

sont habituellement *symétriques*¹ ; le poignet et les doigts sont fléchis, la main ne se ferme qu'incomplètement et la *contractilité électrique* des muscles paralysés s'efface très rapidement. A la longue, les muscles s'atrophient. La durée de la paralysie saturnine est indéterminée, la guérison est complète ou incomplète².

Vous reconnaîtrez qu'une paralysie est de nature saturnine à ses caractères, à sa localisation si remarquable dans les muscles extenseurs, à sa symétrie, à l'état saturnin du sujet (coliques, liséré noirâtre sur les gencives, profession du malade, etc.).

L'électricité, employée sous forme de courants induits constitue le meilleur traitement des paralysies saturnines ; il faut y associer le traitement général de l'intoxication saturnine³.

J. PARALYSIES HYSTÉRIQUES. — Les paralysies sont fréquentes chez les hystériques (femmes ou hommes).

Elles sont remarquables par la brusquerie de leur invasion, qui est généralement consécutive à une commotion psychique, elle-même souvent occasionnée par un traumatisme. Elles sont parfois précédées d'un ictus apoplectiforme.

Tantôt ce sont des hémiplegies, tantôt des paraplégies, très fréquemment des monoplégies accompagnées d'anesthésie et d'analgésie : les troubles de la sensibilité sont alors circonscrits au segment du corps atteint, et subordonnés à sa configuration extérieure, au lieu de suivre la distribution anatomique des nerfs.

Ces diverses paralysies peuvent être compliquées de contractures, mais elles ne s'accompagnent pas de troubles de la contractilité faradique et ne présentent jamais la réaction de dégénérescence.

1. De plus, parmi les muscles paralysés, il en est qui restent indemnes ; tel est, par exemple, le long supinateur dont l'intégrité est, pour Duchenne, un caractère de diagnostic entre la paralysie radiale à frigore et la paralysie saturnine.

2. C'est à la paralysie des muscles extenseurs que l'on peut rattacher cette tuméfaction indolente de la face dorsale du poignet, qui accompagne la paralysie, disparaît avec elle, et qui a été désignée sous le nom de *tumeur dorsale du poignet*. Charcot l'a rattachée à la goutte saturnine.

3. Grâce à l'électricité, j'ai vu à la Charité (pendant mon internat chez Empis) où, en raison de l'antique réputation du traitement dit de la Charité, tous les saturnins de Paris se donnent rendez-vous, j'ai vu, dis-je, la plupart de ces paralysies s'améliorer et se guérir (Voy. *Intoxication saturnine* dans ma *Pathologie interne*, 1^{re} édition, p. 622).

Elles peuvent disparaître aussi soudainement qu'elles sont apparues, soit spontanément sous l'influence d'une vive émotion, soit par suite de l'intervention d'un médecin ayant recours à l'une quelconque des nombreuses pratiques de suggestion.

La nature hystérique d'une paralysie se reconnaît aux caractères que nous venons d'exposer, à l'absence des symptômes qui forment le cortège habituel des paralysies organiques, et à l'existence d'autres manifestations hystériques¹ (rétrécissement du champ visuel, boule hystérique, pleurs faciles, névralgies diverses, crampes de l'estomac, attaques de nerfs, etc.).

— Des paralysies peuvent s'observer dans d'autres *névroses*, dans la *chorée*, l'*épilepsie*, ou dans des maladies infectieuses à localisation principale sur le système nerveux, telles que le *tétanos*, la *rage*, etc., mais elles n'en constituent pas un symptôme assez important pour mériter autre chose qu'une simple mention ; nous renvoyons donc à la description de ces maladies.

CONVULSIONS.

Les convulsions consistent en une augmentation morbide, en une perversion, par excès, de l'activité musculaire ; elles sont donc l'opposé des paralysies.

Variétés. — Les convulsions peuvent frapper les muscles à fibres lisses ou de la vie organique — dans ce cas elles prennent le nom de *spasmes* (spasmes de l'œsophage, de l'estomac) — et les muscles striés ou de la vie de relation ; le nom de *convulsions* leur est alors appliqué.

Les convulsions sont : — 1^o *toniques*, lorsqu'elles donnent à la partie affectée une position immobile, une raideur presque continue, interrompue seulement par quelques rares secousses inégales ; — 2^o *cloniques*, lorsqu'elles lui impriment une succession de secousses plus ou moins étendues².

Ces deux formes de convulsions ne diffèrent d'ailleurs que

1. Voy. *Hystérie* dans ma *Pathologie interne*, 4^e édition, p. 366.

2. Les convulsions toniques sont souvent désignées sous les noms de *contractures* et de *crampes*, de telle sorte que le mot de convulsion employé seul désigne habituellement, en clinique, les convulsions cloniques des muscles de la vie de relation.

par la durée de la contraction — qui est persistante dans le type *tonique* et d'autant plus longue que la rigidité est plus grande, — qui est passagère dans le type *clonique* caractérisé par des secousses motrices élémentaires incessantes, séparées par de courts moments d'immobilité.

Description. — Les convulsions peuvent être chez le même malade, et au cours de la même attaque, alternativement cloniques et toniques, c'est-à-dire que — tantôt ses membres sont dans un état de contraction permanente qui donne aux membres une rigidité spéciale (convulsion tonique), — tantôt, au contraire, ceux-ci sont agités de secousses incessantes (convulsions cloniques) : cette alternance s'observe assez fréquemment dans les convulsions des nouveau-nés. — Parfois, comme dans l'épilepsie, l'ordre de succession de ces deux modes convulsifs est constamment régulier : la convulsion est d'abord tonique et ne devient clonique qu'à la fin de l'accès.

D'autres fois, ces deux types de convulsions restent isolés : ainsi le tétanos et la crampe sont caractérisés par des convulsions exclusivement *toniques*, alors que des convulsions exclusivement *cloniques* caractérisent la chorée, le tic douloureux, parfois l'attaque d'hystérie, etc.

Quelle que soit la modalité qu'elles revêtent, les convulsions peuvent être — *générales*, c'est-à-dire étendues à tous ou presque tous les muscles (convulsions toniques du tétanos, et convulsions cloniques de la grande attaque d'hystérie), — ou *partielles*, c'est-à-dire limitées à un certain nombre d'entre eux (convulsion tonique de la crampe et convulsions cloniques du tic douloureux).

Les convulsions *toniques* sont douloureuses (tétanos, crampes). — Les convulsions cloniques peuvent être douloureuses ; mais le plus souvent elles sont indolentes (chorée), tout en laissant après elles une sensation de fatigue et de courbature (particulièrement marquée dans l'hystérie).

Presque toujours l'accès s'accompagne de *troubles vasomoteurs* : pâleur de la face au début ; dilatation bilatérale de la pupille ; ralentissement initial du cœur durant la phase to-

nique, puis accélération jusqu'à la fin de la phase clonique ; vaso-constriction généralisée pendant tout l'accès.

Dans certains cas, notamment dans le tétanos, dans l'état de mal épileptique, etc., la température s'élève d'une façon très remarquable ; d'après Charcot et Bouchard, cette élévation de la température ne s'observerait que dans les convulsions toniques, parce que l'absence du mouvement produit serait compensée par une production exagérée de calorique ; d'après Peter, elle serait en rapport avec les progrès de l'asphyxie, car, dans ce cas, le sang veineux, normalement plus chaud que le sang artériel, se trouverait moins refroidi, dans son passage à travers le poumon, par le contact de l'air atmosphérique.

Très souvent aussi on observe des troubles de sécrétion ; salivation au cours de l'attaque d'épilepsie ; larmes abondantes à la fin de beaucoup d'attaques d'hystérie ; émission d'urines abondantes après la plupart des attaques convulsives (urines nerveuses).

Signalons encore la perturbation respiratoire.

Les convulsions peuvent constituer à elles seules tout l'état morbide ou faire partie d'un ensemble pathologique complexe.

Très souvent, surtout dans les grandes névroses convulsives (hystérie, épilepsie, chorée héréditaire, maladie des tics convulsifs), il existe, en même temps que les convulsions, des *troubles psychiques* divers : idées fixes, délires émotifs, impulsions irrésistibles, écholalie, coprolalie, etc.

Pathogénie. — La *substance grise de l'axe spinal* (moelle épinière et moelle allongée, depuis la queue de cheval jusqu'au voisinage des tubercules quadrijumeaux) est très probablement le siège anatomique des convulsions.

On sait que la moelle (axe spinal) remplit un double rôle : non seulement c'est un *agent conducteur* des impressions sensibles et des incitations motrices ; mais encore elle possède le *pouvoir excito-moteur*, c'est-à-dire qu'une impression, partie d'un point quelconque du corps, peut être directement