

XL

PARALYSIE DOULOUREUSE DES JEUNES ENFANTS

PAR P. BÉZY

Historique. — Chassaignac a décrit, dans les *Archives générales de médecine*, en 1856, un état clinique parfaitement net, et qui peut se résumer dans l'exemple suivant : Un enfant de deux à cinq ans marche avec sa mère sur un trottoir; il glisse vers la rue; la mère, qui donne la main à son enfant, tire brusquement le bras par en haut; l'enfant, ainsi retenu, ne tombe pas, mais il pousse un cri de douleur, le bras retombe inerte le long du corps, et les mouvements sont impossibles; si l'on essaye de les provoquer, l'enfant accuse une vive douleur. La paralysie persiste quelques jours, et disparaît sans aucun traitement.

Le même phénomène paralytique peut se produire quel que soit le genre de traction brusque exercé sur le membre supérieur.

Il s'agit toujours, en résumé, d'une traction violente exercée sur le bras de l'enfant, suivie d'une paralysie passagère, et disparaissant sans traitement.

La traction peut être remplacée par une contusion, mais le fait est rare. De même, Chassaignac a vu une paralysie de ce genre se manifester sur le membre inférieur. Mais il est permis de se demander si cette observation, du reste incomplète, car on n'a pas revu l'enfant, rentre bien dans le même cadre. Dans tous les cas, la clinique démontre que le membre supérieur est presque toujours intéressé.

Telle est aussi l'opinion de Brunon (de Rouen) qui a publié une série d'observations dans plusieurs mémoires (1893 et 1895), dont l'un paru sans que l'auteur ait eu connaissance de celui de Chassaignac. Les caractères décrits n'en sont pas moins identiques, ce qui prouve bien l'existence d'un type clinique bien net. Le même type a été décrit par Bernard, élève de Brunon, et, à diverses époques, par Kennedy, par Jules Simon (paralysie éphémère), Lebard, Halipré, Lövegren.

Il ne faut pas confondre, comme nous le verrons au diagnostic, avec ces formes, les manifestations dues à des lésions chirurgicales décrites par Ollier, Minerbi, Broca, etc.

Symptômes. — Les symptômes cliniques sont toujours les mêmes, et rien n'est à changer à la description des sept caractères principaux indiqués par Chassaignac :

1° *Instantanéité de l'invasion.* — La paralysie se montre immédiatement après la traction. Le fait a été constaté chaque fois que le sujet était assez grand pour manifester. La constatation est plus difficile chez les tout petits enfants qui crient facilement, et dont les mouvements sont moins apparents. 2° *État complet de paralysie.* — Si la paralysie est totale au

moment de l'accident, elle ne tarde pas à diminuer, avant de disparaître complètement. Il est bon d'ajouter que, dans beaucoup de cas, la transition de la paralysie au mouvement est brusque. 3° *Troubles de la motilité.* — Les mouvements communiqués sont toujours possibles, mais l'enfant ne veut pas les exécuter parce qu'ils sont trop douloureux; la preuve en est que, si on veut pincer la peau, le malade, pour éviter cette douleur, exécute des mouvements qui sont, du reste, limités et lents. 4° *Caractères de la douleur : intensité, siège, durée.* — La douleur est intense et se produit dès que la cause a agi, mais elle disparaît rapidement en tant que douleur spontanée, et ne se manifeste que si on la provoque par des mouvements. Le siège de cette douleur a été variable dans les cas, assez rares, où l'on a pu le déterminer. 5° *Aspect du membre.* — Le bras pend le long du corps et la main est toujours en pronation. 6° *Absence de toute déformation, de tout désordre anatomique.* — Pas d'ecchymose, de luxation, de signe de fracture, de disjonction des épiphyses. 7° *Diminution progressive et guérison prompte.* — La paralysie disparaît en peu de temps et la guérison est complète.

Étiologie, pathogénie. — Si la description clinique de Chassaignac doit rester classique, il est indispensable, au contraire, de discuter ses conceptions pathogéniques. Pour bien saisir la pathogénie, il faut distinguer les causes extrinsèques, admises par tous, et les causes intrinsèques, discutées encore aujourd'hui.

a) *Causes extrinsèques.* — Si dans quelques cas exceptionnels on admet que le traumatisme peut être quelconque et le membre inférieur atteint, dans l'immense majorité des cas, la cause sera le tiraillement brusque du membre supérieur. Ce tiraillement sera exercé sur le trottoir ou au bord d'un fossé, comme il a été dit plus haut, ou bien par un enfant plus grand voulant sortir un enfant plus petit de son berceau ou le soulever d'un tapis. Les jeux, les disputes de l'enfance peuvent facilement aboutir au même résultat.

b) *Causes intrinsèques.* — Le membre a subi un tiraillement brusque, il est devenu immédiatement douloureux et immobile. Comment?

Deux opinions sont en présence : les uns veulent qu'il y ait toujours un traumatisme de l'os ou de l'articulation, les autres admettent une manifestation nerveuse. Nous discuterons la possibilité du traumatisme au diagnostic, voyons les opinions de ceux qui acceptent une pathogénie nerveuse.

Chassaignac, en présence de la brusquerie de l'invasion, avait d'abord pensé à une pathogénie analogue à celle du coup de fouet ou du lumbago, mais il s'était arrêté à l'idée d'une lésion du plexus brachial, tiraillement, ou, encore, commotion ayant quelques rapports éloignés avec la commotion cérébrale.

Le distingué professeur Brunon, après avoir discuté les opinions de Cerné, Camille Moreau, Cesare Minerbi, Denys Fournier, Duverney le Neveu, Bottentuit, Pingaud, qui admettent tous une pathogénie chirurgicale, se demande s'il ne vaut pas mieux accepter une pathogénie nerveuse, la paralysie par inhibition. Il y aurait lieu de rapprocher ces faits des cas de para-

lysis temporaire produite par Beaunis chez la grenouille, à la suite d'une excitation sensitive et des cas de paralysies réflexes des extrémités postérieures produites, chez le lapin, par la contusion des viscères abdominaux. Pour Brunon, l'enfant n'a que le souvenir de la douleur initiale, et les phénomènes douloureux ne se reproduisent pas, lorsque le souvenir est perdu, ou lorsqu'on produit le mouvement sans que l'intéressé s'en aperçoive. Cette explication ne me paraît pas applicable à tous les cas; j'ai observé, en effet, un enfant qui gémissait, si l'on remuait le bras pendant le sommeil; le souvenir n'était là pour rien. Dans les récents traités, nous voyons cités, dans l'étiologie des paralysies du plexus brachial, le tiraillement, la compression, la contusion. Peut-on accepter ici cette pathogénie? Dans le but d'éclaircir cette question, deux de nos collègues, MM. Charpy et Abelous, ont bien voulu faire quelques expériences dont voici le résultat :

M. Charpy a brusquement tiré par le bras le cadavre d'un enfant, la tête restant inclinée sur ce bras. Dans ces conditions, la clavicule doit comprimer le plexus brachial contre l'apophyse transverse de la sixième cervicale. Cette compression instantanée peut-elle produire une parésie? C'est discutable. Du reste, cette position de la tête rapprochée du bras ne doit pas être la règle dans notre cas, tandis qu'elle est normale dans les paralysies obstétricales. Dans une seconde expérience, M. Charpy a tiré de même brusquement sur le bras, mais la tête étant inclinée du côté opposé à la traction : il se produit alors un tiraillement tel que l'on sent le plexus tendu comme une corde de violon. Cette seconde expérience semble se rapprocher beaucoup plus de notre cas.

M. Abelous, après avoir exercé des tractions de diverses natures sur le nerf sciatique du lapin, est arrivé aux conclusions suivantes : la traction lente, l'élongation, produit dans le membre correspondant de l'anesthésie sans paralysie. La traction brusque varie selon que l'expérience produit ou ne produit pas le déchirement partiel du nerf. Lorsqu'il y a eu déchirure partielle bien apparente, le membre présente une paralysie plus ou moins généralisée, mais durable, qui n'est pas guérie après plusieurs jours d'attente. Quand, au contraire, la traction brusque n'a pas produit de déchirure apparente du nerf, il se produit une paralysie partielle du membre (l'animal traîne la patte), et cette paralysie disparaît en deux ou trois jours. Cette expérience paraît bien en rapport avec le cas qui nous occupe.

Au résumé, la paralysie serait produite, d'après Brunon, par inhibition ou par souvenir de la douleur; nous pensons, après les expériences de Charpy et d'Abelous, qu'il s'agit d'un tiraillement des filets nerveux produisant une lésion dont la nature intime reste à établir.

Diagnostic. — En présence d'un enfant dont le bras est immobile après un fort tiraillement, on se demande : 1° Y a-t-il paralysie? 2° Y a-t-il une lésion osseuse ou articulaire? 3° Y a-t-il trouble nerveux?

1° *Y a-t-il paralysie?* — Il faut se méfier de phénomènes simplement parétiques, ou même dus à la pusillanimité. La participation de l'enfant étant toujours refusée, il faudra avoir l'air de ne pas s'occuper de lui, pour le laisser se calmer, et mettre à sa portée, en retenant le membre

sain, un objet qui excite sa convoitise (jouet, sonnette, objet brillant, gourmandise); s'il n'y a pas paralysie vraie, la tentation finira par mettre le membre en mouvement.

2° *Y a-t-il lésion osseuse ou articulaire?* — Ces lésions peuvent être l'entorse juxta-épiphysaire, la luxation de la tête du radius, la pseudo-paralysie de Parrot, certaines formes frustes de la maladie de Barlow.

a) *L'entorse juxta-épiphysaire* a été décrite par Ollier, dans la *Revue de Chirurgie*, en 1881. La pathogénie et la *torpeur douloureuse* sont les mêmes que dans la paralysie de Chassaignac; mais, ici, il y a, dans la région du cartilage épiphysaire, un gonflement facilement constatable, à condition qu'on le recherche.

b) *La luxation* de la tête du radius a récemment donné lieu à une intéressante leçon de Broca (*Gaz. des hôpitaux*, 12 mai 1905). Pour le distingué chirurgien des Enfants, cette pathogénie serait unique et toute autre devrait être rejetée. Je ne puis souscrire à cette opinion, ayant toujours cherché la luxation (gêne des mouvements du coude, réduction facile avec claquement caractéristique), l'ayant rencontrée quelquefois, mais pas toujours, bien s'en faut. D'autre part, les expériences citées d'Abelous et de Charpy me semblent ne devoir laisser aucun doute. Ma manière de voir a été acceptée dans de récents travaux par Ellis Lövegren, d'Helsingfors (Berlin 1905) et par Demetrio Galatti, de Vienne (Angers 1905).

c) *La pseudo-paralysie syphilitique* de Parrot ne peut prêter à confusion que dans les formes unilatérales et si elle se produit ou semble se produire après un traumatisme, ou chez un enfant ne présentant aucune manifestation hérédo-syphilitique. Dans ces cas, difficiles mais rares, il y aura lieu de bien examiner le cartilage épiphysaire au niveau duquel une main exercée percevra les mouvements et la crépitation.

d) *Les formes frustes* de la maladie de Barlow peuvent-elles induire en erreur? L. Guinon a rapporté à la Société de pédiatrie de Paris (22 avril 1905) un cas de ce genre ayant causé une *paraplégie douloureuse*. Il n'a pas été cité, à ma connaissance, de faits analogues pour le membre supérieur. Il semble cependant qu'il serait bon d'y penser et de faire des recherches du côté de la bouche et du régime alimentaire. Il est bien entendu qu'il y aura lieu, dans tous les cas, de rechercher les fractures ou luxations communes.

3° *Y a-t-il lésion nerveuse?* — Les traumatismes chirurgicaux et obstétricaux, amenant de ces paralysies radiculaires du plexus brachial, très étudiées de nos jours, sont généralement faciles à reconnaître par l'intensité et la durée de la paralysie et surtout par les antécédents. C'est donc ordinairement par élimination, et après examen chirurgical approfondi, que le diagnostic sera confirmé par la guérison rapide et spontanée.

Pronostic. — La durée, dans les cas de Brunon, Chassaignac, Lövegren, a varié de un jour à un septénaire. La guérison spontanée est la règle.

Traitement. — Mettre le bras en écharpe et attendre. Au besoin aider par des frictions, le massage, l'électricité.