

il y a constamment de la myosténie et des altérations de la ré-
flectibilité tendineuse.

Il existe toutefois une forme de chorée, décrite par Brissaud, sous le nom de *Chorée variable des dégénérés* qui peut être d'un diagnostic très difficile par cette raison que ses mouvements paraissent d'abord ressembler au tic pour prendre ensuite les caractères de la chorée. Elle est également variable dans le temps, offrant des apparitions ou des disparitions brusques. Son diagnostic se basera sur la constatation de la coexistence ou de la succession des deux ordres de symptômes chez le même sujet.

Dans le *Spasme*¹, les mouvements convulsifs ne sont pas influencés par la volonté ; ils sont, en outre, brusques, instantanés, rapides, comparables à des excitations électriques, et ne sont pas modifiés par les émotions ; douloureux quelquefois et s'accompagnant de troubles de la réflexivité, ils se produisent aussi bien pendant le sommeil que pendant la veille ; le plus souvent, ils affectent un territoire nerveux anatomiquement défini.

Les mouvements convulsifs de la *Chorée chronique de Huntington* revêtent le type choréique général, mais sont constamment associés à des troubles psychiques spéciaux consistant d'abord en des altérations passagères du sentiment et de la volonté, en des hallucinations de divers ordres, en quelques troubles du côté de l'idéation, puis en une déchéance progressive de l'intelligence. De plus, cette variété de chorée se développe lentement, le plus souvent vers l'âge moyen de la vie, suit une marche chronique, progressive, absolument fatale ; la recherche des antécédents permet de constater généralement son caractère familial.

Dans la *Chorée de Bergeron* ou chorée électrique, les mouvements sont très brusques et comparables à des décharges électriques se répétant d'une façon rythmée à des intervalles variables ; ils cessent pendant le sommeil. L'affection coïncide souvent avec un trouble gastrique et serait même sous sa dépendance, d'après quelques auteurs ; d'après d'autres (Pitres) elle serait une manifestation de l'hystérie infantile, analogue à la chorée rythmique hystérique (chorée saltatoire, natatoire, etc.).

1. Le spasme, dans le sens où le terme est employé ici, diffère du tic en ce qu'il est actionné par une cause irritative ; ex. : une écarbille entre dans l'œil, la paupière, cligne c'est un spasme ; ce clignement persiste, malgré la disparation de la cause et sans raison, il est devenu un tic.

La *Chorée de Dubini*, caractérisée par des secousses électriques, d'abord localisées, puis générales, a un début brusque, avec accompagnement de violentes douleurs continues occupant la tête, la nuque, etc. Souvent elle donne lieu à de grandes crises convulsives, sans perte de connaissance, mais suivies parfois de parésies des membres.

3° *Paramyoclonus multiplex*. — Cette affection, décrite par Friedreich, se distinguera par des convulsions le plus souvent cloniques, quelquefois toniques, tétaniformes ou fibrillaires, localisées symétriquement — tout en n'étant pas synchrones (P. Marie) — dans certains groupes musculaires des membres supérieurs et inférieurs (atteignant souvent les triceps), n'entraînant d'ailleurs que peu de déplacement, respectant le plus souvent la face, pouvant intéresser parfois les muscles de la vie organique (myocarde, diaphragme, etc.) et entraîner alors des troubles de la circulation ou de la respiration, disparaissant pendant le sommeil, disparaissant passagèrement pendant la durée de l'exécution des mouvements volontaires, s'exagérant sous l'influence des excitations cutanées, de la percussion des tendons, de la pression des muscles, des émotions, sous l'influence du repos au lit. Il n'existe aucun autre trouble de la sensibilité, ni aucune modification des réactions électriques.

C. CONVULSIONS DANS LES INTOXICATIONS. — 1° *Tétanos*. — Un blessé ou un individu, atteint d'une écorchure légère, éprouve une gêne dans les mouvements de la mâchoire (*trismus*), une raideur douloureuse dans le cou ; cette raideur s'étend à d'autres muscles, elle est persistante ; mais spontanément ou sous l'influence d'un effort, d'un léger contact, elle s'exagère d'une façon horrible. — Le début de ces convulsions toniques par les muscles de la mâchoire et du cou, leurs paroxysmes, leur durée, leur extension à d'autres muscles, sont caractéristiques du tétanos.

2° *Éclampsie puerpérale*. — Voici une femme enceinte, de souche névropathique, à peu près arrivée au terme de sa grossesse ou même en travail, dont les urines contiennent le plus souvent de l'albumine, qui, depuis quelques jours, se plaint de vertiges, d'éblouissements, d'une douleur épigastrique. Elle éprouve d'abord quelques convulsions partielles cloniques dans les muscles du visage et des membres ; puis, tout à coup, son regard prend une fixité étrange, son corps se raidit dans une immobilité générale, mais qui ne dure qu'un instant, car, presque aussitôt, éclatent de grandes

convulsions cloniques ; tous les membres sont dans une agitation délirante ; la malade a perdu connaissance, elle est complètement insensible ; l'accès convulsif se prolonge quelques minutes, puis les convulsions se calment, la respiration se régularise, et la malade reste plongée dans un état comateux jusqu'à la production d'un nouvel accès. Pendant l'accès, la température peut atteindre 41 degrés. L'intervalle des accès est très variable. Souvent mortelle, l'éclampsie peut guérir. — Il est à retenir que l'éclampsie puerpérale débute toujours par des convulsions cloniques, tandis que l'accès épileptique débute toujours par une période tonique.

3° Les *convulsions urémiques* ressemblent beaucoup à celles de l'épilepsie¹ et de l'éclampsie. Leur diagnostic s'établit sur deux éléments principaux : l'absence de fièvre et de paralysie motrice qui permet d'éloigner l'idée d'une phlegmasie ou d'une lésion circonscrite de l'encéphale ; l'absence de grossesse et la connaissance des désordres de la sécrétion urinaire, mal de Bright, lithiase rénale, cancer rénal, etc.

D. CONVULSIONS PAR LÉSIONS ORGANIQUES DES CENTRES NERVEUX. — Les *convulsions épileptiformes* dépendent, le plus souvent, de tumeurs cérébrales, et sont particulièrement fréquentes dans la syphilis, mais elles peuvent s'observer aussi dans le ramollissement cérébral, dans l'hémorragie cérébrale etc... Elles se reconnaissent à leur localisation, à une moitié du corps ou même à un membre. Elles diffèrent, en outre, de l'épilepsie vraie par les particularités suivantes : absence fréquente de cri initial ; conservation relative de la connaissance ; fréquence des paralysies passagères ; persistance, à la suite des convulsions, de différents troubles en rapport avec le siège de la lésion. Elles sont presque toujours intermittentes et ne se manifestent souvent qu'à des intervalles relativement éloignés. — « Méfiez-vous, recommande Raymond, de ces attaques convulsives qui, simulant les attaques de l'épilepsie vulgaire, surviennent, sans cause apparente, chez une personne plus ou moins avancée en âge, et ayant, en tout cas, dépassé la trentaine. Rappelez-vous que l'épilepsie essentielle débute rarement après la trentaine ; et recherchez si votre malade ne présente pas déjà quelque autre symptôme imputable à une tumeur cérébrale » tel que *céphalée* violente et tenace, *vomissements* ou plutôt ré-

1. D'après F. Vidal (1899), l'urémie convulsive ne serait même, le plus souvent, qu'une ancienne épilepsie réveillée par l'auto-intoxication résultant de l'insuffisance rénale.

gurgitations survenant avec la plus grande facilité et sans relations apparentes avec l'alimentation, *torpeur intellectuelle*, *œdème de la papille*.

Jackson croyait que l'épilepsie partielle devait être considérée comme un signe certain d'une lésion organique de la zone rolandique. On admet généralement aujourd'hui que cette opinion est beaucoup trop exclusive, et que la convulsion épileptiforme traduit seulement une irritation de la région motrice, irritation qui est souvent organique mais qui peut aussi être simplement fonctionnelle, comme cela se produit parfois dans l'hystérie, l'urémie, le diabète, l'alcoolisme, etc.

Dieulafoy ayant observé chez un syphilitique un cas d'épilepsie partielle de nature à faire admettre un syphilome de la zone rolandique et n'ayant constaté aucune tumeur de cette région à l'autopsie, a conclu de ce fait qu'il était impossible d'accorder aux convulsions épileptiformes localisées la moindre importance pour le diagnostic de la localisation des lésions. Mais l'absolutisme de cette conclusion a été contestée par Pitres : d'après lui, quand l'épilepsie partielle se présente avec des caractères nets, quand l'aura motrice est bien localisée, quand les convulsions se propagent lentement de la périphérie vers les centres, quand le malade assiste conscient à leur origine et à leur évolution, quand surtout elles s'accompagnent de monoplégies pures ou associées persistantes, il y a beaucoup de chances pour qu'on soit dans le vrai en diagnostiquant une lésion localisée siégeant dans le centre ou au voisinage immédiat du centre cortical correspondant aux muscles primitivement convulsés.

= Les convulsions se rencontrent dans bien d'autres états pathologiques, mais elles y sont moins fréquentes ou unies à des caractères éclatants qui ne permettent guère d'en méconnaître le point de départ.

CONVULSIONS OU SPASMES DES MUSCLES À FIBRES LISSES. — Les muscles à fibres lisses ou de la vie organique qui entrent dans la texture des voies digestives, urinaires, du cœur, présentent fréquemment des convulsions semblables à celles que nous venons d'étudier dans les muscles de la vie de relation.

Ces convulsions, plus souvent toniques que cloniques, reçoivent en général le nom de *spasmes*, et, dans certains organes, celui de *coliques*, de *palpitations* ; elles surviennent

d'ailleurs dans les mêmes circonstances, sous l'influence des *névroses*, des *irritations locales*, des *intoxications*.

Leur conséquence naturelle est un trouble plus ou moins grand apporté aux fonctions de l'organe qu'elles frappent. Ne pouvant entrer ici dans des détails, nous nous bornerons à citer :

Les *spasmes de la glotte* entraînant la suspension de la respiration :

Le *spasme de la glotte*, dans sa forme habituelle, est caractérisé par une série de petits cris grêles, inspiratoires ou expiratoires, ou par un arrêt complet de la respiration ; la mort qui peut être la terminaison de l'accès arrive habituellement par syncope (d'Espine). C'est une affection exceptionnelle au delà de la première année.

Les *spasmes de l'œsophage*, ou œsophagisme, donnant lieu à de la dysphagie et simulant un rétrécissement de l'œsophage ;

Les *spasmes de l'estomac*, donnant lieu à des vomissements ;

Les *spasmes ou coliques de l'intestin*¹ ; le *spasme* des voies biliaires dans la colique hépatique ;

Les *spasmes de la vessie et de l'urèthre*, etc.

DES CONTRACTURES.

On donne ce nom à un état de contraction musculaire permanente, souvent douloureuse, limitée à un muscle ou à un groupe de muscles.

La contracture ressemble aux *convulsions toniques*, mais elle en diffère totalement par sa durée ; ainsi une convulsion tonique ne peut se prolonger au delà de peu de temps, et il y a, par intervalles, un relâchement musculaire à peu près complet, tandis qu'une contracture peut persister des jours et des mois entiers *sans la moindre rémission*. La rigidité n'est donc pas seulement involontaire comme dans la convulsion ; elle est, en outre, durable.

Elle ressemble encore aux *rétractions musculaires*, c'est-à-dire à cet état des muscles qui, constamment placés dans

1. Auxquels nous avons consacré plus haut un article spécial.

un état de raccourcissement morbide, s'altèrent, deviennent fibreux et ne peuvent s'allonger sans se déchirer ; mais un muscle contracturé est encore extensible, sous le chloroforme, par exemple, tandis que le muscle rétracté ne l'est pas¹.

Description. — La contracture s'observe surtout dans les membres ; elle est plus fréquente dans le membre supérieur qu'en tout autre point.

Son invasion peut être brusque, douloureuse : c'est ce que l'on désigne sous le nom de *crampe* ; ou lente, graduelle ou indolente.

Sa durée varie suivant ses causes : elle peut disparaître avec des alternatives de retour ou bien disparaître définitivement. Si elle persiste longtemps, elle évolue vers une rétraction fibro-tendineuse.

Quant à sa nature, la contracture est une exagération de la tonicité musculaire. Cette exagération est due tantôt à une modification pathologique de la fibre musculaire même par intoxication, tantôt à une perversion des influences qui agissent pour entretenir l'activité normale de la cellule contractile.

Pathogénie. — Les contractures peuvent être divisées en trois groupes :

A. *Contractures organiques* liées à une altération des centres nerveux (encéphale, moelle, méninges), des nerfs ou des muscles eux-mêmes ;

B. *Contractures dyscrasiques* liées à une altération du sang ;

C. *Contractures fonctionnelles* survenant dans le cours des névroses et aussi par sympathie ou par action réflexe, à l'occasion des troubles viscéraux éloignés.

A. CONTRACTURES ORGANIQUES. — Les altérations organiques des centres nerveux sont souvent le point de départ des contractures. On les observe :

1. Il est vrai qu'une contracture prolongée amène la rétraction musculaire.