

La paralysie du cubital antérieur est facile à constater : dans la flexion de la main sur l'avant-bras on ne sent plus le tendon de ce muscle se tendre sous la peau ; l'atrophie du cubital antérieur et celle des deux faisceaux internes du fléchisseur profond se traduisent par une diminution de volume de l'avant-bras qu'il est aisé de constater par la mensuration comparée des deux avant-bras.

Les troubles de la sensibilité sont assez variables suivant la nature des lésions du nerf cubital et suivant les phases de la maladie. La névrite du cubital s'accompagne de douleurs vives, névralgiques, qui suivent le trajet du nerf, et d'une sensation d'engourdissement et de fourmillements qui siègent principalement sur les deux derniers doigts. Il existe souvent une zone d'anesthésie à la face interne de la main et de l'avant-bras, mais cette zone, alors même que la destruction du nerf est complète, est bien loin de correspondre à toutes les parties de la peau innervées par le nerf cubital, ce qui s'explique par les nombreuses anastomoses des nerfs de l'avant-bras et de la main.

L'atrophie des muscles innervés par le cubital est constante, on peut observer aussi d'autres troubles trophiques.

L'atrophie musculaire progressive donne lieu à des déformations des mains analogues à celles que produit la paralysie du cubital, mais ces déformations sont rarement limitées à une seule main ; nous aurons du reste l'occasion de revenir sur ce diagnostic différentiel (voy. *Atrophie musculaire progressive*).

Lorsqu'on observe les signes de la paralysie du cubital, il faut explorer avec beaucoup de soin l'articulation du coude et le nerf cubital à son passage dans la gouttière épitrochlo-olécrânienne, il faut s'enquérir s'il n'y a pas eu autrefois une fracture ou une luxation du coude, s'il n'existe pas une exostose comprimant le nerf, etc.

On cherchera tout d'abord à supprimer les causes de compression ou d'irritation du nerf, on combattra la névrite à l'aide des révulsifs, enfin on emploiera l'électricité (courants continus ou courants intermittents) qui rend dans ce cas de très grands services.

GRANGER. Paralysies du cubital à la suite des fractures de l'épitrôchlée (Journal d'Édimbourg, 1858). — DUCHENNE (de Boulogne). De l'électrisation localisée, 5^e édit., 1872, p. 543. — PANAS. Sur une cause peu connue de paralysie du nerf cubital (Académie de médecine, 1877, et Archives générales de médecine, 1878). — FÈVRE. Étude sur la paralysie du nerf cubital. Thèse, Paris, 1878. — CHARCOT, Article Cubital (nerf), in Dictionnaire encyclop. des sc. méd.

PARALYSIES DU PLEXUS BRACHIAL.

Les paralysies du plexus brachial ne sont pas très rares, mais le plus souvent ces paralysies, par leur origine, relèvent bien plutôt de la chirurgie que de la médecine. Telles sont les paralysies du plexus brachial qu'on observe à la suite des fractures de la tête de l'humérus ou des luxations scapulo-humérales, ou encore à la suite de la compression produite dans le creux axillaire par les béquilles ; telles aussi les paralysies qui surviennent quelquefois chez le nouveau-né à la suite de certaines manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux (paralysies obstétricales de Duchenne).

Les paralysies que l'on peut appeler médicales sont rares pour le plexus brachial, il existe cependant une variété de paralysie partielle de ce plexus qui mérite de nous arrêter. Erb et Remak ont fait connaître cette forme curieuse de paralysie partielle du plexus brachial dans laquelle le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, le long supinateur et quelquefois le court supinateur sont seuls atteints de paralysie. On se rappelle que le deltoïde est innervé par le nerf circonflexe, le biceps et le coraco-brachial par le musculo-cutané, le long et le court supinateur par le nerf radial ; il paraît donc très difficile, au premier abord, d'expliquer comment ces muscles peuvent être atteints de paralysie, alors que les autres muscles innervés par le musculo-cutané et par le nerf radial conservent leurs mouvements. Le groupement des muscles paralysés signalé par Erb et par Remak se rencontre trop souvent pour qu'on puisse le considérer comme un effet du hasard. Erb a fourni, du reste, une explication très rationnelle de cette paralysie partielle du plexus brachial.

En excitant, à l'aide d'une fine électrode, un point déterminé situé entre les scalènes et correspondant à l'émergence des cinquième et sixième nerfs cervicaux, on arrive à faire contracter simultanément le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et le long supinateur, indépendamment de tous les autres muscles du membre supérieur ; on peut donc admettre, avec Erb, que les filets moteurs des quatre muscles atteints dans la paralysie partielle du plexus brachial sur laquelle il a attiré l'attention, sont réunis en un point du plexus brachial avoisinant les scalènes, et que ce sont les lésions portant sur ce point du plexus brachial qui donnent lieu à cette variété de paralysie.

Ferrier et Gerald Yeo ont fait sur des singes des expériences qui

démontrent que les plexus nerveux, et le plexus brachial en particulier, jouent un rôle important dans la coordination des mouvements, et qu'ils ont pour principale fonction de distribuer les fibres nerveuses motrices, et de les associer pour ainsi dire en différents troncs nerveux qui se rendent aux muscles qui doivent agir simultanément pour exécuter tel ou tel mouvement.

Les causes les plus ordinaires de ces paralysies sont le refroidissement ou la compression de cause externe ou de cause interne (tumeurs du cou, etc.).

Les malades accusent d'ordinaire des douleurs plus ou moins vives dans le cou, dans l'épaule, et des irradiations douloureuses qui s'étendent dans le bras, l'avant-bras et la main; il existe souvent une sensation d'engourdissement et de fourmillements dans le pouce et dans l'index, enfin le bras s'affaiblit plus ou moins rapidement, et il arrive un moment où le malade ne peut plus le soulever; l'exploration des muscles montre que le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, le long supinateur et quelquefois le court supinateur sont paralysés.

Il existe souvent des zones d'anesthésie plus ou moins complète dans les régions de la peau innervées par le musculo-cutané ou le radial, mais les fibres sensibles sont en général moins profondément atteintes que les fibres motrices.

La paralysie partielle du plexus brachial peut prendre d'autres formes que celle qui a été décrite par Erb et Remak; Straus a publié une observation de paralysie du plexus brachial dans laquelle la paralysie portait sur toutes les branches du plexus brachial à l'exception du nerf médian, les fibres sensibles étaient atteintes comme les fibres motrices, la zone cutanée qui reçoit les filets nerveux du nerf médian avait seule conservé sa sensibilité.

La paralysie obstétricale du plexus brachial porte d'ordinaire sur le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, et en outre, sur le sous-épineux; il s'agit donc d'une paralysie de même nature que celle décrite par Erb et Remak; on conçoit que la pointe d'une des branches du forceps puisse comprimer le plexus brachial un peu en dehors des scalènes.

Les paralysies partielles du plexus brachial d'origine périphérique sont quelquefois assez difficiles à distinguer des monoplégies brachiales d'origine centrale. Les circonstances dans lesquelles la paralysie est survenue, l'âge des malades, les symptômes concomitants fourniront des indications très utiles, la monoplégie de cause céré-

brale se produit le plus souvent chez des individus âgés, qui présentent d'autres signes d'une affection cérébrale, qui ne se sont pas exposés au refroidissement en couchant, par exemple, sur la terre nue et humide, ou qui n'ont pas subi de compression au niveau du plexus brachial. La monoplégie brachiale de cause cérébrale est distribuée d'ordinaire plus régulièrement sur les muscles du membre malade que la paralysie de cause périphérique, elle ne s'accompagne d'aucun trouble de la sensibilité, elle est souvent passagère et, si elle persiste, elle se complique souvent de contraction.

L'électricité (courants continus ou interrompus) fournit ici comme pour les autres paralysies périphériques la médication la plus efficace.

ERB. Verhandl. des Heidelb. Naturhist. med. Vereins, 1875, et Centralb. f. med. Wissensch., 1876, p. 306. — REMAK (fils). Zur Pathologie der Lähmungen des plexus brachialis (Berlin, klin. Wochenschr., 1877). — I. STRAUS. Note sur un cas de paralysie du plexus brachial (Gaz. hebdomadaire, 1880). — SARRADE. Sur certaines formes rares de paralysie du plexus brachial. Thèse, Paris, 1880. — LANNOIS. Contribution à l'étude des paralysies spontanées du plexus brachial (Revue de méd., 1881, p. 988).

ATROPHIE UNILATÉRALE DE LA FACE.

Synonymie: *Trophonévrose* (ROMBERG). — *Aplasia lamineuse progressive* (LANDE)

En plaçant ici la description de cette singulière maladie décrite pour la première fois par Romberg, nous n'entendons pas affirmer qu'il s'agit d'une maladie du système nerveux périphérique; on en est encore réduit aux conjectures sur la nature véritable de cette maladie, mais ses analogies avec les lésions trophiques consécutives aux névrites sont assez nombreuses pour la faire admettre provisoirement dans le cadre des maladies des nerfs. Nous ne discuterons pas les théories émises sur la nature de l'atrophie unilatérale de la face; il faut laisser la parole aux faits qui bientôt, sans doute, viendront juger la question; il est probable que s'il s'agissait d'une maladie plus commune, nous serions déjà édifiés sur la nature des altérations qui la produisent.

DESCRIPTION. — Le premier phénomène morbide consiste d'ordinaire dans l'apparition d'une tache sur la peau du visage; cette tache est colorée en jaune ou en brun, ou bien elle résulte d'une décoloration avec atrophie de la peau; elle apparaît presque toujours sur le trajet d'un nerf.

L'atrophie envahit lentement et de proche en proche tout un côté de la face sans jamais dépasser la ligne médiane. La peau amincie, rétractée comme un tissu de cicatrice, est accolée aux os; le système pileux est atteint de bonne heure, la barbe et les cheveux blanchissent ou tombent du côté atrophié, ce qui donne aux malades un aspect caractéristique, surtout s'ils laissent croître leur barbe du côté sain. La transpiration cutanée et la sécrétion sébacée sont souvent diminuées ou abolies. La circulation se fait régulièrement, il n'y a pas d'atrophie des artères; les muscles amincis et en partie atrophiés, restent contractiles. Il existe souvent une légère déviation de la face du côté malade et des contractions fibrillaires des muscles. Dans presque toutes les observations on signale l'existence de douleurs névralgiques intenses du côté malade, sans anesthésie ni hyperesthésie.

Les os, et en particulier le maxillaire supérieur, peuvent participer à l'atrophie, ce qui augmente l'asymétrie de la face.

Il n'existe, le plus souvent, aucun trouble des organes des sens.

Charcot a insisté sur les analogies qui existent entre l'aplasie lamineuse et la sclérodémie.

Dans un cas observé par Delamare chez un jeune officier, l'aplasie lamineuse coïncidait avec des troubles intellectuels très prononcés.

L'atrophie unilatérale de la face a une marche lentement progressive, elle ne paraît pas menacer directement la vie des malades.

L'électrisation cutanée et les courants continus ont été employés sans beaucoup de succès. On traitera les douleurs comme celles des névralgies ordinaires.

LANDE. Essai sur l'aplasie lamineuse. Thèse, Paris, 1870. — H. FREMY. Étude critique de la trophonévrose faciale. Thèse, Paris, 1872. — VULPIAN. Leçons sur les vasomoteurs. Paris, 1874, p. 427. — COURTET. Étude sur une observation nouvelle d'atrophie unilatérale de la face. Thèse, Paris, 1875. — WHITESIDE HIME. De l'hémi-atrophie progressive de la face (The British med. Journ., 1876). — ROSENTHAL. Op. cit., p. 794. — H. GINTRAC. Art. Face, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques. — O. BERGER (Deutsch Arch. f. Klin. Med. Band XXII, p. 432). — GRASSET. Leçons sur les maladies du système nerveux, t. II, 1879. — DELAMARE. Contribution à l'histoire de l'aplasie lamineuse progressive de la face (Rec. mém. méd., m^e, 1880, p. 484). — CHARCOT. Leçon clinique sur la sclérodémie et l'hémiatrophie faciale (Progrès médical, 1880, p. 1050).

MALADIES DE LA MOELLE

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.

Avant d'aborder la description des maladies de la moelle, il nous paraît indispensable de rappeler les détails de structure de cet

organe et les lois de physiologie qui intéressent plus spécialement le pathologiste.

La moelle présentant dans toute sa hauteur une structure à peu près identique, il nous suffira d'étudier une coupe histologique de la moelle colorée par le carmin et montée dans le baume du Canada.

Sur cette coupe, on distingue parfaitement à l'œil nu la substance grise, qui a une teinte rose, et la substance blanche, qui a une teinte plus pâle; les sillons antérieur et postérieur séparent la moelle en deux moitiés symétriques. La substance grise se divise de chaque côté en corne antérieure et postérieure; la corne postérieure est plus longue et plus effilée que l'antérieure; les cornes antérieure et postérieure d'un côté, formant par leur réunion une espèce de croissant, sont réunies à celles du côté opposé par une bandelette de substance grise au centre de laquelle se trouve le canal central de la moelle ou épendyme, la partie de la substance grise située en avant de l'épendyme a reçu le nom de *commissure grise antérieure*; celle située en arrière, le nom de *commissure grise postérieure*; en avant des commissures grises on trouve la *commissure blanche* antérieure formant le fond du sillon antérieur.

Les cornes antérieure et postérieure donnent naissance aux racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens et la substance blanche de la moelle se trouve ainsi divisée, dans chacune des moitiés de l'organe, en trois cordons: *antérieur, latéral et postérieur* (fig. 28).

La partie des cordons postérieurs, qui limite le sillon postérieur se colore un peu plus fortement par le carmin que le reste de la substance blanche; nous verrons plus loin que ces faisceaux des cordons postérieurs qui ont reçu le nom de *cordons de Goll*, présentent une structure histologique un peu différente de celle de la substance blanche normale et qu'au point de vue pathologique ils jouissent aussi d'une certaine indépendance; la substance blanche, qui dans chacun des cordons postérieurs est située entre le cordon de Goll en dedans et la corne postérieure en dehors, constitue la *zone radulaire postérieure*.

A la partie interne des cornes antérieures, il faut aussi noter deux petits faisceaux triangulaires que rien ne distingue à l'état normal, mais dont l'anatomie pathologique démontre l'indépendance, ce sont les *cordons de Türck*.

L. et T. — Path. et clin. méd.