

oedème cutané aigu et circonscrit (*Quincke, Strübing*). Malgré l'état misérable où se sentent les patients, la nutrition peut rester très longtemps satisfaisante, un petit nombre d'entre eux seulement, arrivent rapidement à un haut degré d'anémie. On n'est pas encore fixé sur la question de savoir si l'affection siège simplement dans les terminaisons nerveuses de l'estomac, ou si on doit l'envisager comme une névrose générale (néurasthénie dyspeptique *Ewald*). *Leube* y a consacré une étude remarquable (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 21. 1884).

Le **diagnostic** se heurte souvent à de réelles difficultés. D'après *Leube*, on est en droit de conclure à la dyspepsie nerveuse dans les cas où se sont montrés les symptômes morbides dont nous avons parlé et où le lavage de l'estomac, pratiqué 6 ou 7 heures après le repas, donne un résultat négatif. *Ewald* et d'autres, ont attaqué cette manière de voir ; ils ont démontré qu'en cas d'ulcère, l'estomac était vide 7 heures après le repas, tandis qu'il pouvait encore contenir des restes d'aliments en cas de dyspepsie nerveuse ; on pourrait tenir compte de l'augmentation de l'acide chlorhydrique (hyperacidité) qui se montre dans l'ulcère de l'estomac. En tout cas, le lavage n'autorise aucune conclusion certaine et l'on devra plutôt s'en rapporter à l'allure de l'affection et à l'état général du patient. Malgré toutes les précautions, malgré une grande expérience, le diagnostic pourra bien n'être pas à l'abri de l'erreur. Nous voulons signaler encore un point dont on devra tenir compte dans certaines circonstances : chez les femmes enceintes, dans les premiers mois de la grossesse, il se montre souvent une névrose de motilité de l'estomac, qui a reçu le nom d'*hyperemesis nervosa*, vomissements nerveux de la grossesse.

Le **traitement** consistera, d'abord, à assurer au malade une alimentation convenable. En fait de médicaments jouissant d'une certaine réputation, il convient de citer la quinine, l'arsenic et le chloral (1 gr. plusieurs fois par jour). Les dérivatifs salins, les cures à Carlsbad ne donnent pas plus de résultats que l'électricité. On devra essayer successivement le séjour des montagnes, les cures d'eau froide, les bains de mer, etc. Enfin, et ce n'est pas le moins important, on ne négligera pas le traitement moral.

#### Bibliographie.

- Cherchewsky*, Contributions à la pathologie des névroses intestinales. Revue de Méd. 3. 1884.  
*Schüle*, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XV, 3, 828. 1884. (Complication de dyspepsie nerveuse avec névrose réflexe du vague amenant de la dyspnée).

- Allbutt*, Ueber Neurosen der Eingeweide. Lancet I, 11, 12, 14. 1884.  
*Ihring*, Die nervöse Dyspepsie und ihre Folgekrankheiten. v. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. Nr. 283.  
*Neustab*, Neurosen des Magens. Russ. med. 26—28. 1887.

L'affection connue sous le nom d'oesophagisme, dysphagie spasmodique, est souvent la conséquence de troubles dyspeptiques, de vomissements opiniâtres ; elle dépend parfois d'une irritation du pharynx provoquée par des aliments trop chauds ou par certaines substances irritantes (champignons, poivre de Paprica). D'autres fois, la crampe se produit par action réflexe, déterminée par une souffrance utérine : très souvent, elle constitue un symptôme partiel de l'hystérie ; elle n'a été observée qu'exceptionnellement comme affection indépendante. Elle consiste, dans tous les cas, dans le fait que la déglutition devient, à certains moments, périodiquement, difficile ou impossible pour le malade : arrivé à un endroit déterminé, le bol alimentaire est régurgité. La sonde exploratrice se trouve arrêtée à cette même place. Dans le cas où cette espèce d'étranglement siège à la partie supérieure de l'oesophage, le patient ressent de vives douleurs en mangeant, surtout s'il s'agit de mets froids ; il refuse bientôt toute nourriture et l'amaigrissement se montre petit à petit. Cependant cet amaigrissement est loin d'atteindre, dans la majorité des cas, un degré aussi prononcé que celui que l'on observe dans les rétrécissements de l'oesophage causés par les néoplasmes : la raison en est facile à saisir, le patient jouit de certaines périodes où la déglutition n'offre aucune difficulté.

Les personnes hystériques, nerveuses, facilement impressionnables, sont spécialement prédisposées à l'affection : il suffit souvent d'une vive émotion, pour que, subitement, sans cause pathologique, l'oesophagisme se montre chez elles. On l'a encore observé à la suite de la suppression des règles, au cours de la grossesse et de la lactation. Chez d'autres, l'affection remontait à un ancien traumatisme de l'oesophage, brûlure, cautérisation par l'acide sulfurique.

La durée et le cours de l'affection n'offrent rien de régulier. Disons seulement que le pronostic des cas purs est favorable, la guérison peut s'obtenir complètement à l'aide de sondages répétés, ou par l'application du pinceau faradique.

#### Bibliographie.

- Chamaillac*, Journ. de Méd. et de Chir. prat. pag. 311. 1846.  
*Matthieu*, Gaz. médic. de Lyon, pag. 102. 1852.  
*Gendron*, Arch. génér. 5 Sér., T. XI, pag. 293. 1858.  
*Vigla*, Gaz. des Hôp. 25 Sept. 1869.



- Axenfeld, L'Union 73. 1872.  
 Hulke, Transact. of the clin. Society. Vol. VI. 1873.  
 Roux, Thèse de Paris. Nr. 105. 1873.  
 Smith, Dubl. Quart. Journ. March 1864.  
 Peter, Gaz. des Hôpit. 85. 1875.  
 Mackenzie, Morell, Med. Times and Gaz. 21 Oct. 1876.  
 Eloy, Contribution à l'étude de l'œsophagisme. Gaz. hebdom. 2. Serie. Bd. XVII, 46, 47, 50. 1880.  
 Strübing, Ueber acutes angioneurotisches Oedem. Zeitschr. für klin. Med. Bd. IX, 5, 1885.  
 Meltzer, Ein Fall von Dysphagie nebst Bemerkungen. Berl. klin. Wochenschr. 8. 1888. (Symptômes de sténose œsophagienne ayant persisté pendant 49 ans).

*D. Maladie de Basedow (goître exophtalmique, cachexie exophtalmique, maladie de Graves (Graves' disease), tachycardie strumeuse exophtalmique).*

La triade de symptômes que l'on considère comme caractérisant la maladie de *Basedow*, comprend : 1. L'exagération et l'accélération de l'activité cardiaque, battements visibles des carotides. 2. La tuméfaction du corps thyroïde. 3. L'exophtalmie (1).

D'après leur ordre d'apparition, les manifestations cardiaques sont certainement les premières dans la majorité des cas. L'accélération du pouls est variable, on compte de 100 à 150 battements à la minute, les contractions du cœur sont visiblement renforcées, ce qui contribue beaucoup à l'accablement du patient. L'auscultation ne révèle souvent rien d'anormal, parfois un souffle systolique; mais il existe fréquemment de l'hypertrophie de l'organe. L'énergie des battements des carotides, qui frappe dès l'abord et que le toucher permet de contrôler, offre un contraste remarquable avec la petitesse du pouls radial (*Parry*).

La tuméfaction du corps thyroïde atteint rarement un haut degré et est le plus souvent uniforme. On peut facilement constater l'existence de pulsations dans la glande; la main y perçoit une vibration bien marquée. J'ai vu différents cas où le volume du goître variait d'un jour à l'autre, le changement s'accomplissait parfois très rapidement, en quelques heures.

L'exophtalmie, régulièrement bilatérale, varie aussi beaucoup en intensité; cependant elle est d'ordinaire bien marquée: dans certains cas, elle atteint un degré tel que les paupières ne peuvent plus, pendant le sommeil, recouvrir entière-

(1) Charcot range parmi les symptômes cardinaux de la maladie de Basedow, le tremblement dont il sera question plus loin. (X. F.).

ment le bulbe proéminent. L'exophtalmie donne au malade un aspect particulier, assez effrayant, surtout lorsque la paupière supérieure, ne suivant plus l'abaissement du regard, découvre entre elle et la cornée une zone de sclérotique large de 1 à 2 millim. Ce défaut d'accord entre les mouvements de la paupière et ceux du globe oculaire, porte le nom de symptôme de *Gräfe*: il est heureux qu'il ne soit pas très fréquent, car il fait du patient un objet d'effroi pour les siens. Le symptôme de *Stellwag*, absence presque complète du clignotement machinal, est d'autant plus remarquable que le clignotement volontaire ne présente ordinairement aucune difficulté. Ajoutez à cela la largeur démesurée de la fente palpébrale, et il est facile de comprendre que les malades de la bonne société, surtout les femmes, évitent autant que possible tout commerce avec leurs semblables.

Parmi les particularités que révèle l'examen ophtalmoscopique, il en est une bien caractéristique, signalée par *O. Becker*, c'est l'existence de pulsations des artères rétinienne, pulsations qui ne se limitent pas à la papille, mais s'étendent sur la rétine. Le fond de l'œil est normal, les fonctions visuelles, l'accommodation et la pupille complètement intactes. Il arrive parfois de constater une diminution de sensibilité de la cornée, due probablement à l'insuffisance d'humectation du bulbe: en effet, la sécrétion des larmes ne répond plus à la béance des paupières et à la rareté du clignotement, circonstances qui favorisent l'évaporation et la sécheresse de la face antérieure du bulbe.

Un symptôme assez fréquent, c'est l'insuffisance de convergence, qui a été signalée en premier lieu par *Möbius*: si l'on fait exécuter au patient un effort assez considérable de convergence, un des yeux se laisse bientôt dévier vers l'extérieur.

Nous avons déjà vu que la violence des contractions cardiaques constituait un symptôme subjectif très pénible pour le patient: il en existe encore d'autres; ainsi la tendance fréquente aux transpirations profuses. Le moindre effort détermine chez lui une sensation de chaleur, bien marquée surtout à la tête et au cou; cette circonstance lui fait rechercher les endroits frais et ombragés, il couvre son lit aussi légèrement que possible, et ainsi de suite: cependant la température objective ne subit pas toujours d'augmentation. Outre cette disposition à la transpiration, on remarque souvent que le moindre effort intellectuel ou corporel, fait rougir fortement les malades; j'ai souvent vu cette particularité, ainsi que la transpiration, ne se montrer que d'un côté de la face. *Trousseau* déjà



avait attiré l'attention sur le fait que, par une légère irritation, on pouvait déterminer à la surface de la peau de la figure ou du cou, l'apparition d'une tache d'un rouge foncé disparaissant après 1 à 1 1/2 minute : il lui a donné le nom de tache cérébrale : ce phénomène ne paraît pas constant. Tous ces symptômes doivent être rapportés à une asthénie des vaso-moteurs : de même ce phénomène signalé par *Charcot* de la diminution de résistance de la peau à la conduction électrique ; cette particularité, qui n'existe d'ailleurs pas toujours, s'explique par le degré plus élevé d'imbibition que la peau doit aux capillaires dilatés et qui la rend meilleure conductrice qu'à l'état de sécheresse normale. Ainsi, chez les gens bien portants, la résistance qu'offre l'enveloppe cutanée à la conduction électrique est représentée par un courant d'une force de 10 à 15 volts, de 4 à 5000 ohms, tandis que, dans la maladie de *Basedow*, cette résistance descend jusque 300 à 600 ohms, et ne se relève que lorsque l'amélioration se montre.

Le goître exophtalmique s'accompagne souvent de différents troubles nerveux, au premier rang desquels il convient de citer des vomissements bilieux très copieux : ils peuvent se répéter si fréquemment, que les forces du malade en sont sérieusement compromises. On signale encore l'existence de vertiges, de bourdonnements d'oreille, d'insomnies et même parfois, d'une dyspnée passagère. La chute des cheveux et des sourcils n'est pas rare : une campagne de mes clientes, âgée de 38 ans, arrivée à un degré excessif d'amaigrissement dû aux vomissements opiniâtres et à la diarrhée, perdit peu à peu ses cheveux et finit par être affligée d'une calvitie complète.

La chorée, l'épilepsie, le diabète sucré peuvent venir compliquer l'affection. *Oppenheim* a décrit une combinaison du goître exophtalmique avec la maladie d'*Addison* (*Neurol. Centralbl.* 1, pag. 29. 1888).

Au **cours** de l'affection, on peut observer des rémissions de plusieurs mois et même de plusieurs années ; une nouvelle aggravation se produit alors, qui, dans certains cas, peut avoir une terminaison fatale. Il est important, pour le pronostic, de connaître l'existence de ces rémissions ; on ne rencontre que très exceptionnellement des cas où elles fassent complètement défaut. La maladie peut débiter brusquement, il suffit parfois de 12 à 48 heures pour voir s'établir le trio de symptômes pathognomoniques. D'autres fois, les débuts sont lents, insidieux, les symptômes se montrent successivement, d'abord les palpitations, puis le goître et enfin l'exophtalmie.

Il existe des cas où la maladie n'atteint pas son entier déve-

loppement ; vu leur fréquence, ils offrent le plus grand intérêt ; il ne s'y montre qu'une partie des symptômes, les autres sont à peine marqués ou font complètement défaut : c'est la forme fruste de *Trousseau*, qui leur attachait beaucoup d'importance. Dans une excellente monographie, *P. Marie* a démontré que le goître et même l'exophtalmie, pouvaient manquer dans certaines circonstances, la tachycardie existe seule alors, souvent accompagnée, il est vrai, d'un symptôme dont *Marie* a fait une étude détaillée, le tremblement. Celui-ci possède ici un rythme très régulier, on compte 8 ou 9 oscillations par seconde. Les observations de *Marie* ont été entièrement confirmées dans la thèse inaugurale de *Ern. Cramer* (*Ueber das Wesen des Zitterns*, Breslau. 1886), élaborée dans mon service.

Quant au **pronostic**, l'affection semble plus grave lorsqu'elle atteint l'homme, les vieillards. Les malades appartenant au sexe féminin ont la chance de voir une grossesse interrompre le cours de la maladie (*Charcot*).

Nous ne possédons aucune **donnée étiologique** certaine : les affections de l'abdomen, le refroidissement, les émotions et l'hérédité jouent ici un rôle comme dans toutes les névroses, il ne faut cependant pas leur attribuer une trop grande valeur.

L'**anatomie-pathologique** n'est pas en état de jeter plus de clarté sur l'affection. Les lésions observées au sympathique du cou et à ses ganglions, n'offrent absolument rien de constant, et si réellement on constate parfois de la tuméfaction et de l'induration des ganglions du sympathique et du nerf lui-même, nous ne pouvons absolument rien conclure d'aucune de ces altérations. Il existe d'ailleurs, dans la littérature, bon nombre d'observations où les recherches du côté du sympathique n'ont donné qu'un résultat négatif. Le cœur et le corps thyroïde ne présentent non plus aucune altération constante et caractéristique. Notons seulement que l'exophtalmie constatée pendant la vie, se trouve, immédiatement après la mort, notablement diminuée, parfois disparaît complètement.

Il est bien évident que la **pathogénie** ne peut qu'être obscure avec des données anatomiques aussi insuffisantes. En tout cas l'opinion de *Koeben*, défendue plus tard par *Trousseau*, *Fletscher*, *Reith*, *Eulenburg*, *Guttman* et autres, qui veut faire remonter l'affection à une lésion du sympathique, semble au moins douteuse ; il faudrait d'abord supposer un état d'excitation permanent de certaines fibres du sympathique, ce qui n'est guère admissible : en outre, il est difficile de rattacher le goître et l'exophtalmie au sympathique.



Ces raisons ont déterminé *Sattler* à supposer une lésion circonscrite dans le domaine central du vague, lésion ayant pour effet d'affaiblir ou de suspendre complètement l'action d'inhibition sur le cœur. D'après lui, le fait qu'il ne se montre aucun autre symptôme dans le domaine du vague, ne peut prévaloir contre son opinion, car, comme on le sait, cette action inhibitrice peut être supprimée isolément. *Filehne* admet aussi une lésion du vague, du moins pour l'explication de certains symptômes : après avoir sectionné, chez des animaux, les corps restiformes dans leur quart antérieur, il observa des symptômes de la maladie de *Basedow*; le goitre et l'exophtalmie sont, pour lui, une conséquence de la paralysie des vaisseaux; il est d'ailleurs porté à envisager toute l'affection comme un ensemble de phénomènes paralytiques.

Toutes les tentatives faites jusqu'à présent dans le but de fixer le siège anatomique de cette maladie ont échoué en ce sens que l'on ne parvient à expliquer qu'un petit nombre de symptômes. Vu l'insuffisance de nos connaissances, il convient pour le moment de rassembler le plus grand nombre possible d'observations et d'analyser exactement les cas isolés qui peuvent se présenter; cela vaut certainement mieux que d'ajouter une nouvelle hypothèse à toutes celles qui existent déjà.

*Sattler* rapporte le symptôme de *Gräfe* à une lésion d'un centre de coordination destiné à assurer l'action harmonique de l'élevateur et de l'orbiculaire d'une part, et des muscles imprimant au globe oculaire les mouvements autour d'un axe horizontal, d'autre part. Le symptôme de *Stellweg* doit être considéré comme dû à une lésion de ces centres réflexes qui assurent les mouvements réflexes de l'appareil palpébral, et dont le point de départ se trouve dans la rétine et dans les nerfs sensibles de la conjonctive et de la cornée.

Le **traitement** n'a, dans la plupart des cas, aucune influence marquée sur la maladie : certaines mesures thérapeutiques sont parfois suivies d'une amélioration de plus ou moins longue durée, mais cette amélioration se produit tout aussi souvent dans les cas non traités. On ne peut donc pas trop y compter. La médication interne a du moins l'avantage de soulager le malade : à ce titre, il convient de citer d'abord le fer et la quinine, dont on n'obtient pas grand chose, pas plus que de l'iodure et du bromure de potassium. Les opiacés et le seigle ergoté n'ont pas donné de résultats particuliers. On a retiré plus de succès du traitement à l'eau froide, appliqué soit sous forme d'enveloppements de *Priessnitz*, soit sous forme de douches froides longtemps continuées. Les malades de la classe aisée seront envoyés chaque année, pendant quelques mois, dans un

établissement hydrothérapique; c'est encore là que la majorité d'entre eux se sentent le mieux.

Si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, c'est cependant la galvanisation systématique du cou qui semble donner les plus beaux résultats : on applique le pôle cathode à l'angle du maxillaire inférieur, l'anode sur le côté opposé des vertèbres cervicales inférieures. Le courant doit être faible, l'application de courte durée, 1 minute à 1 minute et demie. On voit, souvent après 10 à 15 séances, généralement après 20 à 35, les symptômes disparaître progressivement. L'amélioration ainsi produite peut durer des années (*Erb*, *Benedikt*, *Güttmann*, *Mor*, *Meyer*, etc.). Il est impossible de décider si le résultat obtenu est dû au vague ou au sympathique, la galvanisation faisant sentir ses effets sur ces deux nerfs.

Les publications de *Hack* (v. bibl.) prouvent qu'il existe des cas isolés pour lesquels on doit admettre la nature périphérique du mal : cet auteur a réussi à plusieurs reprises à faire disparaître quelques-uns des symptômes de l'affection en détruisant au galvano-cautère des tumeurs cavernieuses du nez; l'exophtalmie, entr'autres, disparaissait immédiatement du côté opéré. Il sera donc toujours bon de pratiquer l'examen rhinoscopique.

#### Bibliographie.

- Basedow*, v., Exophthalmus durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhöhle. *Casper's Wochenschr. f. d. ges. Heilkunde.* Nr. 13, pag. 197 und Nr. 14, pag. 220. 1840.
- Koeben*, De exophthalmo ac struma cum cordis affectione. Diss. inaug. Berolini. 1855.
- Charcot*, Sur la maladie de *Basedow* (cachexie exophth.). *Gaz. hebdom.* Nr. 14. 1859.
- Trousseau*, Du goitre exophth. *Union méd.* Nr. 142, 143, 145, 147. *Gaz. hebdom.*, pag. 219 u. 267. *Gaz. des hôp.* Nr. 139 u. 142. 1860.
- Oppolzer*, Ueber *Basedow'sche* Krankh. *Wien. med. Wochenschr.* Nr. 48 u. 49. 1866.
- Chvostek*, Weitere Beiträge zur Pathologie und Elektrotherapie der *Basedow'schen* Krankheit. *Wien. med. Presse.* Nr. 23, 27, 32, 39, 41—46. 1872.
- Meyer*, M., Ueber Galvanisation des Sympathicus bei der *Basedow'schen* Krankheit. Vortrag, gehalten in der Berl. med. Ges. v. 17. Juli. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 19 u. 20. 1872.
- Eulenburg & Guttman*, Die Pathologie des Sympathicus. Berlin, pag. 32 ff. 1873.
- Eulenburg*, Vasomotorisch-trophische Neurosen. Die *Basedow'sche* Krankh. pag. 73. 1875.
- Sée Germain*, Symptômes de la maladie de *Basedow*. *France méd.* Nr. 87 ff. 1878.
- Filehne*, Zur Pathologie der *Basedow'schen* Krankheit. *Sitzungsbericht der physik.-med. Societät zu Erlangen.* 14. Juli, pag. 177. 1879.

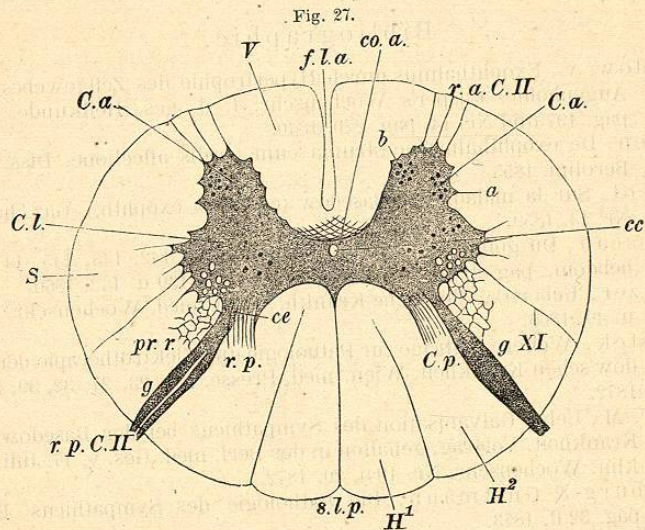


- Guttman, P., Basedow'sche Krankheit. Eulenburg's Real-Encyclop. der ges. Heilkunde. Bd. II, pag. 15. 1880.
- Sattler in Gräfe-Sämisch' Handbuch der Augenheilkunde. Bd. VI. Leipzig. Engelmann. 1880.
- Marie, P., Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Paris. Aux Bureaux du Progr. méd. 1886.
- Jendrassik, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheit. XVII, pag. 301. 1886.
- Möbius, Centralblatt für Nervenheilkunde. 12. 1886.
- Hack, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten XVIII, pag. 274. 1887. (Guérison de la maladie de Basedow obtenue par la cautérisation de la muqueuse nasale tuméfiée.)
- Durdufi, Zur Pathogenese des M. Basedowii. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. 1887.
- Sainte-Marie, M., Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Thèse de Paris. 1887.
- Vigouroux, Sur le traitement et sur quelques particularités cliniques de la maladie de Basedow. Progr. méd. Nr. 43. 1887.
- Wolfenden, A new point in the diagnosis of Graves disease. Practitioner. 234. 1887 (Sur la diminution de conduction électrique.)

## NEUVIÈME CHAPITRE.

### Affections de l'accessoire.

A ses origines réelle et apparente, l'accessoire est constitué par deux groupes distincts de filaments nerveux : le supérieur est réuni en totalité au



Coupe transversale de la moelle cervicale.

r. p. C. II racine postérieure de la deuxième paire cervicale, XI fibres de l'accessoire, C. a. corne antérieure, C. p. corne postérieure, C. l. corne latérale, H<sup>1</sup> cordon de Goll, H<sup>2</sup> cordon cunéiforme, S cordon latéral, V cordon antérieur, ce. col et g. substance gélatineuse de la corne postérieure.

vague, il sort avec lui et porte le nom d'accessoire du vague; l'inférieur commence à la hauteur du premier nerf cervical (v. fig. 27) et s'étend

jusqu'au niveau de la sixième ou de la septième vertèbre cervicale, c'est l'accessoire spinal. Dans son trajet ascensionnel vers le grand trou occipital, il est placé contre la face latérale de la moelle cervicale; à l'intérieur du crâne il s'unit temporairement à l'accessoire du vague pour constituer un tronc unique, l'accessoire commun, puis se divise de nouveau en ses deux parties dès qu'il a abandonné la cavité crânienne à travers le trou déchiré postérieur. L'accessoire du vague devient alors le rameau interne, l'accessoire spinal le rameau externe.

Dans les deux chapitres précédents, nous avons décrit le noyau de l'accessoire du vague; celui de l'accessoire spinal se trouve dans la région des cornes antérieures de la moelle cervicale: de là vient que ses fibres sont purement motrices (*Schwalbe*). *Dees* (*Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie von Laehr*, Bd. 43, Heft 45, 1887) distingue trois régions d'origine du noyau de l'accessoire: la supérieure siégerait au-dessus du 1<sup>er</sup> nerf cervical, au milieu de la corne antérieure dans la moelle allongée; la moyenne du 2<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> nerf cervical, au bord externe de la corne antérieure; l'inférieure du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> nerf cervical, à la base de la corne latérale. Le noyau lui-même consiste en amas de grosses cellules ganglionnaires multipolaires (motrices), disposées en chapelet.

Les affections de l'accessoire peuvent être centrales ou périphériques, et, comme pour les autres nerfs moteurs, elles se traduisent soit par des symptômes d'excitation, soit par des états de paralysie (hyperkinésie, crampe — akinésie, paralysie).

#### 1. Crampe de l'accessoire, torticolis, tic rotatoire, crampe de la nuque.

Le sterno-cleido-mastoïdien et le trapèze recevant leur innervation de l'accessoire, et spécialement de sa branche postérieure qui est la plus importante, ce sont ces deux muscles qui se ressentent des affections du nerf qui nous occupe. Chacun d'eux peut être atteint séparément et présenter la forme clonique ou tonique de la crampe. Il en résulte un grand nombre de variétés qui s'accroît encore ce que la maladie peut être unilatérale ou bilatérale. Rappelons que la forme clonique s'observe dans la même proportion au sterno-cleido-mastoïdien et au trapèze, tandis que la forme tonique semble ne jamais affecter que le premier de ces muscles.

Les contractions rythmiques de l'un des sterno-cleido-mastoïdiens impriment à la tête des mouvements bien caractéristiques: le menton est porté du côté sain en même temps qu'il se relève et l'oreille est rapprochée de la clavicule. La contracture du muscle (crampe tonique) fixe la tête dans cette position: *Caput obstipum spasticum*. Si les deux sterno-cl.-m. sont affectés, la tête est portée tantôt d'un côté, tantôt de l'autre (branlement, oscillation de la tête), ou bien, dans la forme tonique, elle est fortement tirée en avant et inclinée vers la poitrine.