

devez diagnostiquer une *encéphalite* développée autour du foyer hémorragique ou dans les parties contuses.

3° Une femme présente depuis plus ou moins longtemps des signes d'hystérie ; elle est brusquement atteinte de contracture ; il s'agit très probablement d'une *contracture hystérique* qui disparaîtra aussi rapidement qu'elle est venue. D'ailleurs, en étudiant l'état du membre contracturé, on constate que la rigidité musculaire est beaucoup plus accentuée que lorsqu'il s'agit d'une contracture organique ; si on cherche à redresser le poignet d'un membre supérieur contracturé, les phalanges ne se fléchissent pas les unes sur les autres et sur les métacarpiens, de façon à venir serrer la main de l'observateur, comme cela se passe dans la contracture organique. De plus, dans la contracture hystérique, et contrairement à ce qui se passe dans la contracture organique, les réflexes tendineux du membre contracturé ne sont pas exagérés par rapport à ceux des membres sains (Babinski).

4° Voici un jeune enfant ou une femme en couches qui sont pris de crampes douloureuses dans les muscles fléchisseurs des doigts et de la main ; les doigts s'inclinent vers la paume de la main recouvrant le pouce qui est dans une flexion forcée ; le poignet est fléchi ; les pieds se contractent à leur tour, de telle sorte que les orteils sont fléchis et le pied étendu. Il est d'ailleurs ordinairement assez facile de vaincre la contracture et de ramener les membres dans leur attitude normale.

C'est la *contracture essentielle des extrémités* se produisant sous forme d'accès intermittents d'une durée de quelques minutes à plusieurs heures, disparaissant sous l'influence du sommeil spontané ou provoqué, réapparaissant aussitôt qu'on exerce une compression sur les membres affectés, soit sur le trajet des principaux cordons nerveux qui s'y rendent, soit sur les vaisseaux de façon à gêner la circulation artificielle ou veineuse (Trousseau). D'après Weiss, il suffirait, dans beaucoup de cas, pour établir le diagnostic de l'affection, de percuter la région de la patte d'oie : on verrait alors se produire, lorsqu'il s'agit de tétanie, une contraction brusque, fulgurante, de la moitié correspondante de la face. Dans le cas où on hésiterait entre l'hystérie et la tétanie, il suffirait d'explorer l'état de l'excitabilité électrique des nerfs qui se distribuent dans les muscles où siègent les contractures : Kussmaul et Benedikt, Erb et Chwostek, Weiss, Onimus ont en effet démontré que l'exagération de l'excitabilité des nerfs est constante dans la tétanie et en raison directe de la fréquence et de l'intensité des accès.

5° Dans la *maladie de Thomsen*, la contraction tonique n'existe qu'au commencement des mouvements volontaires et ne tarde pas à s'épuiser : ainsi le même malade qui a contracté les muscles de sa main dans l'action de prendre un objet et qui n'a pu ensuite les décontracter immédiatement, verra cette tétanisation disparaître lors qu'il aura exécuté plusieurs fois la même manœuvre. De plus, il existe des troubles spéciaux des réactions électriques (réaction myotonique électrique My. R.).

**Traitement.** — Bien qu'il soit impossible, vu la diversité de leur cause, de tracer d'une manière générale les indications thérapeutiques des paralysies, des convulsions et des contractures, nous dirons que les médicaments dont l'action sur les centres excito-moteurs est le mieux démontrée sont, d'une part la belladone et le seigle ergoté, de l'autre, le nitrate d'argent et la strychnine.

La *belladone* et le *seigle ergoté* calment l'irritabilité des centres excito-moteurs ; leur usage pourra donc être indiqué dans les cas de convulsions et de contractures.

Le *nitrate d'argent* et la *strychnine* réveillent le pouvoir excito-moteur ; leur usage pourra donc être indiqué dans les cas de parésie<sup>1</sup>.

Est-il besoin d'ajouter que, lorsqu'il existe une lésion organique, l'usage de ces médicaments est pour le moins inutile.

Les paralysies, les convulsions ou contractures d'origine hystérique devront être traitées par la suggestion.

ATAXIE ( $\alpha$  privatif ;  $\tau\acute{\alpha}\xi\iota\varsigma$ , ordre).

On donne le nom d'*ataxie* au désordre ou à l'incoordination des mouvements volontaires<sup>2</sup>.

1. L'influence du nitrate d'argent est lente et durable ; celle de la strychnine rapide, mais passagère.

2. Le mot *ataxie* ayant encore été appliqué à la prédominance des troubles nerveux dans les fièvres (fièvre typhoïde ataxique), à l'apparition de phénomènes insolites dans le cours d'une maladie, etc., il est utile de préciser sa signification en disant *ataxie du mouvement*.



**Description.** — L'ataxie du mouvement peut frapper la plupart des muscles ; elle est surtout très manifeste aux membres inférieurs, et elle est généralement accrue (sauf dans la maladie de Friedreich) lorsque, par un motif quelconque, mais surtout par l'occlusion des yeux, le malade ne peut voir le sol sur lequel il marche<sup>1</sup>.

Lorsqu'elle est peu accentuée, elle ne se manifeste souvent que par de légers troubles de l'équilibre, se produisant surtout lorsque le malade est privé du secours de la vision : si, par exemple, ils rencontrent un obstacle, s'ils semblent changer brusquement de direction, ou encore s'ils montent un escalier dans l'obscurité, ils trébuchent facilement ; vient-on alors à les inviter à se tenir debout, sur un seul pied ou les pieds rapprochés et les yeux fermés, et à tourner ainsi sur eux-mêmes, ils ne tardent pas à chanceler.

Lorsqu'elle est plus prononcée, la marche devient plus difficile : les jambes lancées avec une brusquerie saccadée, décrivent un demi-cercle et, follement agitées de secousses convulsives, retombent lourdement sur le sol qu'elles frappent du talon ; plus tard, les jambes peuvent s'enlacer, entraîner des chutes, rendre enfin la progression impossible. Si, le malade étant couché, on l'invite à atteindre, avec l'un de ses pieds, un objet placé au-dessus du plan du lit, on constate qu'il ne peut y parvenir, le pied allant au delà ou à côté, ou restant en deçà.

L'ataxie des membres supérieurs peut ne se manifester que par la difficulté de porter, les yeux fermés, l'une des mains sur telle ou telle partie du corps qu'on désigne. A un degré plus avancé, l'incoordination motrice rend l'écriture et les travaux manuels impossibles.

L'ataxie des muscles respirateurs, de la vessie, etc., se traduit par la manière saccadée et désordonnée dont s'effectuent les mouvements de la main, la respiration, la miction, etc.

1. Et dont il n'éprouve plus la sensation en raison de l'anesthésie musculo-tactile qui accompagne fréquemment l'ataxie ; c'est précisément cette anesthésie que corrige la vue.

Sauf dans la maladie de Friedreich (dont l'un des caractères différentiels avec les autres ataxies est l'intégrité apparente de la sensibilité), l'incoordination des mouvements coïncide toujours avec des troubles de la sensibilité *soit* consciente, *soit* inconsciente ; les malades perdent la sensation de la nature du sol sur lequel ils marchent ; la sensibilité réflexe est altérée comme le prouve la suppression du réflexe rotulien ; la tonicité musculaire, déterminée d'une façon réflexe par le sens musculaire, est augmentée pour certains muscles, diminuée pour d'autres, etc.

*L'observation a appris que c'est généralement la sclérose des cordons postérieurs de la moelle qui produit l'incoordination des mouvements ou ataxie*, tandis que la sclérose des cordons antéro-latéraux détermine en bloc la destruction des mouvements volontaires avec toutes leurs qualités, c'est-à-dire qu'elle produit la paralysie. Cependant l'ataxie peut exister en dehors de cette lésion.

Les maladies qui peuvent compter l'ataxie du mouvement parmi leurs symptômes sont en effet :

1° Le *Tabes vrai* ou *ataxie locomotrice progressive* de Duchenne, due à la sclérose des cordons postérieurs de la moelle ;

2° La *Maladie de Friedreich*, liée à une dégénération systématique combinée des cordons postérieurs et latéraux de la moelle ;

3° Les *Tabes combinés* de Westphal, dus à une sclérose des cordons postérieurs, associée à celle des cordons latéraux ;

4° La *Syringomyélie*, lorsqu'elle retentit sur les cordons postérieurs de la moelle ;

5° La *Méningo-encéphalite diffuse* ;

6° L'*Ataxie cérébelleuse* dans les néoplasies encéphaliques, dans le vertige de Ménière, dans la sclérose en plaques ;

7° Le *Nervo-tabes périphérique* de Dejerine ;

8° Les *Pseudo-tabes toxiques* ;

9° Le *Tabes hystérique*.

**Pathogénie.** — Le mode de production de l'ataxie a été