

Bibliothèque numérique

medic@

Revue neurologique

1916, vol 1. - Paris : Masson, 1916.

Cote : 130135

Sélection de pages : 405 à 410



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?130135x1916x01>

s'observent dans les blessures de la région orbitaire et sont d'ordinaire d'un diagnostic facile.

Enfin, dans certaines variétés de blessures du crâne, qui se sont accompagnées de hernie cérébrale persistante avec ou sans suppuration, il n'est pas rare de trouver à l'examen ophtalmoscopique une papille blanchâtre à bords légèrement flous, soit d'un seul côté, soit pour les deux yeux.

Cet aspect légèrement atrophique de la papille est vraisemblablement consécutif à un processus de névrite œdémateuse d'intensité modérée traduisant l'hypertension intracrânienne au même titre que la hernie cérébrale.

Toutes ces causes de diminution de l'acuité visuelle étant éliminées, on constate, chez un certain nombre de blessés, une diminution de l'acuité visuelle qui ne relève bien certainement ni de simulation grossière, ni d'exagération consciente ni inconsciente.

Dans ces cas il nous a été impossible, avec les moyens dont nous disposons, de mettre en évidence une lésion objective de l'appareil visuel. Il s'agit, en somme, de ce que l'on décrit d'ordinaire sous le terme d'asthénopie oculaire et plus particulièrement d'asthénopie rétinienne, ce serait dire, par conséquent, qu'il s'agit de troubles purement fonctionnels de la vision.

II. Main d'Accoucheur par Hypertonie d'ordre réflexe dans le domaine Cubital consécutive à une Fracture de l'Humérus et une Section incomplète du Médian avec Névrome (présentation du malade), par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et MARCEL FAY.

OBSERVATION. — M..., 27 ans, a été blessé le 18 septembre 1914, au niveau du coude gauche, par balle ayant provoqué une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. La balle ayant pénétré du côté du pli du coude, dans son tiers interne, est ressortie en dehors de l'acromion. Quoique nous éclairant mal sur l'état de la fonction des doigts et de la main pendant les premiers jours qui suivirent la blessure, M... est très affirmatif quand il dit que quinze jours plus tard sa main était dans la rectitude, les doigts en extension et le pouce ni fléchi, ni en adduction. Il présentait à cette époque des troubles de la sensibilité dans le territoire du médian et une impossibilité à mouvoir les doigts. Une intervention fut faite le 4 février 1915. Nous n'avons pas de renseignements sur la raison précise ni la nature de l'intervention: l'incision porta sur le tiers interne du pli du coude, dans le voisinage immédiat du nerf médian. Aussitôt après, la main prit l'attitude dite main d'accoucheur, qu'elle conserve encore aujourd'hui.

Actuellement (29 janvier 1916), le malade présente une main d'accoucheur typique. La main est en légère adduction, les doigts allongés, le pouce en adduction mais non fléchi; les doigts et la paume esquissent la forme d'une gouttière, et le bout des doigts tend à s'assembler en fuseau, le médian restant en arrière de l'annulaire et de l'index qui chevauchent un peu en avant de lui.

Veut-on mouvoir la main, le malade restant passif (?), on remarque que les phalanges du pouce peuvent être fléchies, mais on rencontre une vive résistance dès qu'on veut corriger l'adduction. Ce doigt, une fois abandonné à lui-même, revient vivement en adduction. Les autres doigts peuvent être mobilisés facilement en tous sens; on rencontre seulement de la résistance à cloigner (par abduction) du médian l'annulaire et l'auriculaire.

Quand on fléchit les doigts, ils reviennent mollement et lentement à leur position primitive.

Au pli du coude on sent au niveau de l'expansion aponévrotique du biceps et un peu au-dessus d'elle, près de la cicatrice d'intervention, au point où le médian est assez superficiel, une grosseur ovale, d'environ un centimètre de large, mobile dans les diverses attitudes de l'avant-bras, et dont la pression détermine un picotement au niveau des deux dernières phalanges des 2^e et 3^e doigts et à la pulpe de la 2^e phalange du pouce.

MOTILITÉ VOLONTAIRE. — *Muscles de l'avant-bras.* — Le malade exécute les mouve-

ments d'adduction et de flexion de la main; mais l'abduction est presque nulle et l'extension impossible.

La pronation s'exécute facilement, mais sans force; il est aisé d'y résister.

Les grand et petit palmaires se contractent normalement et assez fort.

Les masses musculaires de l'avant-bras sont sensiblement diminuées de volume.

La mensuration donne à 5 centimètres au-dessous du pli du coude :

A droite, 26 centimètres ;

A gauche, 24 centimètres.

A 12 centimètres au-dessous du pli du coude :

A droite, 21 centimètres ;

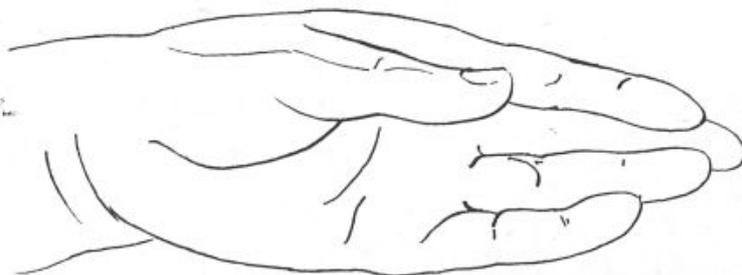
A gauche, 19 centimètres.

Muscles moteurs des doigts. — Le pouce est en adduction et extension; il se maintient dans cette position par contracture. Les mouvements volontaires de ce doigt sont impossibles.

Le médius et l'annulaire sont immobilisés en extension. Quand on fléchit les doigts du malade ils restent pendant quelques instants en flexion (1^{re} phalange seulement); les 2^e et 3^e phalanges se redressent plus rapidement, mais avec mollesse.

A l'annulaire, le malade produit seulement la flexion de la 3^e phalange, et une ébauche d'abduction. Le doigt reste normalement dans l'extension.

Auriculaire : le malade peut fléchir le petit doigt de deux façons différentes, soit en



fléchissant la 1^{re} phalange, les deux autres étant étendues, soit en fléchissant les 2^e et 3^e phalanges, la 1^{re} étant étendue.

Parfois, en même temps qu'il fléchit la 1^{re} phalange, il esquisse à peine une flexion de la 3^e, mais il paraît dans l'impossibilité de fléchir les trois phalanges à la fois.

La flexion de la 1^{re} phalange seule est toujours accompagnée d'un certain degré d'abduction (par rapport à l'axe de la main).

Abduction et adduction faciles.

Extension facile.

Sensibilité. — *Anesthésie* au frôlement, au niveau des deux dernières phalanges des 2^e et 3^e doigts; *hypoesthésie* dans le reste du domaine du médian.

Hyperesthésie très nette au toucher appuyé, avec la tête de l'épingle, ainsi qu'à la piqûre dans tout le domaine du médian.

Sensibilité normale dans le domaine du cubital.

Très légère hyperesthésie du domaine du radial, au frôlement comme au toucher et à la piqûre.

Hyperesthésie au froid et au chaud dans le domaine du médian.

Le malade dit éprouver une sensation *comme de brûlure récente* dans les deux dernières phalanges des 2^e et 3^e doigts et la pulpe du pouce. Il *distingue mal* ce qu'il touche avec ces parties et dit : « C'est comme quand on s'est brûlé et qu'on ne peut pas distinguer ce qu'on touche. »

RÉFLEXIVITÉ. — Légère hyperexcitabilité mécanique du long supinateur avec abolition du réflexe tendineux.

Pas de modification de l'excitabilité réflexe ni mécanique dans le domaine du médian.

EXAMEN ÉLECTRIQUE. — *L'excitabilité faradique* des médians cubital et radial gauches est normale.

La *contractilité faradique* des muscles de l'avant-bras est normale, sauf pour les muscles dépendant du médian. La contractilité de ceux-ci est diminuée. La contractilité des muscles thénariens est très diminuée et celle des hypothénariens simplement diminuée.

L'excitabilité galvanique, normale pour le radial, est diminuée pour le médian et le cubital gauche.

La *contractilité galvanique* est, à l'avant-bras, diminuée pour les palmaires et les fléchisseurs des doigts. La diminution est même considérable, mais sans inversion de la formule ni lenteur de la secousse, pour le fléchisseur superficiel et les deux chefs externes du fléchisseur profond.

À la main, la contractilité galvanique est diminuée pour les muscles thénariens dépendant du médian, sans R. D. L'hypothenar et les interosseux sont normaux.

Radioscopie. — À la main gauche, décalcification nette des dernières phalanges des quatre premiers doigts et légère des extrémités proximales des premières phalanges. Au coude gauche, le cal de l'extrémité inférieure de l'humérus a son centre clair et ses bords flous.

Troubles sudoraux et trophiques. — La main gauche est plus moite que la droite. Pas d'hypertrichose appréciable. Les doigts gauches sont plus fuselés; l'ongle de l'index gauche est plus bombé que le droit, avec épaissement de la couche cornée sous-unguéal.

Vaso-motricité. — La température locale paraît normale; la rougeur de la main gauche est un peu plus violacée. La tache blanche est de 3" à gauche et de 6" à droite. Immédiatement après immersion dans l'eau à 40°, la tache est de 1" des deux côtés. Cinq minutes plus tard l'écart réapparaît.

La tension artérielle (mesurée avec le Pachon) donne des différences sensibles à droite et à gauche.

Du côté gauche :

T. maxima.....	43
T. minima.....	40
Oscillations.....	3/4 à 1

Du côté droit :

T. maxima.....	44 1/2
T. minima.....	40
Oscillations.....	2 à 2 1/2

Mme DEJERINE. — Il s'agit ici d'un syndrome d'irritation du médian. Le blessé présente de l'hyperesthésie, de la douleur à la pression des troncs nerveux et des muscles; il peut exécuter, bien que faiblement il est vrai, tous les mouvements tributaires du médian, il n'existe chez lui aucune zone d'anesthésie complète à tous les modes. Ce sont là autant de *contre-indications formelles à la résection du nerf*. Si l'on se décidait à intervenir chez ce blessé, il faudrait se borner à une intervention libératrice, périnerveuse. Mais, en général, il s'agit, dans ces formes irritatives, de *lésions minimales* et *mieux vaut s'abstenir de toute intervention chirurgicale*. Quant à la contracture, les moyens physiothérapeutiques associés à une psychothérapie énergique nous ont donné, au début de la guerre, de bons résultats.

M. FOIX. — Comme nous l'avons dit, M. Pierre Marie et moi, on trouve dans les cas de ce genre un état spécial, « état de parésie et de paratonie des muscles de la main », qui les rapprochent à la fois des contractures réflexes et de cette variété de paralysie réflexe dont MM. Babinski et Froment ont récemment décrit un type spécial.

L'état parélique est caractérisé par ce fait que bien que la contraction de tous les muscles soit possible, les mouvements qu'ils déterminent se font sans force. Certains même, notamment le relèvement de la main, semblent ne pas se faire du tout, et cette absence de mouvement est due au spasme associé des antagonistes qui rend inefficace l'effort insuffisant des protagonistes.

L'état paratonique est caractérisé par l'hypertonie de certains groupes musculaires et l'hypotonie de leurs antagonistes. L'hypertonie dans cette variété porte surtout sur certains muscles dépendant du territoire du cubital et du

médian, notamment les palmaires, les interosseux adducteurs, l'adducteur du pouce, et à un moindre degré les pronateurs et les hypothénariens. L'hypotonie porte sur certains muscles du territoire du radial, notamment sur les radiaux, l'abducteur et souvent le long extenseur du pouce.

Un certain nombre de petits signes permet, selon nous, de conclure à la nature organique de l'affection.

On retrouve ici notamment l'hyperexcitabilité musculaire à la percussion signalée par MM. Babinski et Froment dans leur type de paralysie réflexe, signalée également dans d'autres cas par MM. Sicard et Cantaloube.

Cette hyperexcitabilité musculaire à la percussion se retrouve dans d'autres états organiques et nous avons montré son existence au cours de l'hémiplégie du côté paralysé.

Cette hyperexcitabilité s'observe ici sur les muscles hypertoniques et, à un moindre degré, sur les muscles hypotoniques.

Les réflexes tendineux des muscles atteints sont également modifiés. Les muscles hypertoniques sont ordinairement hyper-réflexifs, les muscles hypotoniques hyporéflexifs. Mais ceci n'est pas constant.

Les réflexes osseux de voisinage peuvent être également exagérés ou diminués.

Fréquemment il existe des modifications de température signalées ici par d'autres auteurs, notamment M. Henry Meige, et auxquels M. Babinski accorde l'importance que l'on sait.

Enfin, il n'est pas rare de trouver des petits troubles de l'excitabilité électrique : hypo légère, ou au contraire petite hyper, inversion du résultat de l'excitation unipolaire de la face dorsale de l'avant-bras selon le procédé de M. Babinski.

Nous ajouterons que la fixité de la topographie des muscles hyper et hypotoniques donnent à cette main un aspect toujours le même, la superposition relative de cette topographie à des territoires nerveux, le retour immédiat à la position vicieuse lorsqu'on enlève à ces malades les appareils de contention quels qu'ils soient qu'on leur impose, enfin l'inutilité de toutes les thérapeutiques de persuasion, même coercitives, constituent encore trois arguments d'une valeur considérable en faveur de leur nature organique.

Le point de départ peut être quelconque. Il est assez fréquent qu'il y ait eu d'abord une petite lésion nerveuse du cubital comme dans les deux cas rapportés par M. Marie et nous; il s'agit du médian dans le cas de M. Laignel-Lavastine. Cette lésion peut d'ailleurs manquer. Elle n'exerce d'ailleurs pas d'influence sur la répartition de l'hyper et de l'hypotonie, puisque les muscles hypertoniques appartiennent seulement au territoire du médian et du cubital.

L'adducteur du pouce notamment présente un spasme crampoïde que l'on sent sous la distension se ralentir par saccade et que l'excitation électrique du cubital peut, dans certains cas, réveiller sous forme de crampes.

Nous avons en outre, M. Pierre Marie et moi, une certaine tendance à accorder de l'importance aux appareils plus ou moins serrés portés par les malades.

En terminant, nous voulons dire un mot du terme *paratonie*, proposé par M. Dupré pour désigner des états évidemment fort différents, mais justement tellement différents que la confusion entre eux n'est pas possible.

Il nous a semblé que ce mot, très élégant, était applicable à ces états où il y avait à la fois contracture de certains groupes et relâchement de certains autres, et où ni le mot d'hypertonie, ni celui d'hypotonie n'étaient de mise.

Le terme le plus juste est évidemment celui d'hyper-hypotonie, que nous substituerions au besoin volontiers à celui de paratonie.

M. HENRY MEIGE. — C'est un des problèmes soulevés par la neurologie de guerre que cette forme singulière d'immobilisation de la main et des doigts dont on voit aujourd'hui d'assez nombreux exemples. Dans presque tous les Centres neurologiques militaires, ces cas ont attiré l'attention; ils ont été décrits sous des dénominations diverses: paralysie globale de la main, main d'accoucheur, main en col de cygne, acrocontractures, acromyotonies, etc. MM. Pitres, Sicard, A. Léri, Claude, chacun de leur côté, en ont signalé des exemples et tenté de les interpréter.

A la Société de Neurologie, les premiers cas ont été présentés par Mme Ath. Bénisty, Mlle C. Lévy et nous-même. Peu après, MM. Babinski et Froment, MM. Pierre Marie et Foix ont fait à ce sujet un certain nombre de constatations cliniques qui, si elles n'éclaircissent pas encore complètement le problème, permettent du moins d'en éliminer quelques facteurs.

Plusieurs points paraissent établis:

- 1° Ces accidents diffèrent de ceux que peut produire l'hystérie;
- 2° Ils diffèrent également de ceux qu'on observe communément à la suite des lésions des nerfs périphériques;
- 3° Enfin, la coexistence de troubles de la réflexivité, de la tonicité, de la vaso-motricité, de la trophicité et de la température autorisent à admettre l'existence d'un substratum organique.

Lors de notre présentation, nous avons fait remarquer un état musculaire très particulier qui n'est ni de la paralysie vraie ni de la vraie contracture, mais une immobilisation permanente, — d'où le nom de « main figée », par analogie avec cet état de torpeur motrice que détermine l'action prolongée du froid, notamment aux extrémités. Et nous insistions sur les intermittences de relâchement et de résistance que l'on éprouve en déplaçant les segments des extrémités. Pareil phénomène n'existe pas dans la raideur contracturale; par contre, disions-nous, on éprouve une impression analogue en mobilisant les membres de certains sujets, des psychopathes surtout, qui présentent des réactions de négativisme (catatonisme fruste). On peut faire la même remarque dans cette forme de déséquilibre motrice à laquelle M. E. Dupré a donné le nom de *paratonie*. Quelle que soit la cause de ce phénomène, il est bien l'indice d'un trouble du tonus musculaire.

Chez les catatoniques, chez les paratoniques de Dupré, l'origine centrale du trouble ne paraît pas douteuse. Chez les sujets qui sont actuellement à l'étude, il n'en est probablement pas de même. Mais si la constatation objective d'un trouble de la tonicité musculaire est un fait qui ne peut prêter à discussion, il en va tout autrement de l'interprétation de ce trouble.

Pour l'hypotonie, en particulier, il existe, à l'état normal, des différences individuelles souvent considérables, dont il importe de tenir compte.

Quant à l'hypertonie, à laquelle on peut attribuer l'état d'immobilisation des extrémités, peut-être est-elle en relation avec des troubles circulatoires, dépendant elle-même de lésions des voies sympathiques. La coexistence fréquente de troubles vaso-moteurs et thermiques est en faveur de cette hypothèse.

J'ajouterai un mot au sujet de l'évolution. Je crois que ces formes cliniques ont une tendance spontanée à s'améliorer, bien que très lentement. Chez plusieurs sujets, nous voyons reparaitre des mouvements volontaires des doigts, très légers d'abord, mais qui vont en s'amplifiant.

Et nous ne croyons pas qu'il faille attribuer ces progrès à nos moyens thérapeutiques : aucun ne nous a paru efficace. Nous avons essayé de modifier la position des doigts à l'aide d'appareils correcteurs : dès que l'appareil est retiré, les doigts reprennent leur attitude favorite. D'autre part, l'électricité, le massage, la mécanothérapie, la mobilisation sous toutes ses formes, n'ont pas d'effets bien appréciables. Nous avons déjà dit que les interventions psychothérapeutiques les plus énergiques demeureraient également sans résultat.

III. Des Troubles Vaso-moteurs et Thermiques d'ordre Réflexe, par MM. J. BABINSKI et J. FROMENT.

Dans plusieurs publications consacrées aux paralysies et aux contractures d'ordre réflexe consécutives aux traumatismes des membres, nous avons insisté sur l'importance des troubles vaso-moteurs et thermiques (1), nous avons non seulement montré qu'il s'agissait là d'un caractère sémiologique important permettant de distinguer les accidents nerveux de ce groupe des manifestations hystériques pithiatiques, mais nous avons encore montré que ces troubles constituaient un des éléments primordiaux du syndrome qui les caractérise et sur lequel nous avons attiré l'attention. « Étant donnée l'importance des phénomènes vaso-moteurs et thermiques et les liens qui unissent la surexcitabilité mécanique des muscles et l'hypothermie, il est permis de se demander, écrivions-nous (2), si les désordres moteurs ne dépendent pas, au moins en partie, des désordres circulatoires et thermiques. S'il en était ainsi, il faudrait attribuer au sympathique une participation plus ou moins importante dans la genèse de ces troubles réflexes. » Sans revenir sur les détails que nous avons déjà donnés, nous voudrions simplement les compléter en quelques points.

L'écart de température observé entre le membre malade et le membre sain (température locale et superficielle prise avec le pyromètre thermo-électrique de Mlle Grunspan) atteint, dans les cas les plus marqués, 8° à 8°5. C'est à l'extrémité du membre (face dorsale ou face palmaire des doigts, face palmaire de la main) que cette différence est la plus appréciable. Elle peut varier, dans de certaines limites, d'un jour à l'autre ou d'un instant à l'autre suivant la température extérieure, suivant que le malade a séjourné ou non dans une pièce chauffée. Après immersion dans l'eau à 40° pendant dix minutes le membre malade peut même devenir plus chaud ; la température est alors, aux mêmes points, de 1° à 2° supérieure à celle du côté normal. Et, fait important, le retour à la température antérieure est généralement plus rapide au membre sain. Il y a donc bien, à proprement parler, un trouble de la régulation thermique locale.

Le chiffre de la *pression systolique*, déterminé selon la méthode de Riva Rocci, est le même des deux côtés. L'*amplitude des oscillations* est, par contre, beau-

(1) J. BABINSKI, *Société de Neurologie*, 7 octobre 1915, et *Revue neurologique*, novembre-décembre 1915, p. 1225. — J. BABINSKI et J. FROMENT, Les modifications des réflexes tendineux pendant le sommeil chloroformique et leur valeur en sémiologie. *Académie de Médecine*, 19 octobre 1915. — J. BABINSKI et J. FROMENT, Sur une forme de contracture organique d'origine périphérique et sans exagération des réflexes. *Société de Neurologie*, 4 novembre 1915. — J. BABINSKI et J. FROMENT, Contribution à l'étude des troubles nerveux d'origine réflexe. Examen pendant l'anesthésie chloroformique. *Société de Neurologie*, 4 novembre 1915, et *Revue neurologique*, novembre-décembre 1915, p. 925-933. — J. BABINSKI et J. FROMENT, Paralysie et hypotonie réflexes avec surexcitabilité mécanique, voltaïque et faradique des muscles. *Académie de Médecine*, 14 janvier 1916.

(2) J. BABINSKI et J. FROMENT, Contractures et paralysies traumatiques d'ordre réflexe. *Presse médicale*, 24 février 1916, p. 83.