

le diaphragme est en contracture. Mais, d'autre part, on ne constate ni du côté de la nuque ni du côté des membres, aucune atteinte des groupes musculaires; la face, le pharynx, le larynx et le diaphragme sont les seuls envahis. Le 17 avril, le malade n'entend plus et ne répond plus aux questions qu'on lui pose; la respiration est de plus en plus faible; le pouls est très fréquent, la température s'élève à 40 degrés; la bouche est largement ouverte, et il est facile de communiquer des mouvements à la mâchoire inférieure; la mort survient dans la soirée.

Enfin, j'ai une troisième observation inédite qui m'a été envoyée par notre collègue de Rio-de-Janeiro, le Dr José Pereira-Guimaraës, chirurgien de l'hôpital de la Miséricorde. Le 5 janvier 1889, un charretier de 19 ans est renversé par une voiture et tombe sous un mulet; on le transporte à l'hôpital où l'on constate une fracture verticale du maxillaire inférieur, à la jonction du corps de l'os avec la branche montante droite, puis une plaie contuse de la région malaire et de la paupière supérieure gauches. Ces accidents se réparaient sans encombre lorsque le 15 janvier, dix jours après le traumatisme, le blessé accuse un engourdissement douloureux du masséter droit; on y trouve de la contracture qui imprime à la mâchoire une grande raideur. Le 16, le trismus est très accusé et les douleurs sont vives; elles existent non seulement au niveau du masséter, mais aussi à la nuque et aux lombes, bien que la contracture reste localisée au seul muscle masséter droit; le muscle gauche, en particulier, ne présente ni relief, ni rigidité.

Du côté où siège la contracture du masséter se montre

une paralysie faciale des plus accentuées; la joue droite est flasque, pendante, affaissée; le sillon nasolabial a disparu, et la commissure gauche est tirée en haut et en arrière, de telle sorte que l'orifice buccal a une direction oblique en haut et à gauche. Le buccinateur, les muscles du menton, l'orbiculaire des paupières, le frontal sont atteints: le malade ne peut cacher le globe oculaire, et les rides du front, très marquées à gauche, ont disparu à droite où la peau reste lisse. Le diagnostic de tétanos avec paralysie faciale s'imposait, et l'on prescrit l'antipyrine, le bromure de potassium et la morphine à haute dose. Cette médication apaise immédiatement les douleurs et, dès le lendemain, la contracture du masséter cède et permet un léger écartement des mâchoires.

Le 21, la contracture a cessé complètement, mais la paralysie faciale persiste; on essaie de la combattre par la noix vomique et les courants induits, mais les muscles ne réagissent pas. Le 2 février on constate une amélioration; les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité et l'orbiculaire se ferme. Néanmoins, le malade ne peut encore ni siffler ni souffler. L'amélioration est pourtant telle que notre charretier quitte l'hôpital; nous le revoyons six mois après, le 2 août, et nous constatons que la paralysie faciale ne s'est pas encore complètement dissipée; aussi prescrit-on un traitement électrique et une médication iodurée dont nous ignorons le degré d'efficacité, car, à partir du 16 août, le malade a échappé à notre observation.

Telle est cette forme singulière que les pathologistes ont isolée depuis une vingtaine d'années. Rose d'abord,



en 1872, et Von Vahl en firent une mention précise. En France, Terrillon et Schwartz publièrent un mémoire important; Charvot, Buisson, Tillaux ajoutèrent des observations nouvelles; Villar, de Bordeaux, écrivit une revue critique fort remarquable; nous venons de lire une bonne thèse d'Ernest Albert inspirée par Lannois de Lyon; depuis, et sous les noms différents que nous rapportons au début de notre conférence, cette affection est acceptée de tous les cliniciens. Mais on n'est guère plus avancé sur sa pathogénie qu'au premier jour, et les récents travaux de Paul Klemm, les recherches de Samelsohn, de Siebermann, de Brunner, de Vélich prouvent que le sujet est encore obscur; les hypothèses que l'on émet restent fort précaires.

Le premier caractère du tétanos céphalique est d'avoir pour origine une plaie de la tête. En général, la blessure siège au niveau de la pommette, des paupières, du front, à la racine du nez, en un point quelconque du territoire que Villar appelle la région *orbito-naso-temporo-malaise*. Pour longue que soit cette dénomination, il faudrait l'étendre encore sous peine de voir certains faits lui échapper: dans le cas de Pereira-Guimaraës, il y avait bien une plaie du sourcil et de la paupière, mais le maxillaire inférieur était fracturé aussi; dans ma première observation, il n'y avait qu'une ulcération de la muqueuse de la lèvre inférieure, ulcération de quelques millimètres de diamètre tout au plus, et provoquée par le chicot d'une incisive. Dans un fait de Zsigmondý, le tétanos céphalique, encore, était consécutif à une carie dentaire; chez le malade de Buisson, la plaie « semble avoir résidé dans les profondeurs du pharynx », et les

cas ne sont pas exceptionnels où la blessure entame le cuir chevelu. Donc, tout en se rappelant que la solution de continuité des téguments se montre d'habitude autour de l'orbite, n'oublions pas qu'elle peut avoir pour siège un point quelconque de l'extrémité céphalique.

Le deuxième caractère est la limitation des contractures aux muscles innervés par des nerfs craniens; mais ici les exceptions sont nombreuses et si, dans le cas de Guimaraës, le seul masséter, d'un seul côté, est atteint, combien nombreux sont les faits où les groupes musculaires animés par les paires rachidiennes sont primitivement ou consécutivement envahis. Dans notre premier cas, les trapèzes et les sterno-mastoïdiens participent à la contracture. Je sais bien qu'ils sont innervés par le spinal, mais ils reçoivent aussi des nerfs des premières paires rachidiennes; le diaphragme était pris dans mon premier et dans mon second cas, et l'on sait qu'il reçoit le phrénique émanant de la troisième, de la quatrième et de la cinquième paires; d'ailleurs, un jour, les spasmes douloureux atteignirent les deux membres supérieurs qu'innerve le plexus brachial. Enfin, nous voyons dans nombre d'observations que le tétanos, d'abord céphalique et bien limité aux muscles de la face, du pharynx et du larynx, s'est propagé aux groupes du tronc et des membres et a bientôt revêtu la forme du tétanos classique: il en fut ainsi dans les deux premiers cas de Rose.

Aussi pourrait-on se demander si le tétanos céphalique n'est pas un cas particulier du tétanos partiel ou une forme des *spasmes traumatiques* dont Colles et Follin ont fait une entité spéciale, à tort selon Verneuil et



la plupart des pathologistes. Les spasmes sont caractérisés par l'apparition précoce d'une douleur intense dans la plaie, d'où part un éclair, un élan aigu qui parcourt le membre et se dirige vers le tronc et la tête; en même temps les muscles de la région se contractent et sont agités de mouvements convulsifs; parfois ces phénomènes restent cantonnés dans le membre blessé; mais, comme le tétanos céphalique, cette forme peut aussi franchir ses limites premières; elle gagne la nuque et la face, comme le tétanos céphalique envahit le tronc et les membres. L'une naît des membres et du tronc pour aboutir à la face; l'autre naît de la face pour aboutir aux membres. L'analogie est frappante et nous nous y arrêterions volontiers si le tétanos céphalique n'avait un caractère qui lui est propre: l'existence constatée d'une paralysie faciale.

La paralysie faciale est la marque spéciale de ce tétanos; elle est expressément signalée dans les observations de Rose, de Polloch, de von Vahl, de Lehrnbecher, de Middeldorpff, de Mayer, de Bernhardt, de Nankivell, de Bond, de Guterboch, de Kirschner, de Kirchoff, de Hadlich, de Terrillon, de Charvot, de Buisson, de Chaput, dans les nôtres et dans celles de Guimaraës. On a dit que le nerf facial est paralysé du côté correspondant à la blessure; c'est souvent exact, mais rien n'est moins fixe que cette prétendue règle. Nous ne parlons pas de notre premier cas: la paralysie existe à droite et la plaie siège sur la ligne médiane; nous laisserons aussi de côté celui de Pereira-Guimaraës, où la paralysie est à droite, tandis que les lésions traumatiques sont bilatérales. Mais dans le fait de Terrillon

et dans celui de Dumolard, la plaie est d'un côté et la paralysie de l'autre. Dans la plupart des autres cas, il est vrai, dans celui de Rose, de Polloch, de von Vahl, de Lehrnbecher, de Bernhardt, de Bond, de Zsigmondy, 28 fois sur 32 d'après les relevés d'Ernest Albert, la paralysie et la blessure atteignent le même côté.

Que dire de cette paralysie faciale d'origine périphérique puisque, à part 3 ou 4 cas, elle a toujours été complète, elle atteint tous les muscles de la moitié de la figure, y compris, comme dans le fait de Guimaraës, les muscles du menton, l'orbiculaire et le frontal? Tandis que le tétanos, sans doute par les toxines que sécrète le bacille de Nicolaïer, contracture les muscles, pourquoi paralyse-t-il d'un seul côté les groupes animés par le facial? car, il faut le remarquer, dans notre cas, nous avons, à gauche, une contracture que traduisait le rire sardonique, tandis qu'à droite la paralysie était complète. Hadlich cite même un cas plus remarquable: il a, comme d'ailleurs Middeldorpff, von Vahl, Bernhardt et Guterboch, constaté que les muscles du côté paralysé peuvent être en même temps contracturés. On discute beaucoup sur cette action paradoxale des toxines; les explications que l'on a données nous paraissent contestables, et nous avouons même ne pas les avoir comprises.

Les troubles pharyngés et laryngés prennent, dans certains cas, une importance si grande, qu'on a voulu donner la première place à ce caractère, et plusieurs auteurs nomment le tétanos céphalique tétanos hydrophobique. On voit, en effet, et notre deuxième observation en est un exemple, la déglutition éveiller, dans les muscles laryngés et pharyngés, des réflexes tels, des contractures



si exagérées que la dysphagie devient absolue, que la glotte se ferme, et que par instants l'asphyxie paraît imminente. Mais il est rare que ce phénomène prenne cette intensité; il peut ne se traduire que par une dysphagie passagère, comme dans notre premier cas où la déglutition, gênée les premiers jours, devenait normale à la fin de la première semaine; dans l'observation de Guimaraës on ne note rien d'insolite et comme, en définitive, il existe déjà un certain nombre d'observations où cette hydrophobie fait défaut, nous trouverions plus que discutable la dénomination de tétanos hydrophobique proposée naguère par Rose.

L'absence ou la prédominance de certains symptômes a permis de créer certaines variétés, et Villar admet quatre formes de tétanos céphalique : le tétanos céphalique avec contracture unilatérale ou bilatérale du masséter; le tétanos céphalique avec dysphagie; le tétanos céphalique avec hydrophobie, et le tétanos céphalique avec paralysie faciale. Ce sont là des subdivisions bien nombreuses, et la lecture des faits prouve que la paralysie faciale existe dans l'immense majorité des cas : aussi n'admettrions-nous volontiers qu'une seule forme, plus ou moins grave selon que la dysphagie et surtout l'hydrophobie la compliquent. Ici comme ailleurs, le mal frappe plus ou moins fort, et nous ne voudrions pas créer des variétés là où il n'y a qu'une intensité plus ou moins grande de phénomènes.

Ceci nous amène à vous parler du pronostic. Quoi qu'on en ait dit, il est certainement moins grave que celui du tétanos vulgaire. Villar donne le relevé de 28 cas et Ernest Albert de 34, que je porte à 38 en ajoutant mes

deux faits personnels, celui de Guimaraës et une observation inédite de Chaput; cette statistique fournit 22 morts et 16 guérisons. La survie est donc de plus de 80 p. 100; or, comme elle atteint à peine 12 p. 100 dans le tétanos généralisé, on voit combien le pronostic est ici plus favorable. Il ne faudrait cependant pas croire que l'affection soit d'autant plus redoutable qu'elle a plus de tendance à se généraliser; il semblerait ressortir, au contraire, que le tétanos céphalique localisé aux muscles de la tête, au larynx et au pharynx, entraîne une léthalité plus considérable, et, d'après les relevés de Villar, « sur 17 cas de généralisation, il y a eu 9 morts et 8 guérisons, tandis que, sur 11 cas de tétanos localisé, nous comptons 7 morts et 4 guérisons ».

Telles sont, Messieurs, les quelques réflexions que m'inspire cette singulière variété, dont vous n'oublierez plus, je l'espère, les caractères cliniques; je les résume en quelques lignes : plaie originelle dans le territoire sensitif des nerfs craniens; peau ou muqueuse de la face et de la tête; localisation habituelle dans les muscles innervés par les nerfs craniens, mais toutefois, avec généralisation possible vers les groupes musculaires du tronc et des membres; paralysie faciale unilatérale presque constante, et troubles fonctionnels laryngés et pharyngés assez fréquents. Voilà des traits suffisants pour vous permettre de dépister tous les cas de tétanos céphalique.