Paralysie du musculo-cutané.

La paralysie du musculo-cutané existe rarement à l'état isolé. L'étiologie est celle des autres paralysies des nerfs du plexus brachial. Le plus souvent elle est d'origine traumatique et due à une plaie par instrument piquant ou tranchant, à une contusion par fracture du col de l'humérus. Erb l'a vue se produire à la suite d'une opération chirurgicale dans la fosse sus-claviculaire; Bernhardt (1), consécutivement à une luxation et une contusion de l'épaule. Strauss en a rapporté deux cas, l'un consécutif à une plaie par coup de sabre; l'autre, par fracture du col de l'humérus (2).

Le nerf musculo-cutané innerve les muscles fléchisseurs de l'avant-bras : biceps, coraco-brachial et brachial antérieur, muscles qui agissent surtout quand l'avant-bras est en supination. Lorsqu'il est paralysé, les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras sont très faibles ou impossibles. Le membre supérieur est flasque et dans l'extension. Il existe des troubles de sensibilité dans la région externe de l'avant-bras correspondant. L'atrophie musculaire, les troubles trophiques ne présentent rien de spécial. Strauss, comme signe de la paralysie isolée du musculo-cutané, insiste sur la présence, à la face antéro-externe du bras, d'une vaste dépression située entre les attaches du deltoïde et la naissance du long supinateur et due à l'atrophie du brachial antérieur.

NÉVRALGIES DU PLEXUS BRACHIAL

(Névralgies cervico-brachiales de Valleix).

Ces névralgies ne sont pas fréquentes, et se développent le plus souvent à la suite d'un traumatisme des nerfs, affectant tantôt l'ensemble des branches terminales du plexus, tantôt une seule d'entre elles. Les douleurs qu'elles provoquent ont les caractères généraux des douleurs névralgiques : crises d'élancements violents séparées par des intervalles où la douleur est sourde, profonde. Les points douloureux les plus connus sont le point axillaire (à la partie supérieure du creux de l'aisselle), le point cubito-carpien (à l'endroit où le nerf cubital passe au-devant du carpe pour se porter dans la paume la main), le point épitrochléen, le point circonflexe, etc.

La douleur est parfois limitée à une des branches du plexus (névralgies du cubital, du radial, du circonflexe, etc.). Une de ses variétés les plus nettes est la *névralgie épicondylienne*, dans laquelle la douleur est localisée à la face externe du coude et de l'avant-

(1) Bernhardt, *Neurol. Centralbl.*, 1892, p. 257.
(2) J. Strauss, Zwei Fälle von isolirter peripherischer Lähmung der Nervus musculo-cutaneus (*Berl. klin. Wochenschr.*, 13 septembre 1897).

bras. Signalée par Remak, étudiée par Bernhardt, Molle, Couderc, Feré, Rivière, etc., elle survient brusquement à la suite d'un violent effort, ou graduellement à la suite de mouvements forcés et répétés.

Plus fréquente chez l'homme et à l'âge adulte, elle atteint surtout le bras droit. Cette névralgie peut être provoquée par tous les travaux qui mettent en jeu les muscles épicondyliens. On la rencontre chez les maçons, les boulangers. Molle l'a observée chez des hommes qui avaient pratiqué la taille des mûriers ou le gaulage des noix, Couderc l'a signalée chez les maîtres d'armes; Feré, chez les hommes et les femmes travaillant à la buanderie de Bicêtre et portant du linge sur leurs avant-bras fléchis.

Si le début est progressif, le sujet sent un endolorissement vague, puis au bout de quelques heures survient une douleur spontanée, qui peut également se produire d'une manière brusque. Cette douleur siège sur la face antérieure de l'épicondyle, sur le bord antérieur de la cupule radiale, à la face externe de l'avant-bras (1). Elle est exagérée par la pression, par les mouvements de préhension et d'extension et rend tout travail impossible. Il n'existe pas de troubles objectifs de la sensibilité. La douleur ne suit pas le trajet des nerfs. C'est une algie localisée que l'absence d'ecchymose et de déformation ne peut faire rattacher à la rupture des fibres tendineuses ou musculaires (Feré).

La guérison a lieu en deux ou trois semaines. La maladie peut durer plus longtemps lorsqu'elle est survenue à la suite de mouvements violents. Elle nécessite alors l'emploi du massage et de l'électricité. Molle, chez un syphilitique, a prescrit avec succès le sirop de Gibert.

MALADIES DES NERFS INTERCOSTAUX.

NÉVRALGIE INTERCOSTALE.

Les nerfs intercostaux, au nombre de douze, prennent naissance à la bifurcation des troncs rachidiens, en dehors des trous de conjugaison : ils sont constitués par les branches antérieures des douze paires dorsales. Sensitifs et moteurs, ils sont destinés à l'innervation des parois thoracique et abdominale. Ils cheminent chacun dans l'espace interscostal correspondant, et fournissent dans leur trajet de nombreuses branches collatérales : rameaux sous-costaux pour les côtes, le périoste et la plèvre costale; rameaux musculaires pour les muscles intercostaux, sus-costaux et sous-costaux, les petits dentelés postérieurs et les muscles de l'abdomen; rameaux anastomotiques pour le grand sympathique, les nerfs intercostaux voisins,

(1) Rivière, De l'épicondylalgie. Th. de Paris, 1896-1897.

le brachial cutané interne et son accessoire ; enfin rameaux cutanés qui portent le nom de *perforants* et sont au nombre de deux pour chaque nerf : le perforant latéral, qui se sépare du tronc nerveux à la partie moyenne de l'espace intercostal, et le perforant antérieur, véritable branche terminale du nerf intercostal. Ce dernier émerge à la partie antérieure de la paroi thoracique, en un point variable, mais toujours très rapproché de la ligne médiane, au voisinage du bord sternal pour les quatre premiers intercostaux, de chaque côté de la ligne blanche pour les autres. Enfin les quatrième et cinquième nerfs intercostaux fournissent l'innervation des glandes mammaires et des mamelons.

La névralgie intercostale est celle qui siège dans une ou plusieurs des branches antérieures des douze paires dorsales. Si elle atteint, en même temps, les branches postérieures, elle est dite *dorso-intercostale*.

ÉTIOLOGIE. — Pour ne pas nous exposer à des redites, nous ne considérerons dans l'étiologie de cette affection que les causes spéciales ou présentant ici quelque particularité intéressante. La névralgie intercostale est une des plus fréquentes. Elle s'observe plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes dans la proportion de 51 pour 11. Pour expliquer cette fréquence relativement grande chez la femme, Bassereau avait considéré la névralgie intercostale comme une complication très habituelle des désordres utérins. Vers la même époque, Valleix retournait cette proposition et pensait, au contraire, que parmi les douleurs utéro-ovariennes un bon nombre n'étaient que des manifestations névralgiques et devaient être rattachées à la névralgie lombo-abdominale et non à la névralgie intercostale. On s'est borné, depuis, à incriminer, sans preuves suffisantes, toutes les causes d'anémie fréquentes chez la femme, la grossesse, la lactation prolongée, les métrorragies répétées, les affections chroniques de l'estomac, etc. On a cru, chez les dysménorrhéiques et chez les hémorroïdaires, à la stase des plexus veineux intrarachidiens et à la compression possible des racines. Enfin les tumeurs du sein, le cancer en particulier, se compliquent souvent de névralgie intercostale. Toutes ces causes jouent peut-être un rôle dans la prédisposition du sexe féminin.

L'influence des lésions osseuses de la cage thoracique est plus évidente. Les contusions, les fractures de côtes, les pseudarthroses ou les cals vicieux consécutifs, les caries et les nécroses sterno-costales peuvent facilement provoquer des symptômes névralgiques dans le domaine des nerfs intercostaux. Il en est de même des déformations de toute nature de la colonne vertébrale, des lésions tuberculeuses du rachis, le mal de Pott agissant autant par la pachyméningite compressive qui l'accompagne que par l'effondrement même des corps vertébraux. Les tumeurs du médiastin, l'anévrysme de l'aorte surtout, s'accompagnent souvent aussi de névralgies intercostales à la suite d'usure osseuse et de compression des filets nerveux.

La névralgie intercostale peut encore se rencontrer dans les lésions du péritoine, dans les affections chroniques des organes abdominaux, du foie et de l'estomac en particulier. On sait, par exemple, qu'elle peut constituer un équivalent clinique de la colique hépatique.

Mais parmi toutes les causes locales, les lésions des poumons et de la plèvre sont les plus importantes. La tuberculose pleuro-pulmonaire chronique revendique pour elle la plus large part des névralgies intercostales : elles traduisent alors la propagation de l'inflammation aux filets nerveux et au tronc intercostal lui-même. Il s'agit dans ces cas de névrite qu'expliquent fort bien les rapports intimes des nerfs intercostaux avec la plèvre, surtout dans les parties postérieures des espaces intercostaux.

SYMPTOMATOLOGIE. — Elle a depuis longtemps été établie par Valleix et on a bien peu ajouté à sa remarquable étude.

La douleur est l'élément essentiel de l'affection. Elle siège de préférence à l'hémithorax gauche et affecte une prédilection très marquée pour les nerfs intercostaux moyens, du cinquième au neuvième. Un nerf est rarement atteint isolément, on voit presque toujours la névralgie s'étendre à plusieurs à la fois : en général, trois ou quatre espaces sont atteints simultanément.

La douleur spontanée est tout d'abord continue et se distingue en cela des autres douleurs névralgiques. Elle consiste en une sensation de pression, de constriction plus ou moins pénible, assez marquée dans certains cas pour gêner les mouvements respiratoires et forcer le malade à immobiliser sa cage thoracique. Elle n'apparaît, chez quelques sujets, que dans les inspirations profondes, dans les mouvements du tronc ou des membres, dans la toux, l'éternuement, le bâillement, le hoquet, les efforts. En général, l'accomplissement de ces différents actes physiologiques détermine l'apparition de paroxysmes douloureux, sous forme d'élancements. Ces élancements se font sentir sur toute l'étendue de l'espace intercostal; ils semblent naître à la fois aux deux extrémités, donnent la sensation de coups de canif ou de couteau et paraissent se confondre dans la région moyenne de l'espace malade. Les accès peuvent devenir assez intenses pour plonger le malade dans une angoisse pénible. Ils apparaissent plus spécialement le soir, atteignent leur maximum d'intensité et de répétition à la période d'état de l'affection, pour diminuer et disparaître bien avant la douleur contusive continue.

La recherche des points douloureux à la pression fournit des indications importantes. Dans la névralgie intercostale, il existe trois points douloureux principaux, qui sont, dans l'ordre de fréquence : le *point*

postérieur ou *point vertébral*, situé entre deux vertèbres, à l'émergence des branches antérieures des paires dorsales, au voisinage des trous de conjugaison ; le *point antérieur* ou *point sternal*, qui correspond au rameau perforant antérieur ; on le découvre, par conséquent, entre le sternum et les articulations chondro-sternales, plus près du sternum que des côtes ; enfin le *point moyen* ou *point latéral*, qui répond au rameau perforant latéral ; il est donc situé, au milieu de l'espace intercostal, sur la ligne axillaire pour les six premiers espaces, en arrière de cette ligne pour les autres. On a décrit, en outre, des points douloureux accessoires : points apophysaires, point épigastrique ou xiphoïdien, point cardiaque, etc. Ces points sont facilement déterminés, quand ils existent ; ils occupent une superficie de 2 à 3 centimètres de diamètre environ et la douleur à la pression reste exactement limitée aux cercles qu'ils limitent. Les trois premiers, plus fréquents, sont, pour ainsi dire, les foyers de la douleur continue et les centres d'irradiation des élancements paroxystiques.

Indépendamment de ces élancements, la douleur peut s'irradier vers le dos, l'épaule, le bras, la mamelle, les lombes ou l'hypogastre, grâce aux anastomoses des nerfs intercostaux. Ces irradiations pourraient même s'étendre jusqu'au nerf vague et faire apparaître de la dyspnée, de la tachycardie, des accès d'angine de poitrine.

L'hyperesthésie est plus fréquemment observée que l'anesthésie des territoires cutanés douloureux. La pression large et progressive exercée avec la main tout entière est fort bien supportée : elle a même, dans quelques cas, calmé les douleurs.

Les troubles vaso-moteurs et sécrétoires liés à la névralgie intercostale sont mal connus.

Les troubles trophiques en rapport avec cette affection sont représentés presque uniquement par le zona, dont il sera question plus loin.

Enfin on a signalé, dans les névralgies des derniers nerfs intercostaux, une exagération du réflexe abdominal et, aussi, de la mydriase de la pupille du même côté.

La névralgie de certains nerfs intercostaux peut revêtir une forme clinique particulière, tout à fait différente du tableau symptomatique précédent. C'est ainsi que l'on décrit, sous le nom d'*épigastralgie*, une névralgie localisée au creux épigastrique, d'intensité remarquable en ce seul point, sans retentissement douloureux intercostal, et accompagnée de phénomènes gastriques, nausées, vomissements. De même, certains auteurs veulent faire rentrer dans cette classe de névralgies intercostales anormales, les faits depuis longtemps observés de *névralgie mammaire* et connus sous le nom de *mastodynie* ou de *mamelle irritable*. Les douleurs mammaires présentent souvent une violence inouïe et elles peuvent s'accompagner de tuméfactions passagères (*tumeur irritable du sein* d'A. Cooper).

PRONOSTIC. — Il est lié essentiellement à la cause provocatrice de l'affection. Bénin pour les névralgies indépendantes de lésions anatomiques définies, il peut devenir plus grave en raison de la ténacité du mal et des récidives fréquentes : on cite même quelques exemples de névralgies chroniques. En ce qui concerne les névralgies liées à une lésion matérielle évidente, le pronostic est en rapport avec la gravité de la cause. La cause disparue, l'affection peut cependant persister : une névralgie intercostale peut fort bien se rencontrer longtemps après la consolidation d'une fracture de côtes, la réparation d'une carie costale ou la guérison d'une pleurésie. Enfin l'apparition de douleurs névralgiques intercostales dans les tumeurs du médiastin, du rachis ou du sein, dans la tuberculose pulmonaire, est très fâcheuse, car la névralgie s'ajoute aux misères et aux souffrances nombreuses de ces malades et souvent torture ces derniers jusqu'à leur mort.

DIAGNOSTIC. — Il est, en général, facile. La douleur provoquée par une fracture de côtes, par une lésion osseuse quelconque, tuberculeuse ou syphilitique, ne sera pas confondue avec celle de la névralgie vraie. Le point de côté des affections pleuro-pulmonaires aiguës est une douleur très bien caractérisée par sa fixité, la profondeur de son siège ; les résultats de l'examen des organes respiratoires lèveront au besoin tous les doutes. La pleurodynie, ou rhumatisme des muscles de la paroi thoracique, présente une douleur diffuse et ne possède pas de points douloureux exactement repérés. La brusquerie des accidents d'angine de poitrine suffira à elle seule pour faire cesser toute erreur rendue possible par le siège de la douleur et ses irradiations.

Plus délicat est le diagnostic de la cause. Ici, il faudra interroger minutieusement les parois thoraciques, la cage osseuse, tout particulièrement le rachis. L'état des organes respiratoires et, en général, des organes intrathoraciques devra être exploré avec le plus grand soin : leurs moindres lésions sont capables de retentir sur les troncs nerveux qui les entourent ; aussi dans cet examen découvrira-t-on souvent la véritable raison de la névralgie intercostale.

ZONA INTERCOSTAL.

Le zona ayant été décrit dans cet ouvrage par MM. E. Gaucher et C. Barbe (1), nous nous bornerons à signaler quelques détails de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de cette affection qui ont été mis en lumière par les travaux tout récents de Head et Campbell (2).

(1) E. Gaucher et C. Barbe. Article Zona, T. III, p. 719.
(2) H. Head et W. Campbell, The pathology of herpes zoster and its bearing on sensory localisation (*Brain*, part III, 1900, p. 353).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La première observation de zona suivie d'autopsie régulière est due à Bærensprung. Elle se rapporte à un malade qui mourut de tuberculose pulmonaire quatorze jours après l'apparition d'une éruption zostérienne du thorax. La moelle était normale. En revanche, les cinquième, sixième, septième et huitième nerfs intercostaux étaient rouges, tuméfiés, gorgés de sang, ainsi que les ganglions correspondants qui étaient, en outre, le siège d'extravasations hémorragiques. Cette observation a été le point de départ de la théorie nerveuse du zona, et plus particulièrement de celle qui rapporte son origine à des altérations primitives des ganglions rachidiens. Depuis lors, des faits nouveaux, accompagnés la plupart d'examens microscopiques, ont été rapportés par Charcot et Cotard, Weidmer, Wagner, O. Wyss, Sattler, Kaposy, Chandelus, Lesser, Pitres et Vaillard, Curschmann et Fisenlohr, Dubler, etc. Les uns révélaient des lésions manifestes des ganglions, les autres ne montraient d'altérations appréciables que dans les cordons nerveux périphériques, si bien que la question de savoir si le zona devait être considéré comme une affection d'origine ganglionnaire ou funiculaire restait indécise. Les recherches de Head et Campbell, basées sur l'analyse de vingt et une observations originales, toutes suivies d'autopsie et d'examens microscopiques très soignés, permettent de lui donner une solution définitive.

Toutes les fois que la mort est survenue pendant que l'éruption cutanée était en évolution, les ganglions rachidiens correspondant à l'exanthème ont été trouvés infiltrés de petites cellules arrondies accumulées autour des vaisseaux, comme cela s'observe dans les processus inflammatoires intenses du système nerveux. Parfois même, dans les cas récents, il y avait des hémorragies interstitielles dissociant les éléments ganglionnaires. Les cellules nerveuses des ganglions étaient complètement détruites ou réduites en petites masses pâles, ne se colorant plus par le bleu de méthylène, mais prenant une coloration vive par la safranine. Dans quelques cas, les noyaux de ces cellules étaient gonflés et se coloraient vivement et uniformément en bleu par la méthode de Nissl, de telle sorte qu'on ne pouvait plus distinguer le nucléole ni la disposition réticulaire normale du protoplasma nucléaire (inflammation interstitielle aiguë avec infarctus hémorragiques et nécrose des cellules). Lorsque l'éruption est passée, les globules sanguins se résorbent peu à peu et les éléments inflammatoires infiltrés dans le ganglion malade s'organisent en tissus scléreux. Les lésions occupent tantôt un seul ganglion, tantôt deux ou trois ganglions superposés.

A ces altérations primitives et constantes des ganglions succèdent des altérations secondaires, qui s'étendent d'une part aux ganglions postérieurs et à la moelle, d'autre part aux nerfs périphériques.

La dégénération des fibres des cordons postérieurs commence à devenir apparente vers le dixième jour après le début de l'éruption. Si les lésions cellulaires qui la commandent sont légères et réparables, les fibres dégénérées peuvent par la suite récupérer leur structure; si elles sont profondes et étendues, les fibres détruites ne se régénèrent jamais: elles sont remplacées peu à peu par du tissu fibreux.

La moelle subit, elle aussi, le retentissement de la destruction des cellules ganglionnaires et de la dégénération des racines postérieures. Les lésions qu'on y rencontre sont de même nature et ont la même distribution topographique que celles qui suivent la section expérimentale des racines postérieures ou l'excision des ganglions. Elles débutent vers le dixième jour après l'éruption. Il est à noter que la résorption de la myéline désagrégée s'opère plus vite dans la moelle que dans les ganglions et que, lorsqu'elle est effectuée, il est très difficile, souvent même impossible de constater, soit à l'œil nu, soit au microscope, des altérations suffisantes pour révéler les traces de la dégénération passée. Les cornes antérieures de la moelle et les racines antérieures ont toujours été trouvées normales.

Des phénomènes de dégénération et de régénération semblables à ceux qui se passent dans les fibres des racines postérieures et de la moelle se produisent dans celles des nerfs périphériques. Les premiers symptômes de la dégénération apparaissent vers le dixième jour après le début de l'éruption. Le nombre des fibres dégénérées est directement proportionnel à la gravité et à l'étendue des lésions destructives des cellules ganglionnaires. Si celles-ci ont été légères et fugaces, on peut ne rencontrer dans les nerfs aucune trace évidente de dégénération secondaire. Si, au contraire, elles ont été assez graves pour déterminer la destruction irréparable d'un grand nombre de cellules, les nerfs altérés secondairement ne récupèrent jamais leur structure normale : ils sont remplacés par du tissu fibreux. Dans les cas de moyenne intensité, les fibres dégénérées se restaurent peu à peu, si bien qu'après quelques mois elles ont repris les apparences histologiques et les fonctions de fibres saines. En somme, les lésions des nerfs sont absolument dépendantes des lésions cellulaires primitives qui les précèdent et les commandent.

Ces notions anatomo-pathologiques jettent une vive lumière sur la pathogénie du zona.

PATHOGÉNIE. — Les symptômes généraux qui précèdent habituellement l'apparition de la douleur locale et de l'éruption, l'épidémicité de l'affection, l'immunité qu'elle confère dans la plupart des cas, ont déjà conduit un certain nombre d'observateurs, notamment Landouzy, Erb, Letulle, etc., à considérer le zoster comme une

maladie générale spécifique. Head et Campbell partagent cette opinion. Ils font remarquer les analogies du zona avec la paralysie infantile. Les deux affections débutent par une phase fébrile. Toutes deux sont causées par des lésions inflammatoires interstitielles aiguës avec infarctus hémorragiques et nécrose des cellules nerveuses. Ces lésions siègent, pour la paralysie infantile dans les cornes antérieures de la moelle, pour le zona dans les ganglions des racines postérieures. Mais les cornes antérieures et les ganglions rachidiens sont des organes anatomiquement et physiologiquement équivalents. Les premières renferment, en effet, les cellules des protoneurones moteurs, les seconds celles des protoneurones sensitifs. Si la paralysie infantile est une poliomyélite antérieure aiguë, on pourrait donc tout aussi justement désigner le zona sous le nom de *poliomyélite postérieure aiguë.*

Les agents infectieux qui causent ces deux variétés de poliomyélite sont encore inconnus dans leur nature. Les examens bactériologiques sont restés négatifs et les tentatives de culture infructueuses. On sait seulement qu'après avoir circulé dans le sang et donné lieu par leur présence à une réaction fébrile générale, ils se fixent sur un segment des cornes antérieures ou sur quelques ganglions rachidiens, dont ils altèrent profondément la structure. Les destructions cellulaires qu'ils provoquent sont suivies de dégénérations secondaires très étendues, mais qui n'ont plus rien de spécifique. Ces dégénérations aboutissent, dans la paralysie infantile, à l'atrophie définitive des groupes de muscles dont l'innervation provient des cellules détruites. Dans le zona, elles sont plus complexes. Les unes sont ascendantes, les autres descendantes. Celles-ci pourraient bien déterminer quelques atrophies musculaires, mais non l'éruption zostérienne. Cette éruption est le résultat de la transmission à la moelle de l'irritation des cellules ganglionnaires et des fibres des cordons postérieurs, et de l'excitation consécutive des appareils sensitifs et vaso-moteurs intramédullaires, excitation qui se réfléchit dans ces appareils et se traduit à la périphérie par des zones d'hyperesthésie d'abord, puis par l'éruption zostérienne.

La meilleure preuve que les choses se passent bien ainsi, est tirée de l'étude de la distribution topographique de l'exanthème herpétiforme. On croyait naguère que l'éruption se superposait à l'aire de distribution des nerfs altérés. Une étude plus attentive de sa répartition sur le tégument a montré que cette opinion n'était pas exacte. Pour ce qui concerne, par exemple, le zona thoracique, le plus fréquent de tous, sa direction correspond bien à peu près au trajet des nerfs intercostaux quand il siège à la partie supérieure de la poitrine; mais, quand il siège à la base, il en est tout autrement; la zone couverte d'herpès est notablement moins oblique que les nerfs sous-jacents : elle forme avec eux un angle de près de 45 degrés.

Trousseau, Parrot, Potain avaient déjà noté cette particularité sans en donner une explication satisfaisante. Brissaud lui a appliqué sa théorie de la métamérie médullaire. Il suppose que les lésions du zona intéressent primitivement la moelle et atteignent spécialement dans la moelle les appareils segmentaires qui président à l'innervation par bandes horizontales des différents segments du corps. Mais la théorie des métamères médullaires, telle que l'a conçue et exposée Brissaud, est passible de nombreuses objections. Celle de Head paraît plus rapprochée de la réalité. Il paraît bien démontré, tout au moins, que les douleurs et l'exanthème qui accompagnent le zona thoracique se localisent constamment sur les mêmes points du tégument, correspondant toujours aux zones d'hyperesthésie cutanée qui se développent sur le tronc à la suite des lésions irritatives des viscères thoraciques ou abdominaux et que Head a soigneusement étudiées dans une série de mémoires qui ont vivement attiré l'attention des médecins à l'époque où ils ont été publiés. Or ces zones sensibles d'origine viscérale sont manifestement causées par l'irritation des centres sensitifs médullaires. La souffrance d'un organe quelconque, dit en substance Head, est transmise à la moelle par les filets sympathiques qui traversent les ganglions et les cornes postérieures. Arrivée à la moelle, elle se propage aux centres sensitifs voisins du point d'arrivée des fibres sympathiques irritées. Ces centres deviennent hyperexcitables, et leur hyperexcitabilité se traduit à la fois par des douleurs subjectives que le sujet ressent à la périphérie en vertu de la loi de Müller, et par la formation de plaques d'hyperesthésie cutanée à topographie invariable. Quand l'irritation initiale siège dans les ganglions rachidiens, ces zones de sensibilité réfléchie sont encore plus marquées que lorsque l'irritation a son point de départ dans les viscères. Mais la forme de leur aire de projection sur la peau est la même, et dans le zona, dont les lésions sont primitivement localisées dans les ganglions rachidiens, c'est toujours dans ces aires de projection que se développe l'éruption.

MALADIES DU PLEXUS LOMBAIRE.

Le plexus lombaire, formé par les anastomoses que s'envoient, avant leur distribution périphérique, les branches antérieures des quatre premières paires lombaires, fournit par ses branches collatérales (grand et petit abdomino-génital, fémoro-cutané et génito-crural) la motilité aux muscles transverse, grand oblique, petit oblique, tenseur du fascia lata, et la sensibilité à la peau du scrotum (grandes lèvres chez la femme), d'une partie de la fesse et de la région antéro-externe de la cuisse. Les branches terminales, au nombre de deux (nerf obturateur et nerf crural) innervent les muscles obtura-