

vent se réduire aux faits suivants. Si l'on fait mourir un animal par hémorrhagie, on voit aux approches de la mort survenir des convulsions; un grand nombre de faits établissent que celles-ci ne résultent point de la douleur ou de toute autre influence, mais bien de la soustraction du sang et d'une sorte d'anémie cérébrale; car si l'on réintroduit dans les vaisseaux le sang enlevé, ou si on le remplace simplement par de l'eau, les convulsions disparaissent. Nous rappelons, seulement pour mémoire, qu'on voit quelquefois des convulsions à la suite de la saignée. Si on rend un animal anémique, ou chloro-anémique, par des saignées successives, qui rendent le sang aqueux, on voit encore des convulsions s'établir et devenir graduellement plus fortes. Ces faits suffisent pour expliquer la manifestation assez commune des convulsions, dans la chlorose, l'anémie, à la suite des hémorrhagies, etc., etc. Toutes les causes de déplétion du système circulatoire mettent en jeu le système nerveux et réciproquement, d'où l'aphorisme si connu : *Sanguis moderator nervorum*.

Nous avons épuisé la longue liste des causes des convulsions; nous ne pouvons pas cependant abandonner ce sujet, sans considérer cet accident chez les enfants en particulier.

[**Convulsions chez les enfants.** — Ce symptôme est beaucoup plus fréquent dans l'enfance qu'à tout autre âge de la vie. Aussi les médecins qui se sont occupés des maladies des enfants ont-ils toujours consacré une longue étude aux convulsions.

Quand on se trouve en présence d'un enfant atteint de convulsions, la question se pose immédiatement de savoir si ces convulsions sont symptomatiques d'une maladie cérébrale, ou si elles sont simplement sympathiques.

Disons tout d'abord qu'il est de la plus haute importance de ne pas attribuer de prime abord les convulsions à une lésion encéphalique. On peut affirmer que les convulsions symptomatiques sont de beaucoup les plus rares. De toutes les maladies qui lui donnent lieu, la plus fréquente est la méningite tuberculeuse. L'hémorrhagie méningée, la méningite simple, sont beaucoup plus rares, et MM. Rilliet et Barthez font remarquer que la méningite, sans complication tuberculeuse encéphalique, ne présente jamais de

convulsions au début (1). On sait en outre que la méningite tuberculeuse se présente habituellement chez les enfants de deux à sept ans. Les convulsions qui tiennent à une méningite, tuberculeuse ou non, n'offrent rien qui les distingue en elles-mêmes des convulsions dues à toute autre cause. Leur répétition, l'état demi-comateux du petit malade dans l'intervalle, l'irrégularité du pouls, enfin l'ensemble des symptômes de la méningite et l'étude des antécédents, guideront le médecin dont le diagnostic ne devra toutefois être présenté en pareil cas qu'avec une grande réserve.

En effet, on peut dire que tout est prétexte à convulsions chez les enfants. Il nous suffira d'examiner les principales circonstances dans lesquelles elles se produisent. — De toutes les causes, la plus fréquente est la première dentition, et surtout la dentition difficile. La plupart des maladies fébriles, et surtout les fièvres éruptives, provoquent à la période d'invasion des convulsions chez les enfants. Une simple indigestion, la constipation, une douleur un peu vive, déterminent les convulsions. La présence de vers intestinaux doit encore être invoquée.

Il ne faut donc pas se hâter, chez un enfant qui est atteint de convulsions, de conclure à une maladie cérébrale. Le plus souvent on serait dans l'erreur. On devra rechercher avec soin si les causes que nous venons d'énumérer ne peuvent pas être incriminées, et surtout dans les cas où les convulsions se déclarent subitement chez un enfant encore bien portant quelques heures auparavant; quand le petit malade se remet facilement entre deux attaques, quand l'accident ne laisse après lui ni paralysie, ni résolution, ni coma, quand la fièvre est vive et paraît franche, quand il y a d'autres signes d'une maladie aiguë, etc.]

X. — DE LA CONTRACTURE.

On entend sous ce nom un état de contraction musculaire permanente, souvent douloureuse, qui envahit un ou plusieurs muscles de la vie de relation, et quelquefois

(1) Rilliet et Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. 2^e édition.

aussi des muscles de la vie organique. Dans le premier cas, cette contraction est tout à fait involontaire, et, dans le second, elle se manifeste sans être excitée par les causes habituelles de la contraction des viscères où elle se montre.

On ne confondra pas cet état avec les convulsions toniques, ni avec les rétractions musculaires. Dans le cas de convulsions toniques, il y a toujours, par intervalles, un relâchement complet ou à peu près complet des muscles, et, de plus, les convulsions toniques (épilepsie, tétanos) sont presque toujours générales et plus ou moins accompagnées de phénomènes cloniques; tandis que la contracture proprement dite est toujours bornée à un petit nombre de muscles, qu'elle ne s'accompagne point de convulsions réelles, et qu'elle est permanente. Quant à la rétraction musculaire, elle consiste en un état de raccourcissement des muscles ou des tissus fibreux qui entrent dans leur composition; mais la fibre musculaire n'est pas pour cela en état de contraction permanente. Ici les muscles ne pourraient plus s'allonger sans se déchirer, tandis qu'ils sont encore extensibles dans la contracture proprement dite. Cependant la contracture permanente amène la rétraction des muscles, comme on en voit des exemples chez les aliénés.

La contracture occupe quelquefois un seul muscle, le plus souvent plusieurs; elle est plus commune aux membres qu'au tronc; on la voit tantôt aux membres supérieurs, tantôt aux inférieurs, quelquefois dans les uns et les autres à la fois; mais elle est bien plus fréquente dans les bras et aux doigts qu'aux membres inférieurs; elle survient quelquefois dans des muscles atteints de paralysie, et souvent alors elle est peu étendue, quoique la paralysie envahisse une grande partie du corps. Son invasion est quelquefois brusque, et alors presque toujours douloureuse; elle donne lieu, dans ce cas, à ce qu'on nomme vulgairement une *crampe*; mais, d'autres fois, elle s'établit lentement et sans douleur, à tel point que les malades ne s'en aperçoivent pas, et sont assez surpris quand on leur fait voir qu'un de leurs membres est dans un état de rigidité qui empêche des mouvements étendus. Les contractures musculaires ont une durée, très-variable, des exacerbations et des rémissions incomplètes.

La contracture résulte évidemment d'une influence qui

excite continuellement la contractilité musculaire. Or, cette influence a un grand nombre de sièges divers ou de points de départ. En les étudiant, nous présenterons aussi les caractères et la valeur diagnostique de ce phénomène.

*Maladies dans lesquelles on rencontre la contracture. —
Valeur diagnostique.*

La contracture est un accident quelquefois uniquement borné aux muscles dans lesquels elle se manifeste; c'est ce qui a lieu dans le **choléra**, par exemple; on voit alors des crampes dans les muscles des mollets, des avant-bras, du tronc, des parois de l'abdomen, et, jusqu'à présent, elles n'ont pu être rattachées à aucune lésion du système nerveux. Ces contractures sont très-douloureuses; leur invasion est brusque, leur marche rapide; rien n'est plus facile, en présence des autres symptômes concomitants, que de les rapporter à leur véritable cause.

Quelquefois le point de départ est dans les troncs nerveux; ainsi, on voit de la contracture par suite de la **blesure**, de la piqûre d'un nerf, par la présence d'une tumeur siégeant sur son trajet; nous avons vu, à la suite d'une saignée, s'établir brusquement une contracture de tous les muscles fléchisseurs de la main et des doigts; cette contracture fut probablement le résultat de la lésion du nerf médian; la malade étant sortie de l'hôpital, nous n'avons pas pu savoir si elle guérit, mais nous savons au moins que l'accident dura plusieurs jours, sans amendement. Par opposition, la section d'un nerf paralysant un certain nombre de muscles, il arrive que les muscles antagonistes se contractent d'une manière permanente; d'où un autre genre de contracture.

Ce symptôme se montre dans beaucoup d'affections du cerveau. On le voit souvent dans quelques espèces de **méningites**: dans la méningite cérébro-spinale, dans l'hémorrhagie méningée des enfants et des vieillards, dans l'**encéphalite** spontanée et dans celle qui survient à la suite des contusions du cerveau; elle ne se manifeste presque jamais dans l'hémorrhagie de la pulpe cérébrale; mais on a démontré (F. Boudet) que c'est un symptôme presque constant

de l'hémorrhagie dans les ventricules cérébraux; ce fait est si vrai, que, quand aux symptômes d'une apoplexie on voit s'ajouter de la contracture, on peut soupçonner que le foyer s'est fait jour dans les ventricules; cette supposition est presque toujours confirmée par l'observation directe. A la vérité, le même phénomène se manifeste s'il survient de l'encéphalite autour du foyer hémorrhagique; mais le diagnostic sera ordinairement facile, parce que cette inflammation est plus tardive, tandis que l'ouverture d'une caverne sanguine dans un ventricule se fait toujours à une époque rapprochée du début, et que, d'un autre côté, l'encéphalite sera annoncée par un ensemble de symptômes d'acuité, tel que la fièvre, du délire, des vomissements, etc.

Dans le ramollissement cérébral vrai, et nous désignons ainsi celui qui succède à des oblitérations vasculaires, la contracture est rarement un phénomène de début. L'assertion contraire de Lallemand paraît complètement erronée.

[[Indépendamment des contractures qui surviennent dans les maladies précédentes et qui sont des symptômes de début ou au moins des premiers jours, il existe des *contractures tardives* dont la signification pathologique est toute différente. Celles-ci se montrent à la suite d'un certain nombre de **maladies cérébrales** à foyer (hémorrhagie, ramollissement, tumeurs); elles apparaissent ordinairement deux, trois, quatre mois après l'attaque apoplectique ou l'apparition d'autres symptômes caractéristiques d'une lésion cérébrale localisée, elles intéressent exclusivement les parties paralysées; elles envahissent d'abord les membres supérieurs, puis s'étendent aussi aux membres inférieurs. D'abord peu intenses, ces contractures finissent par amener une rigidité absolue des parties qu'elles occupent; et, suivant la prédominance d'action de tels ou tels muscles, les membres sont immobilisés dans la flexion ou dans l'extension. Leur durée est toujours fort longue et même indéfinie, d'où le nom de contractures *permanentes* qu'on leur a donné.

Parèils phénomènes se montrent dans les **maladies de la moelle**, quand un segment de cet organe a été détruit (myélites partielles, compression de la moelle par des tumeurs ou des vertèbres déplacées): la contracture est, dans ces cas,

limitée aux membres inférieurs; son évolution est d'ailleurs la même que dans les maladies cérébrales.

Quelle est la raison anatomique de la contracture dans les maladies que nous venons d'indiquer? Il résulte des travaux de Ludwig Turck, Charcot, Vulpian, Bouchard (1) qu'elle doit être attribuée à des scléroses consécutives descendantes qui, partant du foyer cérébral ou médullaire, se propagent du centre à la périphérie en suivant le trajet des fibres motrices, et qui occupent dans la moelle la partie postérieure des cordons latéraux; l'inflammation chronique (sclérose) de cette partie de la moelle paraît être la lésion propre de la contracture permanente.

Dans les diverses circonstances dont nous venons de parler, la contracture se montre comme un fait secondaire venant s'ajouter aux autres symptômes de la maladie primitive. Mais quelquefois la contracture des membres des deux côtés du corps, associée à un certain degré de parésie, peut survenir primitivement sans avoir été précédée des signes d'une lésion encéphalique ou médullaire quelconque. Dans ces cas, il s'agit encore d'une *sclérose des cordons latéraux*; cette fois l'affection est protopathique, primitive; elle envahit symétriquement la totalité des faisceaux latéraux de la moelle (Turck, Charcot). Enfin il arrive assez souvent qu'une altération de la substance grise s'associe à la sclérose symétrique des cordons latéraux, et alors, aux symptômes de cette dernière maladie, s'ajoutent ceux d'une atrophie progressive des muscles; telle est la principale caractéristique de la maladie décrite par M. Charcot sous le nom de *sclérose latérale amyotrophique*.

On observe encore la contracture permanente des extrémités dans l'**hystérie**, et elle se présente avec des caractères analogues à ceux qu'on rencontre dans les contractures liées aux maladies cérébrales ou spinales. Elle s'en distingue cependant en ce que son début est brusque, qu'elle est susceptible de guérir et même tout d'un coup, qu'elle est accompagnée ordinairement d'anesthésie complète des parties contracturées, qu'elle a été précédée d'autres accidents d'hystérie grave, etc. La contracture hystérique se rattache

(1) Consulter Charcot, *Leçons cliniques*, 1870. — Bouchard, *Arch. gén. de méd.*, 1866.

sans doute aussi à une lésion des cordons latéraux; car M. Charcot a trouvé, dans un cas déjà ancien, une sclérose de cette partie de la moelle.]]

La contracture paraît être constante dans les cas d'agénésie cérébrale, on l'a notée onze fois sur autant d'observations.

Dance a décrit, en 1831, une maladie qu'il a dénommée *tétanos intermittent*, connue maintenant sous le nom de contracture des extrémités. M. Delpech l'a étudiée sous le nom de spasme musculaire idiopathique (1), M. Corvisart sous celui de *tétanie*, nom que lui a conservé Trousseau (2). — La *tétanie* s'observe le plus souvent chez les enfants, et chez les femmes, surtout pendant l'allaitement. Les hommes en sont atteints plus rarement.

M. Trousseau distingue une forme légère et une forme grave. Dans la première, la *tétanie* occupe un groupe de muscles, le plus ordinairement ceux de la main. Celle-ci offre un aspect caractéristique : le pouce replié vers la paume, les doigts allongés, imitent la forme que l'accoucheur donne à la main qu'il veut introduire dans le vagin. Les orteils peuvent être également contracturés; la face plantaire du pied se creuse tandis que le coude-pied se cambre énergiquement. Tous les autres muscles peuvent être atteints. Dans la forme grave, la contracture se généralise, les accès se succèdent; les muscles du pharynx et du larynx se tétanisent, et il en résulte une véritable asphyxie. On a vu la mort survenir dans ces *tétanies* graves.

La maladie procède par accès durant ordinairement de cinq à quinze minutes, pouvant se succéder pendant plusieurs jours et des mois entiers. Le début et la terminaison des accès sont annoncés par du fourmillement, par une sensation d'impuissance musculaire. D'après M. Trousseau, il suffit d'exercer une compression un peu énergique sur le trajet des vaisseaux et des nerfs des membres affectés, pour reproduire les accès à volonté.

Dans l'immense majorité des cas, la maladie se termine heureusement. La forme grave peut être confondue avec le *tétanos*. Mais on observe que celui-ci débute par du trismus,

(1) Delpech, Thèse, 1846.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5^e édition, 1877, t. II.

et attaque les muscles du tronc, envahissant les membres en dernier lieu. Le point de départ du *tétanos* est ordinairement un traumatisme, ce qu'on n'observe pas dans la *tétanie*.

Nous rapprocherons de ces contractions idiopathiques celle à laquelle on a donné le nom de *crampe* des écrivains. Elle consiste, comme son nom le fait supposer, dans une contracture des doigts qui tiennent la plume; contracture qui se prolonge pendant un temps plus ou moins long, quelquefois une heure et plus, et se renouvelle toutes les fois que le malade veut reprendre la plume (1).

XI. — DE L'ATAXIE.

[On désigne sous ce nom le désordre ou l'incoordination des mouvements volontaires (Bouillaud). Pour plus de précision, on devrait dire *ataxie du mouvement*, car le terme d'*ataxie* a été longtemps employé pour désigner des phénomènes très-divers, soit des troubles dans les fonctions normales, soit des accidents insolites survenant dans le cours d'une maladie, soit la prédominance de troubles nerveux dans certaines fièvres (fièvres ataxiques de Pinel). Nous n'envisageons ici que l'abolition de la coordination normale des mouvements volontaires. Ainsi entendue, l'*ataxie* est un symptôme qu'on peut observer dans plusieurs états morbides différents.

Les conditions pathogéniques de l'*ataxie* ne sont peut-être pas encore parfaitement déterminées, malgré les tentatives qui ont été faites pour expliquer ce symptôme. Nous ne saurions aborder ici ce sujet complexe, et nous sommes obligés de renvoyer le lecteur aux travaux remarquables de Jaccoud (2), Duchenne (3), etc., où la question est étudiée avec les développements qu'elle comporte. Qu'il nous suffise de rappeler que, dans les conditions normales, les mouvements en apparence les plus simples ne sont pas

(1) V. Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 3^e édit., p. 937.

(2) Jaccoud, *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*. Paris, 1864.

(3) Duchenne (de Boulogne), *Physiologie des mouvements*, Paris, 1867, p. 73.

constitués par la contraction d'un seul muscle, mais qu'ils nécessitent l'association d'un certain nombre d'actions musculaires qui concourent, soit à produire le mouvement, soit à le modérer (associations musculaires impulsives, associations musculaires antagonistes (Duchenne)); or, c'est précisément cette harmonie dans les actions musculaires qui paraît détruite dans l'ataxie, et il en résulte que les mouvements sont désordonnés, irréguliers, incohérents.

Ce qui précède suffit à distinguer l'ataxie du mouvement de quelques autres troubles musculaires qui peuvent la simuler. Ainsi certaines paralysies partielles troublent les mouvements, mais on remarquera qu'ici, l'action propre de certains muscles étant rendue impossible, le mouvement que ces muscles doivent produire est lui-même absolument empêché, il n'y a pas d'incoordination à proprement parler. D'autre part, la convulsion ne diffère pas moins de l'ataxie : elle peut se produire à l'état de repos et en dehors de tout mouvement volontaire; ce serait donc, suivant l'expression de M. Jaccoud, une ataxie du repos et non une ataxie du mouvement.

Les caractères de l'ataxie musculaire varient sensiblement dans les diverses maladies où on observe ce symptôme et ne sauraient guère être indiqués d'une manière générale; les seules particularités communes à tous les mouvements ataxiques sont comprises dans la définition même, c'est à savoir que le désordre ne se montre que dans l'exercice des mouvements volontaires et qu'il consiste dans un défaut d'harmonie entre les différents actes qui les constituent; de là des troubles très-divers sur lesquels nous n'insisterons pas pour le moment, parce que nous allons les trouver au complet et à leur maximum de développement dans la sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

Maladies dans lesquelles on observe l'ataxie. — Valeur diagnostique.

L'ataxie se montre dans certaines maladies de la moelle, peut-être dans quelques maladies de l'encéphale et particulièrement du cervelet, dans l'hystérie, enfin comme épiphénomène dans quelques maladies générales ou à la suite de maladies qui ont exercé une action profonde sur l'économie.

Sclérose des cordons postérieurs de la moelle. — Ataxie locomotrice progressive. — Cette maladie a encore été décrite sous les noms de *tabes dorsalis* (Romberg), de *myélite spinale postérieure*, etc. L'ataxie musculaire en est le symptôme dominant; mais ordinairement ce symptôme, qui caractérise cliniquement la maladie, est précédé par plusieurs autres phénomènes, tels que des paralysies permanentes ou transitoires des muscles de l'œil, d'où le strabisme, et souvent aussi une amblyopie due à l'atrophie du nerf optique; d'un autre côté, des douleurs à caractère spécial que nous avons signalées ailleurs sous le nom de douleurs fulgurantes (Duchenne). Après un espace de temps qui peut varier de quelques mois à quelques années, apparaît l'ataxie; celle-ci débute par les membres inférieurs et s'étend progressivement au tronc et aux membres supérieurs. Ordinairement les premiers troubles moteurs accusés par les malades sont, ou bien une difficulté très-grande à marcher dans l'obscurité, ou bien une fatigue plus rapide à la suite de la marche; on peut attribuer ces troubles, dans le premier cas à ce que le contrôle de la vue devient nécessaire pour l'exécution des mouvements, dans le second à ce que l'intervention nécessaire et continue de l'attention ne peut remplacer sans fatigue l'automatisme ordinaire de la locomotion. Si on examine alors l'état de la motilité des membres inférieurs, on constate que le malade a d'abord quelque peine à marcher en ligne droite; qu'il ne peut tourner rapidement sur lui-même, pour changer de direction, sans trébucher et risquer de tomber; qu'il lui est difficile et pénible de garder la station debout, les deux pieds étant rapprochés l'un de l'autre, et que dans cette position, il oscille en sens divers autour de son centre de gravité. Plus tard, la démarche devient tout à fait caractéristique: les jambes sont jetées brusquement de droite et de gauche, le talon frappe le sol avec bruit, et la marche est accélérée. L'occlusion des yeux exagère tous ces désordres d'une façon très-notable: tel ataxique chez qui les symptômes précédents sont encore à peine accusés, chancelle et tombe dès qu'il ferme les yeux.

Lorsqu'on examine le malade dans son lit, tantôt il exécute assez bien les mouvements qu'on lui commande, tantôt il ne le fait que par secousses brusques, dépassant le but sans que la vue puisse empêcher ce désordre. Et ce-

pendant la force musculaire est sensiblement conservée, ainsi qu'on peut s'en assurer en luttant contre les mouvements qu'on prescrit au malade de faire, ou avec le dynamomètre (Duchenne). La sensibilité présente en même temps divers troubles; outre les douleurs fulgurantes du début, qui peuvent persister dans la période d'état de la maladie, on observe des anesthésies plus ou moins étendues et surtout l'anesthésie de la plante des pieds: par suite de ce trouble, les malades perçoivent mal la résistance du sol sur lequel ils reposent, il leur semble qu'ils marchent sur un tapis épais. L'ataxie des membres supérieurs se traduit par la maladresse des mouvements et la gêne dans les fonctions; elle arrive d'ordinaire plus tard que celle des jambes et est moins prononcée. Quand les muscles du tronc sont envahis par la maladie, la station debout ou assise devient très-difficile: le corps est agité d'oscillations et même de secousses assez fortes pour entraîner des chutes.

A l'incoordination des mouvements se joignent encore, pour caractériser la sclérose des cordons postérieurs, divers autres symptômes qu'on doit toujours rechercher pour assurer le diagnostic: outre les troubles de la sensibilité, anesthésies et douleurs, les troubles oculaires, strabisme et amblyopie, dont nous avons déjà parlé, on a noté encore une diminution et même une abolition complète des fonctions génératrices, des crises gastralgiques et entéralgiques qui surviennent quelquefois de bonne heure et peuvent être rapprochées des douleurs fulgurantes, enfin des spasmes ou des paralysies de la glotte entraînant la raucité de la voix et des accès de suffocation.

Tels sont les symptômes fondamentaux ou accessoires de l'ataxie locomotrice progressive; mais si l'on observe qu'il s'agit d'une myélite, on comprendra comment cette maladie ne reste pas toujours confinée aux cordons postérieurs de la moelle et comment elle peut se propager aux autres parties de l'axe spinal. L'expression symptomatique se trouve alors altérée ou modifiée par l'adjonction de nouveaux phénomènes morbides: ainsi quand la myélite envahit en même temps les parties antérieures de la moelle, on voit survenir une paralysie qui masque complètement les symptômes de l'ataxie; quand ce sont les cornes antérieures de la substance grise qui sont atteintes, il se développe une atrophie musculaire plus ou moins étendue (Charcot), et peut-être

aussi ces arthropathies sur lesquelles MM. Charcot et Ball ont publié de très-intéressants travaux.

La marche de la maladie est progressive et envahissante; son évolution répond à un type assez uniforme; Duchenne (de Boulogne) l'a divisée en trois périodes distinctes, caractérisées: la première par la paralysie d'un ou de plusieurs nerfs moteurs de l'œil, par la paralysie du nerf optique, et par des douleurs fulgurantes, térébrantes, erratiques; la deuxième par l'apparition dans les membres inférieurs ou quelquefois dans les membres supérieurs de troubles de la coordination motrice et bientôt après ou simultanément par l'insensibilité musculaire, articulaire, osseuse, cutanée; la troisième enfin par la généralisation de la maladie. La durée est ordinairement très-longue, quinze, vingt ans et plus; la mort peut être le résultat des paralysies ou des complications qu'elles entraînent, plus souvent elle est amenée par des maladies intercurrentes.

Maladies de l'encéphale. — Parmi les maladies cérébrales qui comptent l'ataxie au nombre de leurs symptômes, nous trouvons d'abord la *paralysie générale* (méningo-encéphalite diffuse). Au début de cette maladie, on observe un désordre musculaire qui appartient plutôt à l'incoordination qu'à la paralysie véritable; ce désordre se montre en premier lieu dans les muscles de la langue et dans ceux qui servent à l'articulation des mots: aussi quand le malade veut, par exemple, tirer la langue, il le fait par une série de saccades indécises, et s'il cherche à maintenir cet organe immobile hors de la bouche, il n'y peut réussir, et on voit la langue agitée de mouvements de projection inégaux et irréguliers qui dénotent l'impuissance de la coordination musculaire; quand le malade parle, on remarque dans les muscles des lèvres des secousses qui en altèrent les mouvements; la parole est embarrassée et hésitante. En même temps, les membres supérieurs et les inférieurs peuvent offrir divers troubles qui rappellent de loin ceux de l'ataxie locomotrice; mais le diagnostic avec cette dernière affection s'établit aisément sur l'existence de troubles intellectuels dans la paralysie générale, et d'autre part sur l'absence des douleurs fulgurantes, du strabisme, etc., et sur l'évolution de la maladie. Notons

cependant que dans quelques cas, d'ailleurs assez rares, on observe concurremment les symptômes de la paralysie générale et ceux de l'ataxie locomotrice, que ce soit l'une ou l'autre des deux maladies qui se soit montrée la première; or, il paraît établi maintenant par les recherches de Westphal et de M. Magnan qu'il y a alors extension des lésions anatomiques de l'encéphale à la moelle ou inversement, ce qui n'est pas surprenant, puisqu'il s'agit de lésions du même ordre.

Les *maladies du cervelet* entraînent quelquefois, dit-on, une ataxie véritable, surtout lorsque les lésions viennent à s'étendre à la partie postérieure du mésocéphale. Mais ce qu'elles déterminent le plus souvent, c'est un désordre de l'équilibration qui paraît résulter de l'état vertigineux: l'incertitude des mouvements donne lieu à une titubation analogue à celle des gens ivres [ébrioité cérébelleuse (Duchenne (de Boulogne)], trouble bien différent de l'ataxie. Si quelques phénomènes concomitants, tels que l'amblyopie, le strabisme sont analogues à ceux qu'on observe dans l'ataxie locomotrice, d'autre part la céphalalgie occipitale, les vomissements, l'absence de douleurs fulgurantes éloigneront l'idée de cette maladie et conduiront à soupçonner une maladie du cervelet.

L'ataxie se montre quelquefois comme symptôme de l'*hystérie*. M. Lasègue en a rapporté plusieurs exemples (1); ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le plus souvent le contrôle de la vue suffit à corriger complètement l'incoordination musculaire; si ce contrôle est supprimé, les malades deviennent incapables d'exécuter aucun mouvement. Ce trouble correspond à ce que M. Duchenne a appelé perte de l'aptitude motrice indépendante de la vue. L'ataxie hystérique est accompagnée d'anesthésie superficielle et profonde dans les parties atteintes, et le désordre de la sensibilité n'est peut-être pas sans influence sur le trouble du mouvement.

Enfin on a signalé l'ataxie dans diverses maladies où la signification de ce symptôme n'est pas encore bien déter-

(1) Lasègue, *De l'anesthésie et de l'ataxie hystériques* (Arch. gén. de méd., avril 1864).

minée. Est-elle un simple trouble fonctionnel ou dépend-elle d'une altération plus ou moins profonde des cordons postérieurs? C'est ce qu'il serait impossible de dire aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, l'ataxie des membres inférieurs s'est montrée quelquefois à la suite de la *diphthérie* (Jaccoud), à la suite de *fièvres graves* (1), dans la *pellagre*, dans la *syphilis*, etc. Ce sont là, du reste, des faits rares et dont l'étude appelle de nouvelles recherches.]]

XII. — DU TREMBLEMENT (2).

Le tremblement est une agitation limitée et involontaire de tout le corps ou de quelques parties seulement par un mouvement oscillatoire rapide, plus ou moins étendu, régulier et rythmique.

[[Le mode pathogénique du tremblement n'est pas encore parfaitement établi. Certains auteurs l'ont considéré comme un phénomène convulsif, d'autres comme un phénomène paralytique, d'autres encore comme un trouble de la tonicité musculaire. D'après des recherches plus récentes, il paraît plus probable que le tremblement serait constitué par un trouble dans le mécanisme de la contraction musculaire: à l'état normal, chaque contraction serait formée par un certain nombre de secousses élémentaires qui se fusionneraient de façon à produire un effet en apparence continu (Marey); dans le tremblement, le nombre des secousses étant diminué, le fusionnement n'en serait plus possible, et dès lors on observerait, pendant la contraction des muscles nécessaire à la production des mouvements ou même au maintien des parties dans une situation fixe, une série de saccades plus ou moins rapides et plus ou moins étendues.]]

Le tremblement occupe différents points, et présente plusieurs formes. Quelquefois il est général, d'autres fois hémiplegique; quelquefois il n'occupe qu'un membre, une jambe, un bras, ou seulement un petit groupe de mus-

(1) Consulter Bailly. Thèse inaug. Paris, 1872.

(2) Nous avons largement emprunté, pour la révision de cet article, à notre travail sur les tremblements. Ch. Fernet, *Des tremblements*, thèse d'agrégation. Paris, 1872.