

les paralysies supérieures soient plus fréquentes que les autres, puisqu'un moindre trauma les peut réaliser. On a d'ailleurs insisté sur ce fait, que la brusquerie de la distension jouait un rôle notable dans la production de la lésion nerveuse ; s'il faut une force, un poids considérable pour déterminer lentement la rupture d'un nerf, au contraire une subite et violente traction peut produire dans le nerf des lésions allant de l'hémorragie à la rupture névro-traumatique.

On pourrait s'étonner que ces paralysies, souvent durables, ne s'accompagnent que peu ou pas de troubles de sensibilité. La raison en est que la distension a une moindre répercussion sur les racines postérieures, ou que les territoires cutanés de distribution nerveuse s'imbriquent les uns les autres, si bien que la lésion des trois racines est nécessaire pour déterminer une zone anesthésique, comme l'ont bien montré Sherrington, Thornburn, Turner. Aussi l'absence de troubles de sensibilité, dont la recherche est d'ailleurs bien difficile chez le nouveau-né, ne peut-elle permettre de porter un bon pronostic. Il faudra recourir à l'examen électrique des muscles.

Il est, je crois, inutile de revenir ici sur la description symptomatique ; il me suffira de vous dire que les paralysies obstétricales du plexus brachial présentent les mêmes variétés que les paralysies radiculaires de l'adulte. Et je vous rappelle en deux mots les paralysies radiculaires totales, accompagnées généralement de troubles de sensibilité, avec ou sans troubles oculaires.

Mon troisième malade, sur lequel MM. Huet et Cestan ont bien voulu m'envoyer une note détaillée, présente la réaction de dégénérescence nette dans le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur et les extenseurs des doigts ; en outre, le nerf cubital, sans présenter nettement la réaction de dégénérescence, n'a pas ses contractions normales ; enfin, il existe une diminution de la fente palpébrale. Il s'agit donc d'une paralysie totale, plus grave dans le domaine radiculaire supérieur.

Les paralysies peuvent être partielles ; les lésions des seules racines supérieures réalisent le type Erb-Duchenne, dont nous avons un exemple sous les yeux, et qui souvent ne s'accompa-

gnent ni de troubles de la sensibilité ni de troubles trophiques.

Enfin, les lésions des racines inférieures déterminent des paralysies radiculaires ne portant que sur les muscles de l'avant-bras. M^{lle} Klumpke a montré ces paralysies toujours complétées par un syndrome oculaire que caractérisent le myosis, la rétraction du globe de l'œil, la diminution de la fente palpébrale, et que cause l'atteinte du premier nerf dorsal.

Les paralysies partielles se montrent d'emblée, ou bien elles succèdent au bout de quelques jours à une paralysie totale, et ce sera peut-être le cas chez l'enfant dont je viens d'esquisser l'histoire.

La fillette que j'ai vue il y a quatre ans était un cas typique de paralysie inférieure obstétricale. L'enfant s'était également présentée par le sommet, la mère était une primipare et l'accouchement ne put se terminer spontanément. Non seulement le médecin fit une application de forceps, mais encore il dut exercer des tractions sur les bras.

L'enfant nous fut amenée, âgée déjà de trois mois, et la paralysie du bras droit, apparue dès la naissance, persistait encore. Le bras tombait inerte, en pronation, le long du corps. La sensibilité avait disparu à la main et à l'avant-bras, où la piqure, les pincements ne provoquaient ni cris ni mouvements de défense ; au contraire, elle persistait au bras. Les muscles de l'épaule n'étaient pas indemnes, mais les mouvements d'abduction du bras persistaient à l'état d'ébauche. On trouvait en plus du myosis, et les parents faisaient remarquer d'eux-mêmes que « l'œil droit était plus petit que l'œil gauche ». Toutefois il n'y avait pas d'atrophie de la face, ni de troubles trophiques autres que la diminution de volume des muscles de l'avant-bras. Les réactions électriques ne furent pas cherchées, mais on peut avancer avec certitude qu'on aurait trouvé la réaction de dégénérescence des muscles antibrachiaux.

Chez cette enfant, l'examen somatique nous révéla d'autres altérations. Il existait en même temps une luxation antérieure incomplète de la tête radiale, et on ne pouvait mettre l'avant-bras ni en supination ni en flexion complète. En outre, toujours du

côté droit, on trouvait un torticolis du chef sternal du sternomastoïdien.

J'attire votre attention sur les lésions traumatiques concomitantes. Le fait n'est pas exceptionnel, puisque sur 12 cas, tous consécutifs, il est vrai, à des présentations du siège, Guillemot a trouvé 2 fractures de la clavicule, 1 fracture de l'humérus, 2 lésions mal déterminées ayant causé une ankylose partielle de l'épaule. Dans des cas de paralysie totale, une ankylose de l'épaule a été vue par Duchenne, une fracture de l'omoplate et de la clavicule par Seeligmüller.

Si vous vous souvenez de ce que je vous ai dit, en examinant notre malade actuelle, de l'aide que l'intégrité du squelette voisin a apportée au diagnostic, vous conclurez sans peine qu'une fracture concomitante sera souvent une cause d'erreur. La fracture sera une explication suffisante à l'impotence du membre, surtout s'il y a paralysie supérieure avec conservation des mouvements de la main et des doigts : puis une fois venue la consolidation, vous serez tout surpris de constater une paralysie persistante, jusqu'alors méconnue. Trop heureux si à ce moment la famille ne vous accuse pas d'avoir causé cette complication par un appareil mal appliqué. Il y a là une question embarrassante, parfois même insoluble sans l'aide de l'exploration électrique des muscles, car chez le nouveau-né le diagnostic entre l'impotence et la paralysie peut être à peu près impossible par les moyens ordinaires d'investigation.

Et la surprise sera pénible, car, quoi qu'on en ait dit, le pronostic est bien médiocre. Certes, il y a des cas légers, où la guérison est rapide et complète. Mais on a eu tort d'en vouloir faire la règle. Je suis resté sans nouvelles, après mon examen, de la fillette dont Weill a publié l'observation. Les parents l'avaient amenée de Belgique pour consulter à Paris, et depuis ils ne sont pas revenus. Mais, quoique je ne l'aie pas revue, je suis convaincu que ses lésions ont persisté, et qu'aucun traitement n'a pu les améliorer beaucoup. Aussi bien, les lésions nerveuses semblaient-elles profondes, puisque, en trois mois, elles ne s'étaient nullement modifiées, puisqu'elles s'accompagnaient d'une lésion arti-

culaire, puisque, à défaut de troubles trophiques cutanés, il y avait une grande atrophie musculaire.

Pouvons-nous croire que la fillette qu'on nous amène aujourd'hui guérira complètement ?

Nous aurions été en droit de l'espérer, si nous nous en rapportions aux affirmations des classiques, qui considéraient comme bénignes et de peu de durée les paralysies obstétricales. Il est probable que les auteurs de cette affirmation étaient tombés sur une heureuse série. Quoique, dans notre cas, il n'y ait ni troubles de sensibilité ni de trophicité, l'existence de la réaction de dégénérescence dans les domaines musculaires atteints nous oblige à réserver notre pronostic. Il est vraisemblable que nous n'aurons jamais de guérison complète. Cet examen électrique est précieux, car il permet à peu près seul d'établir un pronostic sur des bases sérieuses.

Il convient donc de savoir que le pronostic des paralysies radiculaires du plexus brachial d'origine obstétricale est aussi variable que celui des paralysies radiculaires traumatiques de l'adulte. On peut voir des paralysies légères, on rencontre plus souvent des paralysies durables.

Comby rapporte le premier, en 1891, 3 cas de ces paralysies radiculaires graves.

Mais surtout c'est à la thèse de Guillemot qu'il faut s'adresser pour avoir des renseignements sur ce point.

Les faits qu'il publie, au nombre de 12, sont des plus instructifs, car ils concernent des adultes, et l'on peut juger par eux de ce que deviennent, dix et vingt ans après, les paralysies graves du plexus brachial. Constamment M. Guillemot a noté des troubles trophiques du membre supérieur portant sur la peau, les ongles et surtout les muscles. Il a vu apparaître une scoliose lente consécutive à l'atrophie du bras.

Si vous tenez compte, en outre, des ankyloses parfois consécutives aux lésions ostéo-articulaires concomitantes, vous voyez combien grande peut être l'infirmité définitive.

Quelquefois même le pronostic immédiat est rendu grave, au point de vue de la vie, par des lésions similaires produites en

même temps sur le plexus cervical et le phrénique, sur le pneumogastrique.

Ces faits, il est vrai, n'ont rien à voir avec le pronostic de la paralysie radiculaire du plexus brachial envisagé en soi. C'est déjà bien assez qu'elle puisse conduire à une infirmité permanente : et dans les cas graves votre thérapeutique sera impuissante. Cependant, ce n'est pas un motif pour rester de parti pris dans l'inaction. Dans les cas légers, sans réaction de dégénérescence, vous prescrirez de courtes séances d'électricité faradique et des massages des muscles atteints. Si vous constatez déjà la réaction de dégénérescence, vous vous efforcerez de prévenir l'atrophie musculaire par les massages et les courants galvaniques de faible intensité. C'est ce que fait M. Huet, à ma demande, sur l'enfant que je lui ai adressée, sans grande illusion toutefois sur le résultat final.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

ANÉVRYSMES CIRSOÏDES ET ANÉVRYSMES ARTÉRIOS-VEINEUX DU CUIR CHEVELU

- I. — Description d'un anévrisme cirsoïde. Preuve de l'existence d'une phlébarterie limitée.
- II. — Traitements anciens actuellement abandonnés. Il faut extirper la phlébarterie. Les dilatations cirsoïdes disparaissent ensuite d'elles-mêmes.
- III. — Description de la pièce, où il s'agit d'une communication traumatique. Comparaison avec les angiomes devenant cirsoïdes.

Il y a quelques jours est entrée dans notre service une fillette de huit ans et demi sur laquelle nous avons pu observer avec netteté les signes d'une lésion peu fréquente : l'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu. Malgré sa rareté, je vais attirer votre attention sur ce fait, car il est de ceux qui portent en eux un enseignement pratique, et quand on connaît quelques particularités cliniques, aisées à retenir et à rechercher, le diagnostic est clair, la thérapeutique est efficace et relativement facile.

Certes, si vous lisez les livres classiques d'il y a encore une vingtaine d'années, vous en retirerez une conception dont l'obscurité sera grande. Non point que le diagnostic fût bien difficile : alors comme aujourd'hui, il consistait à appeler anévrisme cirsoïde une tumeur pulsatile et soufflante autour de laquelle artères et veines se dilataient en rameaux serpents, comparables à une