

mes, comme elles prouveront, j'espère, la raison d'être de l'intervention électrique dans cette forme pathologique, au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et surtout du traitement.

Les sept observations que j'ai à vous présenter peuvent être réparties comme suit :

Paralysie radiales 3

Paralysie cubitale 1

Paralysie du circonflexe 1

Paralysies associées du plexus brachial 1

Paralysies associées du plexus brachial, du circonflexe et du thoracique postérieur (branche du plexus brachial, née des 5e et 6e paires cervicales, qui innerve le muscle grand dentelé, et que j'associe pour cette raison aux paralysies du bras). 1

De ces différentes formes, qui, à part la paralysie du médian, comprennent toutes les paralysies traumatiques *isolées* du membre supérieur, la forme radiale est certainement la plus commune ; les raisons d'ailleurs en sont évidentes : localisation sous-cutanée à l'aisselle, position dans la gouttière de torsion humérale puis suivant le bord externe de l'os, se prêtant ainsi aisément à la compression. Celle-ci, qu'elle soit de peu de durée ou plus ou moins permanente, est la cause la plus ordinaire de la paralysie radiale ; citons ensuite les fractures de l'humérus intéressant le nerf soit par lésion indirecte, par compression, ou enfin enclavement dans le cal osseux. Une assez fréquente forme de paralysie passagère du radial est celle produite pendant le sommeil, quand le bras plié sous la tête est en même temps comprimé de l'autre côté, favorisant ainsi une élongation forcée. Les mineurs qui sont obligés de travailler parfois sur le côté dans la position horizontale sont fréquemment atteints de paralysie radiale. Les béquilles peuvent encore s'ajouter à l'étiologie par leur compression prolongée sur l'aisselle.