

les mains, les bras, le dos, le thorax, l'abdomen. L'inertie est absolue, les réflexes cutanés sont diminués ou éteints, les réflexes tendineux abolis. On constate l'hyperhidrose ou la cyanose algide des extrémités, et bientôt la DR sur un grand nombre de muscles; mais les *troubles sphinctériens font défaut*.

Les *formes graves* aboutissent en huit ou quinze jours à l'asphyxie par *paralyse du diaphragme* ou à l'*arrêt du cœur d'origine bulbaire*. Ces traits rappellent ceux du *syndrome de Landry*. Cependant, plus habituellement, le phrénique et le bulbe sont respectés; on observe seulement la paralysie des quatre membres, du tronc, de la face et des oculomoteurs; la fièvre est passagère et les malades survivent; les muscles subissent une atrophie rapide et diffuse, accompagnée de diminution ou d'abolition de l'excitabilité faradique, et pour quelques-uns de DR. Cette phase de régénération dure des semaines et des mois; quelques muscles peuvent rester définitivement atrophiés; la guérison complète est pourtant fréquente.

Névrites ascendantes. — Ce terme indique des névrites débutant par les filets terminaux des nerfs pour progresser vers leur origine, en envahissant le tronc de ceux-ci et même les racines. Plus communes aux membres supérieurs, elles ont souvent une origine traumatique: plaie ou suppuration des doigts ou de la paume; gelure des mains, des pieds. La cicatrisation est lente, imparfaite; la blessure est le siège de douleurs vives propagées aux doigts voisins, à toute la main, au membre entier. Le plexus présente souvent des crises douloureuses atroces, éveillées par le moindre contact. La pression des nerfs est très douloureuse; la peau rouge, mince, lisse et froide, est hyperesthésiée. Une atrophie musculaire diffuse envahit la main, l'avant-bras, le bras, compromettant plus ou moins les fonctions du membre. Ces accidents se déroulent du reste lentement en plusieurs mois ou plusieurs années.

Diagnostic. — Les névrites localisées se distinguent en général par des caractères typiques. Le diagnostic des polynévrites, surtout motrices, est plus difficile. Certaines névrites, à prédominance sensitive, peuvent en imposer pour le *tabes*; mais le tabétique *talonne* et ne steppe pas, présente des troubles pupillaires, urinaires, génitaux, étrangers aux névrites. Les douleurs fulgurantes, l'analgésie, l'anesthésie plantaire, l'abolition des réflexes, le signe de Romberg, appartiennent à telle polynévrite comme au *tabes*; c'est le *nervo-tabes périphérique* (Déjerine) qui sera différencié par sa marche rapide, par la sensibilité des nerfs et des muscles à la pression, par la prédominance des troubles sensitifs aux extrémités et l'absence de signe d'Argyll Robertson.

Les *polynévrites motrices généralisées aiguës* ressemblent fort à la *poliomyélite antérieure subaiguë* de l'adulte; mais celle-ci offre un début plus brusque, frappe d'emblée les quatre membres, plutôt à la racine, respecte la sensibilité, laisse muscles et nerfs indolents, et rétrocede pour se confiner à certains muscles désignés par l'électro-diagnostic (DR) et animés de contractions fibrillaires. Les troubles trophiques cutanés, communs dans la polynévrite, font défaut dans la poliomyélite antérieure.

La *polynévrite motrice généralisée grave* peut reproduire fidèlement le *syndrome de Landry*: paralysie ascendante flasque avec abolition des réflexes tendineux, sans atrophie musculaire, aboutissant en une semaine ou deux à la mort par accidents bulbaires. La différenciation avec les cas similaires d'origine médullaire est impossible.

B. — PARALYSIES PÉRIPHÉRIQUES.

I. — SIGNES COMMUNS AUX PARALYSIES PÉRIPHÉRIQUES

Toute paralysie périphérique est tantôt *limitée* aux muscles qu'animent les filets moteurs émanés du tronc nerveux en aval de la lésion, tantôt *massive* (paralysie radiculaire ou d'un plexus), monoplégique ou paraplégique, plus rarement hémiplégique. Ce sont des paralysies flasques avec abolition des réflexes et des mouvements associés, et attitudes vicieuses provoquées par l'action des antagonistes épargnés.

L'engourdissement, fréquent au début, se change en violentes douleurs dans la paralysie par compression; l'anesthésie manque ou est passagère. La peau du territoire atteint est chaude, puis parfois froide et violacée; elle devient lisse, luisante, sèche, sujette aux éruptions zostérisiformes. L'atrophie musculaire est habituelle. Les réactions électriques, normales dans les paralysies légères, sont modifiées (DR légère ou totale) dans les cas plus graves.

II. — PARALYSIES DES NERFS MOTEURS DE L'ŒIL

Ces paralysies ont été étudiées au chapitre: *Examen de l'appareil visuel*.

III. — PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE

Cette paralysie frappe d'inertie et d'atonie toute une moitié du visage, qui devient de ce fait asymétrique; du côté paralysé, la commissure est abaissée, la joue flasque se laisse soulever par l'air de chaque expiration (*le malade fume la pipe*): le sillon naso-génien est plus oblique en dehors et moins marqué que du côté sain; l'aile du nez, moins ouverte, est attirée vers la cloison dans les grandes inspirations. Le sourcil est abaissé, les rides sont effacées. L'œil, incapable de se fermer du côté malade (paralysie de l'orbiculaire palpébral), laisse couler les larmes sur la joue (*épiphora* par paralysie du muscle de Horner). L'asymétrie s'exagère si on prie le malade de *faire la moue*, de *montrer les dents*, d'*ouvrir largement la bouche* (l'orifice buccal, oblique, ovalaire, est plus large du côté sain; la lèvre inférieure est aussi plus abaissée et renversée de ce côté).

La *douleur* fait défaut, sauf participation du trijumeau. L'affaissement unilatéral du *voile du palais* est discuté par certains auteurs. Quand le nerf

est lésé dans son trajet intra-temporal, en avant de la corde du tympan, l'audition peut devenir pénible (*hyperacousie* par paralysie du muscle interne du marteau et du muscle de l'étrier); le *goût* est émoussé ou retardé par sécheresse de la langue dans ses deux tiers antérieurs du côté paralysé (corde du tympan). Les *réflexes* oculaire, nasal, buccal, sont abolis.

Le DR se constate dans les cas graves; la guérison est alors tardive et imparfaite, laissant persister, après deux ou trois mois, des troubles trophi-



FIG. 100. — Paralysie faciale gauche (lésion du rocher). (Déjerine.)

ques, des amyotrophies ou des contractures. Les réactions électriques sont normales dans la paralysie légère qui se répare en deux à trois semaines. Dans les formes moyennes, les muscles réagissent, mais le nerf ne réagit qu'incomplètement; la guérison demande six semaines à deux mois.

La *paralysie bilatérale (diplégie faciale)* peut résulter d'une lésion osseuse double des oreilles. L'asymétrie est alors remplacée par un masque inerté et sans expression.

Diagnostic. — On se gardera de confondre : la paralysie faciale avec l'*hémispasme glosso-labial* (hystérie), qui détermine, du côté où il se produit, la torsion linguale et de petites contractions fibrillaires; la *diplégie faciale* avec la *paralysie labio-glosso-laryngée* (langue et déglutition très atteintes) et la *paralysie pseudo-bulbaire* (ictus initial, pas d'atrophie musculaire).

Formes étiologiques. — Paralysie faciale d'origine cérébrale. — Elle est limitée au facial inférieur, respecte l'orbiculaire palpébral, n'altère ni

les réflexes, ni les réactions électriques, et est associée en général à une hémiplégie ou à une monoplégie.

Paralysie faciale hystérique. — Fugace et légère, elle est limitée au facial inférieur, est associée à une anesthésie qui lui est superposée, souvent à un hémispasme du côté opposé et à d'autres stigmates hystériques.

Paralysie intra-temporale. — Elle se distingue par la déviation de la langue et de la lueite, par des troubles de l'ouïe et du goût.

Paralysie bulbo-protubérantielle. — Elle se traduit par la *paralysie alterne de Gubler*.

Paralysie pédonculaire. — Elle a pour expression le *syndrome de Weber*.

Paralysie funiculaire. — Elle est exclusivement limitée aux muscles de la face.

IV. — PARALYSIE DU NERF RADIAL

La paralysie radiale est très commune, tantôt spontanée (*rhumatismale ou a frigore?*) tantôt *par compression* ou *traumatique* (écrasement, contusion, section). Précédée ou non de fourmillements; la forme dite rhumatismale est souvent constatée au réveil; la forme traumatique est fréquemment plus ou moins douloureuse.

La *paralysie constituée* se traduit par une attitude typique : l'avant-bras est demi-fléchi sur le bras; la main tombante et en pronation est incapable de se redresser; les doigts sont fléchis dans la paume; les mouvements de latéralité de la main, même appuyée sur un plan horizontal, sont abolis; l'extension des premières phalanges sur le métacarpe est abolie, celle des autres phalanges est encore possible, grâce aux interosseux, si on maintient les premières étendues. Le long supinateur est paralysé et ne fait plus saillie, quand le sujet résiste à l'extension exercée sur l'avant-bras demi-fléchi. La supination de l'avant-bras étendu sur le bras est impossible. L'extension de l'avant-bras sur le bras (triceps sural) est abolie.



FIG. 101. — Attitude dans la paralysie radiale (par compression.) (D'après Déjerine.)