

Le plus souvent, en effet, l'hémiplégie faciale paraît être essentielle et ne se rattacher à aucune lésion appréciable du nerf de la septième paire. Cette paralysie, rare avant la puberté, se rencontre surtout dans la période de vingt à quarante ans; elle atteint plus fréquemment l'homme que la femme, et se montre à peu près également à droite et à gauche (Montault). Quelquefois, ainsi que nous l'avons vu dans deux circonstances, elle envahit successivement les deux côtés; mais très-rarement elle les occupe simultanément. Une émotion morale, la frayeur, la colère, peuvent, dit-on, la déterminer; mais, dans la grande majorité des cas, la maladie est produite par l'impression d'un air humide et froid sur la joue exposée à un courant venant d'une porte entr'ouverte ou par la fenêtre d'une voiture. Quelques personnes ont supposé qu'il existait dans ce dernier cas une compression du nerf par les parties molles aux environs du trou stylo-mastoidien, ou plutôt par le périoste, dans le conduit osseux qu'il parcourt. S'il en est incontestablement ainsi dans quelques cas, rien ne prouve que ce soit là une cause organique constante, nécessaire. Disons pourtant qu'il serait assez rationnel de croire que les choses doivent se passer de la sorte. En effet, la contractilité électro-musculaire est diminuée ou éteinte dans la paralysie du nerf facial, comme elle l'est dans les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs. Ce fait doit donc porter à croire que dans la paralysie faciale, même rhumatismale, il doit exister quelque cause de compression du nerf. Nous verrons d'ailleurs sous peu que dans la paralysie du nerf radial, qui se déclare sous l'influence d'une cause analogue, les muscles auxquels le nerf se distribue conservent leur irritabilité électrique, car ici la disposition anatomique est telle qu'il ne peut exister vers le cordon nerveux aucune cause de compression.

**Traitement.** — Supposant qu'un mouvement fluxionnaire a pu s'établir dans la continuité du nerf, on a généralement conseillé de commencer le traitement de la paralysie faciale, survenue à la suite de l'impression du froid, par une saignée du bras ou par l'application de quelques sangsues à l'anus, moyens auxquels on joint des révulsifs sur les extrémités et sur le tube digestif. Je n'ai jamais constaté aucun effet manifestement avantageux d'une pareille pratique, qui, comme on le voit, ne s'appuie sur aucune donnée précise, mais seulement sur l'idée d'un état morbide que personne n'a constaté : aussi croyons-nous qu'on doit, dans les cas dont nous parlons, s'abstenir de toute émission sanguine, à moins d'une indication positive. Si, par exemple, il existait des signes d'une otite aiguë, la méthode antiphlogistique serait indiquée d'emblée; mais, je le répète, ce cas est tout à fait exceptionnel.

Les moyens qui conviennent dans la généralité des cas sont d'abord les révulsifs cutanés, tels que les frictions avec un liniment ammoniaçal, avec l'huile de croton, de cajepout, avec le baume opodeldoch. Si tout cela échoue, on applique un vésicatoire en avant du conduit auditif, qui pourra être pansé avec un demi-centigramme de strychnine; la dose sera successivement augmentée jusqu'à production de quelques effets du médicament sur le système nerveux. C'est dans ce cas que M. le professeur Jobert préconise la cautérisation transcurrente, moyen plus effrayant que douloureux pour les malades, et qu'il ne faut employer que lorsque le reste a échoué.

Un des modes de traitement qui comptent le plus de succès est l'électropuncture. C'est une méthode qui a été fréquemment mise en usage par Magendie, qui opérait de la même manière que dans les cas de névralgie. Mieux vaut cependant employer la faradisation ou électrisation localisée. Ce moyen compte aujourd'hui de nombreux succès. On est généralement d'accord de ne

pas y recourir dès le début; on comprend, en effet, qu'il pourrait y avoir des inconvénients à diriger le courant sur un nerf enflammé ou fortement comprimé. Ce n'est donc que lorsque, la compression ayant diminué ou cessé, on juge que l'innervation peut se rétablir, qu'on la provoque à l'aide de la faradisation. On peut exciter directement le nerf, ou bien localiser l'excitation dans chacun des muscles paralysés. M. Duchenne regarde cette dernière manière d'opérer comme étant plus efficace. Les muscles étant inégalement affectés, on peut de la sorte proportionner l'excitation électrique au degré de la paralysie; on procédera d'ailleurs avec prudence, on n'emploiera pas des courants trop énergiques et à intermittences trop courtes, car on pourrait provoquer l'apparition de la contracture. Lorsque celle-ci se manifeste, il semble qu'on devrait cesser l'emploi de l'électricité. Cependant M. Duchenne émet un avis contraire, et il pense que l'électricité peut être utile, pourvu cependant qu'on éloigne suffisamment les intermittences du courant. Il veut, en outre, qu'on produise le plus possible l'élongation des muscles contracturés par des tractions que les malades peuvent exercer eux-mêmes sur les lèvres, les joues, les paupières; ou bien en plaçant dans la bouche un corps capable de distendre la joue.

L'hémiplégie faciale des nouveau-nés cède, avons-nous dit, presque toujours spontanément et par des soins purement hygiéniques.

Si l'hémiplégie faciale est symptomatique, il faudra avant tout combattre la lésion qui l'a produite et qui l'entretient.

## PARALYSIE DU NERF RADIAL

M. Duchenne a démontré la fréquence de la paralysie du nerf radial, et il l'a décrite avec une grande précision.

**Causes.** — Comme la paralysie de la septième paire, celle du nerf radial se déclare presque toujours sous l'impression du froid humide; le plus souvent, c'est pendant le sommeil que l'accident arrive, lorsque les individus se sont couchés le dos appuyé sur un sol humide; ailleurs, c'est après l'impression d'un courant d'air froid sur l'avant-bras, ou bien encore lorsque celui-ci est plongé dans une eau glacée.

Dans toutes ces circonstances la maladie se déclare promptement, sans prodromes. Les individus couchés bien portants se réveillent paralysés; ont-ils reçu l'impression du froid pendant la veille, ils éprouvent aussitôt de l'engourdissement dans les muscles de l'avant-bras, et après quelques heures les mouvements sont impossibles.

**Symptômes. Marche. Durée.** — Un individu qui est atteint d'une paralysie du nerf radial a le poignet fléchi; il ne peut plus étendre les doigts; il a, par conséquent, perdu la plupart des usages de la main. Les muscles animés par le radial sont seuls paralysés. M. Duchenne a parfaitement indiqué comment on pouvait aisément le constater par l'exploration physiologique des mouvements de l'avant-bras et de la main : 1° Si, dit-il, le malade ayant placé son avant-bras dans la demi-flexion et dans la demi-pronation, on l'engage à le fléchir davantage pendant que l'on s'oppose à ce mouvement, on ne voit ni on ne sent le long supinateur se durcir (1). 2° Le bras étant dans l'extension et dans la pronation, la supination ne peut être obtenue sans que le biceps se contracte énergiquement et mette l'avant-bras dans la demi-flexion, ce qui n'aurait pas lieu si le court supinateur pouvait agir, car il est le seul muscle supinateur

(1) M. Duchenne a prouvé que ce muscle était pronateur et fléchisseur de l'avant-bras.



indépendant, tandis que le biceps produit à la fois la supination et la flexion. C'est donc un signe de la paralysie du court supinateur. 3° Le poignet, constamment infléchi à angle droit, ne peut être relevé par le malade, ni être mù latéralement quand il est posé sur un plan horizontal; signes de la paralysie des muscles radiaux et du cubital. 4° Le malade ne peut étendre ses premières phalanges infléchies sur les métacarpiens par le fait de la paralysie des extenseurs communs des doigts. 5° Les doigts étant ainsi infléchis dans la paume de la main, il ne peut les écarter les uns des autres. On serait autorisé à en conclure que les interosseux sont alors paralysés ou affaiblis; mais en plaçant la main sur un plan horizontal, on voit que le malade peut éloigner ou rapprocher ses doigts les uns des autres. 6° Lorsqu'on se fait serrer la main par le malade, on sent que les fléchisseurs des doigts ont très-peu de force; cependant ces muscles ne sont pas paralysés; pour le constater, il suffit de maintenir le poignet solidement relevé, pour voir alors les fléchisseurs des doigts se contracter avec énergie. La faiblesse de ces muscles n'est donc qu'apparente, elle est seulement produite par l'état de raccourcissement dans lequel ils se trouvent par la flexion du poignet consécutivement à la paralysie de ses muscles extenseurs.

M. Duchenne, à qui j'ai emprunté mot à mot la description qui précède, dit qu'à l'exploration électrique on trouve que les muscles paralysés ont conservé intacte leur contractilité électrique, et que leur sensibilité est en général augmentée. Celle-ci est au contraire intacte à la peau. Une fois seulement sur trente M. Duchenne a constaté de l'anesthésie sur la peau de la main et de l'avant-bras. Comme dans toutes les paralysies qui se prolongent, on voit, après un temps plus ou moins long, les muscles s'atrophier. M. Duchenne a noté, en outre, qu'à la longue les autres muscles de l'avant-bras et de la main, surtout les interosseux et les fléchisseurs des doigts, perdaient de leur énergie. M. Duchenne fait observer, avec raison, que cela résulte de l'inaction et du raccourcissement continus de ces muscles, puisqu'il suffit de faciliter leur exercice à l'aide d'un appareil qui soutienne le poignet et les premières phalanges dans l'extension pour voir leur force revenir rapidement. La flexion continue que la paralysie du radial force le poignet à conserver habituellement détermine en outre, assez souvent, dans l'articulation radio-carpienne, un endolorissement, une tuméfaction qui peut être attribuée à la distension des tendons extenseurs ou de leur coulisse synoviale.

**Diagnostic.** — La paralysie du nerf radial ressemble beaucoup à la paralysie saturnine. Celle-ci, il est vrai, affecte presque toujours les deux avant-bras; cependant nous avons dit (page 40) que dans quelques cas exceptionnels, la paralysie suite de l'intoxication plombique pouvait être localisée aux extenseurs d'un seul côté; or, en pareille circonstance, il faudrait, d'après M. Duchenne, consulter la contractilité électrique des muscles. Celle-ci, nous l'avons vu, est intacte dans la paralysie rhumatismale du nerf radial, tandis qu'elle est diminuée ou éteinte dans la paralysie saturnine. M. Duchenne ayant toujours vu dans la paralysie plombique les muscles supinateurs respectés dans leur contractilité électrique, on pourra trouver encore ici un élément de diagnostic dans les cas douteux.

**Traitement.** — Les frictions stimulantes, les bains sulfureux, les douches de vapeurs aromatiques, les sinapismes répétés, les vésicatoires volants, sont les principaux moyens recommandés contre la paralysie du nerf radial. M. Duchenne donne la préférence à la faradisation, qui a réussi dans les cas qui s'étaient montrés rebelles à toutes les autres médications.

## PARALYSIES MUSCULAIRES PARTIELLES

On rencontre fréquemment, dans la pratique, des paralysies plus limitées encore que la plupart de celles que nous venons d'étudier; elles n'affectent guère, en effet, qu'un seul muscle. Tous les muscles du tronc et des membres ont été vus paralysés; mais il en est qui y sont plus sujets que d'autres: tels sont la plupart des muscles superficiels, plus fréquemment disposés que ceux des couches profondes à recevoir l'influence des causes qui provoquent habituellement la paralysie.

Les causes les plus habituelles sont les refroidissements, les contusions, les compressions extérieures prolongées, comme on le voit pour les membres après l'application de certains appareils de fracture.

Les paralysies musculaires partielles entraînent après elles diverses déformations; elles rendent certains mouvements difficiles ou impossibles: c'est en connaissant exactement le rôle du muscle qu'on arrive à la localisation de la maladie. On comprend que l'électricité peut éclairer le diagnostic d'une vive lumière; si, en effet, le muscle paralysé a conservé sa contractilité électrique, on pourra, en le faradisant, rétablir aussitôt l'harmonie des parties.

Les difformités que les paralysies musculaires partielles déterminent peuvent rester permanentes par l'altération que subit consécutivement la fibre musculaire, soit qu'elle s'atrophie seulement ou bien qu'elle s'infilte de graisse.

Il n'entre pas dans mon plan de décrire toutes les paralysies musculaires qu'on peut rencontrer dans la pratique. Beaucoup, donnant lieu à des difformités, rentrent dans le domaine de la chirurgie: telles sont la plupart des paralysies musculaires des membres inférieurs. J'ai d'ailleurs, dans ce volume même, en traitant des paralysies saturnines et du nerf radial, fait connaître les deux espèces de paralysies qui frappent le plus communément les extenseurs de l'avant-bras. Je veux seulement appeler l'attention sur la paralysie du diaphragme, sur celle du muscle grand dentelé; sur une paralysie atrophique signalée par M. Duchenne, et qui affecte progressivement la langue, les muscles du voile du palais et l'orbiculaire des lèvres; je terminerai par la paralysie de l'œsophage et de la vessie.

## 1° Paralysie du diaphragme.

Jusqu'aux travaux de M. Duchenne, la paralysie du diaphragme fut une affection peu connue, plutôt soupçonnée que diagnostiquée, et que l'on considérait comme étant encore plus immédiatement fâcheuse qu'elle ne l'est réellement.

Si le diaphragme est complètement paralysé, on voit pendant l'inspiration l'épigastre et les hypochondres *se déprimer*, tandis que la poitrine *se dilate*. Pendant l'expiration, par contre, les mouvements de ces mêmes parties se font en sens inverse, c'est-à-dire que l'abdomen *se soulève*, tandis que la poitrine *se resserre*; en même temps, la respiration est plus ou moins accélérée; l'anhélation est grande pendant la marche; le malade ne peut crier un peu fort, il ne peut soupirer, respirer largement sans suffoquer; il a la conscience que les organes abdominaux sont refoulés vers la poitrine, de sorte que, d'après la remarque de M. Duchenne, on voit ces malades s'efforcer instinctivement à diminuer le plus possible l'expansion pulmonaire. Divers actes qui exigent l'intervention du diaphragme deviennent plus pénibles: tels sont la toux, l'éternement, l'expectoration et la défécation. Le diaphragme est-il paralysé seu-