

nom de *réaction myotonique*. Nous nous bornerons à donner ici ses caractères les plus importants.

Les modifications de l'excitabilité des muscles sont bien plus prononcées que celles de l'excitabilité des nerfs.

Sur les muscles, en effet, on constate des modifications de l'excitabilité mécanique, de l'excitabilité faradique et de l'excitabilité galvanique. Un choc mécanique avec le doigt, ou avec le marteau à percussion, produit sur le muscle une contraction tonique, lente et persistante des faisceaux percus, et l'on voit apparaître au niveau de ceux-ci un sillon plus ou moins prononcé ne disparaissant que lentement. Avec des courants faradiques à intermittences assez fréquentes pour produire le tétanos électrique du muscle, on en voit apparaître facilement la tétanisation ; et si l'excitation n'est maintenue qu'un temps très court, une ou quelques secondes seulement, on constate que la tétanisation ne cesse pas en même temps que l'excitation mais se prolonge bien au delà, pendant plusieurs secondes, quelquefois une demi-minute ou davantage. Si l'on répète de semblables excitations, la tétanisation du muscle persiste encore au delà de l'excitation, mais elle est de moins en moins durable et, après la répétition d'un certain nombre d'excitations, la persistance de la contraction finit par disparaître et la tétanisation cesse avec l'excitation, comme sur un muscle normal. Si, au lieu de faire des excitations courtes, de quelques secondes seulement, on prolonge l'excitation faradique tétanisante pendant assez longtemps, on constate souvent que le muscle ne reste pas dans un état de contraction régulière, mais qu'il est le siège de mouvements ondulatoires.

Avec les courants galvaniques l'excitabilité des muscles ne présente guère de modifications qualitatives pour les contractions minimales ; mais avec des courants plus forts la tétanisation apparaît très facilement, pendant la durée du passage du courant, avec des intensités notablement plus faibles que pour des muscles sains ; de plus, avec le pôle positif, la tétanisation s'obtient souvent plus facilement et est plus marquée qu'avec le pôle négatif, contrairement à ce qui existe à l'état

normal. La tétanisation ainsi produite peut persister aussi plus ou moins longtemps après l'ouverture du courant. Comme pour les courants faradiques, avec la répétition des excitations on voit diminuer l'étendue et la persistance du tétanos, avec des intensités assez faibles du moins.

Un autre modification qualitative de l'excitation galvanique est la suivante : lorsqu'un courant galvanique d'une intensité assez élevée (15 à 20 milliampères ou plus) passe d'une façon stable à travers les muscles, surtout dans le sens de leur longueur, à la tétanisation produite s'ajoutent aussi des contractions ondulatoires. Celles-ci toutefois ne sont pas constantes ou, pour mieux dire, on ne peut toujours les constater, des courants de cette intensité devenant rapidement douloureux dans ces conditions et ne pouvant pas souvent être supportés un temps assez long.

Au point de vue quantitatif l'excitabilité faradique et galvanique des muscles est en général plutôt augmentée ; mais ces modifications ne sont que d'un intérêt secondaire.

Sur les nerfs, contrairement à ce que nous venons de voir pour les muscles, les modifications de l'excitabilité mécanique, faradique et galvanique sont peu prononcées. Au point de vue quantitatif il y a plutôt diminution qu'augmentation de cette excitabilité. Au point de vue qualitatif, avec des courants faradiques à intermittences fréquentes on peut obtenir aussi des contractions persistant au delà de l'excitation dans les muscles mis en jeu, mais la persistance des contractions est moins marquée et disparaît plus vite que dans le cas d'excitation directe des muscles. Avec les courants galvaniques, la tétanisation des muscles ne s'obtient pas plus facilement que par l'excitation des nerfs normaux, et de plus l'action du pôle négatif conserve, à ce point de vue, la prédominance très marquée qu'il possède normalement sur le pôle positif.

Lorsqu'on constate du côté des muscles et des nerfs de pareilles réactions électriques, on peut conclure que les troubles des mouvements volontaires, eux aussi, ne sont pas simulés, et l'on doit traiter les personnes qui les présentent comme des malades impropres au service militaire.

TABLE DES MATIÈRES

DU FASCICULE XIV

CHAPITRE PREMIER

Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les maladies du système nerveux, par A. JOFFROY et CH. ACHARD.

	Pages.
I. <i>Notions de pathologie</i>	1
II. <i>Indications thérapeutiques générales</i>	6

CHAPITRE II

Traitement des méningites aiguës, par J. GRASSET.

I. <i>Considérations générales sur la curabilité et la classification clinique des méningites aiguës</i>	15
A. Curabilité, p. 15.	
B. Classification, p. 17.	
II. <i>Traitement</i>	19
A. Indications tirées de la maladie, c'est-à-dire de l'infection initiale, p. 19.	
B. Indications tirées de l'élément anatomique, de la lésion, de l'inflammation des méninges, p. 23.	
C. Indications tirées de l'élément fonctionnel, des symptômes, p. 25.	

CHAPITRE III

Traitement de la méningite tuberculeuse, par E. WEILL.

I. <i>Considérations générales</i>	26
II. <i>Prophylaxie</i>	35
III. <i>Traitement de l'infection tuberculeuse</i>	37
F. XIV.	34

	Pages.
IV. <i>Traitement local de la méningite tuberculeuse</i>	40
A. Traitement de l'inflammation proprement dite, p. 41.	
B. Traitement de l'hydrocéphalie, p. 43.	
V. <i>Traitement chirurgical</i>	46
A. Trépanation simple, p. 47.	
B. Trépano-ponction et drainage des ventricules latéraux, p. 47.	
C. Drainage de l'espace sous-arachnoïdien cérébral, p. 52.	
D. Drainage de l'espace sous-arachnoïdien médullaire, p. 55.	
E. Ponction lombaire, p. 56.	
F. Injections d'air stérilisé, p. 63.	
VI. <i>Traitement symptomatique</i>	68

CHAPITRE IV

Traitement de l'hydrocéphalie, par E. WEILL.

I. <i>Considérations générales</i>	71
II. <i>Étiologie et anatomie pathologique</i>	74
III. <i>Traitement</i>	80
A. Traitement de la cause, p. 81.	
1° Hydrocéphalie aiguë, p. 81. — 2° Hydrocéphalie chronique, p. 82.	
B. Traitement curatif, p. 83.	
1° Méthode compressive, p. 83. — 2° Méthode révulsive et résolutive, p. 84. — 3° Méthode chirurgicale, p. 84.	

CHAPITRE V

Traitement de l'anémie cérébrale, par A. MOSSÉ.

I. <i>Considérations générales</i>	93
A. Causes, p. 94.	
B. Formes cliniques, p. 95.	
II. <i>Traitement préventif</i>	96
III. <i>Traitement curatif</i>	98
A. Anémie cérébrale rapide (aiguë et subaiguë), p. 98.	
B. Formes subaiguës et chroniques, p. 103.	
C. Formes chroniques d'emblée, p. 108.	

CHAPITRE VI

Traitement de la congestion cérébrale, par A. MOSSÉ.

I. <i>Considérations générales</i>	110
A. Causes, p. 110.	
B. Formes cliniques, p. 111.	

	Pages.
II. <i>Traitement curatif</i>	113
A. Méthode générale, p. 113.	
B. Traitement des formes cliniques, p. 115.	
1° Forme légère, p. 115. — 2° Formes accentuées ou graves, p. 116. — 3° Forme apoplectique, p. 119. — 4° Forme passive, stase veineuse, p. 121.	
III. <i>Traitement prophylactique et préventif</i>	121

CHAPITRE VII

Traitement de l'hémorragie cérébrale, par J. GRASSET.

I. <i>Considérations générales</i>	125
II. <i>Étiologie</i>	127
III. <i>Traitement prophylactique</i>	131

CHAPITRE VIII

Traitement du ramollissement cérébral, par J. GRASSET.

I. <i>Considérations cliniques</i>	135
II. <i>Traitement</i>	139
A. Indications tirées des causes, p. 139.	
B. Indications tirées de l'évolution clinique. — Traitement des différents types cliniques, p. 141.	

CHAPITRE IX

Traitement de l'encéphalite aiguë et des abcès du cerveau, par E. ESTOR.

I. <i>Considérations générales</i>	144
II. <i>Encéphalite aiguë</i>	145
A. Considérations générales, p. 145.	
B. Traitement, p. 146.	
III. <i>Abcès du cerveau</i>	147
A. Abcès consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne, p. 147.	
1° Considérations générales, p. 147. — 2° Traitement, p. 151.	
B. Abcès consécutifs aux traumatismes craniens, p. 153.	
1° Considérations générales, p. 153. — 2° Traitement, p. 154.	

CHAPITRE X

Traitement des scléroses cérébrales de l'enfance, par M. LANNOIS.

I. <i>Considérations générales</i>	156
II. <i>Traitement</i>	158

CHAPITRE XI

Traitement de l'apoplexie, par J. GRASSET.

	Pages.
I. <i>Considérations générales</i>	163
A. Définition, p. 164.	
B. Caractères cliniques, p. 166.	
C. Classification étiologique, p. 167.	
1° D'après le processus anatomique, p. 167. — 2° D'après les espèces nosologiques, p. 167.	
H. <i>Traitement</i>	171
III. <i>Conclusion</i>	178

CHAPITRE XII

Traitement de l'aphasie, par J. GRASSET.

I. <i>Considérations générales</i>	179
II. <i>Traitement</i>	184
A. Aphasies corticales centrales, p. 186.	
1° Aphasie motrice proprement dite, p. 186. — 2° Agraphie, p. 187. — 3° Cécité verbale, p. 188. — 4° Surdité verbale, p. 189.	
B. Agraphies sous-corticales, p. 190.	
C. Agraphies sus-corticales, p. 191.	
D. Agraphies trans-corticales, p. 193.	

CHAPITRE XIII

Traitement du coma, par J. GRASSET.

I. <i>Considérations générales</i>	196
A. Définition et caractères cliniques, p. 196.	
B. Étiologie, p. 199.	
II. <i>Indications thérapeutiques et traitement</i>	200

CHAPITRE XIV

Traitement de l'hémiplégie, par P. MARIE.

I. <i>Considérations générales</i>	206
II. <i>Traitement</i>	207

CHAPITRE XV

Traitement de l'hémiplégie cérébrale infantile, par E. WEILL.

I. <i>Considérations générales</i>	214
II. <i>Anatomie pathologique</i>	220

	Pages.
III. <i>Traitement pathogénique</i>	223
A. Hémiplégie d'origine traumatique, p. 224.	
B. Hémiplégie d'origine syphilitique, p. 226.	
C. Hémiplégies par lésions non justiciables d'un traitement direct, p. 227.	
IV. <i>Traitement symptomatique</i>	228
A. Phénomènes passagers, p. 229.	
B. Phénomènes permanents, p. 232.	
1° Troubles moteurs, p. 232. — 2° Troubles trophiques, p. 234.	
— 3° Troubles intellectuels, p. 235.	

CHAPITRE XVI

Traitement des affections du cervelet, par J. AUDRY.

I. <i>Considérations générales</i>	237
II. <i>Traitement des hémorragies et des ramollissements, des atrophies et des scléroses</i>	238
III. <i>Traitement des tumeurs</i>	238
A. Traitement médical, p. 239.	
B. Traitement chirurgical, p. 240.	
IV. <i>Traitement des abcès</i>	244
A. Symptomatologie et diagnostic, p. 244.	
B. Résultats de l'intervention, p. 248.	
C. Manuel opératoire, p. 249.	
1° Lieu d'élection de l'intervention, p. 249. — 2° Détails opératoires, p. 254.	
D. Traitement des complications, p. 254.	

CHAPITRE XVII

Traitement des affections du bulbe, par J. AUDRY.

I. <i>Étiologie et symptomatologie générales</i>	256
II. <i>Traitement des lésions en foyer</i>	258
III. <i>Traitement des lésions des noyaux et du syndrome bulbaire</i>	259
A. Traitement pharmaceutique, p. 259.	
B. Médication par les agents physiques, p. 260.	
C. Traitement symptomatique, p. 261.	

CHAPITRE XVIII

Traitement des lésions de la protubérance, par J. AUDRY.

I. <i>Considérations générales</i>	263
II. <i>Traitement médical et chirurgical</i>	264

CHAPITRE XIX

Traitement des vertiges, par E. WEILL.

	Pages-
I. <i>Considérations générales</i>	266
II. <i>Classification et pathogénie</i>	267
III. <i>Traitement des vertiges par lésion ou troubles fonctionnels de l'appareil d'équilibration</i>	270
A. Vertiges auriculaires, p. 270.	
B. Vertiges liés à des lésions du système nerveux d'équilibration, p. 276.	
C. Vertiges liés à des troubles fonctionnels du système nerveux d'équilibration, p. 277.	
1° Vertiges des névroses, p. 278. — 2° Vertiges par troubles circulatoires, p. 281. — 3° Vertiges réflexes, p. 283. — 4° Vertiges dyscrasiques, p. 284.	
IV. <i>Vertiges sensoriels et vertiges mixtes</i>	286

CHAPITRE XX

Traitement de la maladie de Little, par E. WEILL.

I. <i>Considérations générales</i>	290
II. <i>Traitement</i>	292
A. Traitement de la cause, p. 292.	
B. Traitement de la lésion, p. 295.	
C. Traitement symptomatique, p. 297.	
1° Traitement de la contracture spasmodique, p. 300. —	
2° Traitement de la rétraction, p. 302.	

CHAPITRE XXI

Traitement des méningites rachidiennes, par G. RAUZIER.

I. MÉNINGITES SPINALES AIGUES

I. <i>Considérations générales</i>	306
A. Étiologie, p. 306.	
B. Anatomie pathologique, p. 307.	
C. Symptômes, p. 308.	
D. Formes, p. 309.	
E. Diagnostic, p. 309.	
II. <i>Traitement</i>	310

II. MÉNINGITES SPINALES CHRONIQUES

	Pages-
I. <i>Pachyméningite cervicale hypertrophique. — Considérations générales</i>	314
A. Anatomie pathologique, p. 314.	
B. Symptomatologie, p. 314.	
C. Étiologie, p. 316.	
D. Diagnostic, p. 317.	
II. <i>Autres variétés de méningites spinales chroniques</i>	317
A. Étiologie et anatomie pathologique, p. 317.	
B. Symptômes, p. 319.	
C. Diagnostic, p. 320.	
III. <i>Traitement des méningites spinales chroniques</i>	320

CHAPITRE XXII

Traitement de la compression de la moelle, par E. ESTOR et G. RAUZIER.

I. <i>Considérations générales</i>	323
A. Étiologie, p. 323.	
B. Anatomie pathologique, p. 326.	
C. Symptômes, p. 328.	
D. Variétés, p. 332.	
E. Évolution, p. 334.	
F. Pronostic, p. 334.	
G. Diagnostic, p. 335.	
II. <i>Traitement</i>	338
A. Affections non traumatiques, p. 338.	
1° Tumeurs méningées et extra-méningées, p. 338. — 2° Tuberculose vertébrale et pachyméningite tuberculeuse, p. 342.	
B. Affections traumatiques, p. 348.	
1° Fractures, p. 348. — 2° Luxations, p. 349.	

CHAPITRE XXIII

Traitement des myélites aiguës, par G. RAUZIER.

I. <i>Considérations générales</i>	352
A. Étiologie, p. 352.	
B. Anatomie pathologique, p. 357.	
C. Symptômes, p. 359.	
D. Évolution, marche, formes cliniques, p. 361.	
E. Pronostic et diagnostic, p. 364.	

	Pages.
II. <i>Traitement</i>	365
A. Traitement causal, p. 365.	
B. Traitement de l'inflammation médullaire, p. 367.	
C. Traitement symptomatique, p. 368.	

CHAPITRE XXIV

Traitement des poliomyélites, par G. RAUZIER.

<i>Notions d'ensemble</i>	371
I. POLIOMYÉLITE CHRONIQUE ESSENTIELLE	
I. <i>Considérations générales</i>	373
A. Historique, p. 373.	
B. Symptômes, p. 374.	
C. Anatomie pathologique, p. 375.	
D. Étiologie, p. 376.	
E. Diagnostic, p. 378.	
II. <i>Traitement</i>	379
A. Traitement proprement dit, p. 379.	
B. Prophylaxie, p. 382.	

II. POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE DE L'ADULTE

I. <i>Considérations générales</i>	382
A. Symptômes, p. 383.	
B. Anatomie pathologique, p. 384.	
C. Étiologie, p. 384.	
D. Diagnostic, p. 385.	
II. <i>Traitement</i>	386

CHAPITRE XXV

Traitement du tabes, par G. RAUZIER.

I. <i>Considérations générales</i>	390
A. Symptômes, p. 391.	
B. Évolution, p. 395.	
C. Diagnostic, p. 396.	
D. Anatomie pathologique, p. 397.	
E. Étiologie, p. 399.	
II. <i>Traitement</i>	402
A. Médication pathogénique, p. 403.	
B. Médication visant le processus anatomique et sa localisation, p. 407.	
1° Moyens internes, p. 408. — 2° Moyens externes, p. 414.	

C. Traitement symptomatique, p. 424.	
1° Traitement des douleurs fulgurantes, p. 424. — 2° Traitement des crises gastriques, p. 426. — 3° Traitement des troubles moteurs, p. 428. — 4° Traitement de l'amblyopie, p. 433. — 5° Traitement des troubles génito-urinaires, p. 434. — 6° Traitement des troubles trophiques, p. 435. — 7° Traitement de diverses autres manifestations, p. 435. — 8° Médication suggestive, p. 435.	

CHAPITRE XXVI

Traitement de la maladie de Friedreich, par G. RAUZIER.

I. <i>Considérations générales</i>	438
A. Symptômes, p. 438.	
B. Évolution, p. 440.	
C. Étiologie, p. 440.	
D. Anatomie pathologique, p. 441.	
E. Diagnostic, p. 443.	
II. <i>Traitement</i>	444

CHAPITRE XXVII

Traitement de la sclérose en plaques, par HENRY MEIGE.

I. <i>Considérations générales</i>	447
II. <i>Traitement</i>	448

CHAPITRE XXVIII

Traitement de la syringomyélie, par G. RAUZIER.

I. <i>Considérations générales</i>	455
A. Anatomie pathologique, p. 456.	
B. Symptômes, p. 458.	
C. Évolution, p. 462.	
D. Formes, p. 462.	
E. Pronostic, p. 464.	
F. Étiologie, p. 464.	
G. Diagnostic, p. 466.	
II. <i>Traitement</i>	468

CHAPITRE XXIX

Traitement de la sclérose latérale amyotrophique, par G. RAUZIER.

	Pages.
I. <i>Considérations générales</i>	472
A. Anatomie pathologique, p. 472.	
B. Symptômes, p. 474.	
C. Évolution, p. 475.	
D. Étiologie, p. 476.	
E. Diagnostic, p. 477.	
II. <i>Traitement</i>	478

CHAPITRE XXX

Traitement de la paralysie infantile, par E. WEILL.

I. <i>Considérations générales</i>	482
II. <i>Traitement</i>	485
III. <i>Traitement des déformations consécutives</i>	496

CHAPITRE XXXI

Traitement de la myopathie primitive progressive, par E. HUET.

I. <i>Considérations générales</i>	500
II. <i>Formes cliniques de la myopathie primitive progressive</i>	502
III. <i>Traitement</i>	505

CHAPITRE XXXII

Traitement de la maladie de Thomsen, par E. HUET.

I. <i>Considérations générales</i>	511
II. <i>Traitement</i>	515

000012