

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

## **Revue neurologique**

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

*Cote : 130135*

*Sélection de pages : 201 à 209*



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

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

# MÉMOIRES ORIGINAUX

## I

### LES TREMBLEMENTS CONSÉCUTIFS AUX EXPLOSIONS (TREMBLEMENT, TRESSAILLEMENT, TRÉMOPHOBIE)

PAR

**Henry Meige.**

(Société de Neurologie de Paris.)

(Séance du 6 janvier 1916.)



Les tremblements observés au cours de la guerre actuelle, principalement à la suite des grandes déflagrations d'obus ou de mines, et presque toujours sans blessure apparente, soulèvent des problèmes diagnostiques et pronostiques fort difficiles à résoudre.

Sont-ils sous la dépendance d'une lésion organique? Et de laquelle? Sont-ce des troubles purement névropathiques? Peuvent-ils être simulés? Convient-il de les rattacher à l'hystérie? Quelle part revient à l'émotion dans leur genèse? Quel est leur avenir? Quel traitement peut-on leur opposer? Quelles mesures faut-il prendre à l'égard des militaires trembleurs?

Toutes ces questions se sont certainement présentées à l'esprit de ceux qui, ayant examiné des cas de ce genre, ont dû prendre une décision à leur sujet.

Sans prétendre résoudre tant d'inconnues, je voudrais, en présentant un trembleur de guerre, donner quelques indications destinées à faciliter l'analyse clinique d'un tremblement et, incidemment, certaines expertises militaires.

Voici l'histoire de ce malade :

**OBSERVATION.** — C'était au plateau de Nouvron, le 13 janvier 1915. Le caporal S..., avec son escouade, venait d'occuper un entonnoir, quand une torpille, éclatant au-dessus, le projeta violemment contre la paroi, sans le blesser, lui, mais tuant ou blessant plusieurs de ses camarades.

Il n'est pas certain qu'il ait perdu connaissance; il resta tapi sur le sol, attendant, assez longtemps, qu'un boyau de communication, parti de sa tranchée, fût terminé et lui permit d'évacuer, sans trop de danger, l'entonnoir.

Déjà, peu après l'explosion, il avait commencé à trembler. De retour dans la tranchée, il tremblait encore. Il y séjourna cependant, tremblant toujours, pendant une quinzaine; mais il ne mangeait plus, maigrissait, et cet homme, qui était premier tireur avant cet accident, ne pouvait plus manier un fusil.

On attendit un mois avant de l'évacuer; le tremblement ne se modifiant pas, il fut

dirigé sur Villers-Cotterets, puis sur Meaux, puis successivement à la Courneuve (un mois), à Meaux, enfin sur le centre neurologique de Villers-Cotterets, où il resta environ deux mois (13 avril-15 juin 1915).

Là, il fut examiné par M. Guillaïn, qui a bien voulu nous donner les renseignements suivants :

Cet homme était arrivé avec le diagnostic de « chorée hystérique ». Il présentait un tremblement généralisé. Réflexes rotuliens et achilléens vifs; réflexes des membres supérieurs normaux. Aucun trouble de la sensibilité. Ni tachycardie ni bradycardie. Mais une émotivité très grande qui augmentait le tremblement, surtout quand le canon tonait avec intensité ou que des bombes éclataient dans le voisinage.

Pendant toute la durée du séjour à Villers-Cotterets, cet état ne s'est pas modifié.

La ponction lombaire a montré un liquide céphalo-rachidien normal, ni hypertendu, ni hyperalbumineux, sans cellules.

Le caporal S... est entré, le 19 juin 1915, à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Pierre Marie.

Il a été évacué le 13 juillet sur l'hôpital civil d'Arcueil, jusqu'au 24 septembre, puis envoyé en convalescence dans son pays du 6 octobre au 15 décembre.

Il est revenu à la Salpêtrière le 15 décembre 1915.

Au cours de ces étapes successives, aucun changement n'est survenu dans son état.

Cet homme est aujourd'hui, 6 janvier 1916, tel qu'il était à sa première entrée dans le service, il y a six mois, — tel qu'il était, il y a près d'un an, à la suite d'une explosion de torpille : il tremble toujours, et toujours de la même façon.

Le tremblement, en dehors de toute émotion, est visible aux quatre membres. Il semble un peu plus accentué au membre supérieur droit et au membre inférieur gauche.

Il cesse pendant le sommeil; mais il existe dans la position couchée, comme dans la station assise ou debout.

Il est plus fort le soir que le matin, et le malade ne s'endort que fort tard.

La tête tremble peu. Les paupières, la langue présentent quelques secousses irrégulières, non synchrones avec le tremblement des membres.

Pas de nystagmus.

Pour atténuer le tremblement des membres supérieurs, le malade tient les avant-bras fléchis à angle droit sur les bras et appuie fortement ses coudes contre son corps.

Quand le tremblement des membres inférieurs est plus fort, le malade se lève et fait quelques pas.

Le tremblement s'exagère à l'occasion de tout mouvement : saisir un objet, porter à la bouche une cuiller, un verre. Il rappelle alors le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques, à son plus haut degré. Le malade ne mange que très difficilement. Le tremblement s'exagère encore par la fermeture des yeux.

Mais la principale cause d'exacerbation est l'émotion : un bruit subit, un commandement brusque, l'évocation du séjour aux tranchées, déterminent de véritables crises motrices, des secousses très amples et généralisées, du piétinement, jusqu'à la perte de l'équilibre; puis cette grande agitation s'apaise peu à peu; cependant le tremblement initial persiste.

La recherche des réflexes est malaisée; la moindre percussion détermine des secousses généralisées très violentes.

Aucun trouble de la sensibilité. — Sudation facile et abondante.

Le pouls subit des modifications parallèles à celles du tremblement. Au repos il bat à 60. Si l'on frappe brusquement sur une table, il monte aussitôt à 120.

Que faut-il penser de ce trembleur?

Il importe d'analyser successivement le tremblement proprement dit, et les paroxysmes qui se produisent en certaines occasions.

• • •

Nous avons coutume de chercher à rattacher les tremblements à des types classiques dont les caractères sont nosologiquement décrits avec une précision schématique. Et il est bien vrai que ces types s'observent en clinique; mais les formes hybrides ou atypiques ne sont pas moins nombreuses.

Le type parkinsonien est un des plus caractéristiques, par la régularité, par le synchronisme des oscillations de tous les segments du corps, et surtout par leur prédominance aux extrémités, notamment aux doigts, qui « filent de la laine ».

Ce type s'observe chez certains trembleurs de guerre, et ce n'est pas d'aujourd'hui que datent les observations de paralysie agitante consécutive à des bombardements. Plusieurs exemples ont été signalés à la suite du siège de Strasbourg, en 1870. Doit-on les rattacher à la maladie de Parkinson? La similitude étiologique conduit à supposer qu'il s'agissait de tremblements identiques à ceux que nous voyons actuellement, mais ces relations anciennes manquent de précision et remontent à une époque où la maladie de Parkinson était encore incorporée dans les névroses.

On s'accorde aujourd'hui à regarder le syndrome parkinsonien comme l'expression clinique d'une lésion organique. Si le siège et la nature de cette lésion sont encore incertains, les analogies frappantes avec ce que l'on observe chez les pseudo-bulbaires et les lacunaires permettent de supposer qu'elle se trouve au voisinage des noyaux gris centraux.

Il est parfaitement admissible que l'ébranlement, le brusque changement de pression causés par une violente explosion puissent déterminer des perturbations plus ou moins durables dans la même région de l'encéphale, en agissant, soit directement sur les centres ou les voies nerveuses, soit indirectement par l'intermédiaire des vaisseaux ou du liquide ventriculaire.

C'est pourquoi la constatation d'un tremblement du type parkinsonien survenu à la suite d'une déflagration doit faire envisager la possibilité d'un substratum organique.

Dans notre cas, comme l'a fait remarquer M. Guillaïn, le résultat négatif de la ponction lombaire ne va pas à l'encontre de cette manière de voir, l'examen du liquide céphalo-rachidien n'ayant été pratiqué que trois mois après l'accident.

Ici cependant, les caractères objectifs du tremblement diffèrent sensiblement de ceux du tremblement parkinsonien; la régularité, le synchronisme des oscillations sont loin d'être réalisés. Il y manque surtout le tremblement caractéristique des doigts.

Enfin, tandis que la maladie de Parkinson est une affection progressive, où le tremblement envahit peu à peu tous les membres, ici, comme dans la plupart des tremblements consécutifs aux explosions, l'état du sujet demeure stationnaire. La lésion, si lésion il y a, fut d'emblée ce qu'elle est; elle ne fait pas tache d'huile.

Cette remarque a de l'importance au point de vue pronostique et corollairement pour les décisions à prendre au point de vue militaire.

D'autre part, il est manifeste que, chez notre sujet, le tremblement est du type dit « intentionnel »; il s'exagère à l'occasion des mouvements, surtout des mouvements adaptés à un but, et plus encore si le mouvement s'accompagne de l'appréhension de manquer le but. Par exemple, le tremblement n'est que peu augmenté par les gestes que fait spontanément le sujet, il l'est beaucoup plus si on lui commande de porter un doigt sur son nez, il devient excessif si on lui demande de porter un verre à demi plein d'eau à sa bouche. Nul doute que la crainte de manquer le but, de renverser le liquide, ne soit la cause de cette exagération.

A cet égard, ce tremblement est donc comparable à celui qu'on a décrit dans la sclérose en plaques. Mais aucun autre signe clinique ne permet de s'arrêter à ce diagnostic.

Au surplus, le caractère « intentionnel » d'un tremblement ne me paraît pas

être, d'une façon générale, un élément de diagnostic très sûr. Le plus souvent il ne fait qu'exprimer l'impuissance d'un sujet à maîtriser son appréhension de ne pouvoir accomplir correctement un acte d'exécution délicate. L'exagération du tremblement en pareil cas n'est vraisemblablement qu'une réaction d'origine émotive. Ce coefficient émotif joue un rôle très manifeste chez les sujets atteints de sclérose en plaques, comme aussi chez la majorité des autres trembleurs.

On retrouve cette exagération des oscillations au cours des mouvements volontaires aussi bien dans les tremblements qui accompagnent les affections organiques que dans les tremblements d'origine névropathique. Elle existe dans la maladie de Friedreich, dans les lésions de l'appareil cérébelleux (tremblement aigu de Reginald Mills), dans toutes les névroses trémulantes (tremblement hystérique, tremblement des dégénérés, etc.). Ce signe mérite à coup sûr d'être noté; mais il ne faut pas lui attribuer une signification diagnostique trop précise.

Il en est de même de la fréquence et de l'amplitude des oscillations: rien n'est plus variable suivant les sujets et suivant les moments. Par contre, leur régularité a plus d'importance et plaide en faveur d'une origine organique. On a remarqué depuis longtemps que les tremblements névropathiques, et notamment ceux qui ont été rattachés à l'hystérie, étaient essentiellement polymorphes.

A ce propos, il n'est pas sans intérêt de signaler, pour le réprover, l'abus qu'on fait du diagnostic de « tremblement hystérique » pour désigner des tremblements de nature inconnue. Il n'est nullement démontré que le tremblement soit un des apanages de l'hystérie; peut-être, chez quelques sujets exceptionnels, a-t-on pu le provoquer par suggestion; ce qui est certain c'est que, dans l'immense majorité des cas, le tremblement reste rebelle à tous les efforts de la psychothérapie persuasive.

La volonté, même la mieux dirigée, ne parvient guère à enrayer le tremblement; si elle y réussit parfois, pendant un temps très court, son action inhibitrice n'est jamais assez prolongée pour qu'on puisse en attendre des modifications durables.

Tel fut le cas pour notre militaire, et l'on peut affirmer que chez lui l'hystérie n'est pas en cause.

Bornons-nous à constater qu'il n'est ni un parkinsonien, ni un cérébelleux, qu'il ne présente aucun signe de sclérose en plaques, ni de paralysie générale, ni de basedowisme, ni d'une intoxication réputée trémogène (salurnine, mercurielle, éthylique, ophothérapie, etc.). J'ajoute que son tremblement n'est ni héréditaire, ni congénital, et que, vu son âge, il ne peut être qualifié de sénile.

Ce tremblement, par ses caractères, est comparable à ceux qu'on considère comme des manifestations névropathiques et qu'on observe communément dans les névroses traumatiques; il n'est cependant pas impossible, étant données son étiologie, sa ténacité et son immutabilité, qu'il soit la conséquence d'une altération matérielle du système nerveux provoquée par une violente explosion.

\* \*

Que faut-il penser maintenant de ces *paroxysmes* qui, chez notre soldat, surviennent de temps à autre? La nature émotionnelle de ces réactions motrices est évidente.

Ici, il ne s'agit plus, à proprement parler, de tremblement, mais de *tressaillement*.

Le phénomène débute à l'occasion d'une surprise, d'un bruit subit, d'un ordre

inopiné, d'une intimidation soudaine, ou même d'une idée, du souvenir surtout des choses de la guerre. C'est le brusque mouvement de tout le corps que chacun connaît et manifeste avec plus ou moins d'intensité en semblables occasions, selon qu'il est, comme on dit, plus ou moins impressionnable. Chez certains sujets, cette réaction émotive se limite à une seule secousse : c'est le *sursaut*; chez d'autres, plus émotifs, la première secousse est suivie d'une ou plusieurs autres qui vont en décroissant : c'est le *tressaillement* : « agitation subite d'une personne vivement émue », selon l'excellente définition de Littré.

Le phénomène du *tressaillement* n'est guère signalé en clinique. Il est cependant intéressant à analyser et doit être distingué du tremblement.

La réaction motrice élémentaire qui le constitue est due à une brusque contraction de presque tous les muscles fléchisseurs. Les bras se collent au torse, les avant-bras se replient sur les bras, les doigts se ferment, les cuisses se rapprochent du corps et les jambes des cuisses. Le tronc s'incurve en avant, sauf dans quelques exceptions; les épaules se soulèvent, la tête se baisse. Les muscles de la face participent aussi à cette brusque contraction : les paupières se ferment, les dents se serrent, les lèvres se pincet. Bref, l'individu répond au choc émotif par un réflexe de défense généralisé qui a pour effet de le ratatiner, de réduire au minimum la surface de son corps. Ce phénomène de rétraction se retrouve dans toute l'échelle des êtres, à commencer par l'amibe, en présence d'un danger subit. Il est suivi d'une détente plus ou moins brusque, plus ou moins complète. Et parfois il se répète plusieurs fois de suite, avec une intensité croissante, puis décroissante. Tel est le tressaillement.

C'est exactement ce qu'on observe chez notre soldat. Mais, chez lui, le phénomène moteur est d'une intensité extrême et se répète un grand nombre de fois, prenant l'aspect d'une crise convulsive généralisée qui ne s'atténue que lentement.

Quand il est assis, ou couché, la réaction motrice émotive offre tous les caractères que je viens de décrire dans le tressaillement. Lorsqu'il est debout, les mouvements convulsifs des membres inférieurs l'exposent à perdre l'équilibre; il donne alors l'impression d'un astasique-abasique, ou d'un de ces pseudo-choréiques qu'on avait incorporés dans l'hystérie. Après la crise tressillante, le calme se fait peu à peu; il ne reste plus que le tremblement, qui, lui, ne cesse jamais.

\* \* \*

Tout récemment, M. Gilbert Ballet (1) a soutenu que certains tremblements pouvaient être considérés comme « l'expression mimique de la frayeur ». Cette manière de voir est parfaitement exacte pour les paroxysmes émotifs de notre militaire. On peut les considérer comme les échos de l'émotion initiale qu'il a éprouvée, lors de l'explosion d'une torpille, émotion aggravée d'une commotion, et suivie de l'attente angoissante d'un secours problématique au fond d'un entonnoir de mine où plusieurs soldats gisaient, blessés ou tués. On remarque notamment, au cours des paroxysmes, une expression du visage qui est bien celle de la terreur. Mais si cette interprétation convient très bien pour les tressaillements de notre sujet, il n'est pas certain qu'elle soit applicable au tremblement qui persiste en dehors de toute émotion, et qui, par sa constance, sa ténacité, témoigne d'une perturbation durable, permanente, de l'appareil neuromoteur.

(1) *Société de Neurologie*, 4 novembre 1915. — *Revue Neurologique*, novembre-décembre 1915.

Il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre de tremblements sont, comme le tressaillement, d'origine émotionnelle. Le tremblement lui-même est une des manifestations banales de l'émotion, d'ailleurs très variable dans son intensité et dans ses localisations. Il peut n'atteindre que les mains, ou seulement la mâchoire, d'où le claquement des dents; lorsqu'il porte sur les membres inférieurs, il produit le dérochement des jambes. Tantôt il est constitué par des vibrations très rapides et de faible amplitude, qui n'entravent pas les mouvements, d'autres fois il prend l'ampleur d'une crise convulsive clonique. Mais, sous quelque forme qu'elle se manifeste, cette réaction motrice post-émotionnelle est transitoire; généralement, elle disparaît, plus ou moins vite, dès que l'ébranlement produit par le choc initial s'est apaisé.

Lorsqu'un tremblement d'origine émotive se cristallise et persiste toujours pareil à lui-même pendant des mois, des années même, il est bien difficile de ne pas admettre l'existence d'un substratum organique. L'ébranlement émotif peut suffire à produire ce désordre; à *fortiori* si à l'émotion s'ajoute une commotion accompagnée d'un brusque changement de pression, comme c'est le cas pour les explosions de gros projectiles.

La nature émotive d'un tremblement est confirmée d'abord par son origine, ensuite par ce qu'il est influencé par les chocs émotionnels, qui sont capables de le provoquer à nouveau ou de l'exagérer. Enfin on doit rechercher, chez le trembleur, les signes de la constitution émotive dont M. E. Dupré a bien montré la valeur: hyperreflectivité, crises tachycardiques, brusques poussées vaso-motrices et sécrétoires. La plupart de ces caractères se retrouvent chez notre soldat. Mais l'interrogatoire ne permet pas d'affirmer qu'ils existaient avant l'accident. Rien d'impossible, d'ailleurs, à ce que le syndrome émotif soit créé de toutes pièces par une violente commotion.

\* \* \*

L'examen d'un cas de tremblement ne comporte pas seulement l'analyse du trouble moteur. Une enquête mentale est indispensable.

Que nous apprend-elle chez notre militaire ?

Cet homme est parfaitement conscient de son tremblement et de ses exacerbations; il en éprouve un chagrin, une humiliation extrêmes. Il se désole de ne pouvoir commander l'immobilité à ses membres; il est encore plus marri de ne pas maîtriser à son gré ses tressaillements. Il souffre de cette impuissance et plus encore de se voir tourner en dérision par quelques compagnons qui prennent un plaisir malsain à provoquer des paroxysmes. Aussi vit-il solitaire, ne cherchant qu'à se faire oublier. Son tremblement est devenu pour lui une véritable obsession, au sens psychiatrique du mot. Et s'il est vrai que ses paroxysmes ont toutes les apparences des *tressaillements de la peur*, il n'est pas moins certain que cet homme a la *peur de son tremblement et de ses tressaillements*.

On retrouve donc chez lui tous les caractères de cet état psychopathique que j'ai décrit, il y a quelques années, sous le nom de *trémophobie* (peur de trembler) (1). Je résume brièvement la description que j'en ai donnée :

Cette variété de phobie n'est pas rare chez les sujets qui présentent du tremblement de la tête ou des membres. La trémophobie participe à tous les caractères des obsessions; elle se rapproche surtout de l'éreutophobie (peur de rougir), de

(1) HENRY MEIGÉ, Trémophobie. *Soc. de Psychiatrie de Paris*, 48 décembre 1908. — *Ibid. Revue Neurologique*, 15 janvier 1909. — *Ibid. Congrès des aliénistes et neurologistes*, Bruxelles, août 1910. — *Ibid. Journal de Neurologie*, 1910.

Pitres et Régis. On la voit apparaître chez les sujets prédisposés, surtout chez ceux qui présentent la constitution émotive. Rougeur et tremblement ne sont, en effet, que des manifestations réflexes de l'émotivité. De même que la rougeur de l'éreuthophobe s'accroît avec les progrès de sa phobie, de même le tremblement du trémophobe augmente avec sa peur de trembler. Le phénomène physique engendre l'obsession qui, à son tour, amplifie la réaction somatique; l'exagération de cette dernière réagit également sur le trouble mental; ainsi se crée un cercle vicieux de réactions psycho-physiques réciproques dont l'aboutissant est un véritable état de mal obsédant.

La trémophobie peut avoir pour point de départ un tremblement véritable, un de ces tremblements dits constitutionnels, héréditaires, névropathiques, séniles, ou toute autre variété de tremblement liée à une affection trémogène, comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la maladie de Basedow, etc. La peur de trembler se relie aussi à des idées d'humiliation, de déchéance, à des préoccupations nosophobiques, etc. Bref, le tremblement, quelle qu'en soit la cause, peut devenir, chez les sujets prédisposés, le point de départ d'un état psychopathique obsédant, d'une phobie élective, la *trémophobie*.

Cette description est applicable au malade que je viens de présenter. Ce n'est pas seulement un *trembleur*, un *tressaillieur*, — si j'ose risquer ce néologisme, — c'est aussi un *trémophobe*.

\* \* \*

Les cas de ce genre sont nombreux à l'heure actuelle. En voici un second, observé également à la Salpêtrière, dans le service de M. Pierre Marie.

B... a été évacué du front pour un tremblement survenu à la suite d'un bombardement prolongé. C'est un artiste qui, pendant de longs mois, s'est fort bien comporté, supportant avec entrain les plus dures épreuves des tranchées. Mais un jour vint où, après un feu particulièrement vif, comme il dit, « la machine s'est détraquée ». Il s'est mis à trembler.

Depuis lors, ce tremblement persiste. Il est visible à la tête et aux membres supérieurs, mais surtout à la tête qui est animée de petites oscillations latérales, d'amplitude et d'intensité variables, presque permanentes. C'est une sorte de vibration contre laquelle le malade s'efforce de réagir en raidissant les muscles du cou, sans parvenir à la faire disparaître complètement. Le tremblement des mains est aussi de peu d'étendue; il n'est pas sensiblement exagéré par les mouvements volontaires et peut être partiellement contenu au prix de fortes contractions. Dans l'ensemble, cet homme paraît à la fois *vibrant* et *soulé*. En cela, il présente quelque analogie avec les parkinsoniens; ce n'est d'ailleurs qu'une apparence.

La nature émotive de ce tremblement n'est pas douteuse. Elle est confirmée par son origine, par ses exacerbations, par la coexistence de réactions émotionnelles circulatoires et criniques, enfin par un état psychopathique que le malade lui-même analyse exactement.

Témoin l'extrait suivant de son auto-observation :

« ... Plus de trois mois, presque quatre, depuis que j'ai été évacué du front et mon état nerveux, que je croyais devoir durer quinze jours à peine, persiste encore, bien que légèrement atténué.

« ... Sans doute, je suis plus calme, je n'ai plus de ces battements de cœur, de ces transpirations abondantes des mains à l'occasion de la moindre émotion, du moindre effort. Au début, le plus léger choc me causait un ébranlement immédiat, suivi d'un tremblement qu'il m'était impossible de maîtriser. Aujourd'hui, il existe un retard appréciable entre le choc et le tremblement; j'arrive à maîtriser celui-ci pendant quelques secondes, mais pas davantage.

\* ... Le bruit des portières du métropolitain, une lumière qui vacille, le sifflet d'une locomotive, le jappement d'un chien, une contrariété puérile, suffisent pour déclencher le tremblement. Le théâtre, la musique, la lecture d'une poésie, une cérémonie religieuse agissent de même. J'ai assisté dernièrement à la remise d'un drapeau aux invalides; devant ce spectacle poignant j'ai cru d'abord que j'étais guéri, puis soudain je me suis mis à trembler, à trembler si fort que j'avais envie de crier et que j'ai dû m'asseoir par terre, pleurant comme un enfant.

\* ... Parfois, le tremblement survient subitement, sans cause. Par exemple, je suis allé dans un magasin de nouveautés faire quelques emplettes avec ma femme. La foule, les lumières, le chatolement des soies, les couleurs des tissus, tout cela m'était délicieux à regarder par contraste avec notre longue misère dans les tranchées; j'étais heureux, je bavardais, joyeux comme un écolier en vacances. Tout d'un coup, sans raison, j'ai éprouvé la sensation que mes forces m'abandonnaient, j'ai cessé de parler, j'ai eu mal dans le dos, j'ai senti mes joues se creuser, mon regard est devenu fixe, et mon tremblement a reparu, accompagné d'un grand malaise. En pareil cas, si je puis m'appuyer, m'asseoir, et surtout m'allonger sur le dos, le tremblement s'atténue et s'arrête même assez rapidement.

\* ... J'éprouve du bien-être en trois circonstances. D'abord, au réveil, après onze à douze heures de sommeil; ensuite après le repas, surtout s'il est copieux. Enfin et surtout sous la douche électrique. Là, comme par magie, mes idées deviennent claires, joyeuses, fortes. Je me retrouve vraiment moi-même. Ce bienfait se prolonge pendant une heure ou plus; puis je retombe dans mon triste état.

C'est fort bien décrire le tremblement émotionnel.

Et voici où apparaît la trémophobie :

\* Dans le tramway, dans le métropolitain, je vois qu'on me regarde et cela me fait une peine affreuse; je sens bien que j'inspire plutôt de la pitié. Une brave femme m'a offert sa place; j'en ai été touché jusqu'au fond du cœur. Mais lorsqu'on me regarde et qu'on ne dit rien, que pense-t-on de moi? Cette incertitude me fait beaucoup souffrir. Si je puis parler, cela m'est moins pénible, car on voit bien alors que, malgré mon tremblement, je ne suis pas un poltron. Que cette situation est triste!

Il n'est pas douteux que les tremblements de ce genre s'accompagnent d'une souffrance morale fort pénible qu'il serait injuste de méconnaître.

\* \* \*

Une dernière question se pose. Quelle est la conduite à tenir dans les cas de ce genre?

Au point de vue thérapeutique, il faut faire humblement aveu d'incompétence. Les agents médicamenteux n'ont guère de prise sur les tremblements, quelle que soit la nature de ces derniers. Les seuls médicaments qui semblent avoir un effet sédatif et encore de courte durée, tels que l'hyosciamine, l'hyocisne, la duboisine, la scopolamine, etc., ne doivent être employés qu'avec la plus grande circonspection. Dans un de nos cas, l'électricité statique agit très heureusement; mais ce n'est pas une règle générale. On insistera surtout sur le repos, l'isolement, le grand calme qui diminuent les exacerbations et les paroxysmes.

Enfin, au point de vue militaire, la conduite à tenir paraît devoir être la suivante :

D'abord, un temps d'observation d'assez longue durée, — trois à quatre mois, — pendant lesquels on surveillera attentivement les caractères et surtout l'évolution du tremblement. Si celui-ci ne subit aucune modification, on donnera un congé de convalescence d'un à deux mois. Puis une nouvelle période d'observation d'un mois, *par le même médecin*. Passé ce délai, si le tremblement persiste avec les mêmes caractères, la réforme temporaire s'impose. Et lorsque le réformé est appelé à passer un nouvel examen, il serait très désirable que le médecin qui l'a observé antérieurement fût appelé à donner son avis.

En terminant, je me permettrai de rappeler les considérations d'ordre médico-légal dont j'ai fait part à propos de la trémophobie.

« Lorsqu'il s'agit d'un tremblement consécutif à un traumatisme, notamment chez les accidentés du travail, il faut, bien entendu, se mettre d'abord en garde contre la simulation. En second lieu, il importe d'apprécier le trouble moteur en soi, d'en déterminer les caractères et l'intensité et de rechercher ensuite les corrélations qui peuvent exister entre le tremblement et la trémophobie. Chez les accidentés trembleurs, il n'est pas rare que le tremblement, au cours des expertises, tantôt soit cultivé volontairement, sciemment, dans un but intéressé, tantôt qu'il soit entretenu par cette disposition revendicatrice à laquelle Brissaud a donné le nom imagé de sinistrose. Mais chez d'autres sujets, la trémophobie, trouble psychopathique, peut contribuer aussi à exagérer l'intensité du tremblement. Le médecin expert ne doit pas l'ignorer. »

Ces remarques sont encore de mise pour les trembleurs de la guerre.

Quant à l'évaluation de l'incapacité qui résulte de l'existence d'un tremblement, elle varie considérablement suivant l'intensité et la localisation du trouble moteur, suivant qu'il est ou non influencé par les mouvements adaptés à un but défini et par les chocs émotionnels, enfin suivant la profession du sujet.

S'il ne paraît pas possible de fixer à l'avance le pourcentage d'invalidité, par contre il serait très nécessaire de consacrer aux tremblements un chapitre plus détaillé que celui qui figure dans les ouvrages militaires couramment consultés pour l'appréciation de l'aptitude physique ou pour l'établissement des dossiers de réforme.

## II

### SUR LE PHÉNOMÈNE DE LA FACE ET LE SIGNE CONTRALATÉRAL DE LA FACE

PAR

**Démètre-Em. Paulian**

Ancien interne des hôpitaux,  
Assistant à la Faculté de médecine de Bucarest.

Dans la séance du 29 juillet 1945, MM. Pierre Marie et Foix ont insisté sur un symptôme que l'on trouve dans les paralysies faciales, les hémiplegies récentes ou anciennes, ainsi qu'au cours du coma hémiplegique.

Le phénomène qu'ils ont décrit est le suivant : en provoquant la compression énergique de la face postérieure de la branche montante du maxillaire inférieur, dans la région où elle se trouve croisée par le nerf facial (sur le trajet du nerf facial), on provoque une contraction du côté sain dans le domaine du facial, tandis qu'elle manque du côté paralysé ou hémiplegié.

Nous avons aussi trouvé ce phénomène chez tous nos malades, mais nous avons remarqué qu'en comprimant le facial du côté malade, on provoque toujours une contraction contralatérale du côté sain, et absolument rien du côté malade. C'est comme un mouvement associé de la face que nous appelons le