

un syndrome que comme une affection autonome. Elle se montre également dans la *sclérose en plaques*.

Enfin, la contracture peut être *généralisée*; c'est le cas habituel dans le *tétanos*, dans certains *empoisonnements* (strychnine). Dans la *sclérose latérale amyotrophique*, elle existe à la fois dans les membres inférieurs et supérieurs, mais est plus marquée dans ces derniers; elle est associée à de l'atrophie musculaire.

Dans les divers cas que nous venons de passer en revue, les caractères spéciaux à la maladie qui est en cause achèveront de déterminer le diagnostic, déjà soupçonné d'après la répartition même des troubles moteurs.

La *contracture hystérique* mérite, en raison de sa fréquence et de sa variabilité d'aspect, une mention toute particulière. Elle peut affecter tous les modes de répartition que nous venons de signaler; nous devons donc indiquer les principaux caractères qui la distinguent. Elle débute brusquement, à la suite d'une attaque, ou à l'occasion d'un traumatisme. Ordinairement elle est accompagnée de troubles de la sensibilité (anesthésie, hyperesthésie), troubles qui souvent se cantonnent dans la région même occupée par la contracture (à la hanche, par exemple, dans le cas de coxalgie hystérique). Elle peut disparaître comme elle est venue, c'est-à-dire brusquement, à la suite d'une attaque. Les agents esthésiogènes la feront parfois disparaître, ou passer d'un côté à l'autre. La présence des stigmates hystériques, l'absence de phénomènes trahissant une lésion organique achèveront de fixer le diagnostic. D'après M. Babinski, contrairement à l'opinion courante, la contracture hystérique ne s'accompagne généralement d'aucune exagération des réflexes, ou bien ce n'est qu'une exagération apparente, n'imitant que grossièrement une exagération du réflexe tendineux « légitime ».

B. PSEUDO-CONTRACTURE OU RÉTRACTION MUSCULAIRE. — Une cause traumatique : *contusion*, *corps étranger*, etc., se révèle par les commémoratifs.

Une *myosite aiguë* détermine des phénomènes inflammatoires locaux et généraux.

On doit songer à une *tumeur*, à des *gommes*, quand, par le palper, on découvre dans le muscle des nodosités circonscrites.

L'attitude soudée des sujets atteints de *paralysie agitante* résulte d'une raideur généralisée des muscles. Souvent cet aspect seul permettra à un œil exercé de reconnaître la maladie, que d'autres symptômes mettront ensuite hors de doute.

La pseudo-contracture de la *claudication intermittente* sera toujours facilement rapportée à sa cause, pourvu qu'on n'ignore pas les symptômes caractéristiques de cette affection, trop souvent méconnue.

Enfin, des rétractions se manifestent dans les divers types de *myopathie progressive*, lesquels se distinguent entre eux par le mode de répartition des troubles musculaires.

L. HALLION.

## TREMBLEMENTS

**Définition.** — Littré définit le *tremblement* : « une agitation involontaire du corps ou de quelque membre par petites oscillations compatibles avec l'exécution des mouvements volontaires, qui n'en continuent pas moins à se produire et qui ne font que perdre de leur précision. » Cette définition demande quelques correctifs. Il faut ajouter que les oscillations doivent être régulières, *rythmées*. D'autre part, on peut avoir affaire à des oscillations assez grandes, dans la *sclérose en plaques* par exemple. Enfin, certains tremblements cessent complètement pendant l'exécution des mouvements volontaires, et ne nuisent en rien à leur précision. Les termes essentiels de la définition sont donc les suivants : *agitation involontaire par oscillations rythmées*.

**Causes.** — Le tremblement peut survenir en dehors de toute cause pathologique, sous l'influence du froid, de l'émotion. Notons cependant que, sans être pathologique, le tremblement émotif apparaît avec une facilité particulière chez des névropathes.

Le *frisson fébrile* n'est autre chose qu'une variété de tremblement.

Certaines *intoxications* s'accompagnent de ce symptôme, surtout les intoxications chroniques par l'alcool, le plomb, le mercure, ou encore par les *solanées* (tabac), la *morphine*.

Parmi les maladies du système nerveux susceptibles de le produire, se placent en première ligne la *sclérose en plaques* et la *paralysie agitante*. Ajoutons-y la *paralysie générale progressive*.

Certaines *lésions en foyer* déterminent du tremblement. Ces lésions siègent en général dans l'intérieur ou au voisinage immédiat du faisceau pyramidal, en un point quelconque de son trajet entre l'écorce et la moelle, parfois au niveau même des centres moteurs corticaux d'où ses fibres émanent. Le tremblement *post-hémiplégique* et le *tremblement épileptoïde* accompagnent certaines contractures, relevant d'une altération de ce faisceau.

Enfin, en dehors de la paralysie agitante déjà citée, de simples névroses comptent ce symptôme parmi leurs manifestations. Le tremblement du *goître exophtalmique*, le tremblement *hystérique*, *neurasthénique* appartiennent à cette catégorie. On y peut adjoindre le tremblement *sénile* et le *tremblement héréditaire*.

**Description.** — Nous ne saurions guère donner une description du tremblement en général; car ce symptôme comporte un trop grand nombre de variétés. Nous rappellerons seulement les principaux éléments dont se compose un type quelconque de tremblement. Ce sera indiquer par là même les points sur lesquels devra porter l'analyse clinique.

Deux cas peuvent se présenter: ou bien le symptôme qui nous occupe est très apparent et attire dès l'abord l'attention, ou bien il est très peu marqué, il n'existe que dans certaines conditions, et *il faut savoir le chercher*. Nous verrons tout à l'heure quelles sont les conditions à réaliser pour faire apparaître certaines espèces de tremblement. Disons seulement qu'un tremblement très atténué se manifeste mieux à la palpation qu'à l'inspection: la main perçoit une tremulation, un frémissement que l'œil serait presque impuissant à saisir.

Quoi qu'il en soit, les principaux caractères dont on doit s'enquérir pour assurer le diagnostic sont les suivants:

Le *siège* est variable. Le tremblement est tantôt généralisé, tantôt localisé ou partiel, revêtant la forme hémiplegique, monoplegique, paraplégique, parfois même extrêmement limité, confiné par exemple dans les doigts. Le tremblement du globe oculaire est dénommé *nystagmus*.

L'*intensité* en est parfois très faible, à tel point que le malade ne s'en est pas de lui-même aperçu; tel est souvent le tremblement alcoolique. D'autres variétés, notamment le tremblement de la sclérose en plaques, sont très marquées et, partant, très gênantes.

Le *rythme* doit être soigneusement noté. On recherche s'il est uniforme ou variable, si les oscillations sont régulièrement égales comme amplitude; enfin, on s'enquiert de leur fréquence. Cette dernière qualité de rythme est importante à interroger. Le rythme est rapide dans le goître exophtalmique, lent dans la paralysie agitante, moyen dans la plupart des intoxications. Le premier type (tremblement vibratoire) comporte huit ou neuf oscillations par seconde, le deuxième cinq et demie à sept et demie, le troisième quatre à cinq et demie<sup>1</sup>.

L'*influence des contractions musculaires volontaires* sur le tremblement est du plus grand intérêt. Pour montrer combien cette

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*. — DUTIL (Thèse de Paris, 1891).

influence est variable et indiquer en même temps la manière dont il convient de procéder à cette recherche, examinons quelques types bien tranchés.

Tel sujet tremble au repos; qu'on lui commande un mouvement, le tremblement cesse ou s'atténue beaucoup (paralysie agitante).

Tel autre, au repos, ne présente aucun tremblement, il tremble au contraire pendant l'exécution d'un mouvement voulu; c'est le tremblement dit *intentionnel*. Il importe de s'assurer si, à mesure que le mouvement s'accomplit, l'intensité du tremblement varie. Commandez à un malade atteint de sclérose en plaques de porter le doigt sur son nez, ou mieux, de porter à sa bouche un verre rempli, vous verrez l'amplitude des oscillations s'accroître à mesure que la flexion du coude s'achèvera.

Enfin, certains tremblements se montrent pendant une contraction musculaire soutenue, c'est-à-dire dans le maintien d'une attitude fixe. Tel est d'ordinaire le tremblement des doigts chez les alcooliques; il se manifeste lorsqu'on leur commande d'étendre le bras en avant, les doigts légèrement écartés (attitude du serment).

D'autres *influences modificatrices* peuvent agir sur certains tremblements. De ce nombre est l'*émotion* provoquée quelquefois par la seule présence du médecin. Ce peut être aussi quelque incident survenu dans l'évolution de la maladie: une attaque de nerfs, par exemple, dans l'hystérie, ou bien l'intercurrence d'une complication fébrile, etc.

Pour différencier les tremblements, il est clair qu'on doit tenir compte de leur *évolution*, variable suivant leur cause. Le début est tantôt brusque, tantôt lent; tantôt les parties affectées sont envahies simultanément, tantôt elles le sont d'une manière successive; le tremblement peut être fugace comme dans le frisson, il peut durer plus ou moins longtemps, comme dans l'hystérie, persister indéfiniment comme dans la paralysie agitante; il peut enfin subir des variations diverses dans son intensité.

Mais, à travers toutes ces vicissitudes, il est des caractères qui demeurent habituellement invariables; c'est d'une part la manière dont se comporte le symptôme vis-à-vis des *contractions volontaires* et d'autre part le *rythme* qu'il affecte. Ces deux caractères, en raison de leur fixité relative, acquièrent une valeur considérable quand il s'agit de fixer le diagnostic.

La méthode graphique constitue un moyen précieux pour révéler avec précision les caractères essentiels d'un tremblement. Elle a été employée avec grand succès à la Salpêtrière, et nous lui devons des renseignements de la plus grande valeur.

**Diagnostic.** — Nous avons dit que certains tremblements

doivent être cherchés. Mais dans un examen méthodique, en recourant aux artifices que nous avons signalés tout à l'heure, on ne risque pas de laisser ce symptôme passer inaperçu.

D'autre part il suffit de se rappeler la définition même du tremblement pour éviter de confondre avec lui certains mouvements involontaires qui s'en distinguent par l'absence de rythme régulier. Tels sont les secousses fibrillaires, les soubresauts de tendons, phénomènes qui d'ailleurs ne s'accompagnent d'aucun déplacement des membres affectés; telles sont encore les contractions irrégulièrement intermittentes, des tics, des spasmes fonctionnels, du paramyoclonus multiplex; tels sont enfin les mouvements choréiques et athétosiques.

La valeur *séméiologique* du tremblement est considérable. Tantôt, dans une maladie dont le diagnostic est en discussion et qu'on sait être une cause possible de tremblement, la recherche et l'analyse du symptôme pourra trancher la question d'une façon souveraine; tantôt c'est par le tremblement, premier symptôme observé, que la maladie se révèle. Parfois, enfin, plusieurs causes possibles de tremblement sont réunies chez un même sujet, et il s'agit de déterminer la part prise par chacune d'elles, ou exclusivement par l'une d'elles, au développement du tremblement constaté.

Dans le frisson fébrile, dans le tremblement émotif, la cause apparaît dès l'abord. Il faut se rappeler toutefois que l'émotion peut n'être qu'une cause occasionnelle, exagérant et mettant en évidence un tremblement préexistant.

A l'exemple de Charcot, nous distinguerons d'abord les tremblements en plusieurs sortes, *suivant les modifications que leur fait subir l'exécution des mouvements volontaires*, et aussi *suivant la rapidité de leur rythme*. Certaines variétés, qu'il serait difficile de faire entrer dans cette classification, seront indiquées ensuite; ce sont : la trépidation épileptoïde, les tremblements liés à l'hémiplégie, le tremblement hystérique et le tremblement héréditaire.

A. — *Le tremblement existe-il au repos*, on s'enquiert alors du rythme qu'il affecte.

Dans la *paralysie agitante*, c'est un tremblement à rythme *lent*; il occupe ordinairement tout le corps, sauf la tête et le cou. C'est aux mains qu'il est le plus marqué, et le va-et-vient des doigts imite un acte intentionnel, coordonné, l'acte de rouler une cigarette, par exemple. Les autres symptômes de la maladie de Parkinson : rigidité musculaire (l'air « soudé »), sensation de chaleur excessive, etc., achèvent de fixer le diagnostic. Ajoutons que le tremblement parkinsonien non seulement ne s'exagère pas, mais diminue ou disparaît pendant l'exécution des mouvements voulus.

Le tremblement dit *sénile* (qui n'est pas, il faut s'en souvenir, un tremblement lié à la sénilité et qui peut apparaître chez des sujets jeunes) existe au repos, ou du moins, s'il disparaît dans le repos absolu, dans le décubitus, il existe quand le sujet est debout, les muscles étant à peine contractés pour maintenir l'attitude; il augmente lorsque les muscles exécutent une contraction soutenue ou des mouvements, sans toutefois s'exagérer progressivement à mesure que le mouvement s'achève. Il est, comme le tremblement parkinsonien, d'un rythme *lent*; mais, à l'inverse de celui-ci, il atteint de préférence le cou et la tête, déterminant un branlement de tête transversal ou antéro-postérieur (tremblement négatif ou affirmatif), un mâchonnement, un marmottement rythmés : les membres supérieurs sont affectés aussi dans la plupart des cas; les membres inférieurs le sont rarement.

Voici d'autres espèces de tremblements qui existent au repos, mais sont d'un rythme *rapide*.

Celui de la *maladie de Basedow* a été bien étudié par M. P. Marie. C'est un tremblement généralisé, une trépidation de tout le corps, perceptible au palper mieux encore qu'à la vue. En demandant au sujet d'étendre la main, on constate les oscillations de cette dernière. En général, les doigts ne tremblent pas par eux-mêmes, et ne font que suivre la main dans ses oscillations. Telle est la valeur de ce symptôme, que la triade symptomatique du goître exophtalmique doit être considérée comme une formule incomplète; à l'exophtalmie, au goître, à la tachycardie, il faudrait adjoindre le tremblement, signe presque constant.

Le tremblement de la *paralysie générale* est un tremblement généralisé, on l'observe particulièrement aux lèvres, à la langue; il peut être unilatéral (Charcot, *Leçons du mardi*). Les troubles intellectuels, le signe d'Argyll Robertson, les troubles de la parole seront recherchés pour confirmer le diagnostic.

Le tremblement *neurasthénique*, très fréquent d'après M. Pitres, affecte une physionomie analogue.

Le tremblement *alcoolique* est faible, parfois imperceptible au repos; il devient apparent surtout quand on fait étendre la main en avant, dans l'attitude du serment. Il ressemble fort à celui de la maladie de Basedow; il s'en distinguerait par le tremblement propre, « individuel » des doigts. La plupart des tremblements toxiques sont calqués sur le même modèle.

A propos des tremblements toxiques se pose un problème de pathogénie. Ces tremblements peuvent être attribués à l'action directe du poison sur le système nerveux. Mais on peut aussi se demander, étant donnée la fréquence, aujourd'hui bien connue, de l'hystérie

toxique, si le poison n'agit pas précisément en développant cette névrose, laquelle à son tour se manifesterait par le tremblement.

Cette question a été discutée surtout à propos du tremblement mercuriel. En raison de sa fréquence, de sa particularité d'aspect, de son importance doctrinale, nous devons insister un peu sur cette dernière variété de tremblement toxique.

*Tremblement mercuriel.* — Les recherches de MM. Letulle, Charcot, Dutil<sup>1</sup> démontrent clairement qu'un grand nombre de cas de tremblements dits mercuriels sont de nature hystérique. Convient-il de généraliser davantage? Le mercure ne peut-il aussi, par action directe et sans l'intermédiaire de l'hystérie, créer du tremblement? On est tenté de répondre par l'affirmative, quand on voit les hydragyriques trembleurs se présenter si souvent sous un aspect très particulier, avec des caractères spécifiques, sur lesquels Charcot a plusieurs fois appelé l'attention. Il est de rythme moyen; comme celui de la paralysie agitante il existe au repos, sauf dans de rares moments de calme absolu; mais, pendant l'exécution d'un mouvement, il s'exagère, et s'exagère de plus en plus à mesure que le mouvement s'accomplit, en quoi il ressemble au tremblement de la sclérose en plaques. C'est un tremblement *rémittent intentionnel*. Toutefois il peut revêtir des formes variées qui diffèrent beaucoup de ce type classique<sup>2</sup>.

Ce tremblement sévit sur les ouvriers qui manipulent des préparations mercurielles (dorure, industrie des peaux de lapin, etc.). L'imitation semble jouer un grand rôle dans l'apparition du symptôme, et les industriels savent qu'un seul ouvrier qui se met à trembler est souvent l'occasion d'une véritable épidémie de tremblement dans l'atelier. D'ordinaire il existe en même temps des symptômes d'hystérie facilement reconnaissables. M. Letulle a obtenu un grand nombre de guérisons rapides sous l'influence des agents esthésiogènes (aimant, etc.).

B. — Les variétés de tremblement que nous avons jusqu'ici passées en revue existent au repos, et l'exécution des mouvements volontaires tantôt les exagère, tantôt les atténue. Il est au contraire une forme de tremblement qui ne se manifeste pas au repos et ne se montre que pendant la production des mouvements voulus. C'est le cas dans la *sclérose en plaques* et dans la *maladie de Friedreich*. Nous avons dit précédemment par quelle manœuvre il convient de mettre en évidence un tremblement de cette sorte.

C. — La *trépidation épileptoïde* est un véritable tremblement. Ce

1. Voir la Thèse de DUTIL, Paris, 1891.

2. LETULLE in Thèse de MIGNEROT.

symptôme révèle un état spasmodique des muscles; il se montre dans les hémiplegies avec dégénération secondaire du faisceau pyramidal, dans les paraplégies spasmodiques, etc. Le phénomène du pied en est un cas particulier. On peut provoquer la trépidation épileptoïde en redressant brusquement le pied, la main, et en maintenant le redressement, ou, d'une façon générale, en tendant brusquement un muscle et le maintenant tendu. Parfois, la trépidation épileptoïde se produit spontanément, sous l'influence d'une excitation sensitive, ou dans certaines positions des membres. Elle comporte la même signification que l'exagération des réflexes et la contracture.

Dans plusieurs des affections que nous venons de passer en revue, le tremblement peut être, par exception, unilatéral. Cette particularité s'observe notamment dans la sclérose en plaques et la paralysie agitante. Il nous reste à parler de l'*hemi-tremblement præ- ou post-hémiplegique*, lié à des lésions cérébrales le plus souvent pédonculaires, ou plutôt avoisinant ou comprimant un pédoncule. En réalité, dans la plupart des cas, ce soi-disant hémis-tremblement est formé d'oscillations imparfaitement rythmées et se distingue donc, par ses caractères, du tremblement vrai; il ne l'imité qu'assez grossièrement (Charcot). L'hémi-paralysie agitante, l'hémi-sclérose en plaques ne sont alors que des variétés de l'hémichorée au point de vue pathogénique, et le plus souvent au point de vue symptomatique. Ce symptôme s'accompagne habituellement d'hémianesthésie, et toujours d'une exagération des réflexes tendineux.

Le *tremblement hystérique*<sup>1</sup> ne rentre dans aucune des catégories précédentes, ou plutôt il rentre dans toutes. Il peut, en effet, affecter toutes les formes, toutes les localisations, tous les rythmes, simuler le tremblement de la maladie de Basedow, aussi bien que le tremblement de la sclérose en plaques et la trépidation épileptoïde.

Lorsque la névrose occupe seule le terrain clinique, avec ses attaques, avec ses stigmates classiques, lorsque, d'autre part, font défaut les symptômes des maladies où se rencontre le type du tremblement observé, alors le diagnostic est relativement simple.

Mais le problème se complique, lorsque ces mêmes maladies à tremblement sont associées à l'hystérie. Le cas n'est pas rare. Voici par exemple un sujet hystérique présentant le tremblement type de la maladie de Basedow. N'existe-t-il en même temps aucun symptôme du goître exophtalmique, l'hystérie sera seule mise en cause. Existe-t-il du goître, de l'exophtalmie, des palpitations, c'est la maladie de Basedow qu'on accusera. Mais, si cette dernière ne se

1. Voir DUTIL (*loc. cit.*).

révèle par aucun signe évident, si l'on observe seulement une tachycardie assez légère, comment savoir s'il existe une maladie de Basedow de forme fruste, et si le tremblement en dépend? Toutefois, si les agents esthésiogènes se montraient capables de modifier ce tremblement, c'est l'hystérie qu'il faudrait incriminer.

Le *tremblement héréditaire* n'a été étudié que dans ces dernières années. M. Fernet, en 1872, en avait admis l'existence. Charcot (*Leçons du mardi*) en avait relaté un cas; MM. Debove et Renault<sup>1</sup> les premiers en France, en décrivirent avec détail les principaux caractères. Enfin M. Raymond<sup>2</sup> publia sur le même sujet un article où il signala et utilisa des documents intéressants empruntés à la littérature étrangère.

MM. Debove et Renault résument ainsi qu'il suit les caractères de cette affection: « Il existe un tremblement héréditaire qui se transmet aussi bien dans la ligne paternelle, et n'atteint pas nécessairement tous les membres d'une même famille. » Il apparaît dès l'enfance, et devient souvent manifeste au moment où le sujet apprend à écrire. « C'est un tremblement à oscillations rapides, nul au repos complet, très net quand les sujets étendent la main; il persiste sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels. Il peut occuper les membres, les paupières, les lèvres, la langue; il a pour siège de prédilection les membres supérieurs. » Il dure toute la vie. M. Raymond, se fondant sur un cas personnel et sur les observations publiées, montre que ces traits distinctifs ne sont pas tout à fait constants. C'est ainsi que le tremblement héréditaire peut exister au repos presque absolu, adopter un rythme lent, être exagéré dans une certaine mesure par les mouvements volontaires, affecter la tête à la façon du tremblement sénile, dont il se rapproche beaucoup d'après Charcot. Il peut même revêtir des formes assez différentes chez plusieurs membres d'une seule famille (Nasy). Ainsi, le caractère familial de l'affection serait l'unique particularité incontestablement commune à tous les cas de tremblement héréditaire. En attendant que des observations nouvelles permettent de connaître la fréquence relative des autres caractères, celui-là permet encore d'établir le diagnostic, en l'absence de toute cause connue de tremblement acquis.

**Pathogénie.** — La pathogénie du tremblement n'est pas établie. Spring explique ce symptôme par des altérations de la *fibres musculaire*, ou par une modification des vaisseaux, ou enfin par une altération du sang qui retentirait directement sur la fibre contractile. Cette théorie est invraisemblable.

1. DEBOVE et J. RENAULT (*Soc. méd. des hôp.*, 3 juillet 1891).

2. RAYMOND (*Bull. méd.*, 1892, p. 205). — Voir cet article pour les indications bibliographiques.

On a invoqué une exagération de la tonicité musculaire, due à l'excitation directe ou réflexe des *centres moteurs médullaires*. Mais, sans parler des autres objections, il faudrait expliquer alors des intermittences dans l'intensité du tonus musculaire, ce qu'on ne fait point. On peut bien accepter cette interprétation pour le tremblement épileptoïde: le tiraillement des extenseurs entraînerait leur contraction; dès lors les fléchisseurs sont tirillés, ils se contractent à leur tour; les extenseurs, tirillés à nouveau, réagissent, et ainsi de suite, de là une série d'oscillations. Mais une semblable explication ne semble pas pouvoir s'adapter à tous les cas de tremblement.

Pour les uns, le tremblement est d'ordre *paralytique*; pour les autres, il est d'ordre *convulsif*. On peut concevoir des théories différentes pour les différentes variétés. Bref, la pathogénie du tremblement demeure un terrain ouvert à la discussion; nous n'insisterons pas sur ce sujet où règne exclusivement l'hypothèse.

L. HALLION.

## VERTIGES

Le *vertige*<sup>1</sup> est un syndrome dont l'élément essentiel est une sensation subjective d'instabilité de notre position dans l'espace, par rapport aux objets environnants.

**Description.** — La description que donne le vertigineux des sensations qu'il éprouve varie un peu suivant le cas. Les objets lui semblent se mouvoir circulairement ou en ligne droite, dans le sens vertical ou dans le sens horizontal; ils s'éloignent ou bien se rapprochent, s'inclinent d'un côté ou de l'autre; le sol se dérobe sous ses pieds ou il oscille comme le pont d'un navire, etc. D'autres fois, ce ne sont pas les objets voisins qui paraissent se déplacer, mais le corps lui-même.

Il suffit parfois que le sujet adopte la position couchée ou assise, pour voir son vertige disparaître; mais le symptôme peut aussi persister et même débiter dans le décubitus. Le lit paraît alors subir des

1. Voir pour les indications bibliographiques l'article *Vertige*, par LEROUX, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.