

musculaire du nerf sciatique. Celui-ci, après avoir fourni des rameaux aux muscles de la région postérieure de la cuisse (biceps, demi-tendineux, demi-membraneux) ainsi qu'à la portion inférieure du grand adducteur, se divise en deux branches, qui sont le nerf sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne. Le premier innerve par deux rameaux collatéraux le muscle jambier antérieur, et se divise à son tour en deux branches : nerf musculocutané, duquel dépendent les muscles long et court péroniers latéraux⁽¹⁾, et nerf tibial antérieur, qui abandonne des filets au jambier antérieur, à l'extenseur commun des orteils, à l'extenseur propre du gros orteil et au péronier antérieur. Le second : nerf sciatique poplité interne, innerve par des rameaux collatéraux les deux jumeaux, le soléaire, le plantaire grêle et le poplité, puis il se continue par le nerf tibial postérieur, fournissant chemin faisant l'innervation du jambier postérieur, du fléchisseur propre et du fléchisseur commun des orteils; enfin naissent deux branches de bifurcation : les nerfs plantaires interne et externe, qui se partagent entre les muscles de la plante du pied.

Nous avons suffisamment indiqué, dans un chapitre antérieur⁽²⁾, les symptômes par lesquels se traduit la paralysie de chacun de ses muscles. Nous devons toutefois mentionner l'abolition du réflexe ou tendon d'Achille qui constitue un signe objectif de névrite sciatique et permet d'affirmer l'existence d'une affection organique (Babinski).

Lorsque le sciatique est frappé de paralysie totale, on conçoit combien l'impotence est grande. Pourtant la marche ne devient pas radicalement impossible; même dans les cas de paralysie de sciatique double, le sujet, fixant son genou en extension, se sert du membre inférieur malade comme d'une jambe de bois; il la projette en avant à l'aide des muscles de la cuisse.

XIV. — PARALYSIES COMPLEXES DES NERFS DU MEMBRE INFÉRIEUR

Il peut se produire des paralysies dans le domaine de plusieurs nerfs à la fois, et, d'autre part, chacun de ces nerfs peut n'être affecté que partiellement. C'est ainsi qu'on peut voir simultanément atteints de paralysie périphérique des muscles appartenant au sciatique, en même temps que des muscles appartenant aux nerfs fessiers, ou même au nerf crural, qui provient cependant d'un autre plexus.

Les associations paralytiques se produisent néanmoins plus volontiers entre nerfs relevant du même plexus; cela se comprend, du reste, quand la cause vulnérante agit sur le plexus ou sur les racines rachidiennes correspondantes, c'est-à-dire là où les filets nerveux se groupent tout autrement que dans les portions périphériques. C'est ce qui a lieu en particulier dans certains cas de lésions de la queue de cheval assez circonscrites. Les fractures de la colonne vertébrale dans sa portion la plus inférieure peuvent fournir des types intéressants, complexes ou dissociés⁽³⁾. Les paralysies radiculaires du plexus lombaire et du plexus sacré sont mal connues jusqu'à présent, et il n'y a pas lieu, pour le moment, d'établir une subdivision en plusieurs types distincts comme on l'a fait pour les paralysies radiculaires brachiales. Nous ne nous y arrêtons point.

⁽¹⁾ BERNHARDT. *Peroneus Lähmungen*. *Arch. f. Psych.*, 1891, XXII, p. 268.

⁽²⁾ Voir Chapitre premier.

⁽³⁾ TUFFIER et HALLION. *Accidents nerveux tardifs des fractures vertébrales*. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1889-1890.

CHAPITRE III

CONVULSIONS LOCALISÉES

Ce mot « convulsion » est entendu ici dans son sens le plus général, dans le sens de contraction involontaire, pathologique. Tantôt la convulsion est soutenue, prolongée, alors elle est dite *tonique* : c'est la *contracture*. Tantôt elle est brève, instantanée, alors elle est dite *clonique*; c'est une *secousse* ou une série de secousses successives. Ces deux états peuvent d'ailleurs se combiner : dans un muscle en contracture modérée, des secousses peuvent se produire.

Dans la catégorie des convulsions rentrent deux types particuliers, que M. Brissaud et ses élèves, MM. H. Meige et Feindel, ont nettement différenciés : le *tic* et le *spasme*. Leurs caractères distinctifs, d'ordre pathogénique et d'ordre symptomatique, ont été bien exposés dans l'ouvrage récent de MM. Meige et Feindel sur *les Tics et leur traitement* (1902).

Le *spasme* est un phénomène réflexe dont le centre n'a jamais été que spinal ou bulbo-spinal; il a pour substratum anatomo-pathologique une épine irritative qui siège sur un point d'un arc réflexe. Le *tic* est une réaction motrice qui a été, primitivement du moins, élaborée par le cerveau, avant de devenir automatique.

De cette différence pathogénique découlent des différences cliniques, ou plutôt ce sont les différences cliniques constatées entre deux groupes de cas qui ont entraîné à leur attribuer une physiologie différente. Sur ces deux groupes, MM. Meige et Feindel s'expriment ainsi :

« D'abord, de *simples réflexes spinaux*, où ne se reconnaissent aucune *coordination*, aucune *systématisation fonctionnelle*. La volonté ne peut exercer aucune influence sur leur production et ne peut que très exceptionnellement, sinon jamais, amener leur répression. C'est à ce groupe qu'appartiennent les mouvements des spasmes.

« Ensuite, des *actes moteurs fonctionnels*. Parmi eux : les uns essentiels, comme la respiration, la succion, se montrent dès la naissance, *coordonnés en vue d'une fonction déterminée*; les autres, plus tardifs, comme la marche, la mastication, n'acquièrent leur coordination complète qu'à la suite d'une *éducation* plus ou moins longue; d'autres enfin, plus tardifs encore, et n'ayant rien de nécessaire, sont engendrés par des *idées*, mais acquièrent bientôt, eux aussi, tous les caractères des actes fonctionnels. Les premiers se manifestent sans le concours de la volonté; elle est nécessaire au perfectionnement des seconds, indispensable à la création des derniers. Sur les uns comme sur les autres, la volonté est capable d'exercer son action frénatrice. A l'exécution de ces actes l'écorce cérébrale a pris ou peut prendre part. C'est à ce second groupe de réactions motrices qu'appartiennent les mouvements des tics.

« Ainsi le mouvement d'un tic est un acte coordonné, ou, comme on dit encore, systématique, orienté vers un but défini »⁽¹⁾.

⁽¹⁾ On trouvera à l'article Tics des indications complémentaires sur les caractères différentiels des tics et des spasmes.

Des phénomènes convulsifs peuvent accompagner les lésions nerveuses périphériques, mais la plupart du temps les phénomènes de cet ordre, même lorsqu'ils sont localisés, dépendent d'une maladie plus générale du système nerveux; aussi les voit-on rarement localisés d'une manière étroite dans le domaine d'un nerf.

I. Nerfs moteurs oculaires. — Le spasme tonique des muscles moteurs de l'œil relève surtout de l'ophtalmologie. Nous en dirons seulement quelques mots.

Les *contractures* de ces muscles se montrent principalement dans les affections cérébrales ou méningées, et, suivant leur siège, déterminent diverses variétés de strabisme.

Plus important en neuropathologie est le phénomène spasmodique désigné sous le nom de *nystagmus*. Nous en parlerons brièvement; son étude appartient à la séméiologie. Il consiste en des oscillations involontaires des yeux se produisant soit dans le sens horizontal, soit (ce qui est plus fréquent) dans le sens transversal. Le nystagmus est le plus souvent bilatéral. On l'observe parfois en dehors de toute affection nerveuse déterminée, chez les sujets dont la vue est faible, chez les mineurs (Hirt) qui fatiguent leurs yeux dans l'obscurité où ils travaillent. Le nystagmus est, par-dessus tout, un des symptômes capitaux de la sclérose en plaques; on l'a rencontré également dans les affections cérébrales et bulbaires, dans le tabes, la maladie de Friedreich, dans l'épilepsie, dans l'hystérie (d'après Hirt) (1).

II. Nerf trijumeau. — Le *trismus*, ou contracture des muscles innervés par le trijumeau (masséter, temporal et les deux ptérygoïdiens), reconnaît pour origine les causes habituelles des contractures. Citons surtout l'hystérie et le tétanos, et mentionnons aussi les affections douloureuses de la région, qui provoquent assez souvent une contracture réflexe des muscles masticateurs (névralgie dentaire, traumatisme). Le trismus réflexe peut être provoqué, exceptionnellement il est vrai, par une affection lointaine (vers intestinaux).

Cette contracture est généralement bilatérale et symétrique, les deux mâchoires sont rapprochées, les dents sont fortement serrées, et parfois on est amené à pratiquer l'avulsion de l'une d'elles pour introduire des aliments au delà des arcades dentaires, ou bien il faut recourir à l'usage de la sonde nasale pour nourrir le patient. Le trismus est souvent très douloureux.

Il existe une variété de trismus, décrite par Raymond et Janet sous le nom de *trismus mental*, qui appartient à la famille des Tics. (Voy. le chapitre Tics.)

Quand la contracture n'existe que d'un côté, ou qu'elle se répartit d'une façon inégale entre les divers muscles, la mâchoire inférieure est plus ou moins déviée, ou bien elle est portée soit en avant, soit en arrière.

Des *convulsions cloniques* des mêmes muscles déterminent le claquement des dents qui accompagne le frisson; elles causent aussi le *grincement* ou le *mâchonnement*, phénomènes si fréquents, et si fâcheux comme pronostic, dans la méningite et autres affections de l'encéphale. Des contractions irrégulières des muscles masticateurs se montrent dans les névroses convulsives.

III. Nerf facial. — La *contracture* peut accompagner la paralysie faciale *a frigore*. La face se trouve alors entraînée vers le côté malade, contrairement à ce qui se passe dans la paralysie simple; la fente palpébrale est rétrécie de ce même côté. Cette contracture se rencontre aussi dans l'hystérie et pourrait en imposer pour une paralysie du côté opposé (2).

(1) HIRT. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, n° 50.

(2) Voir les chapitres HYSTÉRIE et PARALYSIE FACIALE.

Les *spasmes cloniques* sont plus fréquents. Nous n'avons pas à envisager ici les cas où il s'agit de secousses ou de contractions musculaires généralisées, étendues à tout le système moteur, comme dans la chorée, l'athétose. Bien que la maladie des tics se localise plus volontiers à la face, elle constitue également une affection générale qui mérite une description distincte.

M. Brissaud a mis en évidence, il y a dix ans (1), la nécessité d'opérer une distinction entre les mouvements convulsifs dont la face est le siège et qui appartiennent à deux types : spasmes et tics.

Le spasme facial résulte, conformément à ce que nous avons dit du spasme en général, d'une irritation passagère ou permanente d'un point quelconque de l'arc réflexe facial. Le tic douloureux de la face, dont la description trouvera place au chapitre de la névralgie du trijumeau, devrait, en réalité, s'appeler *spasme douloureux*. M. H. Meige a donné récemment, du spasme facial, une bonne description clinique (2), que je vais partiellement transcrire telle qu'elle.

Spasme facial. — Ce spasme facial comporte plusieurs degrés d'intensité et d'extension. C'est ainsi qu'il peut se limiter à du *blépharospasme*.

Soudain, sur le bord libre d'une paupière inférieure, vous apercevez un minuscule frémissement. Peu à peu, le même frémissement apparaît au-dessous du bord ciliaire, gagnant fibrille à fibrille tout l'orbiculaire inférieur; puis le supérieur s'anime des mêmes palpitations, les deux paupières se rapprochent, la fente oculaire diminue, rarement, il est vrai, jusqu'à l'occlusion complète; le liquide lacrymal s'accumulant au-devant de la cornée, l'œil devient « humide » : une larme peut en tomber. Puis la détente survient, l'œil redevient normal.

Voilà un premier degré de la maladie; maintenant en voici un second degré. Les crises ont augmenté de fréquence et d'intensité. Elles débutent de la même façon par un léger frémissement des paupières, aboutissant plus vite à la demi-occlusion. Les autres muscles du visage entrent violemment en jeu : quelques fibres de l'un, un faisceau de l'autre, un troisième en totalité; le petit, le grand zygomatiques, l'élevateur de l'aile du nez, etc. Les contractions se succèdent, plus ou moins vives, frappant fibrilles ou faisceaux, en nombre de plus en plus grand jusqu'à occuper la totalité de plusieurs muscles, et de fréquence croissante jusqu'à produire une tétanisation de toute la musculature d'une moitié de la face.

A ce moment, tout un côté du visage apparaît contracturé, mais cette contracture n'est pas uniforme ni définitive. Ici ou là, des parcelles de muscles semblent se détendre, tandis que d'autres se contractent plus violemment. C'est, si l'on veut, une *contracture frémissante*.

Et cette succession de phénomènes est en tous points comparable à celle qu'on produit avec une excitation électrique d'intensité croissante, à commencer par de minuscules contractions parcellaires, puis d'un muscle en masse, puis des muscles voisins, pour aller jusqu'à la tétanisation de toute une région faciale.

Parfois des trémulations apparaissent du côté opposé, mais fugitives : le phénomène convulsif est nettement prédominant dans la moitié du visage où il a débuté.

Enfin, le calme reparait peu à peu. L'accès est terminé. Notons-le : il ne s'est accompagné d'aucune douleur.

Enfin, un troisième aspect clinique se trouve réalisé lorsque les crises précé-

(1) E. BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, p. 502.

(2) H. MEIGE. *Revue neurol.*, 30 octobre 1905.

dentes arrivent à se rapprocher au point que les périodes d'accalmie ne sont plus appréciables.

Toute une moitié du visage présente, sans rémissions, cet état de « contracture frémissante » décrit précédemment. Sur un fond de contraction en masse, qui semble définitive, apparaissent, disparaissent, reparaisent, tantôt ici, tantôt là, des contractions parcellaires, erratiques, petites palpitations faciales dont le frémissement fugitif ne fait qu'effleurer, sans la modifier, la grimace permanente, d'ailleurs elle-même inexpressive.

Fait important à noter : il est impossible de reconnaître dans ce chaos de contractions aberrantes la moindre systématisation fonctionnelle, la moindre coordination en vue d'un acte défini. Le masque dimidié du sujet est dépourvu de toute expression physiognomonique connue.

Il faut aussi remarquer la marche *progressivement* croissante des phénomènes convulsifs, au cours d'un même accès. La contraction n'est d'emblée ni maxima ni généralisée. La période de « contracture frémissante » qui représente son apogée ne survient qu'après une série de contractions partielles de plus en plus rapprochées et de plus en plus étendues; et cette phase de tétanisation semble bien résulter de la sommation d'excitations qui vont en augmentant d'intensité et de fréquence. De la même façon, quoique plus rapidement, se fait le retour au calme.

Rien de pareil dans les autres « mouvements nerveux » de la face. Chacun d'eux est constitué d'emblée. Il apparaît soudain tel qu'il doit être et disparaît de même, pour reparaitre un instant après et s'éclipser encore, mais toujours sans transitions. C'est le cas des tics. Et même, si l'on envisage les grimaces de la chorée, leur extrême variabilité, leur aspect onduleux ne peuvent donner le change; les déplacements se font d'un muscle à l'autre, mais chaque muscle se contracte en masse individuellement.

Enfin, la localisation des phénomènes convulsifs est à retenir. Ils sont strictement limités au *territoire anatomique* du nerf facial. La langue est indemne; les muscles moteurs du globe oculaire, ceux du cou, n'entrent pas en jeu; tandis qu'au contraire ces associations fonctionnelles sont fréquentes dans une autre espèce de « mouvements nerveux » de la face, — les tics précisément.

Il est presque superflu d'ajouter que le tableau clinique est soumis à des variations individuelles. Il varie également avec le degré d'intensité de l'accident.

Le plus souvent, semble-t-il, au début, l'œil seul est atteint; le mal peut s'y limiter; mais plus généralement il tend à envahir toute une moitié du visage, parfois même menace d'empiéter sur l'autre côté. Moins souvent, toute la moitié du visage est frappée en masse, et subitement.

Selon le sujet, selon l'ancienneté de l'affection, selon l'intensité de la crise, on voit prédominer, soit les contractions parcellaires, soit la contracture frémissante. Celle-ci peut être presque permanente; celles-là peuvent être inappréciables au cours d'un premier examen. Il importe de rechercher toujours si elles ont existé antérieurement, car il semble bien de règle qu'elles constituent la toute première manifestation de la maladie, comme elles sont généralement les avertisseurs de la crise. Les deux phénomènes peuvent d'ailleurs coexister.

D'autres caractères cliniques permettent de compléter ce tableau. Le plus souvent, avons-nous vu, les phénomènes convulsifs se manifestent par *accès*. Chaque accès comporte une période d'augmentation progressive de la fréquence

et du nombre des contractions, un stade d'apogée, et une décroissance généralement rapide. Combien de temps dure-t-il? Au début, quelques secondes à peine, plus tard quelques minutes, parfois des heures; enfin, au plus haut degré, les accès deviennent subintrants et les accidents convulsifs se prolongent sans trêve pendant des jours et des jours...

Non moins variables sont les périodes de rémission longues ou courtes, complètes ou incomplètes.

L'apparition de ces accès est essentiellement capricieuse. Les excitations périphériques (lumière vive, poussière, mastication, rire, chocs, contacts) semblent bien en favoriser l'explosion. Et cependant on les voit apparaître subitement, sans provocation aucune, pendant la plus complète immobilité. Bien plus — et c'est là un caractère diagnostique important — ils peuvent survenir ou se prolonger *pendant le sommeil*.

Mais une particularité plus significative, c'est l'inefficacité presque absolue des efforts de volonté et d'attention sur ces « mouvements nerveux ».

Aussi la méthode de traitement basée sur la discipline des actes psychomoteurs, qui agit toujours avec succès contre les tics véritables, ne donne-t-elle ici que de faibles résultats. Au surplus, le spasme facial se signale par sa résistance opiniâtre à toutes les médications.

Récemment, M. Bernhardt⁽¹⁾, M. Newmark⁽²⁾, et plus récemment encore M. Henri Frenkel⁽³⁾ (de Toulouse) ont publié trois observations de spasme facial, dans lesquelles ils signalent, comme une particularité anormale, la *présence de mouvements fibrillaires limités à la région spasmodique*. Ils tendent à considérer qu'il s'agit là d'une forme spéciale du spasme facial ou même d'un syndrome nouveau. Celui-ci, dit M. H. Frenkel, serait caractérisé, d'après la description du professeur Bernhardt, par « l'existence d'une contracture tonique primitive des muscles innervés par le facial, en même temps que des mouvements fibrillaires continus, incessants, ne provoquant pas d'effet de locomotion, dans quelques-uns des muscles qui sont le siège de la contracture⁽⁴⁾. »

Ces phénomènes offriraient surtout de la ressemblance avec celui qui a été décrit par Kny⁽⁵⁾, appelé *myokymie* par Schultze⁽⁶⁾, et qu'on observe chez certains sujets, surtout dans les muscles de la jambe et de la cuisse.

Ces constatations sont fort intéressantes, mais se rattachent-elles à une forme spéciale du spasme facial ou représentent-elles un syndrome inédit? De nouveaux faits, comme le dit très justement M. H. Frenkel, sont nécessaires pour trancher la question (H. Meige).

IV. **Grand hypoglosse.** — Il est assez rare de rencontrer des convulsions localisées à la langue. On en cite quelques observations curieuses. Tantôt il s'agit de convulsions cloniques désordonnées, survenant par crises, tantôt de convulsions toniques (Valleix), immobilisant la langue contre la voûte palatine. Le plus souvent, les deux côtés de la langue sont pris, et fréquemment les phéno-

⁽¹⁾ BERNHARDT. Ein ungewöhnlicher Fall von Facialiskampf (Myokymie, etc.). *Neurol. Centralbl.*, n° 15, 1902.

⁽²⁾ L. NEWMARK. Ein Fall von primären tonischen Gesichtskampf mit Muskelwogen. *Neurol. Centralbl.*, n° 10, 1903.

⁽³⁾ H. FRENKEL (de Toulouse). Spasme primitif avec mouvements fibrillaires continus (Myokymie limitée à la distribution du facial). *Soc. de neurol. de Paris*, 4 juin 1903. *Revue neurologique*, 30 juin 1903.

⁽⁴⁾ H. FRENKEL. *Loc. cit.*

⁽⁵⁾ *Arch. f. Psych. u. Nervenheilk.*, 1888, p. 577.

⁽⁶⁾ *Deut. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1894, p. 65, 167.

mènes s'étendent à des territoires voisins, aux muscles moteurs des mâchoires, par exemple, comme dans un cas de Remak. L'étiologie de ces faits demeure obscure; parfois le phénomène nous semble se rattacher à quelque processus mental mal défini.

Le spasme glosso-labial des hystériques appartient à l'histoire générale de la grande névrose; nous ne faisons ici que le mentionner.

V. **Pneumogastrique.** — Les spasmes localisés aux muscles du pharynx et du larynx ont été décrits à propos des maladies de ces deux organes; nous n'avons pas à y revenir.

VI. **Spinal.** — Le spinal innerve deux muscles de la vie de relation, à savoir le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze, qui sont les principaux muscles moteurs de la tête et du cou, et prennent une part prépondérante à ce que nous allons appeler torticolis convulsif.

VII. **Torticolis convulsif.** — Le torticolis (1) convulsif reconnaît pour cause habituelle une convulsion du muscle sterno-cléido-mastoïdien; parfois cependant il s'agit d'une convulsion du trapèze, ou (ce qui arrive plus souvent) d'une convulsion simultanée des deux muscles innervés par le spinal. Un seul côté, d'ordinaire, est affecté; il est exceptionnel que l'affection soit bilatérale et symétrique. Lorsque l'un des sterno-mastoïdiens est seul affecté, il incline la tête de son côté, et fait que la face regarde légèrement du côté opposé. Le trapèze est-il, au contraire, seul en cause, la tête subit une déviation analogue, mais en même temps se renverse plus ou moins en arrière. La tête se fléchit en avant directement quand le sterno-mastoïdien est affecté des deux côtés, et en arrière directement quand c'est le trapèze. Ajoutons que dans ces divers cas, et surtout quand le trapèze est entré en jeu, l'épaule s'élève du côté malade; elle monte à la rencontre de la tête en même temps que celle-ci s'incline vers elle, et l'oreille peut arriver à toucher l'épaule.

A côté de ces types principaux, il en est d'autres, plus rares, dans lesquels la convulsion se localise dans les autres muscles du cou.

Très exceptionnellement on a affaire à une convulsion du muscle *peaucier*: la tête s'incline vers le côté atteint, et la face se tourne légèrement vers ce côté; on peut sentir, sous les téguments, les brides formées par les faisceaux musculaires contractés.

Parfois ce sont les nerfs postérieurs du cou qui sont le siège primitif de l'affection (*torticolis postérieur* ou *retrocolis*), notamment le *splénius* et le *complexus*.

Tels sont les types divers du torticolis, eu égard à la localisation de la convulsion.

Chacun de ces modes de localisation peut appartenir aux variétés de torticolis que nous allons décrire.

Les mouvements convulsifs localisés aux muscles du cou se manifestent en somme par une rotation de la tête intermittente ou permanente. Ils ont été décrits sous les noms les plus divers: spasme fonctionnel des muscles du cou (Féré); hyperkinésie de l'accessoire de Willis (Jaccoud); tic rotatoire (de Bock); torticolis spasmodique (Babinski), etc. Brissaud (2), mettant en relief les troubles

(1) Nous n'avons pas à nous occuper ici des torticolis liés essentiellement à des altérations osseuses, articulaires, tendineuses, musculaires, dont l'étude ressortit à la pathologie externe. Voir *Traité de chirurgie*, t. V, article TORTICOLIS, par Walter (Masson, éditeur).

(2) BRISSAUD. Tics et spasmes cloniques de la face. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, janvier 1894. — BOMPAIRE. *Du torticolis mental*. Thèse de Paris, 1894.

psychiques qui jouent un rôle pathogénique important dans nombre de ces cas, a distingué une forme: le *torticolis mental*, qui est de la nature des tics, et dont la description sera faite ultérieurement. Pitres n'admet cette assimilation que si les mouvements convulsifs sont constitués par des secousses brèves, rapides, se reproduisant à intervalles irréguliers. Brissaud et Meige considèrent que cette distinction n'est pas justifiée cliniquement, le même malade pouvant présenter alternativement des mouvements convulsifs tantôt de forme clonique, tantôt de forme tonique. D'autres auteurs, Babinski, Destarac, n'attachent qu'une importance secondaire aux troubles psychiques et croient qu'il s'agit généralement d'une affection organique.

Les mouvements convulsifs de rotation de la tête et du cou, de même que ceux de la face, peuvent en effet, suivant les cas, être rattachés aux spasmes ou aux tics. Il existe des *torticolis-spasmes* et des *torticolis-tics* (Meige et Feindel) (1). Heldenbergh (2) admet également deux types de torticolis: l'un d'origine corticale, l'autre dû à une irritation du faisceau pyramidal. Le terme général de *torticolis convulsif*, qui ne préjuge rien de la nature de l'affection (Meige, Caillaud) (3), englobe ces deux sortes d'accidents.

VIII. **Torticolis-spasme. Torticolis spasmodique.** — Les torticolis-spasmes sont sous la dépendance d'une cause irritative centrale ou périphérique. L'exagération du réflexe oléocrânien et le phénomène des orteils observés dans plusieurs cas par Babinski (4) seraient l'indice d'une perturbation du système pyramidal. Il s'agirait bien d'une affection organique du système nerveux. Dans les cas de ce genre, il n'est pas rare de voir des mouvements convulsifs du membre supérieur s'associer au torticolis. Guillaud et Cestan (5) ont rapporté deux cas de torticolis convulsif chez deux malades atteints de paraplégie spasmodique familiale. Pour Oppenheim, il existe un état irritatif joint à une faiblesse congénitale des centres corticaux kinesthésiques des muscles du cou.

Destarac (6), se basant sur deux observations dans lesquelles le torticolis convulsif était associé à des mouvements athétosiques des membres et à des attitudes vicieuses du tronc, avec démarche titubante, troubles de la parole et de l'écriture, déformation du pied, établit un rapprochement avec la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse. L'affection serait liée à un trouble du tonus musculaire sous la dépendance d'une lésion congénitale cérébelleuse ou cérébello-spinale.

Beduschi et Bossi (7) ont constaté des troubles de la réflexivité; ils supposent que l'affection est d'origine organique, et admettent un état d'irritation de la zone motrice de l'écorce. Steyerthal et Solger (8) ont proposé l'interprétation pathogénique suivante: l'inclinaison de l'atlas dans la rotation de la tête paraît avoir pour résultat (Henke et Gerlach) d'éviter le tiraillement de la branche

(1) HENRY MEIGE et FEINDEL. Les associations du torticolis mental. *Arch. gén. de méd.*

(2) HELDENBERGH. Spasme tonique involontaire et intermittent du cou, *Belgique méd.*, 1902, n° 25.

(3) CAILLAUD. *Contribution à l'étude des torticolis convulsifs*. Thèse de Paris, 1905.

(4) BABINSKI. Sur le spasme du cou. *Soc. de neurol. de Paris*, 1^{er} février 1900, p. 142.

(5) GUILLAIN et CESTAN. *Revue de méd.*, 1900, p. 815.

(6) DESTARAC. Le syndrome du torticolis spasmodique. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, septembre-octobre 1902 (photogr.). — R. N., 1905, p. 279.

(7) BEDUSCHI et BOSSI. Sur la pathogénie du torticolis dit mental. *Archivio di Ortopedia*, 1905, Fasc. 2.

(8) STEYERTHAL et SOLGER. Sur le torticolis spasmodique. *Archiv für Psychiatrie*, t. XXXVIII, fasc. 5, p. 949, 1904.