

le geste d'émettre du pain, respectant la tête et le cou, est généralement attribuable à la *paralysie agitante*. Le *tremblement sénile* est très analogue mais intéresse aussi la tête et le cou, y provoquant des gestes de négation ou d'affirmation.

La *maladie de Basedow* détermine un *tremblement général*, mais sans trémulation individuelle des doigts.

La *paralysie générale*, aussi, s'accompagne d'un *tremblement général*, mais qui est plus marqué sur la langue et les lèvres et participe ainsi au trouble de la parole.

Le *tremblement unilatéral* s'observe dans la paralysie agitante, mais est plus souvent lié soit à une tumeur pédonculaire, soit à une hémiplegie ancienne.

**Tremblement à l'occasion des mouvements volontaires (intentionnel).**

— Cette variété est surtout typique dans la sclérose en plaques; elle y est associée à du nystagmus, à des vertiges, à des troubles de la parole, à des attaques apoplectiformes et à l'exagération des réflexes.

Le tremblement intentionnel s'observe aussi dans certaines *lésions du cervelet* et dans les *tumeurs du pédoncule cérébral*, se traduisant par le *syndrome de Bénédikt* (hémiparésie des membres avec tremblement du côté opposé à la lésion, et paralysie de la III<sup>e</sup> paire du côté de la lésion).

Les *tremblements toxiques*, à oscillations moyennes, cessant parfois au repos, sont exagérés par certaines attitudes, certains mouvements; ils sont dits *intermittents et intentionnels*, et causés par le plomb, le mercure, l'alcool, la morphine, le thé ou le café.

Le *tremblement hystérique* peut simuler toutes les autres variétés; les tremblements toxiques ressortissent peut-être à l'hystérie.

Le *tremblement héréditaire*<sup>(1)</sup> est un trouble familial. Ses oscillations sont rapides (8 à 9 oscillations par seconde); il est nul au repos complet, apparaît dans l'attitude du serment mais n'est pas exagéré par les mouvements; il occupe les membres (supérieurs surtout), les lèvres, la langue et les paupières.

**Mouvements convulsifs.** — Caractérisés par un excès d'activité motrice, ils comprennent : 1<sup>o</sup> les *convulsions ou spasmes*, 2<sup>o</sup> les *mouvements choréiques*, 3<sup>o</sup> les *mouvements athétosiques*, 4<sup>o</sup> les *tics*.

1<sup>o</sup> **Convulsions et spasmes.** — Les convulsions sont des contractions musculaires brusques et involontaires; les spasmes consistent en convulsions locales des muscles striés ou lisses.

Les *convulsions* sont des mouvements brusques, rapides, intermittents, soit réguliers et limités (*convulsions toniques*), soit étendus et irréguliers (*convulsions cloniques*) secouant les membres et le tronc d'alternatives de flexion et d'extension, déviant les traits de la face et les yeux. L'accès se compose souvent de convulsions toniques, puis cloniques; les accès en série constituent l'*état de mal*.

(1) DEBOVE et J. RENAUET, *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juillet 1891.

Les convulsions sont *généralisées* ou *localisées* à un côté du corps, à un groupe de muscles, à un muscle. Il importe de rechercher : si l'accès est motivé ou non par une cause occasionnelle; s'il a été précédé d'une *aura*; s'il s'est accompagné de perte de connaissance, de morsure de la langue, de miction involontaire, s'il a été suivi de retour rapide de la conscience ou de stupeur et de stertor.

**Diagnostic des convulsions.** — Leurs causes sont très diverses.

Chez l'enfant, les convulsions sont très fréquentes; généralisées, elles reconnaissent des causes banales : dentition, trouble digestif, vers intestinaux, otite, angine; accompagnées de fièvre, elles peuvent signifier : *méningisme* au cours d'une pyrexie (fièvre éruptive, grippe), ou, *méningite*, s'il existe d'autres troubles cérébraux, *tuberculeuse* ou non suivant les caractères de la température, du pouls, les symptômes en foyer, etc. Peu après la naissance, les convulsions peuvent relever d'une hémorragie méningée. En d'autres cas le symptôme reconnaît des causes identiques à celles rencontrées chez l'adulte.

A l'âge adulte, les convulsions sont tantôt généralisées, tantôt localisées.

Les *convulsions généralisées aiguës* peuvent compliquer les infections telles que la fièvre typhoïde, le choléra, le paludisme, la rage, le tétanos, leur cause est alors évidente; il en est de même dans les *intoxications* par la strychnine, l'opium, la belladone, la théobromine, la cocaïne; au cours de la *grossesse*, l'*éclampsie* en est la cause habituelle; on constate alors de l'albuminurie. Chez un sujet âgé présentant de l'albuminurie, des œdèmes, de l'hypertrophie cardiaque, les convulsions sont d'*origine urémique*; elles ressortissent à l'*encéphalopathie saturnine* chez les saturnins; à l'*alcoolisme* si elles s'accompagnent de délire actif.

Les *convulsions partielles chroniques* ont des localisations diverses : les paupières dans le *blépharospasme*; la main dans la *crampe des écrivains* ou des *violonistes*, des *pianistes*; le cou et l'épaule dans le *torticolis mental* des dégénérés.

L'*épilepsie partielle* consiste en alternatives de flexion et d'extension en série, des divers segments d'un membre : le membre inférieur seul, ou le membre supérieur avec la face (*forme hémiplegique*). Elle ressortit soit à l'*urémie*, soit à l'*hystérie* et, encore plus souvent, à une *lésion corticale en foyer* (gomme, tubercule, tumeur, gliome, méningo-encéphalite) dont la localisation peut être déduite de la topographie des convulsions.

Les *convulsions généralisées chroniques* relèvent presque toujours de l'*hystérie* ou de l'*épilepsie* (voy. ces mots), à moins qu'elles ne dépendent de la *tétanie* (voy. ce mot).

2<sup>o</sup> **Mouvements choréiques.** — Ces mouvements essentiellement désordonnés, incohérents, illogiques, amples, sans but, se produisent au repos comme à l'occasion des actes voulus, et cessent pendant le sommeil. Ils intéressent parfois tous les muscles, même la langue et peuvent prendre la forme hémiplegique. L'acte de boire, par exemple, est troublé par des gesticulations très différentes du tremblement intentionnel. L'écriture, quand elle est possible, est aussi typique. La démarche est capricieuse, coupée de sauts,

d'écart ou de chutes. La parole est également troublée, si la langue est atteinte. Quand ces désordres apparaissent graduellement chez l'enfant avec des troubles cardiaques, c'est de la *chorée de Sydenham* qu'il s'agit; s'ils ont un caractère héréditaire, on pensera à la *chorée d'Huntington*. Les mouvements choréiques procédant par crises intermittentes provoquées par des émotions sont d'origine hystérique (*chorée hystérique*), ils sont, en ce cas, souvent rythmés et miment des gestes professionnels (*chorée malléatoire, saltatoire, rotatoire*). On observe encore des mouvements choréiformes spéciaux dans des affections plus rares; ils s'accompagnent de crises convulsives que suivent des parésies (membres et face) dans la *maladie de Dubini*; sont généralisés et rythmés dans la *maladie de Bergeron* (curable); rappellent des décharges électriques et sont réveillés par pincement et percussion des tendons, dans le



FIG. 20. — Hémichorée.

*paramyoclonus multiplex*; ils sont enfin limités à la tête et au cou, sous forme de salutations, dans le *tic de Saalam* propre à l'enfance.

L'hémichorée, ou chorée unilatérale qui succède à certaines attaques d'hémiplégie, constitue plutôt un *hémitemblement*.

3° **Mouvements athétosiques.** — Comme les mouvements choréiques, ils sont irréguliers et arythmiques, mais sont très lents et un peu rigides, imposant à la face des grimaces expressives, aux doigts, des *mouvements de poulpe* où prédomine l'extension, au poignet une mobilité en tous sens, gênant parfois, par leur intensité, la préhension. L'athétose, quand elle permet la marche, détermine une démarche spasmodique; ses mouvements sont accrus par l'émotion et persistent pendant le sommeil. On en connaît

deux types : l'*hémiaathétose* liée surtout à l'hémiplégie infantile et l'*athétose double*, manifestation de la sclérose cérébrale. Des *mouvements athétosiques* s'observent dans le tabes, dans la paralysie infantile, dans les névrites et l'hystérie.

4° **Tics.** — Sous ce nom, on désigne des mouvements convulsifs conscients

qui reproduisent, sans motif et en l'exagérant, un geste réflexe de la vie ordinaire; leur diagnostic exige parfois un examen prolongé. Souvent unilatéraux, ils siègent surtout à la *face* (clignements, grincement de dents, rire) et au *cou* (flexion, extension) ou encore au *membre supérieur* (haussement d'épaule, geste de se laver les mains) et au *membre inférieur* (acte de sauter, de frapper du pied). Les tics peuvent se généraliser; l'émotion les exagère; le sommeil, la volonté les suspendent; une longue contention est suivie de décharges motrices exagérées. Des sons gutturaux, de la coprolalie, des phobies, des stigmates de dégénérescence sont très souvent associés aux tics. Ce genre de mouvements convulsifs s'observe dans la *maladie des tics* et dans l'*hystérie*. Les tics réflexes dus à une affection douloureuse (tic douloureux de la face) en sont une variété spéciale.

#### VI. Troubles de la coordination motrice.

— **Ataxie.** — Il y a *incoordination*, quand la contraction musculaire conserve sa force mais a perdu sa mesure, par abolition du sens musculaire.

**Examen technique.** — Ce trouble n'apparaît qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Pour le déceler au membre supérieur, on invite le malade à porter le doigt sur le bout de son nez; en cas d'ataxie, le but n'est atteint qu'après des mouvements d'amplitude exagérée; si l'on prie le sujet de saisir rapidement un objet délicat, sa main plane un moment puis fond brusquement dessus. Aux *membres inférieurs*, l'incoordination se trahit dans la *marche* qui s'accompagne de lancement des jambes en avant (*pas de parade*), ou dans la *station debout*, les talons joints et les yeux clos, qui ne peut se maintenir sans oscillations et menace de chute (*signe de Romberg*). Quand le trouble est moins accentué, la descente rapide d'un escalier (*signe de l'escalier*), le croisement rapide des jambes; la marche, la halte et le demi-tour au commandement; la marche à cloche-pied, les yeux ouverts puis fermés, le rendront évident. Si le sujet est couché, on le prie d'atteindre du bout du pied la main placée assez haut au-dessus du lit; il n'y parvient, en cas d'ataxie, qu'au prix de mouvements amples et violents.

L'ataxie reconnaît des causes variables; elle est d'origine médullaire dans le *tabes*, la *maladie de Friedreich*, l'*hérédo-ataxie cérébelleuse*, la *syringomyélie*. Quand elles ne déterminent pas l'ataxie vraie (fréquente), les *névrites périphériques* provoquent, comme les lésions cérébelleuses, un trouble très analogue se traduisant par la démarche titubante, le steppage (*pseudo-tabes* alcoolique, saturnin, arsenical, diabétique, neurasthénique) et



FIG. 21. — Attitude rigide dans l'athétose double.

le piétinement sur place. L'hémiataxie peut, comme l'athétose et le tremblement, succéder à l'hémiplégie. L'ataxie vraie ne doit pas être confondue avec les phénomènes dits ataxiques, mouvements désordonnés et généralisés observés dans les grandes infections.

CHAPITRE IV

EXAMEN DES SENSIBILITÉS SPÉCIALES

I. — APPAREIL VISUEL

L'examen clinique des yeux au point de vue moteur et sensoriel est particulièrement important, quand il s'agit de compléter ou de préciser le diagnostic d'une affection du système nerveux. Aussi son étude a-t-elle ici sa place toute indiquée.

**Examen objectif. — Paupières.** — Pour constater l'état des paupières, on examine le sujet, les yeux ouverts sans effort. Si l'une des paupières supérieures tombe plus bas que l'autre, recouvrant plus ou moins l'un des yeux, il y a *ptosis*; celui-ci résulte habituellement, de la paralysie du releveur. Le doigt relève facilement la paupière paralysée; mais, si l'on prie le malade de regarder en haut, en ouvrant largement les yeux, la paupière atteinte reste inerte ou se relève à peine, le sourcil seul se soulevant. Le *ptosis* peut être *congénital*, mais il est alors bilatéral. Le *ptosis acquis* est tantôt unis, tantôt bilatéral (également ou non).

Le *ptosis unilatéral* sera distingué du *blépharospasme* (contracture de l'orbiculaire) qui s'oppose plus ou moins au relèvement provoqué de la paupière, abaisse le sourcil, en creusant à sa partie interne des plis verticaux, et imprime de petits frémissements à la peau des paupières.

Le *ptosis bilatéral* est aisément reconnaissable au renversement de la tête en arrière et à l'abaissement des globes oculaires qu'il impose.

Quand l'*orbiculaire palpébral* est *paralysé* (paralysie du facial supérieur), l'occlusion de la fente palpébrale reste imparfaite ou nulle (*lagophthalmie*) et l'on constate en outre du *larmolement* (par paralysie du muscle de Horner).

**Globes oculaires.** — Ils peuvent être projetés en avant (*exophthalmie*), d'un seul ou des deux côtés. L'*exophthalmie unilatérale* très légère peut être due à une paralysie de tous les muscles moteurs du globe (ophtalmoplégie externe), ou quelquefois à la maladie de Basedow; elle dépend plus souvent d'une affection chirurgicale de l'orbite. L'*exophthalmie bilatérale* est très marquée dans la *maladie de Basedow*; les yeux sont alors à peine couverts par les paupières dont la fente est très élargie par la rétraction du releveur palpébral (*signe de Stellwag*); la luxation de l'œil est possible pendant les

paroxysmes; la nutrition de la cornée est troublée. Souvent aussi, la paupière supérieure ne suit pas le mouvement de la pupille, dans le regard en bas (*signe de de Graef*).

En certains cas, le globe oculaire est rétracté en arrière (toujours d'un seul côté), avec rétrécissement de la fente palpébrale et de la pupille, par destruction du rameau communiquant du premier nerf dorsal.

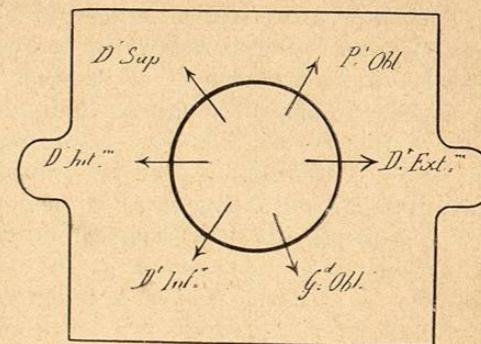


FIG. 22. — Schéma montrant les modes d'action des muscles moteurs du globe oculaire.

L'étude des paralysies oculaires exige des notions préalables sur les fonctions des muscles de l'œil. Celles-ci sont résumées dans le tableau suivant :

Muscles moteurs du globe oculaire.

<b>Antagonistes.</b>	Muscles adducteurs.	{	Droit interne . . .	Porte l'œil directement en dedans.	} avec légère rotation.
			Droit supérieur . . .	— en haut et un peu en dedans.	
			Droit inférieur . . .	— en bas et un peu en dedans.	
	Muscles abducteurs.	{	Droit externe . . .	— directement en dehors.	} avec légère rotation.
			Petit oblique . . .	— en haut et en dehors . . .	
			Grand oblique . . .	— en bas et en dehors . . .	
			Droit supérieur et petit oblique sont éleveurs . . . . .	} Antagonistes.	
			Droit inférieur et grand oblique sont abaisseurs . . . . .		

La synergie de ces muscles rend la paralysie de l'un d'eux fort difficile à reconnaître. Du reste, en général, plusieurs sont en même temps paralysés. En pratique, l'essentiel est de savoir reconnaître les paralysies de la VI<sup>e</sup> paire, de la III<sup>e</sup>, et plus rarement de la IV<sup>e</sup>. Rappelons la distribution de ces nerfs.

Le moteur oculaire commun (III<sup>e</sup> paire) } le Droit supérieur.  
 innerve . . . . . } le Petit oblique.  
 . . . . . } le Releveur palpébral.  
 . . . . . } le Droit interne.  
 . . . . . } le Droit inférieur.

Le moteur oculaire externe (VI<sup>e</sup> paire) innerve le Droit externe.

Le pathétique (IV<sup>e</sup> paire) innerve le Grand oblique.

Les paralysies oculaires se révèlent par le *strabisme* ou déviation du globe oculaire et par la *diplopie* ou double vision d'un seul objet. C'est l'analyse de ces signes qui précise le diagnostic.

**Signes communs à toute paralysie oculaire.** — Le strabisme, qui