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-

teur, crural, psoas, pectiné, adducteurs et quadriceps, et président à la sensibilité des régions antéro-internes de la cuisse et du genou, ainsi que de la moitié interne de la jambe et du pied.

PARALYSIES RADICULAIRES DU PLEXUS LOMBAIRE.

Entre le point où elles émergent de la moelle et celui où elles traversent les trous de conjugaison qui leur sont destinés, les racines du plexus lombaire ont, dans le canal rachidien, une direction d'autant plus verticale et un trajet d'autant plus long qu'elles sont plus inférieures.

Dans ce parcours elles peuvent être atteintes de lésions spontanées ou traumatiques susceptibles de donner lieu à des paralysies radiculaires.

La symptomatologie des paralysies radiculaires du plexus lombaire a été peu étudiée. On sait pertinemment, par quelques observations isolées, qu'elles peuvent atteindre exclusivement les racines supérieures ou les racines inférieures. Dans le premier cas, il se produit une paralysie des muscles de la ceinture abdominale; dans le second, une paralysie totale ou partielle du crural ou de l'obturateur. Mais ces paralysies sont le plus souvent associées à des lésions coexistantes de la moelle ou des racines du plexus sacré, de telle sorte que leur symptomatologie se confond avec celle des maladies du segment lombaire de la moelle ou de la queue de cheval.

La principale maladie des branches collatérales du plexus lombaire est représentée par la névralgie lombo-abdominale.

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

Elle peut être provoquée par les causes banales des névralgies et, en outre, par les hernies crurale et obturatrice, par les maladies inflammatoires des organes pelviens (cystite, métrite, annexite), par les altérations des muscles psoas. Elle est quelquefois déterminée par la blennorragie (Valleix) et les épididymites blennorragiques (Mauriac).

Les points douloureux les plus fréquents sont, d'après Valleix : le *point lombaire*, siégeant un peu en dehors des premières vertèbres de ce nom, et dans la portion de peau où se rendent les filets des branches postérieures ; le *point iliaque*, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des iles ; le *point hypogastrique*, au-dessus de l'anneau inguinal ; un *point inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope ; un *point scrotal* ou *de la grande lèvre*.

La névralgie du testicule (*irritabile testis*) serait, d'après certains auteurs, une forme viscérale localisée de la névralgie lombo-abdominale ; pour d'autres, elle constituerait une variété de névralgie du sympathique.

PARALYSIES ET NÉVRALGIES FUNICULAIRES DU PLEXUS LOMBAIRE.

Paralysie et névralgie du nerf crural.

La *paralysie du nerf crural* entraîne l'inertie de tous les muscles innervés par ce nerf, c'est-à-dire de la presque totalité des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin (psoas, iliaque, triceps, couturier) et du principal extenseur de la jambe sur la cuisse (droit antérieur). Il en résulte une difficulté à fléchir la cuisse sur le bassin et à étendre la jambe sur la cuisse. Quand le malade est couché, il lui est impossible ou difficile de relever le tronc ; quand il est debout, il ne peut relever la cuisse malade ni lancer la jambe en avant. La marche est, de ce fait, hésitante ; le saut et l'ascension des escaliers impossibles et, si la paralysie est bilatérale, la progression absolument empêchée.

Les troubles de la sensibilité, quand ils existent, occupent les parties innervées par le crural, c'est-à-dire la partie antéro-inférieure de la cuisse et le bord interne de la jambe et du pied.

La *névralgie du crural* est rare. Valleix n'en a vu que deux exemples. Les points douloureux siègent à l'aine, au niveau de l'émergence des rameaux perforants, au condyle interne du fémur et à la malléole interne. Rien de spécial relativement à la nature des douleurs ni au traitement.

Paralysie et névralgie du nerf obturateur.

La *paralysie du nerf obturateur* est caractérisée par l'inertie des muscles adducteurs de la cuisse et de la plupart des rotateurs en dehors. Le malade ne peut serrer les cuisses l'une contre l'autre ni les croiser l'une sur l'autre, mais il peut se tenir debout et marcher sans difficulté. S'il y a des troubles de la sensibilité, ils occupent la face interne de la cuisse jusqu'au genou.

La *névralgie du nerf obturateur* a pour symptôme une douleur à type névralgique localisée à la partie supérieure et interne de la cuisse et s'irradiant de là vers le genou et le bord interne du talon. Le principal intérêt de l'histoire de cette névralgie, c'est qu'elle peut être provoquée par des hernies obturatrices et que, par conséquent, dans certains cas obscurs, son existence peut mettre sur la voie de la découverte de la hernie provocatrice.

MALADIES DU PLEXUS SACRÉ.

Formé par les anastomoses que s'envoient réciproquement avant leur distribution périphérique la cinquième paire lombaire et les quatre premières paires sacrées, le plexus sacré fournit des branches