

La *marche* est d'ordinaire favorable ; parfois rapide, elle dure quelquefois des mois. Le *traitement* est identique avec celui de la paralysie plombique.

Les *paralysies* produites par le *cuivre* et le *zinc* sont très rares et ne doivent par conséquent pas être traitées en détail ici. On trouvera dans le chapitre de la névrite (v. plus bas) tout ce qui concerne la *paralysie alcoolique*. Disons encore qu'à la suite d'*injections sous-cutanées d'éther* à la face dorsale de l'avant-bras, on a observé dans quelques circonstances une paralysie des muscles extenseurs communs des doigts.

CHAPITRE TROISIÈME.

FORMES SPÉCIALES DE CONVULSIONS LOCALISÉES.

1. Convulsions dans le domaine de la branche motrice du trijumeau.

Le *spasme tonique* des muscles de la mastication s'appelle *trismus*. Très rare comme maladie *sui generis*, il fait fréquemment partie de formes convulsives plus compliquées et d'autres affections nerveuses, telles que le tétanos, l'attaque d'épilepsie, l'hystérie, la méningite, etc. Les deux mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre et l'on sent les masséters à travers la joue comme des duretés ligneuses. En cas de contraction des ptérygoïdiens d'un seul côté, la mâchoire est poussée transversalement en sens opposé.

Le *spasme clonique des muscles de la mastication* (crampe masticatoire) consiste en mouvements convulsifs continus, se manifestant sous forme d'accès et presque toujours dans le sens vertical, rarement dans le sens horizontal. Chaque série de contractions suit communément un rythme précipité et régulier en provoquant un bruyant claquement dentaire. La muqueuse buccale et la langue sont fréquemment blessées.

La *cause* de ces crampes n'est pas aisée à déterminer. Parfois elles paraissent être d'origine *réflexe*, comme dans les affections de la mâchoire, des dents, ou même d'organes plus éloignés. Nous avons été témoin d'un cas d'un an de durée et qu'on présumait devoir être attribué à une violente *frayeur*, puis d'un cas de convulsion clonique des masséters et des mylohyoïdiens d'origine hystérique chez un garçon de 10 ans.

Le *traitement*, abstraction faite de celui de la maladie fondamentale, doit viser tout d'abord à écarter les causes probables de la maladie (extirpation de mauvaises dents, etc.). Pour le reste, l'*électricité* (passage du courant constant, faradisation des muscles, brosse faradique) est avantageuse en beaucoup de cas. Parmi les *remèdes internes*, on tentera les narcotiques (morphine, chanvre indien), le bromure de potassium, l'atropine, l'arsenic, l'iode de potassium, le valérianate de zinc, etc.

Il importe grandement de nourrir les malades artificiellement, quand un trismus persistant empêche la préhension volontaire des aliments. Le mieux, en ce cas, c'est d'introduire par la voie nasale dans l'œsophage une sonde de petit calibre. L'alimentation rectale est à la longue insuffisante, quoiqu'elle ait toujours une certaine utilité. On a aussi tenté quelquefois avec succès de vaincre petit à petit le spasme convulsif des mâchoires en insinuant des cônes de bois entre les arcades dentaires.

2. Convulsions cloniques de la face.

(Spasme mimique. Tic convulsif.)

Nous ne connaissons rien de précis sur l'*étiologie* du spasme facial, la forme de convulsions isolées la plus fréquente et la plus importante en pratique. La cause en est souvent entièrement cachée. Dans d'autres cas, son origine probable peut être attribuée à un *état pathologique du tronc du nerf facial* (refroidissement, affection de l'oreille, de la base du crâne) ou à une *irritation réflexe* qui se porte sur lui (névralgie du trijumeau, maladies des organes sexuels, etc.). Il est à penser que, dans beaucoup de circonstances, la cause première se trouve au *centre* (centre du facial dans l'écorce du cerveau) plutôt qu'à la périphérie. La maladie peut naître encore à la suite de fortes *émotions morales* et enfin l'*imitation* et l'*assuétude* (habitude de grimacer) jouent quelquefois un rôle dont il faut tenir compte (surtout quand il s'agit d'enfants). Il est établi par des observations répétées que la prédisposition à la maladie s'accroît sous l'influence d'une tare névropathique héréditaire.

Les *symptômes* du tic convulsif consistent en contractions instantanées qui se succèdent avec la rapidité de l'éclair dans presque tous les muscles animés par le facial. L'affection est d'ordinaire unilatérale, n'épargne aucun des muscles que le facial innerve, et se limite quelquefois à quelques-uns d'entre eux (spasme facial partiel). Dans beaucoup de cas, les contractions convulsives sont presque continues, tout en variant d'intensité, de façon que les malades, sans le vouloir, exécutent les grimaces les plus

choquantes; d'autres fois les distorsions faciales ne se présentent que sous forme d'accès de peu de durée et séparés par des intervalles de repos. Tantôt ces accès naissent sans cause occasionnelle particulière; tantôt ils sont provoqués par l'exercice de la parole, par des mouvements volontaires, par des influences d'ordre sensitif ou psychique, etc. Dans quelques cas d'une intensité excessive, les contractions se propagent aux muscles avoisinants (muscles masticateurs, de la langue, de la nuque). Abstraction faite de la gêne résultant des spasmes, la motilité volontaire des muscles reste entière. Il n'y a pas non plus de désordres de la sensibilité; on n'observe ni anesthésie, ni douleur.

Il nous reste à donner une mention spéciale à une forme partielle de crampe faciale qui se rencontre isolément ou à peu près: c'est le *blépharospasme* ou *crampe palpébrale*, c'est-à-dire un spasme tonique ou clonique qui se produit dans l'orbiculaire des paupières. La *forme tonique* naît surtout par voie réflexe dans les affections oculaires les plus diverses, parfois aussi elle prend sa source dans d'autres territoires du trijumeau. En règle générale, elle est bilatérale et dure parfois, sauf quelques interruptions, des jours et des semaines. Un phénomène très remarquable qui s'observe quelquefois dans cette circonstance, ce sont les *points de pression* dont VON GRÄFE a donné le premier une description exacte. On les trouve d'ordinaire aux lieux d'émergence des rameaux du nerf trijumeau, parfois aussi à la colonne vertébrale ou en d'autres endroits du corps. En pressant sur ces points, le spasme est levé immédiatement, et les paupières « se détendent comme par le relâchement d'un ressort ». Le *spasme orbiculaire clonique* (spasme nictitant) consiste en un clignotement convulsif et des mouvements de contraction spasmodique presque incessants des paupières. Ici encore on parvient souvent à découvrir une origine réflexe à ce blépharospasme; parfois cependant la cause en demeure inconnue.

Le tic convulsif dans ses formes graves est toujours une maladie pénible et très fatigante, surtout quand il coexiste avec du blépharospasme. La *marche* en est souvent de très longue durée. Quelquefois de longs intervalles de répit interrompent la maladie (par exemple la grossesse, comme nous avons pu l'observer), et puis elle reprend de plus belle. Fréquemment l'affection passe à l'état d'habitude et dure autant que la vie.

Le *traitement* doit donc être difficile et ingrat. On atteint les meilleurs résultats quand on peut supprimer la source d'où, par voie réflexe, émane le spasme (extraction de dents mauvaises; traitement d'ophtalmies, en quelques cas résection du nerf susorbitaire). Dans le *traitement par l'électro-électricité*, l'attention doit se porter surtout sur les points de pression qu'on

soumet à l'anode stable du courant constant. S'il n'y a pas de points de pression, on place l'anode sur le tronc du nerf facial et sur chacune des branches de la patte d'oie. Dans les cas à origine réflexe, BERGER a obtenu de très bons résultats en appliquant l'anode à l'occiput, tout au-dessous de la protubérance, la cathode étant placée dans la main (galvanisation de la moelle allongée). La durée de chaque séance est de 5 à 10 minutes. Le courant faradique (d'intensité croissante) a été également préconisé. Parmi les *remèdes internes*, on peut essayer d'abord le bromure de potassium, puis l'arsenic, l'atropine, le curare, l'oxyde de zinc, etc. Leur efficacité est toujours très douteuse. En revanche, la *distension nerveuse* a donné un résultat avantageux dans une partie des cas, en ce sens que la paralysie qu'elle entraîne est moins pénible que les spasmes. Il est vrai que les contractions se reproduisent le plus souvent quand la paralysie vient à disparaître, cependant le succès est parfois durable. Mentionnons pour finir que le *fer chaud* (cautérisation à l'aide du thermocautère de PAQUELIN, le long de la colonne spinale, sur le trajet du tronc nerveux ou éventuellement sur les points de pression) a produit dans quelques cas invétérés une amélioration marquée.

3. Convulsions dans le domaine du nerf hypoglosse. Spasme lingual.

Si la langue prend part quelquefois aux formes convulsives plus ou moins compliquées (convulsions hystériques et épileptiques), il est excessivement rare qu'elle entre en convulsion pour son propre compte; cependant cet état convulsif de la langue peut se rencontrer tantôt sous forme clonique, tantôt sous forme tonique, et donner lieu à un trouble notable de la parole ou même de la respiration, quand l'organe se rétracte spasmodiquement en arrière. Dans cette dernière circonstance, l'usage du chloroforme en inhalation peut devenir nécessaire, de même que la protraction violente de la langue en avant.

4. Convulsions des muscles du cou et de la nuque.

Les spasmes toniques et cloniques qui affectent les muscles du cou constituent une maladie qui, bien que peu fréquente, ne se manifeste pas moins sous des formes très diverses et donne lieu à un état morbide pénible et rebelle. On ne possède aucune donnée précise concernant son *étiologie*. Ce n'est que dans quelques cas spéciaux qu'on parvient à découvrir des lésions anatomiques appréciables du système nerveux ou de la colonne cervicale, des influences rhumatismales ou nocives d'une autre nature, des irritations

réflexes, etc. Quoique les convulsions de chacun de ces départements musculaires se combinent quelquefois les unes avec les autres, on n'en peut pas moins distinguer quelques formes capitales.

Convulsions appartenant au domaine du nerf accessoire.

Les *spasmes cloniques relevant du nerf spinal* produisent des mouvements convulsifs de la tête qui se déclarent par accès et peuvent prendre une intensité excessive. S'agit-il d'un spasme du *sternocleidomastoïdien* avec prédominance unilatérale, à chaque contraction du muscle la tête se tourne du côté opposé, en même temps que le menton se relève. Si le muscle *trapèze* est convulsé d'un seul côté, la tête se renverse du côté malade à la rencontre

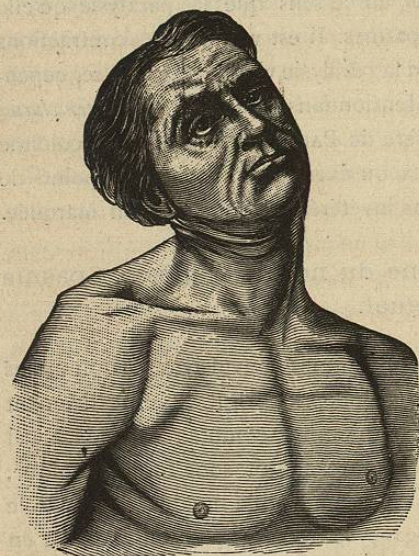


Fig. 23. Convulsion du muscle splenius droit.
(D'après DUCHENNE.)

de l'épaule. Quand ces muscles se contractent des deux côtés à la fois en combinant leur action, la tête est agitée de secousses violentes et de mouvements de nutation appelés *crampes nutatoires*, *crampes de Salaam*, qu'on observe de préférence chez les enfants et qui peuvent d'ailleurs être provoquées pareillement par la contraction d'autres muscles du cou. Par la *convulsion tonique relevant du nerf accessoire*, la tête reste fixée dans la situation anormale décrite tout à l'heure et les mouvements passifs qu'on lui imprime sont impuissants à la ramener, même incomplètement, dans sa position habituelle. Quand

la tête est tenue de travers par le spasme tonique d'un des sternocleidomastoïdiens, la convulsion s'appelle *torticolis spastique (caput obstipum spasticum)* et *torticolis rhumatismal*, si c'est un refroidissement qui en est la cause.

Le spasme tonique et clonique du *splenius* (v. fig. 23) se déclare également à l'état isolé ou combiné avec les spasmes relevant du spinal. En ce cas la tête se convulse en arrière vers le côté malade, et l'on perçoit la saillie musculaire en dehors de la partie cervicale du trapèze.

Le *tic dit rotatoire* qui donne lieu à de simples mouvements convulsifs de rotation de la tête est dû probablement à un spasme du muscle

oblique de la tête (complexus). Les *muscles droits antérieurs et postérieurs de la tête* (interépineux) participent selon toute apparence à beaucoup de crampes nutatoires.

Le *pronostic* des formes convulsives que nous venons d'énumérer est d'ordinaire douteux. Il est vrai qu'il y a beaucoup de cas légers d'origine « rhumatismale » qui cèdent en peu de temps. Par ailleurs cependant ces convulsions toni-cloniques des muscles de la région cervicale deviennent parfois des *états permanents et chroniques*. Alors toute occupation soutenue (lire, écrire) est pour ainsi dire rendue impossible par suite des mouvements presque incessants de latéralité et de rotation qui animent la tête. La plus simple émotion, l'idée d'être remarqué etc., aggravent ces contractions qui d'autre part se calment quand le malade est à l'abri de toute excitation. Plusieurs de ces états morbides résultant de combinaisons de contractions toni-cloniques des muscles cervicaux constituent des affections très graves qui résistent des années ou pendant toute la vie, en même temps qu'elles sont pour les malades une cause continue de tourments, de souffrances, d'émaciation et de déperdition de forces.

Traitement. L'électricité a, dans quelques circonstances, procuré la guérison ou du moins de l'amélioration. La méthode de traitement consiste dans l'application de l'anode sur le nerf et le muscle atteints ou dans l'emploi de courants faradiques à force croissante ou bien dans l'usage de la brosse faradique sur la peau qui recouvre le muscle malade. On est très souvent obligé d'essayer alternativement l'un ou l'autre procédé, pour trouver celui qui est le plus efficace. Entre tous les autres remèdes, les *narcotiques* (injections sous-cutanées de morphine) sont indispensables dans les cas graves. On peut tenter encore le *bromure de potassium*, l'*atropine*, le *valérianate de zinc*, l'*arsenic* et autres nervins. En dernière analyse on a recours au *fer chaud* dans la nuque. Nous en avons obtenu, ainsi que d'autres observateurs, des résultats avantageux, mais ils ne se réalisent pas toujours. On peut aussi proposer au malade la *distension du nerf*, quoique cette méthode soit incertaine. Disons pour finir que des *appareils de soutènement* convenablement adaptés ont procuré à plusieurs malades un grand soulagement, d'autant plus que les crampes ne se produisent parfois que si l'on abandonne la tête à elle-même, tandis qu'elles cessent du moment qu'on la soutient (position couchée ou assise).

5. Convulsions des muscles de l'épaule et du bras.

Les *convulsions cloniques* des extrémités supérieures sont probablement d'origine toujours centrale. Elles se présentent rarement sous forme isolée

BIBLIOTHECA
MUSEI
HISTORICIS
NATURALIS
MUSEI
HISTORICIS
NATURALIS

(comme par exemple dans le grand pectoral), le plus souvent elles se combinent avec d'autres états convulsifs et des symptômes nerveux divers. Parfois aussi elles semblent être de cause réflexe, comme les mouvements cloniques qui accompagnent les névralgies brachiales, puis les contractions qu'on observe quelquefois dans les moignons d'amputation, etc.

On a signalé des *convulsions toniques* isolées qui affectent quelques muscles ou quelques groupes musculaires des extrémités supérieures. La *contraction tonique des rhomboïdaux* produit une inclinaison de l'omoplate, qui fait que son bord spinal prend une direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Par là l'élévation du bras au-dessus de la ligne horizontale est rendue plus difficile, comme en cas de paralysie du dentelé. Cependant l'écart existant entre la paroi du thorax et le scapulum, qui est un signe si caractéristique de la paralysie du dentelé, fait ici défaut. La *contraction tonique de l'angulaire de l'omoplate* ne se rencontre que concurremment avec la contraction du rhomboïdal et du trapèze. En ce cas l'épaule est soulevée et la tête inclinée sur le côté. Les *spasmes toniques* isolés du *grand pectoral*, du *lombo-dorsal*, du *deltôïde*, etc., sont en général aisés à reconnaître, mais se présentent très rarement. Les *contractions toniques des muscles fléchisseurs de la main et des doigts* sont plus fréquentes. Nous avons eu occasion d'observer plusieurs cas semblables qui ont duré des mois et plus longtemps encore. Dans l'un d'eux le spasme cédait chaque fois instantanément à l'application sur le nerf médian de l'anode d'un courant galvanique de moyenne intensité. Une autre fois la crampe des fléchisseurs des doigts avait fait suite à une inflammation aiguë légère de l'articulation du poignet.

La cause véritable de toutes ces convulsions nous est entièrement inconnue. Le *pronostic* et le *traitement* doivent se baser sur les règles fondamentales applicables aux autres états convulsifs. C'est de l'électricité (action stable de l'anode, brosse faradique, faradisation des antagonistes) qu'on a le plus de bien à attendre.

6. Convulsions des muscles des extrémités inférieures.

Les *convulsions cloniques* dans les muscles des membres abdominaux ne se montrent à peu d'exceptions près qu'à titre de symptôme d'une affection spinale ou cérébrale. De toutes les *contractions toniques* les plus communes et les mieux connues, sont les *crampes douloureuses des mollets* (crampi) qui se déclarent après des fatigues musculaires (ascension de montagnes, danse). Beaucoup de personnes ont une prédisposition particulière pour ce genre de crampes qu'elles éprouvent pour un rien, à l'occasion de certains

mouvements ou d'une position particulière du pied. Outre le mollet, d'autres muscles (comme l'abducteur du gros orteil, par exemple) sont parfois le siège de crampes douloureuses semblables. Des crampes toniques d'un autre genre sont rares dans les muscles des extrémités inférieures. Cependant on a signalé quelques cas de contractions toniques isolées dans les adducteurs, le psoas-iliaque, les muscles gastrocnémiens, etc. Des contractures toniques plus étendues des muscles de la jambe se rencontrent parfois chez les hystériques (surtout dans l'hystérie infantile).

Crampe saltatoire réflexe. Mentionnons aussi en cet endroit une forme particulière de crampe que BAMBERGER a désignée sous le nom de *crampe saltatoire réflexe*. Cette crampe se montre dans les muscles des *extrémités inférieures*, jamais quand celles-ci sont en état de repos horizontal, mais seulement quand les malades veulent se tenir debout ou se mettre en marche. Dès que la plante du pied touche le sol, il se produit dans les muscles de la jambe des contractions tellement violentes que les patients sont obligés de gambader, de sautiller et de piétiner constamment sur place. En même temps les talons se soulèvent convulsivement et les malades seraient inmanquablement jetés par terre, si on ne les soutenait. Dans les formes franches de la crampe saltatoire, l'examen objectif ne constate le plus souvent qu'une *exagération extraordinaire des réflexes*, surtout des *réflexes tendineux*, tandis que dans d'autres cas il existe simultanément divers symptômes nerveux. Il semble qu'en général la crampe saltatoire réflexe ne doive pas être considérée comme une entité morbide autonome, mais comme un symptôme particulier qui complique plusieurs névrosés ayant pour effet d'exalter très vivement les réflexes. Quelques-uns de ces cas nous paraissent devoir être rapportés à l'hystérie. Quant à la cause prochaine de cette exagération extraordinaire des réflexes, nous l'ignorons entièrement.

Arthrogryposis. Sous forme d'appendice, disons encore quelques mots d'une affection curieuse appelée *arthrogryposis* qui se montre de préférence chez les *enfants au cours des premières années de leur existence* et qui consiste en crampes toniques persistantes et en positions contracturées d'une et souvent des quatre extrémités à la fois. La maladie se développe d'ordinaire d'une manière aiguë et s'accompagne de fièvre et de phénomènes généraux assez graves. Les jambes sont raidies dans l'extension ou convulsivement rétractées contre l'abdomen et ne sont pas susceptibles d'être mises passivement dans l'extension, même par la violence. Les bras sont fléchis, les mains et les doigts également fixés en contracture. Quand le cas est léger, la guérison peut avoir lieu après quelques semaines. Nous avons pourtant été témoin de deux cas qui se sont terminés par la mort et dans

lesquels l'autopsie a donné un résultat complètement négatif. L'essence de cette étrange maladie nous échappe tout à fait. Sous le rapport *thérapeutique* on recommande surtout les bains chauds prolongés.

La forme de crampes toniques désignée sous le nom de *tétanie* sera décrite dans un chapitre spécial.

7. Convulsions des muscles de la respiration.

On a observé dans quelques rares circonstances la *convulsion tonique du diaphragme*. L'aire inférieure du thorax est fortement élargie, l'épigastre proémine, la respiration considérablement gênée ne se fait plus que par les parties supérieures de la cage thoracique. La percussion démontre que le diaphragme est abaissé et immobilisé. Beaucoup de malades éprouvent une vive douleur dans la région du diaphragme. Cet état n'est pas sans danger et réclame une intervention immédiate : des inhalations de chloroforme, des injections sous-cutanées de morphine, un bain chaud associé au besoin à des affusions froides, la faradisation de la peau aux insertions du diaphragme, la galvanisation des nerfs phréniques, etc.

Contraction clonique du diaphragme, singultus. Le « sanglot » et le « hoquet » qui sont dus à une contraction spasmodique subite du diaphragme sont, dans leur forme ordinaire, des phénomènes très fréquents et qui se dissipent rapidement. Cependant, il arrive que cet état s'accroisse jusqu'à constituer une maladie durable, opiniâtre et très fatigante, qui est capable de persister des semaines et des mois. Cette affection se déclare parfois à la suite d'émotions d'ordre psychique et fait assez fréquemment partie du tableau morbide de l'*hystérie*. Le hoquet rebelle peut aussi, par voie réflexe, dériver d'affections de l'estomac, de l'intestin, du péritoine, etc. Dans quelques cas il tient à une *lésion directe du nerf phrénique*, comme dans la médiastino-péricardite tuberculeuse où nous l'avons observé une fois. Nous avons encore vu le hoquet durer des heures entières dans l'*apoplexie cérébrale*, puis dans la *myélite* chronique remontée jusqu'à la moelle cervicale.

Quand le cas est léger, le hoquet se passe sans traitement particulier. Retenir son haleine, faire un effort en maintenant la glotte fermée, des coups dans le dos, etc., tels sont les procédés généralement connus et usités dans le public pour réprimer le hoquet. Dans les cas graves, force est de recourir aux narcotiques (opium, chauvre indien, inhalations de chloroforme). Puis l'application de la brosse faradique sur la région diaphragmatique ou l'action directe de l'électricité sur le nerf phrénique, ont parfois un effet avantageux. Dans le sanglot hystérique on obtient quelquefois des résultats

très prompts de cette manière, de même qu'avec l'un ou l'autre remède nervin, la valériane, le zinc, l'atropine, la solution de Fowler, etc.

Les *spasmes respiratoires plus complexes* se produisant tantôt sous forme de respiration spasmodiquement accélérée et forcée, tantôt se combinant avec toutes sortes de mouvements congénères, avec des gargouillements et des éructations de toute nature, sont presque exclusivement du domaine de l'*hystérie*. Nous avons dans un cas pareil compté au delà de deux cents mouvements respiratoires à la minute ! Le meilleur remède, qui agit parfois instantanément dans la plupart de ces formes spasmodiques, c'est un bain frais avec d'énergiques affusions froides, — Aux spasmes respiratoires appartiennent encore le *bâillement spasmodique* (chasmus, oscedo), l'*éternuement spasmodique* (sternutatio convulsiva, ptarmus), le *rire* et les *pleurs convulsifs*, la *toux spasmodique*, etc. Nous avons vu un très remarquable exemple de ce dernier cas chez un garçon de 10 ans. Tantôt spontanément et tantôt à chaque fois qu'on lui pinçait la peau en un endroit quelconque du corps, il se produisait par voie réflexe une toux creuse et aboyante. L'affection persista pendant quelques semaines pour disparaître assez subitement.

CHAPITRE QUATRIÈME.

CRAMPE DES ÉCRIVAINS ET NÉVROSES PROFESSIONNELLES SIMILAIRES.

La *crampe des écrivains* (*graphospasme, mogigraphie*) est la forme la plus commune de toute une série de troubles particuliers de la motilité que BENEDIKT a parfaitement bien désignés du terme de *névroses professionnelles de la coordination*. Le caractère propre de ces névroses consiste en ce que les troubles de l'espèce ne se déclarent, dans un groupe déterminé de muscles, que pour autant qu'ils agissent de concert dans l'accomplissement d'un travail d'un genre donné, exigeant des mouvements précis et compliqués. C'est ainsi que les personnes atteintes de la crampe des écrivains meuvent et gouvernent les muscles de leur bras droit et de leur main droite avec une aisance parfaite, mais sont incapables de les utiliser du moment qu'elles se mettent à *écrire*. Ce désordre ne tient donc pas à un vice d'innervation de chaque muscle en lui-même, mais doit dépendre d'un manque d'harmonie dans l'action combinée des muscles, par conséquent d'un défaut de coordination. A cet égard nous manquons encore de connaissances précises ainsi que de la notion du point du système nerveux où il faut placer le