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.

ÉTIOLOGIE. — Elles s'observent surtout chez l'homme et chez l'adulte. Dans la grande majorité des cas, elles sont le résultat de compression ou d'attrition du plexus. La compression peut être en quelque sorte professionnelle. C'est ainsi que Rieder a signalé la fréquence des accidents paralytiques des membres supérieurs chez les maçons de Munich, qui portent de lourdes pierres à l'aide d'appareils spéciaux dont les montants en bois prennent leur point d'appui sur les régions claviculaires. Dans d'autres cas, la compression est due à des tumeurs de voisinage nées dans les méninges, les vertèbres ou la région rétro-claviculaire (pachyméningites tuberculeuses ou hypertrophiques, caries des corps vértébraux, exostoses, cals exubérants).

L'attrition du plexus peut être causée par des déplacements de la tête humérale ou par des traumatismes directs. Elle se produit quelquefois pendant les tentatives de réduction des luxations de l'épaule.

L'extension exagérée du membre supérieur détermine parfois des paralysies radiculaires. Un malade de Tuffier eut une paralysie de ce genre après avoir été suspendu par les bras dans un accident de voiture. Dans le même ordre d'idées, il faut signaler l'influence nocive de l'extension forcée du bras pendant le sommeil chloroformique et de la compression hémostatique par les bandes élastiques (Braun).

La paralysie radiculaire par compression ou extension forcée peut résulter, chez les nouveau-nés, de manœuvres obstétricales (application de forceps ou tractions manuelles).

Dans quelques cas les racines du plexus brachial sont comprimées par des hémorragies traumatiques ou spontanées: Rendu et Raymond ont signalé des cas de ce genre.

Il est exceptionnel que les paralysies radiculaires du plexus brachial dérivent de l'action du froid, des infections ou des intoxications. Cependant il existe quelques observations où l'influence de ces causes paraît incontestable. Enfin, pour expliquer certains cas d'une interprétation obscure, Rendu a cru pouvoir faire intervenir un réflexe à point de départ gastro-hépatique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il est indispensable, pour avoir une idée précise de la symptomatologie des paralysies radiculaires du plexus brachial, de bien connaître la distribution et la topographie des branches nerveuses qui le constituent.

Le plexus est constitué par les cinquième, sixième, septième et huitième paires cervicales, auxquelles vient s'ajouter la première paire dorsale. Ces différentes paires subissent, dans son intérieur, une intrication telle que les branches efférentes qui en partent se trouvent être tributaires le plus souvent de plusieurs racines à la fois. Voici

comment il convient de comprendre cette disposition, d'après le travail de Féré (1) :

Le *nerf circonflexe* et le *musculo-cutané* tirent leur origine des cinquième et sixième paires cervicales. Le *radial* reçoit ses filets des sixième, septième et huitième cervicales. Le *médian* les reçoit des mêmes paires, mais, en outre, est partiellement tributaire de la première dorsale. Les deux dernières cervicales et la première dorsale donnent naissance au *cubital* ; le *brachial cutané interne* est fourni par la première dorsale.

Les *origines des branches collatérales du plexus* ne sont pas moins complexes que celles des branches terminales. La première dorsale fournit le *nerf intercostal*. Le *nerf du petit pectoral* naît de cette dernière et des septième et huitième cervicales. Le *nerf du grand dorsal* naît de la septième paire. Les branches du *grand dorsal* et *thoracique supérieur* naissent des cinquième, sixième et septième cervicales ; les nerfs du *grand rond* et du *grand dentelé*, des cinquième et sixième paires ; enfin la cinquième paire cervicale fournit les filets des nerfs *sous-claviculaire*, *angulaire de l'omoplate*, *rhomboïde*, *sus-scapulaire* et *sous-scapulaire inférieur*.

Nous devons enfin compléter ces données anatomiques en ajoutant que le plexus est uni au *sympathique cervical* par des *rameaux communicants* issus des huitième cervicale et première dorsale. Comme le prouvent surabondamment l'expérimentation et la méthode anatomo-clinique, cette partie du plexus tient sous sa dépendance la dilatation de la pupille et la projection du globe oculaire (muscle de Müller) : de plus, elle serait le siège d'une action nutritive trophique exercée sur les tissus de la joue (expériences de Claude Bernard, de Mme Dejerine-Klumpke).

Il résulte de ces dispositions : 1° que les lésions étendues à la totalité des racines du plexus brachial seront suivies de la paralysie de tous les muscles qui tirent leur innervation du plexus ; 2° que les lésions portant seulement sur les parties supérieures du plexus (cinquième et sixième paires cervicales) entraîneront surtout la paralysie des muscles thoraco-scapulaires (grand dorsal, grand rond, grand dentelé, rhomboïde, sus- et sous-scapulaires, etc.) innervés par les branches collatérales du plexus, et celle des muscles de l'épaule et du bras innervés par le circonflexe et le musculo-cutané (deltoïde, biceps, brachial antérieur) ; 3° enfin que les lésions n'intéressant que les racines inférieures (huitième cervicale et première dorsale) détermineront des paralysies à peu près exclusivement limitées aux muscles innervés par les nerfs médian, radial et cubital, c'est-à-dire aux muscles de l'avant-bras et de la main, et des troubles oculo-pupillaires.

(1) Féré, *Arch. de neurol.*, mai 1883.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

FORMES. — Aussi divise-t-on les paralysies radiculaires du plexus brachial en paralysies totales et paralysies partielles, ces dernières comprenant deux variétés principales : la variété supérieure et la variété inférieure.

Forme totale. — Le *début* de la paralysie est parfois insidieux : il est alors marqué ou bien par une simple sensation d'engourdissement au niveau du membre malade, ou bien par une *phase de douleurs névralgiques* lancinantes et très pénibles.

L'affection installée, les *phénomènes moteurs* sont, en général, les plus frappants. Le bras reste sans mouvements, les doigts, la main sont immobiles. Les deux segments du membre ne peuvent ni se fléchir, ni s'étendre. L'adduction, l'abduction, la rotation sont impossibles. Seuls, les mouvements d'élévation du moignon de l'épaule sont généralement conservés (innervation par le spinal du faisceau supérieur du trapèze et de l'angulaire de l'omoplate).

Les *réflexes* du poignet, du coude (tendon du triceps) sont intacts dans la grande majorité des cas.

Les *troubles de la sensibilité* sont assez variables. La règle est de trouver le contact, la piqûre et la température complètement abolis sur la main, l'avant-bras et la face externe du bras jusqu'à l'épaule. Ainsi se trouve dessinée, à la face interne du bras, une zone triangulaire où la sensibilité demeure intacte (territoire dépendant des deuxième et troisième dorsales). Il faut savoir, d'ailleurs, que la sensibilité peut demeurer normale sur une plus grande étendue : c'est ainsi qu'il n'est point rare de voir l'anesthésie disparaître totalement à l'avant-bras.

Le *sens musculaire* est généralement conservé. On a noté cependant son abolition complète. Ce fait a été relevé par Verhoogen (1), qui observa en même temps l'intégrité absolue de la sensibilité à ses divers modes.

Les *troubles oculo-pupillaires* permettent d'affirmer, quand ils existent, la lésion des rameaux communicants déjà signalés. Ils sont caractérisés par la diminution de la fente palpébrale, le myosis, quelquefois la rétraction du globe oculaire. La mydriase est tout à fait exceptionnelle. Quant à l'hémiatrophie faciale, elle ne se rencontre guère que dans certaines paralysies anciennes.

Parmi les troubles trophiques, il faut signaler tout d'abord l'*atrophie musculaire*. Elle débute ordinairement par les muscles scapulo-thoraciques et s'étend ensuite à ceux des bras, de l'avant-bras et de la main. Elle s'accompagne généralement des modifications de l'excitabilité électrique qui constituent la réaction de dégénérescence, et, dans les phases ultimes du mal, de perte complète de l'excitabilité faradique et galvanique des nerfs et des muscles.

(1) Verhoogen, *Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, février 1894.

En même temps la peau se flétrit, s'amincit, se dessèche ; les doigts, tiraillés en divers sens par des rétractions fibreuses, se placent dans des attitudes permanentes difformes ; la main en masse prend la disposition en griffe ou en patte de singe. Enfin le membre supérieur en totalité, maigre, émacié, squelettique, incapable d'aucun mouvement, pend inutile et inerte le long du corps.

Le pronostic de la paralysie radiculaire totale est grave. La guérison complète est tout à fait exceptionnelle. Le plus souvent les symptômes s'immobilisent et persistent indéfiniment. Quelquefois cependant, le mal, primitivement étendu à tout le plexus, se limite à une de ses parties et la paralysie totale se transforme en l'une ou l'autre des formes partielles qu'il nous reste à décrire.

Formes partielles. — On en décrit deux variétés : l'une supérieure, l'autre inférieure.

Variété supérieure. — Elle est caractérisée par la paralysie des muscles que fait contracter l'excitation électrique du point d'Erb (1), c'est-à-dire des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur.

On peut noter en outre la paralysie des court supinateur, grand pectoral (faisceau claviculaire), sus- et sous-épineux. Cette sous-variété est dite *obstétricale*, assez improprement d'ailleurs, puisqu'on l'a vue survenir chez l'adulte.

Quoi qu'il en soit, l'atteinte des divers muscles sus-indiqués entraîne, entre autres phénomènes, l'impossibilité de l'abduction volontaire du bras et de la flexion de l'avant-bras.

Les *troubles sensitifs* sont le plus souvent nuls, au moins dans la période d'état. Rendu pose en principe qu'il existerait toujours, au début, et parallèlement avec quelques douleurs névralgiques, une *anesthésie* éphémère cantonnée aux territoires des circonflexe, musculo-cutané, souvent aussi au pouce et à l'index (médian).

L'*atrophie musculaire* s'observe en général assez précocement ; on note, de son fait, la maigreur de la face antérieure de l'avant-bras, la saillie de la tête humérale, l'aplatissement du moignon de l'épaule.

L'*absence de troubles oculo-pupillaires* est un caractère important pour le diagnostic de cette forme.

Variété inférieure (type Klumpke). — Elle est bien plus rare que les variétés précédentes.

Les *douleurs* en marquent souvent le début. Le *cubital* et le *médian* sont atteints. Les fléchisseurs de la main, les interosseux, les muscles des éminences thénar et hypothénar sont paralysés. La main présente la *griffe cubitale*.

Dans cette forme, *l'anesthésie est la règle*. Elle existe, aux divers

(1) Ce point se trouve situé dans le creux sus-claviculaire, en arrière du bord externe du sterno-cléido-mastoïdien, tout près de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale.

modes, sur la moitié interne de la main et de l'avant-bras. Charcot a signalé, dans un cas, la *dissociation syringomyélique*. Cette anesthésie est habituellement persistante et très complète.

Le tableau clinique de cette forme comprend enfin l'ensemble des *phénomènes oculo-pupillaires* tels que nous les avons exposés en décrivant la forme totale.

MODALITÉS CLINIQUES. — La distinction des formes totales et partielles avec les deux subdivisions de ces dernières est nécessaire pour fixer les idées en symptomatologie, mais elle est un peu schématique. C'est ainsi que, dans l'ordre des phénomènes moteurs, nous savons que les formes dites *totales* respectent souvent certains muscles (domaine du médian-trapèze par exemple); nous savons aussi que les formes dites *partielles* peuvent se limiter et ne plus atteindre qu'un ou deux muscles.

Il en est de même dans la distribution des troubles sensitifs cutanés, qui sont loin d'occuper toujours le territoire qu'on leur assigne habituellement (1).

Mais parmi les variétés cliniques que présentent les paralysies radiculaires du plexus brachial, il faut faire une place importante à certains cas où les symptômes se groupent de telle façon que l'on observe un *maximum de troubles sensitifs* avec une symptomatologie motrice tout à fait négligeable. C'est ce que Raymond observa chez un de ses malades qui, après avoir été quelque peu paralysé, ne présentait plus que de l'anesthésie.

Gilbert Ballet (2) a publié une très remarquable observation de paralysie sensitivo-motrice des deux plexus brachiaux dans un cas de carie vertébrale tuberculeuse. Les douleurs, d'abord passagères et unilatérales, s'étaient, en deux ans, fixées aux deux membres supérieurs : à gauche suivant la topographie radiculaire des troisième paire cervicale et première dorsale; à droite suivant le territoire des cinquième et sixième paires cervicales.

Cette observation nous amène à signaler des *paralysies bilatérales* du plexus brachial. Le plus souvent, il s'agit de lésions rachidiennes suffisamment étendues pour comprimer les origines des deux plexus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les autopsies complètes ne sont pas nombreuses. Celles qui ont été pratiquées ont révélé l'existence d'altérations névritiques avec atrophie dégénératrice des muscles, et, le plus souvent aussi, atrophie de la corne antérieure de la moelle.

(1) Il faut savoir, au surplus, que la lésion ne respecte pas toujours les limites exactes du plexus brachial. Il n'est point rare d'observer, concurremment avec des paralysies de ce plexus, des altérations qui traduisent l'extension de la lésion, soit aux paires cervicales sus-jacentes, soit aux paires dorsales sous-jacentes.

(2) Gilbert Ballet, *Bull. méd.*, 1896, nos 76 et 78.

Le diagnostic est habituellement facile. Le traitement ne comporte pas d'autres indications que celles des névrites en général.

PARALYSIES FUNICULAIRES DU PLEXUS BRACHIAL.

Toutes les branches du plexus brachial, aussi bien les collatérales que les terminales, peuvent être atteintes de traumatismes ou de névrites, d'où résultent des paralysies d'origine neuropathique des muscles correspondants.

Les branches collatérales ne sont pas très souvent atteintes. Il y a cependant des exemples de paralysies isolées des muscles grand dorsal, grand rond, grand dentelé, rhomboïde, angulaire de l'omoplate, sus-scapulaire, sous-scapulaire, etc. Nous décrirons seulement, à titre d'exemple, celle du grand dentelé. Parmi les paralysies des branches terminales, nous nous arrêterons surtout sur celle du radial, qui est de beaucoup la plus commune et la plus importante.

Paralysie du grand dentelé.

Le grand dentelé est innervé par la branche thoracique postérieure du plexus brachial qui naît des cinquième et sixième paires cervicales. Il porte l'omoplate en avant, en dehors et en haut par la contraction simultanée de tous ses faisceaux.

Avant Duchenne (1), on confondait sous ce nom de *paralysie du grand dentelé* : « une affection complexe dans laquelle un ou plusieurs faisceaux musculaires se trouvent ou atrophiés, ou paralysés, ou contracturés ». Le plus souvent, en effet, cette paralysie est associée à celle d'autres muscles. Mais elle peut aussi exister seule. Barreiro (2), dans sa thèse, en rapporte seize cas, et tout récemment M. Souques (3) en a réuni dix-neuf observations inattaquables.

ÉTIOLOGIE. — Le plus souvent, elle est attribuée à l'effort ou à la fatigue musculaire.

Dans un cas de Wiesner, un charpentier qui portait des fardeaux sur l'épaule droite est atteint de paralysie; il charge ensuite son fardeau sur l'épaule gauche et voit s'installer une paralysie symétrique. Un malade de Buchmuller, en voulant jeter un sac de pommes de terre sur son épaule, ressent une vive douleur au niveau de l'épaule droite, et, presque immédiatement après, il ne peut soulever le bras au-dessus de l'horizontale.

(1) Duchenne, Électrisation localisée, 2e édit., p. 766.

(2) Barreiro, Contribution à l'étude de la paralysie du muscle grand dentelé. Th. de Paris, 1895.

(3) Souques, *Gaz. des hôp.*, 17 mars 1900.

Le froid et l'humidité ont été incriminés quelquefois. Un malade de Busch, ayant dormi sur la terre humide deux mois avant le début du mal, ressent des douleurs vives dans le dos, la poitrine et les épaules et se trouve atteint d'une paralysie isolée bilatérale des grands dentelés. Bernhardt cite le cas d'une femme de trente-neuf ans qui, s'étant exposée à un courant d'air pendant une nuit, constata, six ou huit semaines après, des troubles de la motilité du bras droit dépendant de la paralysie du grand dentelé.

Weber a vu survenir une paralysie isolée de ce muscle trois semaines après un accouchement. Baumler, M. Castaigne ont publié des cas de paralysie unilatérale consécutifs à la fièvre typhoïde. Il faut ajouter, à cette étiologie, les blessures accidentelles ou chirurgicales du nerf. Dans une observation, l'hystérie était en cause.

Lorsque la paralysie se produit après un effort brusque ou succède à des efforts répétés, il est probable, comme le dit M. Souques, qu'elle relève d'une sorte de traumatisme du nerf soumis à des tiraillements. Les autres faits sont plus difficiles à expliquer. A noter que la paralysie du grand dentelé est plus fréquente chez l'homme (17 cas sur 19) et siège plus souvent du côté droit. Lorsqu'elle est bilatérale, elle est habituellement plus prononcée de ce côté.

SYMPTOMATOLOGIE. — Très souvent les malades ressentent, dans la région scapulaire, des douleurs vives qui précèdent les phénomènes paralytiques et peuvent durer plusieurs semaines. Lorsque l'affection est constituée, on observe une déformation de la région scapulaire. La paroi postérieure du creux de l'aisselle a presque entièrement disparu. La région a un aspect lisse et uni par suite de la disparition des digitations du grand dentelé. L'omoplate est élevée en masse, son angle inférieur est rapproché du rachis, son bord spinal tend à s'écarter du thorax en se rapprochant de la colonne vertébrale. Le malade ne peut élever le bras au-dessus de la ligne horizontale. La contraction isolée du deltoïde permet, en effet, l'élévation du bras jusqu'à ce niveau, mais en même temps, le bras, pesant de tout son poids sur l'angle externe de l'omoplate, imprime à cet os : 1° un mouvement de bascule qui élève et rapproche de la ligne médiane l'angle inférieur ; 2° un mouvement de rotation qui l'éloigne de la paroi postérieure en faisant saillir sous la peau son bord spinal. Il se forme alors une gouttière entre ce bord et le thorax : le *scapulum alatum* est constitué.

Cette contraction isolée du deltoïde, impossible à l'état normal, est réalisée lorsque le muscle grand dentelé est paralysé et ne s'oppose plus à la rotation du scapulum. Dans certains cas, la portion moyenne du trapèze, très développée, peut permettre une certaine élévation du bras qui masque un peu la paralysie.

Les réactions électriques ne présentent rien de spécial.

La *marche* est variable selon la cause. Le plus souvent, la paralysie persiste pendant de longues semaines.

Le *traitement* est celui des autres paralysies périphériques.

Paralysie radiale.

La paralysie radiale est la plus fréquente des paralysies du bras. C'est aussi celle qui se trouve le plus souvent à l'état isolé, complètement indépendante de toute lésion des nerfs voisins. Le long trajet, la position superficielle du nerf radial le rendent, en effet, très accessible aux diverses causes vulnérantes.

La paralysie radiale peut reconnaître une origine cérébrale ou médullaire, ou être due à une altération du nerf lui-même.

Les expérimentations comportant la destruction d'une partie de l'écorce cérébrale peuvent déterminer des paralysies imparfaites limitées aux muscles innervés par le radial.

Les lésions médullaires peuvent aussi produire une paralysie radiale isolée. Hallopeau a rapporté l'histoire d'un serrurier atteint de myélite diffuse, qui, comme premier symptôme, présenta une paralysie des extenseurs. Strümpell a observé une paralysie radiale à la période préataxique d'un tabes. Mais ce sont là des causes rares, et, dans ces cas, la paralysie radiale n'est que la première étape de troubles plus étendus et bientôt généralisés.

Le plus souvent, la paralysie du radial est d'origine périphérique et due à une lésion du nerf lui-même. Elle peut être causée par une intoxication saturnine, alcoolique ou arsenicale. Bernhardt l'a signalée à la suite du typhus exanthématique. Le nerf put être examiné et fut trouvé atteint de névrite. On l'a rencontrée également au cours du rhumatisme articulaire aigu. M. Arnozan l'a vue se produire après des injections sous-cutanées d'éther. Mais les causes les plus fréquentes sont la compression, les traumatismes et le froid.

Le plus souvent, le malade est atteint à son réveil et le bras paralysé est celui sur lequel il était couché. La compression est alors la cause de la paralysie. Cette compression est favorisée par des dispositions anatomiques bien connues. A l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du bras, dans la gouttière de torsion de l'humérus, le radial devient tout à fait superficiel et peut se trouver comprimé entre l'os et un plan résistant. M. Panas (1), qui a défendu ce mécanisme, donnait comme argument que le triceps était épargné, tandis que le long supinateur était toujours atteint, par ce que le rameau nerveux destiné au triceps prend naissance au-dessus de la compression. MM. Joffroy, Liégeois ont rapporté des cas dans lesquels ce muscle était affaibli ainsi que l'anconé. Mais,

(1) Panas, *Arch. gén. de méd.*, juin 1873.