

Les contractions du trapèze tirent la tête en arrière et vers le côté malade, relèvent les épaules et rapprochent l'omoplate de la colonne vertébrale. La crampe tonique les fixe dans cette position.

On observe parfois l'atteinte simultanée des deux muscles du même côté, souvent avec participation de la musculature de la moitié de la figure, mais il est plus rare de constater que les deux sterno-cl.-mast. et les deux trapèzes soient affectés : les mouvements et positions qui en sont la conséquence, se déduisent de ce que nous avons vu plus haut.

Les affections dont il s'agit se présentent soit sous forme de paroxysmes, soit sous forme de contractions permanentes, atténuées ou cessant complètement pendant le sommeil. Les guérisons sont exceptionnelles. Tous les moyens **thérapeutiques**, y compris l'électricité et le traitement chirurgical orthopédique, restent le plus souvent infructueux. Le fer rouge (thermocautère) est à essayer. Le traitement interne sera institué d'après les principes énoncés à l'occasion de la crampe du facial.

Les **causes de l'affection** sont de plusieurs ordres : les tumeurs cérébrales, la méningite, certains foyers de ramollissement, de même la carie de la colonne vertébrale, les néoplasmes de la moelle allongée, des influences nuisibles venues du dehors, le refroidissement, etc., peuvent y donner lieu. On connaît une crampe réflexe de l'accessoire, des observateurs sérieux en ont rapporté des exemples dans lesquels l'irritation causée par des vers intestinaux, une souffrance utérine, la frayeur ou la colère, servaient de point de départ. L'étiologie est la plupart du temps obscure : dans une de mes observations, le patient était une jeune fille de 27 ans, épileptique; il apparaissait de temps en temps chez elle des convulsions dans le domaine de l'accessoire, les contractions, très violentes, se produisaient pendant plusieurs semaines, puis cessaient complètement, également pendant un certain nombre de semaines.

## 2. Paralysie de l'accessoire.

Cette affection, assez rare, atteint tantôt un seul muscle, tantôt les deux muscles dont nous avons parlé plus haut. La paralysie unilatérale du sterno-cl.-mast. donne à la tête une position oblique, le menton, légèrement relevé, est reporté du côté malade; les mouvements de rotation de la tête deviennent plus difficiles, mais comme d'autres muscles y interviennent, ils ne sont pas impossibles. La paralysie bilaté-

rale du même muscle laisse la tête dans sa position normale; mais elle se caractérise par l'absence des saillies musculaires habituelles.

La paralysie unilatérale du trapèze fait basculer l'omoplate en dehors, l'intervalle qui sépare celle-ci de la colonne est augmenté. Par suite de l'affaissement du bras, la clavicule paraît plus saillante et la fosse sus-claviculaire plus profonde; l'angle postéro-inférieur de l'omoplate fait une saillie plus prononcée. Le haussement d'épaules volontaire et le rapprochement de l'omoplate à la colonne vertébrale, deviennent plus difficiles et exigent l'intervention du deltoïde et du rhomboïde; bien que le fonctionnement du deltoïde soit normal, le bras ne peut plus être élevé plus haut que l'horizontale, parce que le secours que lui fournissait le tiers supérieur du trapèze est supprimé.

Dans la paralysie bilatérale du trapèze, les omoplates pendent en dehors et en avant, ce qui augmente la voussure du dos : le patient tient difficilement la tête droite. La paralysie associée du sterno-cleido-mastoïdien et du trapèze, combine les deux formes; si la portion interne (la plus grêle) du nerf est également atteinte, il en résulte de la paralysie des muscles du larynx et de la parésie des muscles du voile du palais et du pharynx, qui se traduisent par de l'enrouement, le ton nasillard de la parole et une certaine difficulté d'avalier. L'accélération du pouls, observée par *Seeligmüller* dans la paralysie bilatérale, doit être attribuée à la participation des filets cardiaques du vague.

Le **pronostic** et le **traitement** sont les mêmes que pour la crampe du nerf; l'**étiologie** n'en diffère pas non plus : ajoutons cependant que la paralysie a été observée à la suite d'occupations professionnelles, les porteurs d'eau, sujets à être fréquemment mouillés, nous en offrent un exemple (*Seeligmüller*). On la rencontre encore, à titre d'affection bulbaire, dans le cours du tabes. L'accessoire peut aussi être lésé pendant les accouchements laborieux, on doit en tenir compte dans le diagnostic des paralysies musculaires de la nuque chez les nouveau-nés qui, pendant la première année, sont incapables de tenir la tête droite.

## Bibliographie.

- Seeligmüller, Arch. f. Psych. III, 2, pag. 433. 1872.  
 Kropff, Beobacht. über Krämpfe im Bereiche des Accessorius und der oberen Cervicalnerven. Diss. inaug. Göttingen 1875.  
 Remak, Doppelseitige Lähmung des Accessorius Willisii. Deutsche med. Wochenschr. 27. 1885.  
 Duchenne, Physiologie des mouvements. Paris. 1867.  
 Martius, Berliner klin. Wochenschr. Nr. 8. 1887.

## DIXIÈME CHAPITRE

## Affections de l'hypoglosse.

L'hypoglosse sort de la moelle allongée dans le sillon situé entre la pyramide et l'olive; il est constitué à son origine par 40 à 45 filaments radiculaires qui se réunissent bientôt en deux faisceaux volumineux traversant séparément l'enveloppe durale pour se réunir, à l'entrée du canal de l'hypoglosse, le trou condylien antérieur, en un tronc commun et quitter la cavité du crâne. Dans son trajet à la face inférieure de la base du crâne, il est situé en dedans du vague; il se dirige d'abord obliquement en dehors et en avant, pour s'élever ensuite sur la face externe du m. hyo-glosse, et atteindre enfin la partie rayonnante du m. genio-glosse à l'intérieur de la langue. Il forme plusieurs anastomoses avec le vague, avec les n. cervicaux supérieurs (branches antérieures), et avec le lingual du trijumeau. Les figures 28 et 29 montrent clairement les points d'émergence respectifs de l'hypoglosse et des autres nerfs crâniens ainsi que leur sortie à la base du crâne.

Le centre cortical de l'hypoglosse se trouve, d'après *Esner*, à la partie inférieure de la circonvolution centrale antérieure et à la partie avoisinante de la circonv. frontale inférieure (v. fig. 30),

Le noyau de l'hypoglosse est situé au plancher du quatrième ventricule (fig. 37). Les cellules ganglionnaires qui le constituent sont de très grande taille, ont jusqu'à 60  $\mu$  de diamètre et ressemblent complètement aux grosses cellules multipolaires de la corne antérieure de la moelle.

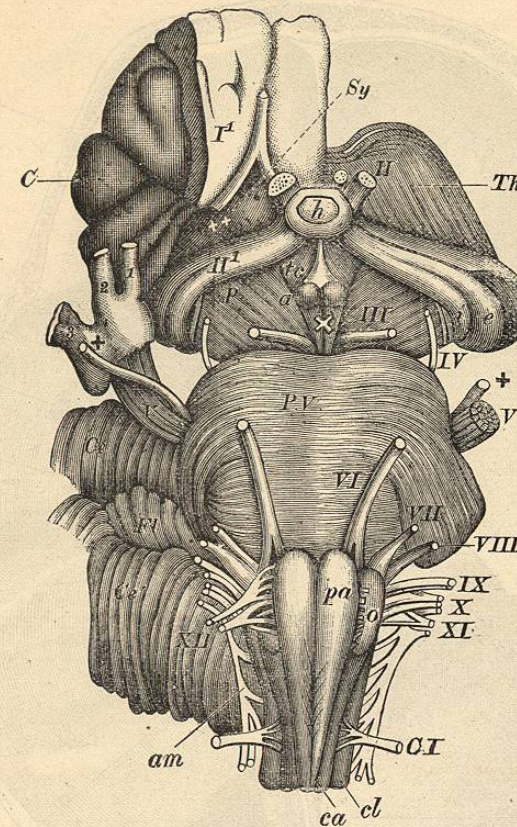
Les racines de l'hypoglosse (fig. 31 et 12) sortent certainement en partie du noyau du côté correspondant. On n'est pas encore fixé sur la question de savoir jusqu'à quel point on peut encore considérer comme lieux originaires de ces racines, d'abord le noyau du côté opposé, ensuite un amas de cellules ganglionnaires siégeant dans le voisinage du noyau, et le noyau ambigu dont il a déjà été question (fig. 31 Xa). On ne sait pas au juste non plus si l'hypoglosse reçoit certaines fibres provenant directement du cerveau.

Tandis que pour quelques-uns des nerfs crâniens, pour le facial par ex., les affections périphériques sont au moins aussi fréquentes que les affections centrales, pour l'hypoglosse il en est tout autrement: autant ses noyaux prennent souvent part à différentes affections, surtout à celles de la moelle épinière et de la moelle allongée, autant il est rare de se trouver en présence d'une maladie périphérique de ce nerf. Celle-ci se distinguera de l'affection centrale, et spécialement de la lésion bulbaire, par l'absence de certains symptômes d'origine bulbaire, et éventuellement par la présence de la réaction complète de dégénérescence: exemple le cas récemment publié par *Erb* (v. bibl.). Quant aux symptômes, ils ne diffèrent pas de ceux de l'affection centrale.

La paralysie centrale de l'hypoglosse peut, en premier lieu, dépendre d'une lésion corticale. Ainsi que nous l'avons vu, le champ cortical de la langue se trouve situé à peu près au point de confluence des circonvolutions frontales moyenne et inférieure et de la circonvolution centrale anté-

rieure. Une lésion de cette zone détermine très vraisemblablement des troubles de la motilité de la langue: rien ne plaide contre cette opinion, mais on ne peut encore l'accepter comme prouvée, la sanction de l'autopsie lui faisant défaut.

Fig. 28.



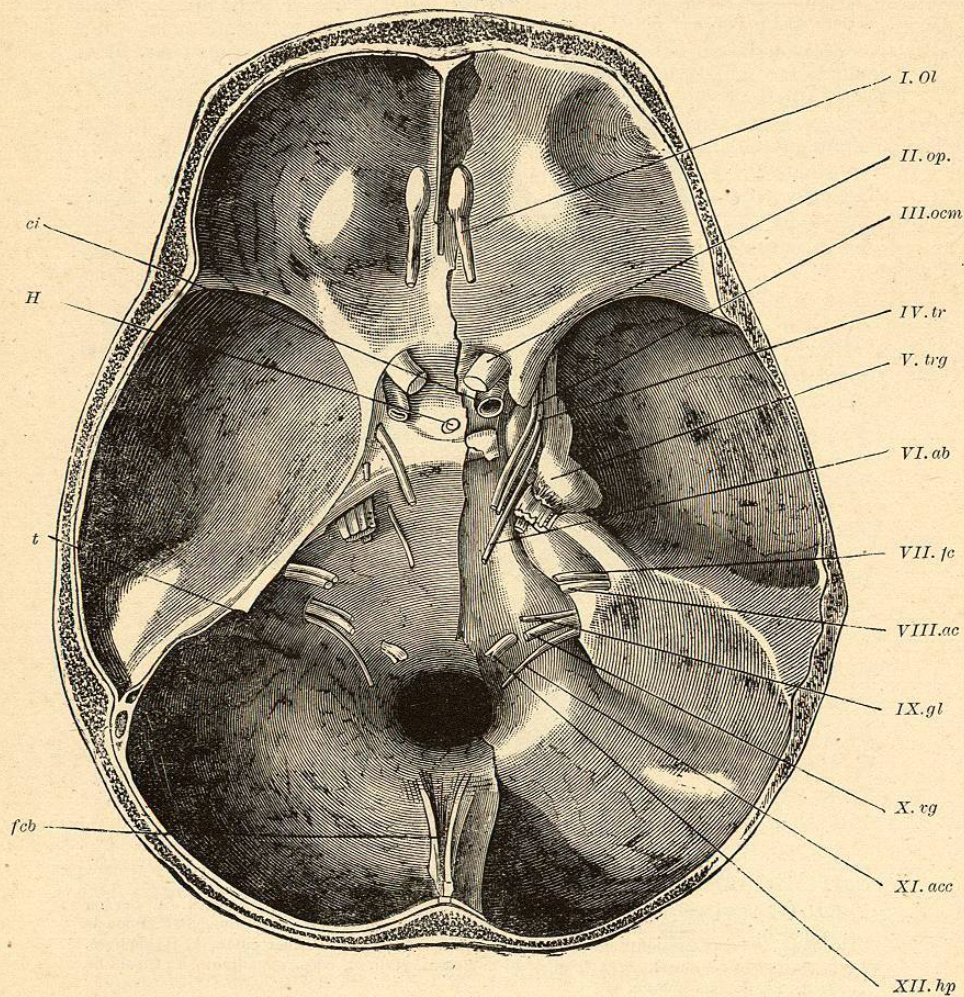
Points d'émergence des nerfs crâniens hors de la substance cérébrale.

I—XII. Les douze nerfs crâniens. CI. Racines antérieures du premier n. cervical. ca. Cordon antérieur. cl. Cordon latéral de la moelle épinière. pa. Pyramide. o. Olive. P.V. Pont de Varole. i. Corps genouillé int. e. Corps genouillé externe. t.c. Tubercule ciner. h. Hypophyse. P. Pédoncule cérébral. S. y. Région de la Fossa Sylvii. a. corp. mamillaire. C. Insula de Reil. Th. Couche optique.

Les lésions bulbaires, c'est-à-dire les lésions du noyau de l'hypoglosse, nous sont un peu mieux connues. Il est prouvé, par quelques observations, que ces lésions peuvent se présenter d'un seul côté. Il s'agit alors d'une atrophie du noyau, les cellules ganglionnaires et les fibres diminuent de nombre ou disparaissent complètement, tandis que les racines

prennent l'apparence de filaments grêles. Lorsque le malade sort la langue, au lieu de s'étendre en droite ligne, cet organe dévie du côté atteint (m. génioglosse et génio-hyoïdien) (voyez surtout la fig. 32); de plus la langue montre, du côté

Fig. 29.



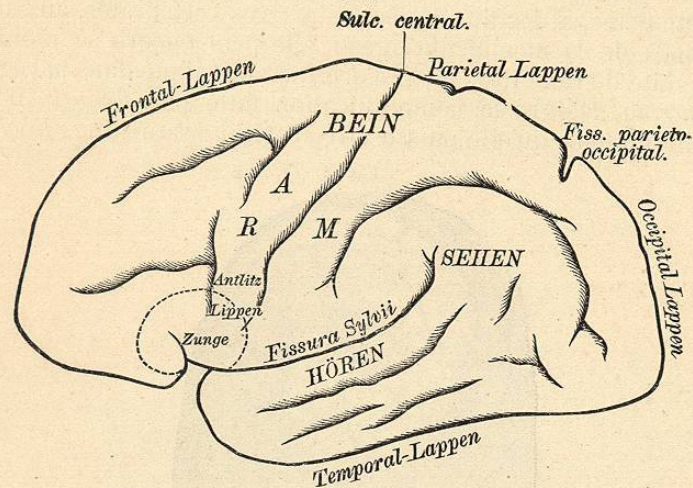
Base du crâne avec les nerfs à leur sortie. (D'après Hente).

I. Ol. N. olfactif. II. op. N. optique. III. ocm. N. oculomoteur. IV. tr. N. pathétique. V. trig. N. trijumeau. VI. ab. N. abducteur. VII. fc. N. facial. VIII. ac. N. acoustique. IX. gl. N. glosso-pharyngien. X. vg. N. vague. XI. acc. N. accessoire. XII. hp. N. hypoglosse. ci. Carotide interne, H. Hypophyse. t. Pointe de la tente du cervelet. fcb. Faux du cervelet.

malade, des contractions fibrillaires et de l'atrophie: Hémia-trophie de la langue. Ce côté est flasque et ratatiné comparativement à l'autre qui est élastique et ferme; il est en outre

légèrement ridé et de dimensions inférieures à l'autre moitié (v. fig. 32 et 33, représentant deux de mes cas). L'examen électrique donne tantôt la réaction normale, tantôt la réaction

Fig. 30.

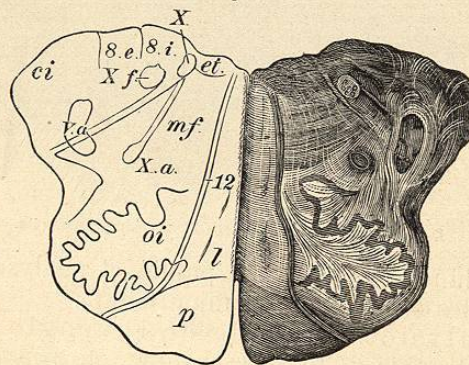


Centres corticaux de l'hémisphère gauche. (D'après Gowers).

Hören: ouïe; Sehen: vue; Bein: membre infér.; Antlitz: visage; Lippen: lèvres; Zunge: langue.

de dégénérescence: celle-ci peut, en effet, se présenter également en cas de lésion centrale, comme le démontre une de mes

Fig. 31.



Coupe transversale de la moelle allongée. (D'après Wernicke).

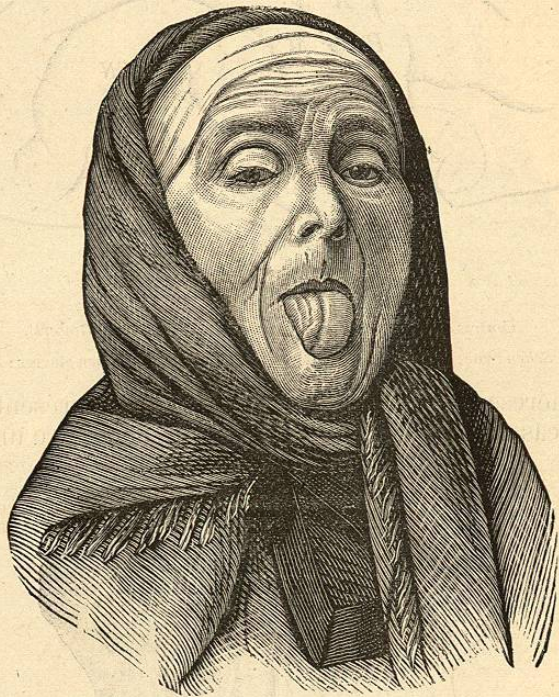
12. Fibres radiculaire de l'hypoglosse. X. a. Noyau ambigu (noyau antérieur du vague). X. Noyau postérieur du vague. X. f. Racine commune du « système mixte latéral ». 8. e. et 8. i. Noyaux ext. et int. de l'acoustique. ci. Corps restiforme. oi. Olive. V. a. Racine ascendante du trijumeau. p. Pyramide.

observations, à laquelle il manque, il est vrai, la confirmation de l'autopsie. La parole, la mastication et la déglutition deviennent

difficiles; cependant la moitié indemne de la langue peut développer une sorte d'activité vicariante, suffisante pour que les troubles deviennent peu apparents.

La paralysie unilatérale de l'hypoglosse peut être due au traumatisme, à des affections des artères vertébrales, aux néoplasmes de la moelle allongée: elle peut encore se montrer à la suite de ramollissement d'origine embolique dans la région du noyau. Malgré la communication faite par *Remak*, il me paraît douteux qu'elle puisse être d'origine saturnine. *Koch* et

Fig. 32.



Hémiatrophie de la langue. Observation personnelle.

*Marie* (v. bibl.) ont récemment publié et analysé dans leurs détails, tous les cas parus jusqu'aujourd'hui.

La paralysie bilatérale de l'hypoglosse s'accompagne de l'atrophie de toute la langue, on trouve cet organe ridé, ratatiné, presque sans mouvements, au fond de la cavité buccale; le patient ne peut plus la sortir de la bouche, sa volonté n'a plus d'action sur elle.

La parole et la mastication sont devenues fort difficiles, souvent même complètement impossibles: ce tableau pénible se rencontre fréquemment dans la paralysie bulbaire progres-

sive de *Duchenne*, parfois aussi dans l'atrophie musculaire progressive, très rarement dans le tabes. L'hémiatrophie de la langue est également beaucoup plus rare dans cette dernière affection que ne le prétend *Ballet* (v. bibl.).

La paralysie périphérique est accessible au traitement par l'électricité (faradisation et galvanisation): jusqu'aujourd'hui nous sommes désarmés contre la paralysie centrale.

La crampe de l'hypoglosse, le plus souvent bilatérale, est une affection rare, peu connue, sur laquelle il existe bien peu de bonnes publications.

Fig. 33.



Hémiatrophie de la langue. Observation personnelle.

La langue s'agite brusquement dans la bouche; malgré la volonté du patient, elle est sortie, rentrée, serrée contre les dents, avec tant de violence parfois, qu'elle en est meurtrie. Ces mouvements convulsifs se montrent par accès. Dans certains cas isolés, la langue entière se livre à des contractions rythmiques, rapides, cessant par moment. *Berger* a vu se produire, avant l'attaque, une aura consistant en un sentiment de constriction et de tuméfaction de la langue. Dans l'observation de *Dochmann* les attaques se montraient de préférence la nuit; leur

violence était telle que la patiente était brusquement tirée de son sommeil, par la projection convulsive de la langue. Dans un de mes cas, les muscles de la mastication prenaient part à l'affection; avant l'apparition de la crampe de la langue, le maxillaire inférieur était le siège de mouvements convulsifs qui l'agitaient dans tous les sens : puis ces mouvements s'arrêtaient, la bouche restait à moitié ouverte, et la langue commençait à son tour un manège qui pouvait durer une minute environ. Les attaques se répétaient 10 et 20 fois par jour, elles existaient, sans aucun changement, à peu près depuis trois années, et la première s'était montrée trois jours après une attaque épileptiforme. La patiente jouit d'ailleurs d'une bonne santé et ne provient pas d'une famille de névropathes.

La **pathogénie** de cette maladie et ses raisons anatomiques (irritation du centre de l'hypoglosse? cortical ou bulbaire?) sont entourées d'obscurité. Elle se présente bien plus rarement seule, indépendante, que comme symptôme secondaire dans la chorée ou l'hystérie. Pour le **traitement**, les considérations mentionnées à propos de la paralysie de la langue, trouveront aussi leur place ici.

#### Bibliographie.

1. Paralysie de l'hypoglosse. Hémiatrophie de la langue.
  - Fairlie-Clarke, A treatise on the diseases of the tongue. London 1873.
  - Möser, Beitrag zur Diagnostik der Lage und Beschaffenheit von Krankheitsherden der Oblongata. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXV, pag. 418. 1884.
  - Ballet, De l'hémiatrophie de la langue. Arch. de Neurol. VII, 20. 1884.
  - Hirt, Ueber Hémiatrophie der Zunge. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. 1885.
  - Erb, Ein seltener Fall von atrophischer Lähmung der N. hypogl. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXVII, pag. 265. 1885.
  - Schiffers, De l'hémiatrophie de la langue. Revue mens. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.
  - Remak, E., Ueber saturnine Hémiatrophie der Zunge. Berl. klin. Wochenschr. XXIII, 25. 1886.
  - Sauer, Fall von traumat. Hypoglossus- u. Accessoriuslähmung. Inaug.-Diss. Göttingen 1886. (Luxation unilatérale entre l'atlas et l'axis).
  - Peel, Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. 1887. (Hémiatrophie de la langue avec paralysie du récurrent du côté gauche).
  - Koch et Marie, Hémiatrophie de la langue. Revue de Méd. VIII, 4. 1888.
  - Francotte, Hémiatrophie congénitale de la langue : paralysie spastique des extrémités inférieures. Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège. 1888.
  - Limbeck, Ein Fall von Hémiatrophia Linguae. Prag. med. Wochenschr. 1889, 16.
2. Convulsion de l'hypoglosse.
  - Berger, Ueber idiopathischen Zungenkrampf. Neurol. Centralbl. I, 3. 1882.
  - Dochmann, Petersb. med. Wochenschr. 1. 1883.

- Wendt, Ueber einseitigen Zungenkrampf. Americ. Journ. of med. Sc. CLXXVII, pag. 173. Jan. 1885.
- Erlenmeyer, Centralbl. f. Nervenheilk. IX, Nr. 5. 1886. (Un cas de convulsion idiopathique de la langue).
- Bernhardt, Ueber idiopathischen Zungenkrampf. Ibid. Nr. 11. 1886.

#### ONZIÈME CHAPITRE.

##### Affection simultanée de différents nerfs. « Paralysie multiple de nerfs crâniens. »

Nous ne nous sommes occupés jusqu'à présent que des lésions isolées des nerfs crâniens; il nous reste encore à examiner dans quelles conditions peut se présenter une lésion simultanée d'un certain nombre d'entre eux, et par quels symptômes elle se traduit. L'expérience prouve que la lésion peut siéger en un point quelconque de l'étendue des nerfs, aussi bien dans leur portion périphérique et leur trajet central, que dans leurs centres corticaux ou nucléaires. Il faut remarquer, cependant, que ceux-ci peuvent seuls nous offrir l'exemple d'affections indépendantes, isolées; les lésions périphériques, au contraire, ne sont jamais que l'expression de maladies plus générales. Le traumatisme accidentel ou opératoire nous fournit parfois l'occasion d'observer un de ces rares cas où plusieurs nerfs sont frappés en même temps dans leur partie périphérique : tel est celui que publie *Remak* : à la suite de l'extirpation d'une tumeur caverneuse du cou, pratiquée par *Israel*, l'accessoire, l'hypoglosse et le sympathique, lui-même, avaient été atteints et réséqués. *Remak* rapporte fidèlement les symptômes qui suivirent (*Berlin klin. Wochenschr.* 7, 1888).

*Möbius* (v. bibl.) cite également des exemples d'origine traumatique très instructifs.

Au nombre des affections générales pouvant s'accompagner de l'affection simultanée de différents nerfs crâniens, la tuberculose et la syphilis occupent sans contredit le premier rang.

La méningite tuberculeuse, dont le siège habituel est la base du cerveau, enveloppe dans son processus la plus grande partie des nerfs qui s'y rencontrent : nous en avons déjà parlé à propos des affections des méninges. La syphilis donne parfois lieu à une névrite périphérique des nerfs crâniens; à côté des symptômes cérébraux, il s'établit une paralysie lentement progressive, atteignant les nerfs crâniens l'un après l'autre, sans ordre régulier : *Kahler* a récemment attiré l'attention sur cette affection (v. bibl.).

A la suite de la diphtérie, on peut aussi observer des