par exemple interposé entre le nerf et le fil, on trouve encore, au bout de deux à trois semaines, un grand nombre de fibres nerveuses intactes. Si la ligature a été immédiate, les tubes nerveux sont sectionnés sous le névrilemme qui reste sain et il se fait une dégénérescence du bout périphérique des nerfs mixtes, comme dans un cas de section totale par instrument tranchant.

La section, lorsque le fil reste appliqué, devient complète, et il se forme au niveau du bout central un névrome ou renflement cicatriciel, tandis que le bout périphérique dégénère et se régénère ensuite par le processus que nous indiquerons plus loin. Actuellement la question de la ligature des nerfs pendant les opérations, se pose un peu différemment, suivant que nous employons des fils résorbables (catgut) ou des fils non résorbables (soie). Dans le premier cas, si le catgut est de bonne qualité, il y a de grandes chances pour que, le fil cédant à un moment donné et se résorbant, les phénomènes se passent d'une façon plus bénigne qu'avec la soie qui constitue un corps étranger persistant dont la seule présence peut être l'occasion d'accidents sérieux attribuables à la névrite.

Les signes de la ligature d'un nerf mixte sont ceux d'une compression, d'une contusion ou d'une section nerveuse, suivant le degré de striction du fil ; le fil est-il serré très violemment, le nerf est coupé excepté le névrilemme et on observe l'abolition totale de ses fonctions sensibles et motrices ; au moment même de la ligature, la douleur est horrible, puis s'atténue et cesse à moins que des signes de névrite ne surviennent. Le fil est-il moins serré ou appliqué médiatement, c'est le tableau d'une contusion intense qui se présente. Portal rapporte le cas où l'une des branches du nerf sciatique avait été prise dans une ligature lors d'une amputation de cuisse ; l'opéré souffrit pendant plus de deux ans de douleurs dans le pied qui lui manquait et l'on trouva à l'autopsie un gonflement considérable du nerf au-dessus du point lié.

J.-D. Larrey rapporte un fait de tétanos survenu à la suite d'une ligature d'une des branches du nerf crural ; les symptômes tétaniques furent amendés par la section de la ligature, qui portait sur une branche du nerf crural ; Roux cite celui d'un blessé qui mourut de tétanos en trois jours, à la suite d'une ligature simultanée de l'artère crurale et

du nerf. Qui de nous n'a observé des faits de douleurs violentes dans les moignons d'amputation ? Nous serions assez disposé à les mettre sur le compte de névrites périphériques des nerfs auxquelles ne seraient peut-être pas étrangères les fines ligatures placées sur les petits vaisseaux et les filets nerveux très fins qui les accompagnent et que nous ne parvenons pas à en isoler ; il semble résulter de mon expérience que ces douleurs se produisent plus souvent chez les amputés liés à la soie que chez ceux qui sont liés au catgut.

Pincement. — Le *pincement* des nerfs se produit dans les mêmes conditions que leur ligature. Il m'a été donné d'observer un cas de pincement opératoire du nerf médian dans l'aisselle chez une femme que j'opérais d'une tumeur maligne du sein avec dégénérescence des ganglions axillaires. Ceux-ci entouraient complètement le nerf médian et les gros vaisseaux et se prolongeaient en haut sous la clavicule ; en voulant les enlever j'ouvris l'axillaire, qui était d'une friabilité telle qu'il me fut impossible d'y placer une ligature ; après avoir essayé vainement de la réséquer avec la veine et les ganglions, je fus obligé, pour parer à une hémorragie qui se produisait à chaque tentative, de placer une forte pince sur tout le paquet et je la laissai à demeure. Au réveil, l'opérée se plaignit de douleurs atroces dans l'avant-bras et les trois premiers doigts de la main, avec paralysie de tout le territoire innervé par le médian ; les douleurs durèrent quelques jours, puis s'atténuèrent ; la pince fut enlevée quelques jours après l'opération ; la malade guérit, mais succomba au bout d'un an environ à la cachexie cancéreuse. Les fonctions du bras s'étaient légèrement rétablies, le pincement n'ayant été qu'incomplet, très probablement du moins.

Le pincement ou broiement a été érigé en méthode thérapeutique, sous le nom de *névrotripsie*, par le professeur Verneuil, contre les névralgies rebelles.

Le pincement des nerfs donne lieu à la destruction plus ou moins complète de leur tissu, tout comme une très violente contusion ; rien d'étonnant à ce qu'elle se manifeste par les mêmes signes que cette dernière.

La forcipressure, que nous employons actuellement dans une si large mesure, lorsqu'elle est temporaire et n'intéresse qu'un nerf de peu d'importance, semble être inoffensive et ne donner lieu à aucun ennui sérieux ; il est très probable que cela tient à ce fait que la pince saisit un nerf déjà coupé ; ce n'est que lorsque l'opéré n'est pas endormi, qu'assez souvent l'application des pinces est une cause de violente douleur, quand elle enserre un petit rameau nerveux satellite de l'artériole forcipressurée.

Quand le nerf est plus volumineux, plus important et surtout quand on agit sur sa continuité, les phénomènes pathologiques sont plus accentués, surtout quand on a affaire à un nerf spécial, tel par exemple que le récurrent ou le pneumogastrique au cou.

Au point de vue thérapeutique, il est nécessaire d'insister, pendant les opérations, sur une dénudation et un isolement soigné des vaisseaux, soit qu'on les lie dans leur continuité, soit qu'on place le fil sur le bout d'une artère coupée, comme dans une amputation ou une ablation de tumeur.

Quand on est obligé de faire une ligature en masse et qu'on y soupçonne la présence d'un filet nerveux assez important, il vaut mieux faire une ligature très serrée et brusque qui sectionne, autant que possible, les tubes nerveux dans leur totalité.

Lorsque l'opéré est réveillé, que l'on constate tous les signes d'une ligature d'un nerf assez important comme le nerf saphène interne à la cuisse, il faut rouvrir la plaie, chercher le nerf lié, le sectionner et l'extirper après l'avoir isolé du vaisseau satellite.

Si la ligature a été placée dans la continuité, il faudra couper le nœud, dégager le nerf et replacer une nouvelle ligature dans de bonnes conditions.

L'emploi du catgut permet d'espérer l'atténuation et même la disparition des accidents, sans intervention nouvelle.

4^e DISTENSION ET ARRACHEMENT DES NERFS.

On comprend sous ce nom l'ensemble des lésions que détermine une traction exercée sur les cordons nerveux depuis la distension simple jusqu'à l'arrachement. La distension est la conséquence de l'élasticité des nerfs. Les nombreuses et concluantes expériences d'Assaky (1) nous ont montré que cette élasticité est parfaite, c'est-à-dire que les deux bouts d'un nerf tendu sectionné reviennent se mettre en contact, quand la distension n'a pas dépassé la limite d'élasticité ; quand la limite a été dépassée, les deux bouts chevauchent l'un sur l'autre, le nerf est devenu trop long, grâce très probablement à des modifications de structure, à des ruptures partielles.

Pour Assaky, les agents de l'élasticité nerveuse sont, à n'en pas douter, les réseaux élastiques de la gaine lamelleuse ; pour les contrebalancer, la gaine de Schwann, est, à l'état du repos du nerf, comme repliée, formant des inflexions, des plis, auxquels, d'après Ranvier, serait dû l'aspect nacré de la surface ; ces plis s'effacent quand le nerf est tendu.

La distension peut se faire sans qu'il y ait aucune plaie faisant communiquer le foyer de la lésion avec l'extérieur ; c'est le cas de celle qui est produite par certaines attitudes forcées ou vicieuses, la distension produite par une tête articulaire déplacée, et il est bien difficile alors de faire la part et de la compression et de la distension ; c'est le fait des lésions par compression et distension, par luxations ;

(1) ASSAKY, De la suture des nerfs à distance, thèse de Paris, 1886.

enfin la distension pouvant aller jusqu'à la déchirure d'un des troncs nerveux a lieu en même temps qu'il se produit une plaie des autres parties molles qui les entourent. Tels sont les faits de distension par arrachement d'un segment de membre, par un crochet, par une machine.

L'élongation est une distension nerveuse faite par le chirurgien, qui met le tronc nerveux à découvert pour l'élonger ensuite.

Dans les distensions nerveuses par attitudes spéciales, prolongées, rentrent ces faits de troubles nerveux observés chez les tireurs qui sont restés longtemps à genoux, avec flexion prolongée et forcée de la cuisse ; rentre encore ce cas cité par Campenon, d'un homme qui eut des phénomènes paralytiques des muscles du membre inférieur après être resté longtemps assis sur son talon, la cuisse étant fortement fléchie sur le bassin : le sciatique avait été enroulé et tendu sur l'articulation coxo-fémorale ou, peut-être, aussi, comprimé par le talon. Les distensions du plexus brachial par luxation de l'épaule sont relativement rares et paraissent plutôt résulter des tentatives de réduction que de la lésion elle-même, par suite de tractions prolongées et immodérées. Quoi qu'il en soit, il sera toujours indiqué de s'assurer sur un luxé que les mouvements de l'avant-bras et de la main sont intacts avant de tenter la réduction.

Les arrachements nerveux coïncidant avec des arrachements de segments de membre sont faciles à comprendre et à interpréter.

Dans un cas resté fameux et rapporté par Flaubert, on arracha les racines du plexus brachial sans qu'il y eût d'ailleurs aucune plaie de des téguments. Il s'agissait d'une femme de soixante-dix ans, qui avait une luxation de l'épaule gauche datant de cinq semaines. Huit élèves furent employés à faire l'extension : après deux tentatives la tête rentra dans sa cavité. Il y eut une syncope d'environ une heure et un trouble de la vision qui ne lui laissait apercevoir les objets qu'à travers un brouillard ; le bras droit ne pouvait exécuter aucun mouvement ; la malade avait éprouvé, au moment de la réduction, dans la cuisse, dans la jambe, un sentiment de froid et beaucoup d'engourdissement. La malade mourut dix-huit jours après l'intervention avec tous les signes d'une myélite. L'autopsie montra au niveau des scalènes une rupture des quatre dernières paires du plexus brachial. Les nerfs ont été arrachés de la moelle au niveau de leur implantation ; celle-ci est ramollie et a la consistance d'une bouillie d'un brun rougeâtre où la substance grise semblait confondue avec la substance blanche.

Dans un cas de luxation du coude, que Michaux (de Louvain) tenta de réduire et qui se termina par gangrène et mort après amputation, on trouva le nerf médian désorganisé, ramolli et rompu (Debruyne) (1).

(1) DEBRUYNE (de Louvain), Mémoire sur les luxations du coude (*Ann. de chir. franç. et étrang.*, t. IX, p. 68, 1843).

Nous ne citons ces faits que comme des curiosités ; aujourd'hui ils ne pourraient se reproduire, car il serait criminel d'employer une pareille force sans chloroforme, comme on le faisait alors. Mais certes, le fait le plus remarquable de distension et d'arrachement est celui que notre maître, le professeur Farabeuf, a communiqué à la Société anatomique et qui est rapporté tout au long dans la thèse d'Assaky (*loc. cit.*).

Voici comment Farabeuf a expliqué cette curieuse disposition : à la partie inférieure du bras, le nerf fournit de nombreux rameaux musculaires légèrement divergents qui vont aux muscles épitrochléens et fixent pour ainsi dire le nerf par leur pénétration dans le corps des muscles. A partir du coude jusqu'au poignet le nerf ne donne aucune branche ; son tronc est rectiligne, libre d'adhérences ; cette portion du nerf, tirée par l'engrenage, fortement tendue d'abord, puis brusquement rompue au-dessus du poignet a pu, cédant à son élasticité, remonter dans sa gaine et s'y invaginer et cela juste au au niveau du point fixe du médian, à la naissance de ses collatérales musculaires citées plus haut.

Le fait de Farabeuf est unique, nous n'avons pu en retrouver d'analogue dans la littérature médicale.

En égard au mécanisme, la distension est lente, progressive, ou brusque.

La *distension lente et progressive* est souvent une distension chirurgicale, une élongation, quoiqu'elle puisse se produire aussi dans un cas de réduction de luxation par exemple, et aller jusqu'à l'arrachement, ou être due à une tumeur qui lentement soulève et tend le nerf en rapport avec elle. Il est impossible, dans ces cas, de ne pas admettre qu'avec la distension existe en même temps une compression qui est peut être l'élément essentiel dans le tableau pathologique.

La *distension brusque* est ordinairement accidentelle et traumatique ; elle peut aboutir à un arrachement complet ou incomplet du tronc nerveux. Dans les cas de rupture complète, les tubes nerveux se rompent tous au même niveau en général, et le névrilème résistant, ce dernier s'allonge comme un tube de verre chauffé à la lampe (Nicaise) (1).

Quand la déchirure n'est que partielle, ordinairement les tubes nerveux qui ont résisté ont subi une distension telle qu'ils sont altérés d'une manière souvent incurable.

La déchirure a quelquefois lieu au point d'application de la force vulnérante ; le plus souvent c'est sur un point quelconque du nerf qu'elle se produit et il semble que ce soit plutôt loin des points où le tronc fournit des collatérales importantes ; cependant, d'après les expériences de Tillaux, la rupture pour le sciatique paraît se faire

(1) NICAISE, *Encyclop. intern. de chir.*, Paris, t. III, p. 687, 1884.

presque toujours au niveau de sa sortie du petit bassin. Deux faits cliniques (1) viennent corroborer l'expérimentation. Dans un cas d'arrachement des parties molles de la jambe, le nerf sciatique était arraché au niveau de la fesse quoique toutes les parties molles de la cuisse fussent intactes ; dans un autre fait, dû à Jarjavay, le nerf était également divisé beaucoup plus haut que les autres parties molles du membre inférieur.

Symptomatologie. — Lorsque la distension a été légère, elle supprime au moins pour un temps la conductibilité des tubes nerveux, sensitifs et moteurs. Les fibres sensitives sont atteintes les premières, les fibres motrices ne le sont que lorsque la distension a été plus forte et plus prolongée.

C'est sur cette disparition plus ou moins temporaire de la sensibilité qu'est fondée l'opération dite de l'élongation des nerfs, qui ne doit agir que sur des troubles sensitifs ou trophiques, sans intéresser les fonctions motrices.

La distension simple d'un nerf n'amène généralement aucune suite grave pour le fonctionnement des parties auxquelles il se distribue. L'excitabilité directe et réflexe augmente quand la distension a été légère, pour revenir peu à peu à son état normal.

Quand la distension a été plus énergique, l'excitabilité directe et réflexe disparaît pour reparaitre quand elle n'a pas dépassé une certaine limite à fixer et variable suivant les individus, suivant les nerfs, etc.

La névrite peut se greffer sur une simple distension comme sur une contusion, mais cela beaucoup plus rarement. Très curieuse à cet égard est l'observation, unique en son genre, rapportée par le professeur Raymond (2). C'est un cas de paralysie symétrique et isolée du deltoïde, chez un homme vigoureux de vingt-quatre ans, qui avait l'habitude de dormir sur le dos, les membres supérieurs relevés et les mains jointes derrière la nuque. Il se réveilla, un matin, avec des douleurs contusives dans la région deltoïdienne, des secousses musculaires et une impossibilité de lever les deux bras. A l'examen, on constate que les bras sont pendants le long du corps, et que l'abduction et l'élevation sont impossibles ; le malade éprouve une grande difficulté à introduire les mains dans ses poches et surtout à les en retirer. Les muscles des bras, des avant-bras et des mains sont respectés. L'auteur démontre que des signes propres à la paralysie des muscles grand dentelé et sous-épineux font défaut ; la paralysie est bien exclusivement limitée aux deux deltoïdes. On constate en outre une zone d'hypoesthésie très manifeste dans le domaine cutané des deux nerfs *circumflexes*. Il existe une réaction partielle de dégénérescence dans les deux muscles atteints, ainsi qu'un léger degré d'atrophie musculaire.

(1) TILLAUX, *loc. cit.*

(2) RAYMOND, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 1, p. 13.