

chez les nouveau-nés; souvent, mais non toujours, ils sont attribuables à une compression exercée par le forceps⁽¹⁾.

Les observations de paralysies multiples de nerfs crâniens ont été publiées en assez grand nombre⁽²⁾.

Des paralysies temporaires, récidivantes, associées à des crises migraineuses, se rencontrent dans le domaine de l'abducens; cela constitue, comme on sait, la migraine ophtalmoplégique. Ces paralysies peuvent atteindre la 7^e paire en même temps que la 6^e (Nieden)⁽³⁾.

II. — PARALYSIES DES NERFS DES MEMBRES

I. — PARALYSIE RADIALE

Étiologie. — Le radial est beaucoup plus fréquemment paralysé qu'aucun des autres nerfs du membre supérieur. Son trajet très long, sa position superficielle, le rendent d'ailleurs particulièrement accessible aux causes vulnérantes, telles que le froid, les traumatismes, la compression.

Parmi les *traumatismes*, mentionnons les contusions, les piqûres, les plaies. Les fractures de l'humérus, avec lequel le radial affecte des rapports étroits, peuvent léser le nerf soit immédiatement, soit par suite de l'englobement dans le cal osseux. On a vu des injections sous-cutanées d'éther atteindre le radial et le paralyser (Arnozan).

La *compression prolongée* est la plus fréquente parmi les causes traumatiques. Elle peut avoir pour cause le développement d'une tumeur dans le voisinage; mais le plus souvent il s'agit d'une compression exercée à la surface même de la peau par un objet extérieur. Chez les sujets porteurs de béquilles, surtout lorsque la longueur de la béquille est mal proportionnée à la longueur du bras, il est fréquent de voir le nerf radial se paralyser par ce mécanisme; la position relativement superficielle du nerf dans le creux axillaire explique la fréquence du fait.

On sait qu'après avoir cheminé dans la gouttière de torsion de l'humérus, le nerf contourne le bord externe de l'os; à cet endroit, qui répond à l'union du tiers inférieur de l'humérus avec le tiers moyen, si quelque objet dur exerce une compression, le radial se trouve serré contre l'os et se paralyse rapidement. A ce mécanisme doivent être attribuées, d'après Panas, la plupart des paralysies radiales se produisant pendant le sommeil. Voici comment, d'ordinaire, se passent les choses: un sujet alourdi par la fatigue ou par le vin se couche sur le sol pour y dormir; le bras est replié sous la tête et forme oreiller, ou bien encore il est étendu le long du corps qui pèse sur lui; souvent un objet anguleux, une pierre, parfois le dos d'un banc ou le fer d'un lit, dépriment la peau sur le trajet même du radial. Si le sommeil est assez profond pour empêcher le dormeur d'être averti par la douleur et de déplacer instinctivement le

⁽¹⁾ V. M. BERNHARDT. Paralysie congénitale unilatérale du trijumeau, de l'abducens et du facial. *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 419.

⁽²⁾ Voir MÖBIUS. *Schmidl's Jahrb.*, 1888, CCXVII, p. 257; UNVERRICHT. *Fortschritte der Medicin*, 1887, I, p. 791. — SCHÄPRINGER. *New York med. Monatschr.*, 1889, anal. in *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 570.

⁽³⁾ NIEDEN. Paralysie périodique du facial et de l'abducens. *Centralbl. für prakt. Augenheilk.*, 1890, juin.

membre menacé, la compression poursuit son œuvre. On se couche de préférence sur le côté droit du corps; aussi la paralysie radiale du sommeil est-elle plus fréquente à droite.

Telle est l'hypothèse la plus communément acceptée aujourd'hui. MM. Debove et Brühl⁽¹⁾, ont également indiqué comme cause possible une élongation prolongée du nerf dans certaines attitudes du bras (pronation forcée).

La paralysie *a frigore*, dite aussi rhumatismale, existe ici, mais elle est moins fréquente qu'on ne l'a cru jadis. Autrefois, en effet, on rapportait à l'action du froid toutes ces paralysies du sommeil dont nous avons parlé.

Certains métiers prédisposent à la paralysie radiale, parce qu'ils entraînent des compressions prolongées du nerf. Signalons la paralysie radiale des *mineurs*, qui souvent travaillent couchés sur le côté, dans d'étroites galeries souterraines, des *cochers* qui dorment avec les rênes passées autour du bras (Brenner), des *porteurs d'eau*, dans certains pays, etc. La paralysie radiale des *prisonniers* dont on a ligotté fortement les bras ou les poignets (Brenner, Bernhardt)⁽²⁾, celle des nourrissons enveloppés dans un maillot trop serré, reconnaissent aussi la même raison pathogénique: la *compression*.

On a vu le radial se paralyser à la suite d'un *effort* exagéré des muscles qu'il innerve; Gowers⁽³⁾ en cite plusieurs cas.

Des maladies *infectieuses* (typhus exanthématique, rhumatisme articulaire aigu) se sont compliquées de paralysie radiale. Il s'agit là de névrites infectieuses, le plus souvent bilatérales.

Une polynévrite de cause quelconque peut frapper le radial d'une façon prépondérante; la polynévrite saturnine a, pour ce nerf, une prédilection particulière; qui dit paralysie saturnine dit presque toujours paralysie radiale.

Anatomie pathologique. — Rien de spécial à la névrite du radial, qu'on a d'ailleurs bien rarement l'occasion d'étudier anatomiquement. Décrire en détail les lésions signalées par les auteurs serait répéter inutilement ce qui a été dit de la névrite en général. Mme Dejerine-Klumpke⁽⁴⁾ a soumis à un examen détaillé un cas de névrite radiale saturnine: les lésions étaient de nature dégénérative.

Symptômes. — Le début est souvent *brusque*. Un sujet s'aperçoit au réveil d'une paralysie radiale survenue tandis qu'il dormait. D'autres fois, par exemple chez les porteurs de béquilles, des sensations de fourmillement dans l'avant-bras précèdent les troubles moteurs.

Ces derniers peuvent être les seuls symptômes; ce sont toujours, en tout cas, les symptômes dominants, et les phénomènes sensitifs sont au dernier plan. Le radial innerve les muscles suivants: extenseur commun des doigts, extenseurs et long abducteur du pouce, premier et deuxième radiaux externes, cubital postérieur, court et long supinateurs, anconé et triceps brachial. Nous avons indiqué ailleurs, avec quelques détails, les symptômes propres à la paralysie de chacun de ces muscles⁽⁵⁾; cela nous permettra d'être brefs.

⁽¹⁾ *Méd. mod.*, 1892, p. 750.

⁽²⁾ Voir EULENBURG. Arrestanten-lähmung. *Neurol. Centralbl.*, 1889, p. 97.

⁽³⁾ *Diseases of the nervous system*, t. I, 2^e édit., p. 85. — Voir aussi HOCHHAUS. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, 47.

⁽⁴⁾ M^{me} DEJERINE-KLUMPKE. Thèse de Paris, 1889.

⁽⁵⁾ Chapitre premier: *Physiologie des muscles en particulier*.

Le radial est par excellence le nerf de l'extension, il étend le coude, la main et les doigts. Lorsqu'il est paralysé, l'action des fléchisseurs l'emporte, et le membre supérieur prend une *attitude* caractéristique. La main est fléchie, en même temps qu'elle est en adduction et en demi-pronation, les doigts également sont fléchis, et le pouce se trouve, de plus, en état d'adduction. Ce vice d'attitude est frappant, surtout lorsque l'avant-bras est soutenu horizontalement, la main pendante.

Impossible au malade d'étendre les premières phalanges des doigts. Comme ces dernières doivent être préalablement étendues pour que les deuxièmes et troisièmes phalanges puissent l'être à leur tour par l'action des interosseux, toutes les phalanges demeurent fléchies.

La flexion des doigts est elle-même fort affaiblie, car elle ne peut s'exécuter avec énergie sans que le poignet soit en extension; de plus, les doigts ne se peuvent fléchir sans rencontrer dans la paume de la main le pouce impuissant à réaliser son abduction.

Au poignet, l'extension est abolie, l'adduction manque de force.

La supination de l'avant-bras est impossible lorsque le coude est en extension; grâce au biceps, elle se produit encore, mais faiblement, quand le coude est fléchi.

L'extension active de l'avant-bras est supprimée.

La paralysie du long supinateur est facile à mettre en évidence: on voit et on sent qu'il demeure flasque lorsque l'on commande au malade de fléchir le coude, l'avant-bras étant en pronation.

Mais la paralysie radiale n'est pas toujours totale. La plupart des compressions signalées au chapitre de l'étiologie s'exercent au-dessous du point d'où émergent les filets destinés aux muscles extenseurs du coude. D'autre part, la paralysie saturnine respecte le long supinateur. Enfin, dans certains cas, sans qu'on en sache la raison, le degré de paralysie des différents muscles est fort inégal.

Les troubles sensitifs peuvent faire défaut, soit que des suppléances s'exercent par les autres nerfs (sensibilité récurrente), soit que les fibres sensitives soient moins vulnérables que les fibres motrices (Onimus). Ils consistent, lorsqu'ils se présentent, dans une anesthésie, plus souvent dans des paresthésies occupant tout ou partie du domaine cutané du radial, et de préférence la main. On sait quel est ce domaine: face postéro-interne du bras (toujours épargnée quand la lésion du nerf siège au niveau du tiers inférieur de l'humérus ou plus bas), face postérieure de l'avant-bras, moitié externe de la face dorsale de la main et face dorsale de la première phalange des doigts en dehors d'une ligne partageant en deux le médus. Toutefois, la répartition des filets sensibles sur le dos de la main et des doigts ne paraît pas encore complètement précisée. Cliniquement, il est difficile, d'après le degré ou l'étendue des troubles sensitifs, de faire la part exacte de ces divers filets⁽¹⁾.

La réaction de dégénérescence appartient aux cas graves de longue durée; elle fait défaut le plus souvent. Il en est de même de l'atrophie musculaire intense. Nous n'avons pas à insister sur les altérations de l'excitabilité électrique caractérisant la réaction de dégénérescence complète ou incomplète; elles sont ici les mêmes que dans toute paralysie périphérique. Faisons seulement observer que ces phénomènes sont relativement rares dans la paralysie

⁽¹⁾ Voir sur la distribution des nerfs sensitifs au dos de la main, l'article de ZANDER, *Berlin, klin. Woch.*, 1890, p. 527, où sont résumés les travaux de Von Brooks et de Hédon, et exposées des recherches personnelles.

radiale *a frigore*, tandis qu'ils sont fréquents dans la paralysie faciale de même cause.

Les troubles vaso-moteurs sont fréquents, mais sans gravité: la peau est livide et froide.

Souvent, dans les paralysies radiales prolongées, on voit se développer sur le dos de la main, au niveau des tendons extenseurs, la « ténosite hypertrophique » de Gubler, ou *tumeur dorsale du poignet*, dont la cause paraît être purement mécanique (Erb); Charcot la considère comme la manifestation d'un trouble trophique.

Marche. — L'évolution varie suivant la cause. La paralysie radiale provoquée par les béquilles ne saurait arriver à une intensité considérable, car le sujet abandonne forcément ses béquilles dès que s'accroissent les troubles moteurs. Au contraire, pendant le sommeil, la compression peut être fort prolongée. La paralysie se dissipera en huit ou quinze jours dans le premier cas, elle durera deux ou trois fois plus longtemps dans le second. Quand la cause vulnérante a détruit le nerf entièrement, la paralysie subsiste indéfiniment. Bref, aucune règle générale ne régit la durée de l'affection.

La paralysie radiale peut récidiver; chez un buveur, chez un saturnin, le retour de la cause ramènera l'effet. Schreiber⁽¹⁾ a cité un cas de polynévrite *a frigore* récidivant chez un même sujet, et entraînant chaque fois une paralysie radiale double.

Diagnostic. — Le diagnostic est des plus faciles. Nous avons vu que l'action des fléchisseurs est diminuée par le fait même de la paralysie des extenseurs: on pourrait dès lors conclure à une *paralysie réelle des fléchisseurs*, si l'on n'était mis en garde contre cette méprise. En plaçant artificiellement le poignet dans l'extension, on s'assure facilement que les fléchisseurs ont conservé leur énergie.

L'*atrophie musculaire progressive* et la *paralysie infantile* réalisent rarement le type de la paralysie radiale; cela peut advenir cependant, et le diagnostic alors n'est pas sans difficulté; c'est l'évolution de la maladie qui permettra de le trancher.

Une *paralysie des extenseurs d'origine cérébrale* (Raynaud) est chose rare: l'anamnèse, les réactions électriques, etc., empêcheraient d'admettre une paralysie périphérique.

La *cause* est révélée par les commémoratifs. La *paralysie saturnine* a des caractères spéciaux, presque constants: elle est *bilatérale* et *respecte le long supinateur*.

L'*hystérie* pourrait donner le change, et nous avons observé à la Salpêtrière, en 1891, un cas de fausse paralysie saturnine avec tumeur dorsale du poignet, considéré et traité antérieurement comme relevant de l'intoxication par le plomb. Mais, à un examen attentif, on constatait plutôt une contracture des fléchisseurs qu'une paralysie des extenseurs; les troubles étaient unilatéraux; il n'existait aucune réaction électrique anormale, bien que les phénomènes fussent apparus depuis plus d'un an; l'anesthésie, au lieu d'occuper la zone radiale, siégeait sur tout l'avant-bras et sur toute la main. Ajoutons que cette pseudo-paralysie s'était produite brusquement à la suite d'une attaque (proba-

⁽¹⁾ *Neurolog. Centralbl.*, 1892, p. 156.

blement apoplexie hystérique) et que depuis lors des crises convulsives s'étaient, au dire du malade, plusieurs fois montrées. Il n'est pas impossible qu'il s'agisse là d'une lésion limitée de l'écorce cérébrale, mais nous pensons plutôt qu'il s'agit d'un hystérique, appelé pendant quelque temps à assister des peintres en bâtiment dans leur travail, et qui, témoin de plusieurs faits de paralysie saturnine, avait réalisé inconsciemment, d'une manière, il est vrai, fort imparfaite, les troubles propres à cette dernière affection.

On a cité des paralysies de cause centrale, liées à des lésions organiques du cerveau, affectant le domaine du radial.

Les extenseurs du coude sont respectés quand le radial est lésé à la partie inférieure du bras. Si la lésion siège plus bas encore, les muscles antéro-externes de l'avant-bras conservent leur motilité. Ces considérations, jointes à celles qu'on tire des commémoratifs, permettent de déterminer le siège des lésions. Ajoutons qu'une excitation faradique du nerf fait contracter exclusivement les muscles respectés, c'est-à-dire ceux dont les rameaux naissent du radial au-dessus du point lésé.

Pourtant, il n'est pas rare qu'une altération du nerf, sur quelque point qu'elle porte, laisse intacte la conductibilité dans un certain nombre de filets moteurs, et le mode de répartition des symptômes n'est pas toujours un indice fidèle du siège des lésions.

Pronostic. — Traitement. — La paralysie par compression guérit d'ordinaire; il en est de même de la paralysie saturnine, pourvu qu'on puisse soustraire le malade à l'intoxication.

Le traitement causal, la médication électrothérapique⁽¹⁾, n'ont rien ici de spécial. Dans les cas rebelles, un appareil orthopédique se montrerait utile⁽²⁾.

Nous renvoyons pour ces questions au chapitre général qui traite des paralysies périphériques par névrite.

II. — PARALYSIE DU CUBITAL

Étiologie. — Le nerf cubital occupe, à la partie postérieure du coude et au niveau du poignet, une situation relativement superficielle qui le rend assez facilement accessible aux traumatismes de tous genres. Duchenne a signalé des paralysies du cubital survenant chez certains ouvriers qui travaillent le coude reposant sur une surface dure. Plus fréquemment, d'après Gowers, cette paralysie professionnelle résulterait d'une flexion prolongée du coude, entraînant une tension excessive du nerf. Ainsi s'expliqueraient des paralysies survenant pendant le sommeil. Bernhardt a observé une paralysie des deux nerfs cubitaux au cours de la fièvre typhoïde.

Symptômes. — Les interosseux, les deux lombriciformes internes, tous les muscles de l'éminence hypothénar, l'adducteur du pouce, sont paralysés; il ne reste d'actifs, comme muscles contenus dans la main, que deux lombriciformes et

⁽¹⁾ Pour ce qui a trait au traitement électrothérapique de la paralysie radiale, voir REMAK. Radialis-lähmung. *Real Encyclop. d. ges. Heilk.*, 2^e édit., article d'ailleurs très documenté au point de vue bibliographique.

⁽²⁾ HEUSNER. *D. med. Woch.*, 1892, XVIII, p. 419.

trois muscles de l'éminence thénar. A l'avant-bras sont paralysés les deux faisceaux internes du fléchisseur profond (fléchisseur de la 5^e phalange), le cubital antérieur (fléchisseur adducteur de la main) et le palmaire cutané⁽¹⁾.

Les troubles les plus caractéristiques relèvent de la *paralysie des interosseux*. La flexion de la première phalange et l'extension des deux autres sont abolies; il en est de même de l'adduction et de l'abduction des doigts.

Les antagonistes des interosseux cessent d'être contre-balancés dans leur tonicité, et les doigts montrent une extension exagérée de leur première phalange et une flexion exagérée des deux autres : c'est la *griffe cubitale*. Les troubles de l'attitude et les modifications de la motilité volontaire sont plus marqués dans les doigts index et médium que dans l'auriculaire et l'annulaire, ces deux derniers doigts ayant conservé leurs lombriciformes et les faisceaux du fléchisseur profond qui leur correspondent.

Les mouvements du petit doigt sont presque complètement abolis; l'adduction du pouce est impossible.

La main est légèrement déviée vers son bord radial, et cette déviation s'exagère quand elle se fléchit volontairement sur l'avant-bras (paralysie du cubital antérieur).

Les troubles sensitifs (paresthésies, anesthésies) font habituellement défaut; quand ils existent, ils se localisent : 1^o sur la face postérieure de la main et des doigts, en dedans d'une ligne qui divise en deux parties égales la main et la première phalange du médium, puis qui se dévie en dedans pour descendre sur le milieu des 2^e et 5^e phalanges de l'annulaire; 2^o sur la face palmaire de la main et des doigts en dedans d'une ligne verticale partageant en deux le doigt annulaire.

Les réactions électriques et l'atrophie musculaire n'ont rien qui soit particulier à la paralysie du cubital. Lorsque les muscles s'atrophient, les espaces interosseux se dépriment, le grillage métacarpien se dessine, l'éminence hypothénar s'affaisse; la déformation en griffe de l'extrémité supérieure s'accroît de plus en plus à mesure que l'affection devient plus invétérée. Dans un cas, Feindel⁽²⁾ a observé une déviation des doigts « en coup de vent » (Brissaud), vers le bord interne de la main, déformation analogue à celles du rhumatisme chronique.

Les troubles trophiques cutanés sont assez rares.

III. — PARALYSIE DU NERF MÉDIAN

Étiologie. — Beaucoup plus rare que la paralysie radiale, la paralysie du médian relève des mêmes causes que cette dernière. Le plus souvent il s'agit d'un *traumatisme* (plaies, fractures, etc.) siégeant à la partie inférieure de l'avant-bras plutôt qu'au-dessus du coude. La *compression* et le *refroidissement* sont ici plus rares que dans la paralysie radiale. Mentionnons enfin l'*effort* violent, les *maladies infectieuses* (variole, fièvre typhoïde). La paralysie saturnine du médian est exceptionnelle.

Symptômes. — De même que dans la paralysie radiale, les troubles *moteurs* sont au premier rang. Sont paralysés : le fléchisseur profond des doigts et la moitié externe du fléchisseur sublime, le long fléchisseur propre du pouce et les muscles de l'éminence thénar (l'adducteur du pouce excepté), le long et le petit palmaire, le rond pronateur et le carré pronateur.

⁽¹⁾ Voir Chapitre premier : *Physiologie des muscles*.

⁽²⁾ *Revue neurol.*, 50 septembre 1896.

Nous avons vu par quels signes se traduit la paralysie de ces divers muscles (1). L'attitude des doigts déterminée par la tonicité non équilibrée des muscles antagonistes est caractéristique. Les deux dernières phalanges des doigts, maintenues en extension forcée par les interosseux, subissent à la longue une véritable subluxation en arrière; le phénomène est relativement moins marqué dans l'annulaire et le petit doigt, dont les deux dernières phalanges, surtout la dernière, sont fléchies par le cubital et non par le médian. Le pouce est étendu et en adduction, rapproché de l'index, incapable de s'opposer aux autres doigts : c'est le pouce du singe.

Le poignet est en extension et légère abduction, il peut se fléchir à peine, grâce au cubital antérieur.

La pronation est abolie; toutefois, quand l'avant-bras est fléchi, le long supinateur réalise encore une demi-pronation.

Les troubles sensitifs peuvent manquer; ce sont plus souvent des paresthésies que des anesthésies. Le domaine sensitif du médian occupe la moitié externe de la main et de l'ensemble des doigts; il est limité par les lignes suivantes : 1° sur la face antérieure : ligne verticale passant par le milieu de l'annulaire et ligne horizontale au niveau du poignet; 2° sur la face postérieure : ligne verticale passant par le milieu du médus, et ligne horizontale passant par la partie inférieure des premières phalanges.

L'atrophie musculaire, les perversions des réactions électriques, n'ont rien de particulier à la paralysie du médian. Les troubles trophiques de la peau y sont relativement fréquents.

IV. — PARALYSIE DU MUSCULO-CUTANÉ

La paralysie isolée du nerf musculo-cutané est fort exceptionnelle. On l'a vue se produire à la suite d'une opération chirurgicale dans la fosse sus-claviculaire (Erb) ou consécutivement à une luxation et à une contusion de l'épaule (Bernhardt).

Le biceps, le coraco-brachial et le brachial antérieur sont paralysés (2). La flexion du coude n'est plus produite que par le long supinateur, lequel, étant pronateur et non supinateur, met l'avant-bras en demi-pronation en même temps qu'il le fléchit. La faiblesse du mouvement de flexion du coude devient plus manifeste encore quand l'avant-bras demeure en supination, car alors le long supinateur ne peut agir avec toute sa force.

Les troubles sensitifs se répartissent dans la moitié externe de l'avant-bras. Ils ne sont pas constants.

Rien à ajouter qui n'appartienne à l'histoire générale des paralysies périphériques.

V. — PARALYSIE DU NERF AXILLAIRE

Étiologie. — Le nerf axillaire ou circonflexe, après avoir présenté des rapports assez complexes avec les muscles de l'épaule, contourne en arrière, de dedans en dehors, le col chirurgical de l'humérus, et se termine dans le deltoïde, sous lequel il s'insinue. Il fournit un rameau au muscle petit rond et un autre à la peau de la région deltoïdienne.

(1) Voir BERNHARDT. *Neurol. Centralbl.*, 1892, p. 257.

(2) Voir Chapitre premier.

La paralysie *a frigore* est plus rare que la paralysie *traumatique*, celle-ci peut être engendrée par la contusion de l'épaule, par une luxation ou une fracture de la partie supérieure de l'humérus; parfois par la compression que déterminent des béquilles.

Symptômes. — Les troubles sensitifs (faces postérieure et externe de la partie supérieure du bras) sont divers et inconstants; parfois ce sont des douleurs névralgiques violentes.

Mais ce qui est caractéristique, c'est la paralysie du deltoïde; celle du petit rond a peu d'importance clinique (1).

Le deltoïde et le grand dentelé concourent à élever le bras jusqu'à la position verticale; l'action du premier faisant défaut, le bras ne peut atteindre que la position horizontale; pendant ce mouvement, on voit et on sent que le deltoïde reste inerte et flasque.

Au bout d'un certain temps, surtout s'il s'agit d'une lésion grave, le deltoïde s'atrophie, son relief est remplacé par un méplat; l'articulation humérale pour laquelle il constitue un véritable ligament actif, se relâche, le bras s'allonge et la tête humérale subit avec une facilité excessive les mouvements passifs qu'on lui imprime.

Les réactions électriques se comportent ici comme dans les autres paralysies périphériques.

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître une paralysie du deltoïde : la mobilité des extrémités articulaires scapulo-humérales empêche toute confusion avec une ankylose limitant l'étendue des mouvements du bras.

Toutefois, il importe de ne pas prendre pour une névrite de l'axillaire avec douleurs névralgiques une arthrite douloureuse suivie, comme c'est fréquent, d'atrophie du deltoïde. Dans ce dernier cas, sans parler des symptômes particuliers à l'arthrite, on constate que la réaction de dégénérescence fait défaut.

VI. — PARALYSIE DU NERF SCAPULAIRE

Cette paralysie peut se montrer isolée. Elle reconnaît pour cause le froid (?) (Bernhardt), un traumatisme porté sur la région de l'épaule (Hoffmann), un effort exagéré (Benzler) (2). Dans un cas de Bernhardt (3) il s'agit d'une chute sur l'épaule, avec compression du plexus entre la clavicule et les 6^e et 7^e vertèbres cervicales, c'est-à-dire d'un mécanisme qui détermine habituellement le type supérieur complet de la paralysie radiculaire brachiale. Enfin une paralysie radiculaire peut s'effacer en laissant pour reliquat exclusif la lésion du nerf sus-scapulaire (4).

La paralysie de ce nerf entraîne l'impotence des muscles sus et sous-épineux; nous avons indiqué ailleurs les troubles qui en résultent (5).

VII. — PARALYSIE DU GRAND DENTELÉ

Étiologie. — Le grand dentelé est innervé par la branche thoracique posté-

(1) Pour le détail, voir Chapitre premier.

(2) *Deutsche med. Woch.*, 1890, p. 1189-1191.

(3) *Berlin. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh.*, 11 mars 1889. Cet auteur en a décrit un nouveau cas. *Berlin klin. Woch.*, 1894, p. 52.

(4) SPERLING. *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 290.

(5) Chapitre premier, p. 856.