fréquente : elle constitue la lésion principale de la paralysie labio-glosso-laryngée. Au contraire, sa paralysie périphérique, funiculaire, est rare. On ne l'observe guère qu'à la suite de traumatismes atteignant directement le tronc de l'hypoglosse dans son trajet extra-cranien. Lorsqu'elle est unilatérale, la moitié correspondante de la langue est flasque, flétrie, molle et paralysée. Il en résulte quelques difficultés dans la déglutition, dans l'articulation et dans la mastication. La langue peut cependant être portée hors de la bouche, mais sa pointe est déviée du côté paralysé, ce qui s'explique par la persistance de la contractilité du génio-glosse sain. Lorsqu'elle est bilatérale, la langue reste immobile sur le plancher de la bouche; elle est, en outre, uniformément atrophiée des deux côtés.

Le diagnostic de la paralysie de l'hypoglosse est très facile ; mais il est souvent impossible de reconnaître si elle est d'origine nucléaire ou périphérique.

MALADIES DU PLEXUS CERVICAL.

Le plexus cervical, formé par les première, deuxième, troisième et quatrième paires cervicales, préside à la sensibilité du cou et de la moitié postérieure de la tête. Il distribue, en outre, la motilité à la plupart des muscles de la nuque et au diaphragme.

La NÉVRALGIE DU PLEXUS CERVICAL occupe, le plus souvent, les branches cervico-occipitales du nerf. Indépendamment de l'étiologie vulgaire des névralgies, elle reconnaît pour causes les lésions des vertèbres, le mal de Pott sous-occipital, la pachyméningite cervicale hypertrophique, etc. Les douleurs qu'elle détermine ont le caractère de crises d'élancements sillonnant la nuque et le derrière de la tête et s'étendant parfois vers les yeux, le front, les joues (névralgie cervico-trifaciale de Vallin), ou vers les épaules et les bras. Dans les intervalles des crises, le cou est raide et ses mouvements sont douloureux. Les principaux points douloureux de cette névralgie sont le point apophysaire, le point occipital (émergence du grand nerf occipital entre l'apophyse mastoïde et les premières vertèbres cervicales), le point cervical superficiel (entre le bord antérieur du trapèze et le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien), le point mastoïdien, les points auriculaires, etc.

Les paralysies et les névralgies du nerf phrénique méritent une mention spéciale. Ce nerf provient principalement des racines de la quatrième paire cervicale, renforcées par quelques filets provenant de la troisième et de la quatrième paire. Après avoir traversé la poitrine dans toute sa hauteur, il va se terminer dans les fibres musculaires du diaphragme, dont il est le nerf moteur.

La PARALYSIE DU DIAPHRAGME est le symptôme essentiel des lésions massives du phrénique. Elle se traduit par un phénomène facile à

constater : la dépression du creux épigastrique pendant l'inspiration. En même temps, la respiration, courte au repos, devient anhélante au moindre exercice. Mais la paralysie du diaphragme peut être produite par d'autres causes que la névrite du phrénique. On l'observe dans l'hystérie. On la rencontre aussi dans certaines atrophies musculaires d'origine myélopathique.

La NÉVRALGIE DU DIAPHRAGME est caractérisée par une douleur vive paroxystique siégeant à la base du thorax, s'irradiant le long du trajet du phrénique dans la poitrine (douleur en lame de couteau) et parfois vers le plexus brachial, s'accompagnant de gêne de la respiration et s'exagérant dans les mouvements d'éternuement, de bâillement et de toux. Dans les intervalles des crises névralgiques, on constate des points douloureux, dont les plus importants siègent aux apophyses cervicales, au-devant du scalène, quelquefois au niveau du troisième cartilage costal, et enfin à la base du thorax, au niveau des insertions des fibres diaphragmatiques.

MALADIES DU PLEXUS BRACHIAL ET DE SES BRANCHES.

Le plexus brachial est formé par l'entrelacement des fibres nerveuses provenant des quatre dernières paires cervicales et de la première dorsale. Les branches collatérales, au nombre de douze, et les six branches terminales se distribuent à tous les muscles du membre supérieur et à quelques muscles du tronc, notamment au grand et au petit pectoral, au grand dorsal, au grand dentelé, au rhomboïde, etc. Elles président aussi à la sensibilité de tout le membre supérieur, sauf d'une partie de la face interne du bras qui est innervée par le premier nerf intercostal.

PARALYSIES RADICULAIRES DU PLEXUS BRACHIAL.

Les paralysies du plexus brachial peuvent être déterminées par des lésions portant sur les racines du plexus, sur le plexus lui-même ou sur les nerfs qui en partent. On devrait donc logiquement les diviser en paralysies radiculaires, réticulaires et funiculaires. Mais, dans la pratique, on confond dans une description commune, sous le nom de *paralysies radiculaires*, celles qui dépendent de lésions des racines ou de lésions du plexus.

Observées pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), ces paralysies ont été depuis étudiées avec grand soin par Erb, Bernhardt, Mlle Klumpke, Strauss, Ross, Raymond, Rendu, etc. MM. P. Duval et G. Guillain en ont publié tout récemment une excellente monographie (1).

(1) P. DUVAL et G. GUILLAIN, Les paralysies radiculaires du plexus brachial. Paris, 1901.