

Parmi les troubles fonctionnels occasionnés par la névralgie du phrénique, il faut citer en première ligne ceux de la *respiration* : tous les mouvements du thorax sont douloureux ; les malades, qui craignent de réveiller ces douleurs, font des inspirations courtes, ils disent que la douleur « coupe la respiration » ; l'effort, la toux, le rire, donnent lieu à des souffrances encore plus vives ; la mastication est gênée ; le bras est engourdi et l'affaiblissement peut aller jusqu'à la paralysie.

Il n'existe pas en général de troubles du côté du cœur dépendant de la névralgie, mais il y a souvent une affection organique du cœur concomitante.

On peut confondre la névralgie du phrénique avec une pleurésie diaphragmatique, avec une péricardite, une hépatite, enfin avec l'angine de poitrine ; ces maladies se compliquent du reste souvent de névralgie du phrénique, et lorsqu'on a constaté l'existence de la névralgie, on doit rechercher avec soin s'il n'existe pas dans les organes profonds quelque altération qui l'explique. La pleurésie diaphragmatique et la péricardite donnent à l'auscultation et à la percussion des symptômes assez faciles à interpréter dans la plupart des cas ; l'hépatite ne se présente guère que dans les pays chauds et elle s'accompagne d'augmentation de volume du foie, de fièvre, etc. ; quant à l'angine de poitrine, elle donne lieu à des accès extrêmement douloureux, caractérisés par une sensation d'oppression et d'angoisse qui fait défaut dans la névralgie phrénique.

Névralgie intercostale. — La névralgie intercostale est très commune, particulièrement chez les sujets nerveux et anémiques, elle siège presque toujours à gauche et occupe en même temps plusieurs nerfs intercostaux. Un grand nombre de maladies des organes thoraciques ou abdominaux se compliquent de névralgie intercostale : telles sont la pleurésie, la phthisie pulmonaire, les maladies du foie, des reins et de l'utérus.

La névralgie intercostale se traduit par une douleur sourde, contusive, au niveau d'un ou plusieurs espaces intercostaux voisins, et par des élancements douloureux qui se produisent de temps à autre, principalement à l'occasion des mouvements respiratoires ou de ceux qui accompagnent la toux et l'éternuement.

Les points douloureux à la pression sont au nombre de trois et se répartissent en général ainsi qu'il suit (Valleix) : 1° *point postérieur* situé au niveau de la gouttière vertébrale, en dehors des apophyses épineuses ; 2° *point moyen latéral*, correspondant à

la partie moyenne de l'espace intercostal ; 3° *point antérieur*, correspondant à l'expansion terminale des nerfs malades et situé un peu en dehors du sternum, s'il s'agit des nerfs intercostaux supérieurs, à l'épigastre, s'il s'agit des nerfs inférieurs. Dans la recherche de ces points douloureux, il faut tenir compte de l'obliquité des côtes et des nerfs intercostaux qui suivent leur bord inférieur ; le point névralgique antérieur n'est pas situé sur le même plan horizontal que le point postérieur, mais beaucoup plus bas ; il est du reste facile de suivre les espaces intercostaux avec le doigt. L'anatomie explique la répartition de ces points douloureux : 1° les nerfs dorsaux, en sortant des trous de conjugaison, fournissent des rameaux qui se rendent à la peau du dos en traversant les muscles des gouttières vertébrales, d'où le point postérieur ; 2° les nerfs intercostaux, arrivés sur les parties latérales à distance à peu près égale du sternum et du rachis, envoient dans la peau une branche qui devient superficielle, d'où le point douloureux latéral ; enfin, 3° à la partie antérieure, le nerf intercostal lui-même se divise dans la peau, d'où le point antérieur ou d'*expansion terminale* suivant l'expression employée par Trousseau. Les trois points douloureux n'existent pas toujours, le point moyen en particulier manque assez souvent. D'après Trousseau, le point postérieur ne siègerait pas dans la gouttière vertébrale, mais au niveau des apophyses épineuses, d'où le nom de *point apophysaire* proposé par lui. Dans certains cas, il n'existe pas de points douloureux bien limités, la douleur à la pression se retrouve dans tout l'espace intercostal correspondant au nerf malade ; des irradiations douloureuses peuvent se produire dans le cou, dans le bras et dans la glande mammaire (mastodynie).

La névralgie intercostale donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic ; elle est confondue avec des maladies des organes profonds, ou, inversement, des maladies des organes profonds qui s'accompagnent de douleurs plus ou moins semblables à celles de la névralgie intercostale sont prises pour de simples névralgies.

Les mouvements de la respiration et les battements du cœur exagérant les douleurs névralgiques, certains malades affectés de simples névralgies intercostales se figurent qu'ils sont atteints d'affections très graves des poumons et du cœur ; ils deviennent hypochondriaques, se condamnent à un repos absolu et se figurent qu'ils vont succomber à la rupture d'un anévrysme par exemple. Lorsque la névralgie siège au niveau des quatrième, cinquième ou sixième

nerfs intercostaux du côté gauche, l'ébranlement de la paroi thoracique qui accompagne le choc du cœur augmente les douleurs comme fait la pression du doigt. L'auscultation et la percussion de la poitrine permettront de distinguer facilement la névralgie intercostale de la pleurésie et de la péricardite; l'existence d'un mouvement fébrile doit faire écarter l'idée d'une névralgie intercostale simple.

La périhépatite et la périspélérite donnent lieu fréquemment à des douleurs analogues aux douleurs névralgiques ou même à des névralgies véritables; mais les symptômes concomitants, les changements de volume du foie ou de la rate, la douleur à la pression profonde, fournissent presque toujours les éléments d'un diagnostic exact.

La pleurodynie ou rhumatisme des muscles de la paroi thoracique se distingue de la névralgie intercostale par l'absence de points douloureux limités; la douleur est diffuse, elle ne suit pas exactement les nerfs, et elle augmente lorsqu'on pince les muscles ou qu'on exerce une pression au niveau de leurs insertions.

Le diagnostic différentiel de la névralgie intercostale et de la névrite intercostale est impossible dans beaucoup de cas; lorsque les douleurs se rattachent à une affection locale: pleurésie chronique, carie costale, etc.; lorsqu'elles sont continues et non plus paroxysmiques, comme dans les névralgies, et que la pression est douloureuse sur tout le trajet des nerfs, lorsque enfin il existe des troubles trophiques comme dans le *zona*, on peut admettre qu'il s'agit d'une névrite.

Les douleurs extrêmement vives qui surviennent dans la carie ou le cancer des vertèbres, par suite de la compression des nerfs intercostaux dans les trous de conjugaison, sont souvent confondues avec la névralgie intercostale; ces douleurs siègent, en général, des deux côtés et elles ont un caractère de gravité et de ténacité très rare dans les névralgies simples; l'existence de tumeurs, de déformations de la colonne vertébrale, les phénomènes de compression de la moelle épinière, lèvent bientôt tous les doutes. La confusion est encore plus facile à éviter avec les douleurs en ceinture de la myélite.

Névralgie lombo-abdominale.—La névralgie lombo-abdominale a son siège dans les branches supérieures du plexus lombaire; les principaux points douloureux sont: le *point lombaire*, en dehors des premières vertèbres lombaires; le *point iliaque moyen*, un

peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des iles; le *point iliaque antérieur*, entre les épines iliaques antérieures où s'engage le nerf fémoro-cutané; les points *hypogastrique*, *inguinal* et *scrotal*; chez la femme, le point scrotal est remplacé par des points douloureux au niveau de la grande lèvre et du col de l'utérus (Valleix).

Les douleurs se limitent parfois à quelques branches du plexus, à celles qui se rendent au scrotum et au testicule par exemple (névralgie ilio-scrotale).

La confusion peut avoir lieu surtout avec le *lumbago*. Dans cette dernière affection, les douleurs ne se montrent guère que dans les mouvements; elles sont le plus souvent bilatérales; on ne trouve pas les points douloureux névralgiques, la sensibilité à la pression est également répartie dans tout l'espace qui correspond aux masses sacro-lombaires. La colique néphrétique présente une certaine analogie avec la névralgie ilio-scrotale; la rétraction du testicule vers l'anneau et l'absence de points névralgiques caractérisent la première de ces affections; la présence de petits graviers dans les urines lève tous les doutes.

Névralgie crurale.—Décrite par Cotugno, sous le nom d'*ischias nervosa antica*, et par Chaussier, sous celui de névralgie *fémoro-prétibiale*, cette névralgie siège, comme son nom l'indique, dans le nerf crural. Les douleurs se produisent à la partie antéro-interne de la cuisse et du genou, rarement elles s'étendent le long du saphène interne à la malléole interne, au bord interne et au dos du pied jusqu'aux premiers orteils. Les principaux points douloureux sont, d'après Valleix, le *point inguinal*, le *point crural moyen*, le *point condylo-rotulien interne*, le *point malléolaire interne* et le *point plantaire interne*. Ces dénominations sont assez claires pour se passer de commentaires. La névralgie crurale est beaucoup plus rare que la névralgie sciatique.

Romberg a décrit comme une forme spéciale la névralgie du nerf obturateur, dont les signes sont du reste assez obscurs.

Névralgie sciatique.—Elle a été décrite sous les noms d'*ischias nervosa postica* (Cotugno), de *névralgie fémoro-poplitée* (Chaussier), de *goutte sciatique*; généralement on la désigne du seul mot de sciatique. C'est une des névralgies les plus communes; elle est rare chez les enfants, c'est de vingt à soixante ans qu'elle présente son maximum de fréquence; l'homme y est plus prédisposé que la femme, probablement parce que sa vie extérieure l'expose

davantage aux variations brusques de température, au froid humide, qui sont les causes les plus communes de la sciatique.

Les malades ressentent tout d'abord une sensation de lourdeur, d'engourdissement, de froid ou de chaleur brûlante dans l'un des membres inférieurs; bientôt des élancements douloureux se produisent et, par la direction qu'ils suivent, ces élancements permettent de reconnaître rapidement la sciatique; lorsqu'on dit au malade de tracer avec le doigt le trajet que suivent les douleurs, il marque sur sa peau la direction du nerf sciatique, comme ferait le meilleur anatomiste (Cotugno); généralement les élancements vont du centre à la périphérie, ils s'arrêtent au niveau du creux poplité ou bien ils gagnent la face externe de la jambe et de la plante du pied. Les mouvements, la marche, la toux, les inspirations profondes exagèrent les douleurs.

Les principaux points douloureux sont : le *point fessier*, qui correspond au sommet de l'échancrure sciatique, lieu d'émergence du nerf; les *points trochantérien, fémoraux* sur le trajet du sciatique à la partie postérieure de la cuisse; les *points poplité, péronier* (au-dessous de la tête du péroné, là où le nerf sciatique poplité externe contourne l'os), *malléolaire externe et plantaires*. Les douleurs sont quelquefois localisées à la plante du pied, ce qui a conduit à décrire une *névralgie plantaire*.

Pour peu que la névralgie soit intense, les malades sont condamnés à l'immobilité; les douleurs se calment plus ou moins rapidement, mais les récidives sont fréquentes.

Les névralgies sciatiques simples ne s'accompagnent pas de troubles trophiques, tout au plus observe-t-on un peu d'atrophie du membre, comme conséquence de l'immobilité prolongée; dans les sciatiques névrites, au contraire, l'atrophie des muscles se montre de bonne heure, les douleurs existent sur tout le trajet du nerf qui est induré, et dans quelques cas on voit apparaître des groupes d'herpès ou des œdèmes partiels; ces différences entre la névralgie sciatique et la névrite sciatique ont été bien indiquées par M. Landouzy; mais il faut avouer que, dans la pratique, il est souvent difficile de se prononcer. Il n'est pas démontré que la névralgie sciatique ne puisse pas aboutir au bout d'un certain temps à la névrite chronique.

La sciatique une fois reconnue il faut se demander si elle n'est pas symptomatique; la compression produite par des tumeurs du petit bassin est une cause commune de névralgie ou de névrite sciatique.

On ne confondra avec la sciatique ni les douleurs rhumatismales, qui se localisent en général dans les articulations et qui ne sont pas limitées à l'un des membres inférieurs, ni les douleurs provoquées par les différentes espèces de myélites, douleurs qui s'étendent le plus souvent aux deux membres inférieurs et qui s'accompagnent de paralysie ou d'ataxie des mouvements. La coxalgie à la première période donne lieu à des douleurs à la partie supérieure de la cuisse et dans le genou qui pourraient faire croire à la sciatique, il suffit de signaler la possibilité de cette erreur.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES. — Lorsqu'on a constaté l'existence d'une névralgie, il faut naturellement se demander quelle en est la cause; comme l'a dit Trousseau, les névralgies sont souvent symptomatiques. Il est clair que les indications thérapeutiques seront très différentes, suivant que la névralgie se rattache à une maladie générale, par exemple, ou à un état purement local. Ici, comme toujours en pathologie, il faut chercher à remplir l'indication causale avant les indications symptomatiques. Si les malades sont anémiques, on traitera l'anémie en même temps que la névralgie; si les douleurs sont intermittentes et si l'on est en pays palustre, on prescrira le sulfate de quinine; si une cause locale d'irritation provoque les douleurs, on cherchera à la faire disparaître.

Les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine constituent un des meilleurs moyens de soulager les douleurs névralgiques; on injecte *loco dolenti* 1 centigramme de chlorhydrate de morphine en solution s'il s'agit d'un homme adulte; chez la femme la dose doit être plus faible. Les vésicatoires pansés à la morphine permettent de réunir l'action révulsive éminemment utile dans la curation des névralgies à l'action calmante des sels de morphine. On a conseillé également les frictions avec le liniment chloroformé, l'acupuncture, les injections hypodermiques avec un liquide irritant sur le trajet du nerf malade, la cautérisation ponctuée et l'électrisation cutanée dont Duchenne (de Boulogne) vante les effets; afin de limiter l'action de l'électricité à la peau, on la dessèche avec de la poudre d'amidon, puis on l'électrise à l'aide du balai électrique; il faut que l'impression soit vive et subite. A la suite de l'électrisation cutanée on voit se produire des taches érythémateuses; les douleurs peuvent disparaître après une seule séance, il faut en général de six à huit séances; même dans les cas si rebelles de névralgie épileptiforme, S. Féréol a employé avec succès dans les névralgies rebelles le sul-

fate de cuivre ammoniacal, 0^{gr},10 à 0^{gr},15 par jour dans une potion.

Le sulfate de quinine réussit quelquefois dans des névralgies qui, sans être d'origine palustre, affectent une tendance à l'intermittence. Trousseau recommande l'opium à haute dose à l'intérieur dans le traitement de la névralgie épileptiforme. On a conseillé encore la section ou la résection des nerfs douloureux; ces opérations apportent généralement un soulagement momentané, mais les douleurs ne tardent pas à reparaitre, soit que le nerf se régénère, soit que les douleurs qui ne se produisent plus que dans le bout central soient rapportées, par une illusion nerveuse très fréquente, à la périphérie.

BASSEREAU. Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux. Thèse, Paris, 1840. — VALLEIX. Traité des névralgies, Paris, 1841. — GRISOLLE. Journ. des conn. médico-chirurg., 1845. — BEAU. De la névrite et de la névralgie intercostales (Arch. gén. de méd., 1847). — MARROTTE. Sur les névralgies périodiques (Arch. gén. de méd., 1852). — NOTTA. Sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies (Arch. gén. de méd., 1854). — ROMBERG. Lehrb. der Nervenkrankh., 3^e édit., Berlin, 1857. — LABOUBÈNE. Des névralgies viscérales, thèse pour l'agrégation. Paris, 1860. — TROUSSEAU. Clinique, 3^e édit., t. II, p. 150 et 376. — LASÈGUE. Consid. sur la sciatique (Arch. gén. de méd., 1864). — LAGRELETTE. De la sciatique. Thèse, Paris, 1869. — M. PETER. Des points de côté (Gaz. des hôp., 1869). — DU MÈME. De la névralgie diaphragmatique (Arch. gén. de méd., 1871). — HUBERT. Des altérations de la sensibilité cutanée dans la sciatique. Thèse, Paris, 1870. — DUCHENNE. De Pelectris. local., 3^e édit., Paris, 1872, p. 798. — TESTAUD. Névralgie diaphragmatique. Thèse, Paris, 1873. — LANDOUZY. Op. cit. — BOISSON. Névralgie trifaciale, troubles trophiques. Thèse, Paris, 1876. — POUËY. Essai sur le diagnostic différentiel de la névrite et de la névralgie. Thèse, Paris, 1877. — M. ROSENTHAL. Op. cit. — HALLOPEAU. Art. Névralgies, du Nouv. Diction. de méd. et de chirurg. pratiques, 1877, t. XXIII. — HOMOLLE. Art. Sciatique (id., t. XXXII).

PARALYSIES PÉRIPHÉRIQUES.

Les plus intéressantes des paralysies périphériques sont celles du *facial*, du *radial*, du *circumflexe* (paralyse du deltoïde), du cubital et certaines paralysies du plexus brachial sur lesquelles Erb et Remak ont appelé l'attention. La dénomination de paralysies *a frigore*, employée par quelques auteurs, doit être rejetée, car s'il est prouvé que le froid joue un rôle important dans la pathogénie de ces affections, il n'est pas moins certain qu'elles relèvent souvent d'autres causes. Nous ne parlerons pas ici des paralysies des nerfs oculo-moteurs, parce qu'elles sont presque toujours symptomatiques d'affections des centres nerveux. Les paralysies saturnines et les paralysies diphthéritiques rentrent dans l'histoire du saturnisme et de la diphthérie.

PARALYSIE DU NERF FACIAL.

Synonymie : *Paralyse faciale*, *paralyse de la septième paire*, *hémiplegie faciale*.

ÉTIOLOGIE. — Le refroidissement est une des causes les plus communes de l'hémiplegie faciale; l'effet suit si rapidement la cause, dans bon nombre de cas, qu'il est impossible de contester l'étiologie *a frigore*. Tantôt c'est un voyageur qui, en hiver, reste exposé dans un wagon à l'air froid d'une fenêtre ouverte ou mal fermée; tantôt il s'agit d'une personne qui, chez elle et pendant son sommeil, reçoit sur la figure un courant d'air froid; la paralysie survient très vite, les malades s'aperçoivent avec étonnement que leurs traits sont déviés, ils n'éprouvent en général aucune douleur, mais seulement une gêne plus ou moins notable dans tous les mouvements qui nécessitent l'intervention des muscles faciaux.

La paralysie faciale peut être une suite de l'otite moyenne; chez les nouveau-nés elle est produite quelquefois par la compression des branches du forceps.

DESCRIPTION. — Ce qui frappe tout d'abord quand on examine un malade atteint d'hémiplegie faciale, c'est l'asymétrie du visage; l'irrégularité des traits dépend à la fois de la perte de tonicité des muscles du côté malade et de la prédominance d'action des muscles du côté sain qui n'ont plus d'antagonistes. La commissure labiale du côté sain est tirée en haut et en arrière, tandis que celle du côté malade est abaissée, la lèvre de ce côté ne retient plus la salive qui s'écoule au dehors; le sillon naso-labial du côté malade est effacé ainsi que les rides transversales du front; l'aile du nez suit passivement les mouvements d'inspiration et d'expiration; enfin, par suite de la paralysie du muscle de Horner, le grand angle de l'œil du côté de l'hémiplegie est déformé, les points lacrymaux sont portés en avant et les larmes s'écoulent le long des joues (Duchenne).

L'asymétrie de la face devient plus apparente encore lorsque le malade parle ou rit: la commissure labiale du côté sain est alors entraînée fortement en arrière et en haut, et la différence entre les sillons naso-labiaux devient bien plus nette qu'à l'état de repos.

La prononciation des labiales est défectueuse; lorsque le malade parle ou qu'il respire un peu fortement, la joue du côté paralysé est soulevée à chaque expiration, puis retombe comme un voile inerte;

on a indiqué quelquefois ce phénomène en disant que le malade *fume la pipe*. Il est impossible au malade de siffler, et lorsqu'on lui commande de gonfler ses joues comme s'il s'appretait à souffler, l'air s'échappe entre les lèvres paralysées, les joues se dégonflent immédiatement comme un ballon crevé. Pendant la mastication une partie des aliments s'accumule entre la joue et l'arcade dentaire du côté de l'hémiplégie, le malade est obligé de se servir de son doigt pour obvier à cet inconvénient; enfin par suite de la prédominance d'action du releveur de la paupière supérieure innervé par le moteur oculaire commun, l'occlusion de l'œil est incomplète ou impossible, ce qui gêne beaucoup les malades, principalement pour le sommeil. La sensibilité est intacte et en général il n'y a pas de douleurs.

Les symptômes de l'hémiplégie faciale ne sont pas toujours aussi accentués; dans la description qui précède nous avons eu en vue une paralysie faciale complète.

Lorsque l'hémiplégie dépend d'une lésion du nerf à son passage dans le rocher, comme il arrive dans certains cas d'otite, quelques symptômes nouveaux viennent s'ajouter à ceux qui précèdent; les rameaux nerveux qui se séparent du facial dans son trajet à l'intérieur du canal de Fallope et qui échappent à la paralysie *a frigore* sont, en effet, atteints dans ce cas; la luette est déviée du côté sain, le voile du palais présente du côté malade une flaccidité qui contraste avec la courbure régulière du côté sain (paralysie du grand nerf pétreux superficiel); la pointe de la langue est déviée du *côté malade* (paralysie du digastrique et du stylo-glosse); enfin on note dans quelques cas une diminution du goût, qui a été expliquée par la paralysie des muscles érecteurs des papilles de la langue, une diminution de la sécrétion salivaire (paralysie de la corde du tympan) et des troubles de l'ouïe qui paraissent dépendre de la paralysie des muscles moteurs des osselets.

Dans l'hémiplégie faciale *a frigore* la contractilité électrique est toujours diminuée; elle disparaît quelquefois dès le troisième ou le quatrième jour (Duchenne). L'état de la contractilité électro-musculaire a, comme nous le verrons, une grande importance au point de vue du pronostic. D'après Erb, quand le gonflement du nerf facial reste limité à la portion extrapétreuse, l'électricité peut encore produire des contractions; dans le cas contraire, la compression du nerf étant plus forte, la contractilité électrique est perdue en même temps que la contractilité volontaire. Cette explication nous paraît

très vraisemblable, mais la démonstration anatomo-pathologique fait encore défaut. Lorsque l'hémiplégie faciale dépend d'une lésion du nerf dans le rocher, la contractilité musculaire disparaît également.

La paralysie faciale peut être double, *diploégie faciale*: on ne constate plus alors l'asymétrie de la face, mais seulement la disparition des sillons naso-labiaux et des rides du front; l'immobilité des traits donne à la physionomie une apparence caractéristique, il semble que le malade ait un masque sur la figure; les troubles fonctionnels, difficulté de prononcer certaines lettres, gêne de la déglutition, impossibilité de siffler, etc., sont naturellement beaucoup plus marqués que dans l'hémiplégie.

A la suite de la paralysie faciale *a frigore* on voit assez souvent se produire de la contracture des muscles primitivement paralysés; il en résulte que la déviation de la commissure labiale se fait non plus du côté sain, mais du côté malade; un examen superficiel pourrait faire supposer alors que la paralysie siège du côté sain; en interrogeant avec soin ces malades, en faisant exécuter des mouvements des lèvres, on évitera facilement cette cause d'erreur.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic de l'hémiplégie faciale ne présente pas en général de difficultés: la déviation des traits, l'impossibilité de siffler ou de gonfler les joues sont des signes caractéristiques qui se retrouvent même dans les cas légers; nous avons indiqué plus haut les causes d'erreur qui dépendent d'une paralysie faciale double ou d'une contracture secondaire des muscles paralysés. Mais le clinicien ne doit pas se contenter du diagnostic d'hémiplégie faciale, il doit se demander de quelle nature est cette paralysie: s'agit-il d'une hémiplégie *a frigore*? le nerf facial est-il comprimé dans le canal de Fallope? ou bien la paralysie est-elle de cause centrale? On sait, en effet, que les maladies de l'encéphale et de la protubérance annulaire donnent souvent lieu, entre autres symptômes, à l'hémiplégie faciale.

Les lésions cérébrales ne donnent presque jamais naissance à la paralysie faciale sans provoquer, en même temps, une paralysie des membres du même côté; les paralysies faciales d'origine cérébrale sont incomplètes, elles n'atteignent que les muscles innervés par les branches inférieures du facial ou facial inférieur, par suite le mouvement d'occlusion des paupières est conservé; enfin la contractilité électrique persiste pendant très longtemps dans les

muscles paralysés, contrairement à ce qui a lieu dans les hémiplegies faciales d'origine périphérique.

Lorsque l'hémiplegie est sous la dépendance d'une lésion protubérantielle, la contractilité électrique disparaît assez rapidement, ce qui pourrait faire croire à une paralysie périphérique; mais on observe alors, soit une hémiplegie des membres du côté opposé à la paralysie faciale (hémiplegie alterne), soit une paralysie des nerfs dont les noyaux d'origine sont voisins de ceux du facial sous le plancher du quatrième ventricule, tels que les nerfs oculo-moteurs ou le trijumeau; s'il existe, par exemple, une hémianesthésie faciale chez un malade porteur d'une hémiplegie faciale, il faudra écarter l'idée d'une affection d'origine périphérique.

Le Dr Straus a recommandé l'emploi de la pilocarpine dans le diagnostic différentiel des hémiplegies faciales. Si chez un malade atteint d'hémiplegie faciale d'origine cérébrale on fait une injection hypodermique de nitrate de pilocarpine (1 centigramme à 1 centigramme 1/2) au niveau du sternum, la sudation s'établit en même temps du côté sain et du côté malade de la face. Lorsqu'on fait la même expérience chez un malade atteint de paralysie faciale d'origine périphérique à forme grave, avec perte complète de la contractilité faradique des muscles, on constate presque toujours que la sudation du côté paralysé se produit avec un retard d'une ou deux minutes sur celle du côté sain.

Nous avons indiqué plus haut quelques-uns des caractères qui distinguent l'hémiplegie faciale *a frigore* de celle qui est due à la compression du nerf dans le canal de Fallope; dans ce dernier cas, on constate le plus souvent d'autres signes d'une affection du rocher ou de l'oreille moyenne, tels que : surdité, douleurs, écoulement purulent par l'oreille, polype, etc.

L'hémiplegie faciale *a frigore* dure rarement moins de deux septénaires; elle peut se prolonger bien davantage, soit que les muscles restent à l'état de flaccidité, soit qu'ils se contractent. L'exploration à l'aide de l'électricité fournit, au point de vue du pronostic, des renseignements précieux; on peut, avec Duchenne, distinguer deux degrés dans la paralysie faciale *a frigore* : les paralysies du premier degré se caractérisent par une simple diminution de la contractilité électro-musculaire, celles du deuxième degré par une diminution considérable ou une disparition de cette propriété; les premières sont d'un pronostic bien moins grave que les dernières.

La gravité des paralysies par compression ou destruction du nerf facial dans l'aqueduc de Fallope dépend de la nature des altérations primitives.

TRATTEMENT. — La médication révulsive et l'électrisation localisée sont les principaux moyens de traitement applicables à la paralysie du nerf facial. Les frictions avec le liniment ammoniacal, avec le baume opodeldoch, avec l'huile de croton, les vésicatoires appliqués en avant de l'oreille, donnent de bons résultats.

Lorsque la contractilité électrique a entièrement disparu, il est inutile d'électriser les muscles, il faut employer les révulsifs et attendre que la contractilité commence à reparaitre pour faire usage de l'électricité. Lorsque la contractilité électrique est seulement diminuée, on peut employer tout de suite l'électricité; on évitera de provoquer des contractures en ayant soin de ne faire usage que de courants faibles et à intermittences éloignées (Duchenne). La contracture est annoncée par des spasmes partiels des muscles de la face du côté paralysé et par des douleurs musculaires ou névralgiques; lorsque des spasmes même partiels et passagers se produisent, il faut cesser à l'instant l'application de l'électricité. La contracture s'empare presque toujours en premier lieu du grand zygomatique, la commissure labiale est alors plus élevée du côté malade que du côté sain à l'état de repos.

On a conseillé l'emploi de la strychnine par la méthode endermique ou hypodermique dans les cas d'hémiplegie faciale rebelle; on saupoudre, par exemple, un petit vésicatoire avec 5 milligrammes de strychnine ou de sulfate de strychnine; on peut élever progressivement la dose jusqu'à 25 milligrammes (Bouchardat). Cette application est douloureuse.

MONTAULT. Dissert. sur l'hémiplegie faciale, Paris, 1831. — ROMBERG. Casper's Wochenschr., 1835. — BÉRARD. Article Hémiplegie faciale du Diction. en 30 v. — LANDOUZY. Essai sur l'hémiplegie faciale chez les nouveau-nés. Paris, 1839. — Du même. De l'altération de l'ouïe dans la paralysie faciale (Gaz. méd. de Paris, 1851). — BERNARD. De l'altération du goût dans la paralysie du nerf facial (Arch. gén. de méd., 1843). — LIÉGEOIS. Physiol. du nerf facial. Thèse, Paris, 1858. — MARCHAL (de Calvi). Remarques et observ. sur les affect. névropathiques (Rec. mém. méd. milit., 2^e série, t. IX, p. 188). — PIERRESON. De la diplegie faciale (Arch. gén. de méd., 1867, t. II, p. 159). — DUCHENNE (de Boulogne). Op. cit., p. 852. — GÉRARD. Étude sur la paralysie double de la septième paire. Thèse, Paris, 1870. — ERB. De la paralysie faciale d'origine rhumatismale (Deutsch. Archiv f. klin. Med., 1875). — Du même. Maladies périphériques des nerfs cérébro-spinaux, in Handbuch der Pathologie de Ziemssen, Leipzig, 1875. — ROSENTHAL. Op. cit. — H. GINTRAC. Art. Face, du Nouv. Dictionn. de méd. et de chirurg. prat. — AUGÉ. Thèse, Paris, 1873. — STRAUS. Des troubles oculaires dans la paralysie faciale. Thèse, Paris, 1879. — STRAUS. Des modifications dans la sudation de la face provoquées par la pilocarpine (Soc. de biol., 25 octobre 1879).

PARALYSIE DU NERF RADIAL.

ÉTIOLOGIE. — De même que la paralysie du facial, celle du radial dépend en général du refroidissement; elle se produit souvent chez des ouvriers qui, après un travail pénible, se sont endormis dans un endroit humide, l'un des bras appliqué sur le sol; à leur réveil, les malades s'aperçoivent qu'ils ne peuvent plus relever le poignet ni étendre les doigts.

La compression vient en seconde ligne parmi les causes de cette paralysie; c'est par la compression qu'il faut expliquer la paralysie du radial chez les personnes qui s'endorment l'un des bras appuyé sur le dos d'une chaise, et probablement aussi celle qui a été décrite chez les porteurs d'eau de Rennes (Bachon).

DESCRIPTION. — L'invasion est le plus souvent brusque; on s'endort bien portant, on se réveille avec une paralysie des extenseurs de la main et des doigts; il existe de l'engourdissement ou des fourmillements dans le membre malade; du reste, pas de douleurs vives.

Voici, d'après Duchenne, les principaux caractères de la paralysie du nerf radial: 1° le poignet est constamment infléchi à angle droit; le malade ne peut ni le relever, ni le mouvoir latéralement lorsque l'avant-bras et la main reposent sur un plan horizontal (paralysie des radiaux et du cubital postérieur); 2° le bras étant dans l'extension et dans la pronation, la supination ne peut être obtenue qu'avec la flexion, ce qui s'explique par la paralysie du court supinateur et par l'action du biceps qui imprime un mouvement de supination à l'avant-bras en même temps qu'il le fléchit sur le bras; 3° l'avant-bras étant dans la demi-flexion et dans la demi-pronation, si l'on engage le malade à continuer avec force le mouvement de flexion, et si l'on applique la main au niveau du bord externe de la face antérieure du coude, on ne sent pas le long supinateur se contracter; 4° l'extension des premières phalanges est impossible par suite de la paralysie de l'extenseur commun; 5° les interosseux, innervés par le cubital, ne sont pas atteints, aussi les mouvements de latéralité des doigts sont conservés et le malade les exécute facilement quand la main est placée sur un plan horizontal; il en est de même des mouvements d'extension des deux dernières phalanges, quand on a soin de maintenir les premières en extension sur les métacarpiens; 6° quand on se fait serrer la main par le malade, on constate que

les mouvements de flexion ont moins de force du côté de la paralysie du radial; les muscles fléchisseurs, n'ayant plus d'antagonistes, sont dans un état de raccourcissement continu qui diminue la force de leurs contractions; lorsqu'on maintient artificiellement le poignet dans la position d'extension sur l'avant-bras, les mouvements de flexion de la main et des doigts s'exécutent avec autant de force qu'à l'état sain.

Contrairement à ce qui a lieu dans l'hémiplégie faciale, les muscles atteints dans la paralysie *a frigore* ou par compression mécanique du nerf radial conservent leur sensibilité électrique.

La plupart des usages de la main sont perdus à la suite de la paralysie du nerf radial; la guérison est heureusement la règle lorsqu'on met en usage un traitement rationnel.

Dans les cas où la paralysie persiste longtemps, il se produit de l'amaigrissement des muscles extenseurs; en général, on n'observe pas de véritables troubles trophiques.

La paralysie du nerf radial ne peut être confondue qu'avec la paralysie saturnine des extrémités supérieures qui, elle aussi, porte sur les extenseurs. La paralysie saturnine s'observe en général des deux côtés; elle se produit lentement, progressivement, tandis que la paralysie du radial est unilatérale et s'établit très rapidement. Ainsi que Duchenne l'a fait remarquer, la contractilité électromusculaire est considérablement affaiblie, sinon abolie, chez les saturnins, tandis qu'elle est conservée dans la paralysie du radial *a frigore* ou par compression; enfin le long supinateur est généralement épargné dans la paralysie saturnine, tandis qu'il est toujours atteint dans la paralysie du nerf radial. Pour savoir si une paralysie des extenseurs est ou non d'origine saturnine, il suffit, d'après Duchenne, de faire fléchir l'avant-bras avec force et de chercher si l'on sent le relief du long supinateur ou si ce relief fait défaut; dans le premier cas, on peut conclure à la paralysie saturnine. On trouvera du reste dans la marche de la maladie, dans les antécédents et dans la profession du malade, dans les autres signes de l'intoxication saturnine: liséré plombique des gencives, paralysies multiples, coliques sèches, etc., les éléments d'un diagnostic différentiel plus approfondi.

Les moyens de *traitement* sont les mêmes que dans la paralysie du nerf facial; on emploiera les révulsifs, les vésicatoires en particulier et l'électrisation localisée, qui est d'un maniement plus facile que dans l'hémiplégie faciale, car il est rare d'observer des contractures.

DUCHENNE (de Boulogne). Op. cit., p. 700. — PANAS. Communiqué à l'Acad., de méd., 1874, et Archives gén. de méd., 1873, t. I, p. 657. — BACHON. Paralyse du nerf radial chez les porteurs d'eau de Rennes (Rec. mém. méd. n^o 3^e série, t. XI, p. 323). — TRANCHANT (J.) De la paralysie traumatique du nerf radial. Thèse, Paris, 1873. — CHAPOY. De la paralysie du nerf radial. Thèse, Paris, 1874. — VICENTE. Paralyse a frigore du nerf radial. Thèse, Paris, 1876. — DUPLAY. Paralyse du nerf radial de cause périphérique (Progrès méd., 1877). — ERB. Op. cit. — DIEULAFOY. Gaz. hebdomadaire, 1878, p. 341. — BATHIAT. Etude sur le pronostic et le traitement de la paralysie a frigore du nerf radial. Thèse, Paris, 1879.

PARALYSIE DU DELTOÏDE.

Sous le nom de *rhumatisme deltoïdien* on a confondu : 1^o la névralgie du nerf circonflexe ; 2^o la paralysie atrophique du deltoïde qui est occasionnée très probablement par une névrite du nerf circonflexe ; 3^o le rhumatisme deltoïdien proprement dit. L'absence de données anatomo-pathologiques précises explique les divergences des auteurs à ce sujet.

Les malades éprouvent des douleurs très vives dans l'épaule, douleurs qui suivent le trajet du nerf circonflexe et qui s'exagèrent par les mouvements ; cette période douloureuse, après avoir duré un certain temps, fait place à la période paralytique et atrophique ; la paralysie peut se limiter à certains faisceaux du deltoïde, la contractilité électro-musculaire est diminuée ou abolie et l'atrophie ne tarde pas à se produire.

La paralysie atrophique du deltoïde peut être confondue avec le rhumatisme musculaire du deltoïde, avec l'arthrite de l'épaule, enfin avec la névralgie du circonflexe. La névralgie du circonflexe donne lieu à des douleurs identiques à celles qui précèdent la paralysie du deltoïde dans la névrite du circonflexe, mais ces douleurs disparaissent assez facilement sous l'influence d'un traitement approprié ; on ne voit survenir ni la paralysie, ni l'atrophie du muscle deltoïde, qui reprend ses fonctions dès que les douleurs ont disparu. Il est rare que le rhumatisme musculaire se localise dans le seul muscle deltoïde et qu'il donne lieu à des douleurs aussi vives que celles qui accompagnent la névrite du circonflexe ; ces douleurs en tout cas, ne suivent pas le trajet du nerf, elles siègent plus spécialement aux insertions musculaires. L'arthrite scapulo-humérale s'accompagne de tuméfaction, ou, s'il s'agit d'une arthrite sèche, de craquements dans les mouvements articulaires ; le diagnostic de la névrite du circonflexe et de l'arthrite scapulo-humérale présente du reste, il faut l'avouer, de sérieuses difficultés.

Duchenne fait un grand éloge de l'électrisation cutanée dans ce qu'il appelle le *rhumatisme deltoïdien simple* ; il est bien probable que les cas qui guérissent après quelques séances d'électrisation cutanée doivent être rapportés à des névralgies du nerf circonflexe. On se débarrasse moins facilement de la névrite ; l'électrisation rend encore des services en empêchant l'atrophie du deltoïde, mais il faut surtout, à l'aide des révulsifs, s'efforcer d'arrêter les progrès de la névrite. Le chlorhydrate de morphine, employé comme dans les névralgies par la méthode endermique ou hypodermique, sert à calmer les douleurs.

DUCHENNE. Op. cit., p. 694.

PARALYSIE DU NERF CUBITAL.

La paralysie a frigore du nerf cubital est très rare ; dans la plupart des faits publiés jusqu'à ce jour, cette paralysie était due à des lésions récentes ou anciennes de l'articulation du coude : fractures, luxations, arthrites, etc., à des contusions ou à la compression du nerf cubital. La névrite du nerf cubital a son siège d'élection au niveau de la gouttière épitrocholo-olécrânienne, c'est là en effet que le nerf est le plus superficiel, le plus vulnérable par conséquent.

La paralysie du nerf cubital donne lieu à une déformation très caractéristique de la main, connue sous le nom de *main en griffe*. La main, du côté où siège la paralysie, est décharnée ; les espaces intermétacarpiens se dessinent en creux (atrophie des muscles interosseux) ; l'éminence thénar est remplacée par un méplat ; les premières phalanges des quatre derniers doigts sont dans l'extension et les deux dernières dans la flexion (d'où le nom de main en griffe). Cette déformation s'explique facilement par la paralysie et l'atrophie des interosseux qui sont innervés par des filets du cubital, les interosseux des deux dernières (Duchenne) ; la paralysie de ces muscles a naturellement pour effet de rendre permanente l'action de leurs antagonistes. La disposition en griffe est moins apparente à l'index et au médium qu'à l'annulaire et à l'auriculaire, ce qui tient à ce que les deux premiers lombriques, qui sont innervés par le nerf médian, suppléent en partie les deux premiers interosseux. Les mouvements d'adduction du pouce et d'opposition aux autres doigts ne sont pas supprimés, mais ils s'exécutent plus difficilement qu'à l'état normal (paralysie de l'adducteur du pouce).