

Bibliothèque numérique

medic@

Revue neurologique

1918, vol 1. - Paris : Masson, 1918.

Cote : 130135

Sélection de pages : 14 à 24



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

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?130135x1918x01>

Cette individualisation peut permettre, au point de vue diagnostic du siège et de l'étendue des lésions, des précisions d'autant plus intéressantes que l'interprétation est plus difficile et le cas plus complexe.

II

NOUVELLES REMARQUES SUR LES TREMBLEMENTS

A PROPOS D'UNE SÉRIE DE TREMBLEURS DE GUERRE

PAR

M. Henry Meige et Mme Athanassio-Bénisty.

Société de Neurologie de Paris.

(Séance du 10 janvier 1918).

On sait les difficultés que présente la question des tremblements. Leur différenciation clinique est loin d'être résolue; leur anatomie pathologique est encore à naître. Leur pathogénie demeure hypothétique; enfin, actuellement, chaque cas soulève un problème médico-militaire dont la solution est souvent délicate.

Les multiples tentatives faites depuis déjà longtemps et de tous les côtés pour établir, grâce à l'inscription graphique, des distinctions entre les diverses sortes de tremblements, n'ont malheureusement pas fourni jusqu'ici des notions diagnostiques certaines. C'est encore à l'analyse clinique qu'il convient de s'adresser pour essayer d'entrevoir les caractères différentiels.

A ce titre, il nous a paru intéressant de faire défiler devant la Société de Neurologie une série de militaires trembleurs, soignés dans le service de M. le professeur Pierre Marie, à la Salpêtrière.

Nous ajouterons quelques remarques générales qui nous paraissent avoir leur utilité pour l'étude clinique et pathogénique des tremblements; elles compléteront celles que l'un de nous a déjà exposées dans ces derniers temps (1).

CAS. 1. — SYNDROME PARKINSONIEN.

Bau..., 35 ans, fit en septembre 1915 une chute sur le côté droit du corps, alors qu'il portait un sac de farine sur les épaules.

Cette chute entraîna une impotence douloureuse du bras droit qui s'atténua par la suite. Sept mois après, pendant qu'il était à son dépôt, il eut un ictus avec perte de connaissance. Aussitôt après il commença à trembler.

Actuellement, le tremblement est surtout apparent au membre supérieur droit, plus prononcé à l'extrémité où il se manifeste par des mouvements successifs et réguliers, assez rapides, de pronation et de supination, et par des mouvements de flexion du pouce et de l'index, rappelant le « geste d'émietter du pain ». Depuis quelque temps, ce tremblement apparaît aussi, quoique moins accentué, dans le membre supérieur gauche, et, à

(1) HENRY MEIGE, Les tremblements consécutifs aux explosions (tremblement, tressaillement, trémophobie). *Société de Neurologie de Paris*, 6 janvier 1916. *Revue neurologique*, février 1916. — Discussion in Réunion, 6-7 avril 1916. *Revue neurologique*, avril-mai 1916. — Réformes, invalidités et gratifications dans les tremblements, les spasmes et les tics. Réunion du 15 décembre 1916. *Revue neurologique*, novembre-décembre 1916.

de rares intervalles, tend à envahir les membres inférieurs. Il suit donc une *marche envahissante progressive*. Il est peu modifié par les mouvements intentionnels.

Mais ce qui frappe, plus encore que le tremblement, c'est l'*attitude générale* du malade : il est *soude, figé* ; son masque est immobile, les yeux clignent rarement. Il se tient constamment le corps légèrement penché en avant, l'avant-bras droit demi-fléchi, le coude collé contre le corps, le genou droit en légère flexion. Il se déplace tout d'une pièce, il tourne avec lenteur, n'avance qu'à petits pas, sans festination, mais il existe un peu de rétropulsion et une *latéropulsion* très accentuée.

Les doigts de la main droite demeurent fléchis au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes ou ne peut les étendre complètement ; les têtes des II^e et III^e métacarpiens sont augmentées de volume. Quand on mobilise les segments du membre supérieur droit on éprouve une légère résistance ininterrompue (flexibilité cireuse). Tous les *mouvements volontaires* sont possibles, mais *très lents* ; il faut insister pour obtenir toute leur amplitude.

A la face, on constate une asymétrie surtout apparente pendant l'ouverture de la bouche, qui se fait moins bien à droite ; le pli naso-genien est beaucoup plus marqué à gauche. Le malade boit difficilement, les liquides ne peuvent être absorbés que lentement.

La force musculaire est diminuée du côté droit pour tous les mouvements du bras et pour la flexion du genou ; mais il n'y a pas d'atrophie musculaire. Tous les muscles sont, au contraire, très apparents, en état de tonicité permanente. Ils font saillie sous la peau aussi bien à l'état de repos que pendant les mouvements.

Réflexes tendineux vifs, peut-être plus à droite qu'à gauche, à l'exception du réflexe achilléen droit qui est moins vif qu'à gauche ; mais la recherche des réflexes est rendue très malaisée par la raideur permanente du sujet.

Le réflexe plantaire est absent à droite, en légère flexion à gauche. Les crémasteriens et abdominaux sont normaux.

Flexion combinée de la cuisse et du bassin normale.

Sensibilité normale, mais *thermophobie* très marquée. Pas de différence de température locale entre les différents membres.

Un tremblement, qui suit une *marche progressivement envahissante*, qui *prédomine aux extrémités*, qui est constamment *pareil à lui-même*, dont les *oscillations sont synchrones dans tous les membres atteints*, est vraisemblablement d'origine organique.

S'il s'y ajoute une *raideur permanente* de tous les segments du corps, l'*attitude soudée*, le *masque figé*, la *flexion constante des phalanges*, la *lenteur des mouvements* qui n'atteignent qu'avec effort les positions extrêmes, la *démarche à petits pas*, la *latéropulsion*, l'*hypertonie* de la musculature, la *flexibilité cireuse* des segments, une certaine *gêne de la déglutition*, de la *thermophobie*, on peut affirmer qu'il s'agit d'un *syndrome parkinsonien*. De tels syndromes, dont l'origine organique ne paraît pas douteuse, encore que le siège de la lésion demeure incertain, s'observent non seulement au cours de la guerre actuelle à la suite de violentes déflagrations, mais ont été signalés, depuis longtemps déjà, à la suite des bombardements violents.

Pour ce malade, si l'on peut faire des réserves sur le rôle étiologique de la chute qu'il fit avec un fardeau sur les épaules, il est parfaitement légitime d'admettre que l'affection dont il est atteint est en relation avec des faits de guerre. Il doit être proposé pour la réforme n° 1.

De ce premier tremblement d'origine nettement organique nous en rapprochons tout de suite un autre qui peut à première vue offrir des analogies, mais dont la nature névropathique semble plus vraisemblable.

CAS 2. — TREMBLEMENT NÉVROPATHIQUE.

Cour... Jean, 34 ans, fait une chute en Serbie au mois de novembre 1916 ; il se tord le pied gauche et on lui applique un appareil plâtré pendant vingt jours. C'est seule-

ment deux mois après son arrivée en France qu'apparaît un *tremblement généralisé* et très intense au début, qui s'atténue peu à peu et se cantonne surtout dans le côté droit du corps.

Au membre supérieur, le tremblement se manifeste principalement par des mouvements rapides de *flexion et d'extension du poignet*, et parfois de supination et de pronation. Les doigts ne tremblent pas. Au membre inférieur, le tremblement est inconstant, très variable de siège, de forme et d'intensité d'un moment à l'autre. Ce tremblement s'exagère à l'occasion des mouvements d'une certaine amplitude, le masque facial est peu mobile, mais non figé. Cet homme progresse assez rapidement. Le bras droit allongé, collé contre le corps et ne se balançant pas avec la même souplesse que le gauche. Il jette le pied droit en avant et talonne un peu. Les mouvements commandés se font avec une vitesse et une amplitude normales.

La force musculaire est bonne, mais lorsqu'on la recherche ou lorsqu'on mobilise les divers segments, on éprouve une *résistance intermittente*, « à crans », très différente de la flexibilité cirreuse. Aucun signe organique; la sensibilité, les réflexes sont normaux; pas d'atrophie musculaire, ni de modifications de la température locale.

Ici, le tremblement ne porte pas sur les muscles moteurs des doigts; les mouvements de ces derniers sont simplement transmis par les contractions des autres muscles de l'avant-bras. Ce tremblement n'est pas constant; il varie dans sa forme et son intensité d'un moment à l'autre; il n'y a pas de synchronisme entre les oscillations du bras et celles du membre inférieur. En outre, ce tremblement est sujet à des *paroxysmes* au cours des examens; il s'exagère et tend à se généraliser pendant quelques instants, puis s'apaise quand l'attention du sujet est orientée ailleurs. Notons aussi que le tremblement, d'abord généralisé, a régressé par la suite.

Si l'attitude générale est un peu raidie, c'est du fait d'un état permanent de vigilance musculaire. La démarche ne répond ni à celle de l'hémiplégie ni à celle de la maladie de Parkinson.

Enfin, la sensation que l'on éprouve en mobilisant les segments des membres est toute différente de cette résistance ininterrompue, moelleuse, cirreuse, que l'on constate chez les parkinsoniens. Ici, c'est une *raideur intermittente, saccadée*, où l'on perçoit nettement des intervalles de relâchement et de contraction (*résistance à crans*, « roue dentée »), — réaction de défense que présentent bon nombre de névropathes.

Pour ces raisons, et en l'absence de tout indice d'une atteinte organique, ce tremblement peut être considéré comme de nature névropathique, et il y a lieu de soumettre cet homme à un traitement physio-psychothérapique approprié.

CAS 3. — TREMBLEMENT PERSISTANT PENDANT LE SOMMEIL.

Per... Blessure de l'épaule droite en décembre 1914, n'ayant entraîné aucune paralysie. Au bout de deux mois survient un tremblement qui est resté localisé à l'avant-bras droit. Il consiste en des mouvements très rapides de pronation et de supination de la main, lorsque le bras repose le long du corps. Si l'on fait étendre le bras dans l'attitude du serment, ce sont au contraire des mouvements de flexion et d'extension du poignet se succédant toujours avec la même grande rapidité. Aucun indice d'une lésion organique, mais une *anesthésie en manche*.

La constatation d'une anesthésie en manche sur le membre atteint de tremblement eût conduit autrefois à porter le diagnostic de *tremblement hystérique*; mais outre que ce genre d'anesthésie ne peut suffire pour affirmer l'hystérie, il y a lieu de faire des réserves sur l'existence même d'un tremblement relevant uniquement de l'hystérie.

On peut toutefois considérer qu'il s'agit ici d'un tremblement d'origine névro-

pathique, étant donnée la variabilité de son siège et de son intensité, jointe à l'absence complète de signes organiques.

Un fait, dans ce cas, mérite d'être signalé : le *tremblement ne disparaît pas complètement pendant le sommeil*.

Cette particularité, tout en retenant l'attention, ne doit pas faire oublier le caractère névropathique de l'affection. Celle-ci doit être traitée comme telle par la physio-psychothérapie.

CAS 4. — TREMBLEMENT CÉPHALIQUE.

Jac... Louis, âgé de 26 ans, a été blessé en mars 1916 par un éclat d'obus à la hauteur de l'apophyse épineuse de la VII^e dorsale. Quelques semaines après, il fut pris d'un tremblement généralisé « qui lui donnait une grande faiblesse dans les jambes et qui augmentait par la fatigue ». Puis ce tremblement a régressé et actuellement il se réduit à des secousses latérales de la tête, augmentées par le froid, la fatigue, les émotions. L'examen électrique des muscles du cou a montré une différence appréciable des réactions du sterno-mastoïdien et du trapèze plus excitables à droite. Il n'existe aucun autre symptôme objectif d'une atteinte organique du système nerveux.

Nous avons affaire ici à un tremblement à *marche régressive et à localisation céphalique*.

Les *tremblements de la tête*, de la tête seule ou de la tête avec légère participation des membres supérieurs, représentent un type clinique spécial.

On les voit survenir, soit après un traumatisme, généralement léger, soit à la suite de commotions ou simplement d'émotions et de fatigues. Ils sont constitués par de petites secousses, d'intensité et d'amplitude irrégulières, sujettes à des exacerbations. Ils s'accompagnent d'un état d'hypertonie des muscles rotateurs, notamment d'un ou des deux sterno-mastoïdiens, d'où résulte, si l'on peut ainsi dire, une *fixité tremulante* de la tête ; ils s'exagèrent dans les mouvements de la tête et du cou et à l'occasion des émotions.

Ces *tremblements céphaliques* rappellent par leur siège et leur évolution ce que l'on observe dans certains torticolis convulsifs atténués. S'ils sont facilement influencés par les facteurs psychiques, ils ne semblent cependant pas uniquement d'origine mentale. L'élément spasmodique qui les constitue paraît bien commandé par une épine irritative réelle.

En tout état de cause, le pronostic des tremblements céphaliques, sans gravité *quoad vitam*, est cependant assez sérieux, étant donnée la ténacité extrême de ces accidents. Il y a lieu de se comporter à leur égard comme dans les cas de torticolis convulsif et, suivant leur intensité, de proposer dans les cas sévères une réforme, dans les formes plus modérées le passage dans le service auxiliaire.

C'est cette dernière solution qui paraît devoir être appliquée au cas précédent, car la gêne éprouvée par ce malade ne lui permettrait pas de faire un service actif régulier, mais ne s'oppose pas à son utilisation dans un emploi peu fatigant.

CAS 5. — TREMBLEMENT AVEC CAMPTOCORMIE.

Tap..., 40 ans.

Il s'agit encore d'un tremblement névropathique survenu à la suite d'une déflagration. Ce tremblement est très variable dans sa forme, son siège et son intensité ; il est exagéré par tous les efforts, et ne s'accompagne d'aucun signe organique.

L'intérêt de ce cas réside surtout dans la coexistence avec le tremblement

d'une *plicature dorsale* (*camptocormie* de Souques) qui, suivant la règle, disparaît dans le décubitus dorsal. Il importe de ne pas confondre cette incurvation du tronc avec l'attitude de flexion en avant des parkinsoniens.

La nature névropathique de la camptocormie confirme ici celle du tremblement.

Un traitement rééducateur énergique devra être appliqué à ce trembleur camptocormique.

Dans tous les cas qui précèdent, il s'agit de tremblements survenus au cours de la guerre actuelle, à la suite de traumatismes, blessures ou accidents, ou après des commotions.

Les deux cas suivants concernent des tremblements observés également chez des militaires, mais antérieurs à la guerre.

CAS 6. — TREMBLEMENT ÉMOTIONNEL.

Par... Eugène, 43 ans, a commencé à trembler en 1913 à la suite d'un gros chagrin. Ce tremblement est essentiellement variable dans sa forme et dans son siège ; il occupe tantôt le bras droit, tantôt et le plus souvent les deux jambes. Il varie aussi beaucoup dans son intensité ; il est manifestement influencé par les émotions. On constate d'ailleurs pendant l'examen des phases d'accélération de la respiration et du pouls avec angoisse précordiale, des poussées vasomotrices et sudorales, et une horripilation tantôt localisée, tantôt généralisée. Enfin, cet homme présente à l'état presque permanent une sorte de tic de frottement du pouce contre l'index de la main gauche. Aucun signe organique appréciable.

Exemple caractéristique d'un *tremblement émotionnel* chez un sujet qui présente tous les signes de la *constitution émotive* (réactions vaso-motrices, sudorales, pileuses, paroxysmes circulatoires et respiratoires) et dont le *déséquilibre moteur* s'affirme par un *tic des doigts*, bien distinct du tremblement.

En présence de cet état constitutionnel, peu compatible avec les nécessités du service militaire et que les émotions de guerre risquent d'aggraver, il semble indiqué de faire une proposition de réforme n° 2.

CAS 7. — TREMBLEMENT CONSTITUTIONNEL.

Blond..., 30 ans.

Ce dernier trembleur appartient à une catégorie assez spéciale qui nous paraît devoir retenir l'attention.

Son tremblement aurait débuté à l'âge de 20 ans ; du moins, c'est à cette époque qu'il en aurait surtout éprouvé de la gêne ; selon lui, ce tremblement l'aurait empêché d'entreprendre aucun métier suivi. Mais la raison principale de cette incapacité est un état manifeste de débilité et d'instabilité mentales.

Les deux membres supérieurs sont atteints par le tremblement, surtout visible aux avant-bras. Oscillations assez régulières, non influencées par les mouvements intentionnels.

Ce tremblement en soi n'est pas nettement caractérisé ; mais on est frappé par l'habitus général du sujet. Ses gestes sont lents, sans souplesse, son visage immobile ; sa démarche est « empotée ». Ce n'est pas exactement la raideur figée parkinsonienne de notre premier trembleur ; et cependant on entrevoit là des analogies qui sont encore plus apparentes si l'on considère la morphologie générale. En effet, chez cet homme, toute la musculature est en état de tonicité

permanente ; chaque muscle se dessine sous la peau en demi-contraction. Pour mobiliser les membres on doit vaincre une certaine résistance peu accentuée, mais appréciable, tantôt régulière, tantôt entrecoupée de légères détentes.

En dépit de ces analogies, on ne saurait parler de maladie de Parkinson. Il n'en est pas moins vrai que plusieurs éléments du syndrome parkinsonien se trouvent ici réalisés.

Nous pensons qu'ils peuvent être rattachés à la déséquilibration motrice constitutionnelle de ce débile congénital.

Le déséquilibre moteur se manifeste de façons diverses, parmi lesquelles les anomalies du tonus musculaire sont très significatives (*dystonies*, *paratonies* de E. Dupré). Ces troubles sont ici des plus nets. Le tremblement est un autre mode de ces manifestations. Bien qu'on ait parlé d'un tremblement congénital, celui-ci ne se révèle nettement qu'à l'adolescence ; c'est bien ce qui paraît avoir eu lieu dans le cas présent.

Les analogies avec le syndrome parkinsonien que nous avons relevées n'ont d'ailleurs rien de déconcertant. On peut très bien admettre qu'un trouble de l'évolution des centres nerveux puisse réaliser un syndrome clinique, sinon identique, du moins analogue, à celui que détermine une lésion accidentelle. Les exemples se montrent nombreux en neuropathologie lorsque l'on compare les effets des encéphalopathies infantiles à ceux des lésions encéphaliques acquises.

En tout état de cause, il y a lieu de retenir l'existence d'une variété de *tremblement constitutionnel* associé à des *manifestations paratoniques*, offrant des ressemblances avec ce que l'on observe dans les syndromes parkinsoniens.

Le fort degré de débilité et d'instabilité mentales qui coexistent avec la déséquilibration motrice de cet homme autorisent à le considérer comme inapte à tout service militaire régulier, et par suite à le proposer pour une réforme n° 2.

À la suite de cette série de trembleurs, nous présentons un homme qui était entré dans le service pour un soi-disant tremblement post-commotionnel, dont il suffit d'examiner les caractères objectifs pour voir qu'il s'agit d'un trouble moteur tout différent.

Chev... Paul, a été commotionné par l'éclatement d'un obus le 22 août 1916. En même temps une pierre l'atteignait à l'œil gauche. Perte de connaissance pendant toute une journée, suivie pendant six semaines de stupeur, amnésie, paralysie de la vessie, escharres sacrées. Son billet d'hôpital porte en outre : *hémiparésie gauche*. Tous ces symptômes se sont améliorés assez rapidement. Mais peu à peu ont apparu des mouvements convulsifs occupant le côté gauche du corps et prédominant au bras. Ces mouvements, assez espacés, irréguliers, de plus grande amplitude que ceux du tremblement, sont surtout accentués à la racine du membre ; ils augmentent beaucoup dans les actes intentionnels.

Le malade marche en immobilisant sa main gauche dans la poche de son pantalon ou en la maintenant de sa main droite. Sa jambe gauche fauche légèrement et il pose lourdement le pied sur le sol.

La nature *organique* de ce cas est démontrée par le début des troubles, par l'existence d'une flexion combinée du tronc et de la cuisse gauche, par la grande diminution du réflexe achilléen gauche, par l'abaissement de la température locale du mollet gauche ainsi que par la légère atrophie de ce membre.

Contractions irrégulières sans rythme perceptible, surtout localisées à la racine du membre supérieur gauche déterminant des déplacements d'assez grande amplitude et de sens variables, très exagérées par les actes intentionnels. Ce trouble moteur ne peut être confondu avec un tremblement ; il rappelle beaucoup plus les mouvements choréi-

formes, ou ceux que l'on observe à la suite de certaines lésions pédonculaires ou cérébelleuses.

Il existe d'ailleurs des signes très nets d'une atteinte organique.

Si nous avons rapproché cet homme des précédents, c'est pour signaler l'emploi abusif qui peut être fait de l'étiquette de tremblement. Incidemment, retenons ce nouveau fait d'une grave affection nerveuse organique survenue à la suite d'une commotion, sans blessure apparente.

* * *

Dans l'examen d'un trembleur, il faut d'abord faire une analyse clinique objective du trouble moteur, en précisant sa forme, son siège, son évolution. Il faut, en outre, rechercher certains caractères d'ordre morphologique ou physiologique fréquemment associés au tremblement. Bien entendu, cet examen sera complété par une enquête portant sur les signes organiques et sur l'état mental.

La FORME DU TREMBLEMENT peut déjà fournir des indications utiles sur sa nature.

A vrai dire, la fréquence et l'amplitude des oscillations sont extrêmement variables, et l'on doit renoncer à établir des distinctions d'après le nombre d'oscillations à la seconde ou d'après l'étendue des déplacements. Cependant on peut admettre d'une façon générale, que :

Les *tremblements lents* appartiennent plutôt à des *affections organiques* (syndromes parkinsoniens).

Les *tremblements très rapides* également (paralysie générale, maladie de Basedow, intoxications).

Les *tremblements de rythme moyen* sont surtout le propre des états *névropathiques*.

Mais cette classification est toute relative. Il est beaucoup plus important de noter le caractère de *régularité* ou de *variabilité* d'un tremblement.

Un *tremblement qui reste toujours pareil à lui-même* est le plus souvent d'origine *organique*.

Un *tremblement irrégulier variable, polymorphe*, est au contraire *névropathique, émotionnel* ou *constitutionnel*.

Le SIÈGE DU TREMBLEMENT doit être recherché avec soin. Il n'est pas toujours facile de le préciser et l'on doit s'efforcer de distinguer les déplacements qui sont directement commandés par la contraction d'un muscle de ceux qui sont simplement transmis aux segments sous-jacents. C'est ainsi que des oscillations de la main et des doigts peuvent être provoquées par des contractions des muscles de l'épaule sans que les muscles moteurs des doigts soient atteints par le tremblement.

On parvient généralement à circonscrire la région trémulante en immobilisant successivement les différents segments. Mais il faut être averti d'une cause d'erreur assez fréquente : chez certains trembleurs, la fixation d'un segment de membre a pour effet de déplacer le siège de prédilection du tremblement, et d'en modifier la forme ou l'amplitude.

Affirmer la nature d'un tremblement d'après son siège serait trop de hardiesse clinique. Cependant lorsque le tremblement frappe nettement *les doigts*,

on peut toujours supposer une *origine organique* : c'est le cas du tremblement parkinsonien (geste de filer la laine, d'émietter du pain).

Encore faut-il distinguer ces cas où *tous les doigts sont déplacés dans le même sens* de ceux où l'on constate des oscillations individuelles et successives de chaque doigt (tremblement alcoolique, de la paralysie générale).

Les tremblements qui, respectant les doigts, se manifestent par des mouvements de flexion et d'extension de la main, alternant suivant la position du membre, avec des mouvements de pronation et de supination, peuvent s'observer dans des formes organiques, mais paraissent surtout de nature névropathique.

On observe des localisations trémulantes prédominant dans les muscles de l'épaule qui transmettent des déplacements au bras, à l'avant-bras et à la main. Ces tremblements sont généralement névropathiques. Ils ne doivent pas être confondus avec les mouvements choréiformes localisés dans la même région ; l'absence de rythme régulier, la plus grande amplitude et la variabilité du sens des déplacements permettent de reconnaître ces derniers.

Avec toutes les réserves qui s'imposent en clinique, on peut schématiser ces notions en disant :

Les *tremblements proximaux* sont en général de nature *névropathique* ;

Les *tremblements distaux* reconnaissent généralement une origine *organique*.

Les *tremblements de la tête* représentent un type clinique particulier, surtout s'ils sont cantonnés à l'extrémité céphalique. Ils s'accompagnent généralement d'un état hypertonique des muscles rotateurs qui tendent à immobiliser la tête dans une attitude de *fixité trémulante*. Cette variété de tremblement, caractérisée par *le chef à la fois vibrant et soudé*, semble apparentée au torticolis convulsif, et commandée par une irritation spasmogène à laquelle s'ajoute souvent un élément mental. Elle est d'une grande ténacité.

D'une façon générale, les *hémitremblements*, à localisation nettement dimidiée, doivent faire suspecter une cause organique.

Les tremblements frappant uniquement les membres inférieurs sont rares, et généralement névropathiques.

Très importante est la constatation du *synchronisme des oscillations* dans tous les membres atteints par le tremblement. Brissaud a justement insisté sur la constance de ce caractère chez les parkinsoniens.

Le tremblement doit être étudié *à l'état de repos et pendant les mouvements*. Les distinctions que l'on a cherché à établir d'après les modifications qu'apportent au tremblement les gestes volontaires ne sont pas d'une constance absolue. Il est exact que le tremblement ne se modifie généralement pas, et parfois même semble s'atténuer, à l'occasion des mouvements dans les états parkinsoniens, tandis qu'il s'exagère avec les actes intentionnels dans d'autres affections trémulantes comme la sclérose en plaques. Mais on observe aussi l'amplification et la généralisation du tremblement dans les formes névropathiques, constitutionnelles ou acquises.

Les tremblements qui présentent des *crises paroxystiques* appartiennent aux états émotionnels. Dans ces cas on devra distinguer, du tremblement proprement dit, le phénomène du *tressaillement* signalé et décrit par l'un de nous.

L'évolution du TREMBLEMENT peut aussi servir au diagnostic.

A cet égard on peut considérer trois modalités :

1° *Le tremblement progressif*, primitivement localisé à un membre ou un segment de membre, et qui, progressivement, gagne un ou plusieurs autres membres, du même côté ou du côté opposé. Tel est le cas du tremblement parkinsonien, affection progressivement envahissante;

2° *Le tremblement régressif*, généralisé d'emblée, mais tendant peu à peu à se localiser dans une moitié du corps, dans un seul membre. Cette évolution appartient surtout aux tremblements d'origine névropathique ou émotionnelle;

3° *Le tremblement migrateur*, dont les localisations varient à la fois dans l'espace et dans le temps. Il prédomine tantôt dans une partie du corps, tantôt dans une autre. C'est le cas d'un grand nombre de tremblements névropathiques.

Il serait désirable de vérifier dans tous les cas de tremblement si ce dernier *persiste pendant le sommeil*. Sans qu'on puisse attribuer à ce caractère une signification précise, il y a lieu cependant d'en tenir compte.

L'examen d'un trembleur doit être complété par d'autres renseignements que peut nous fournir la *vue* et le *palper*.

L'ASPECT MORPHOLOGIQUE du sujet est caractéristique dans les cas de syndrome parkinsonien.

L'un de nous a décrit jadis avec Paul Richer ces particularités objectives (1) : les modifications angulaires des différents segments du corps dans la station debout, dont les plus frappantes sont la flexion du corps en avant, la flexion de l'un ou des deux genoux selon que l'affection est unilatérale ou bilatérale, la flexion des avant-bras sur les bras avec écartement des coudes, attitudes qui subsistent pendant la marche; enfin, l'aspect vraiment spécial de la musculature qui, même au repos complet, se montre en état de subcontraction.

« *Nulle part*, disions-nous, *n'apparaît le relâchement musculaire*. » Le sujet présente l'aspect heurté de l'écorché; on distingue même les faisceaux constitutifs de certains muscles (pectoral, deltoïde, fessier, droits de l'abdomen), la corde tendue du long supinateur, les reliefs des quadriceps, etc.

Les contractions varient d'intensité, s'atténuent parfois par l'attouchement, la mobilisation; il en résulte un état de vigilance vibrante de toute la musculature.

Si ces signes sont particulièrement apparents dans les cas de tremblement parkinsonien, on les retrouve cependant plus ou moins accentués chez la plupart des trembleurs. Ils ont en général des muscles très « écrits », en état permanent de demi-contraction. Par là se traduit une perturbation du tonus musculaire qui semble inséparable du tremblement, soit qu'il s'agisse d'un trouble concomitant de cause organique, soit que cet état résulte d'une réaction défensive du sujet pour refréner son tremblement (tremblement névropathique), soit enfin qu'on ait affaire à une manifestation paratonique de déséquilibre motrice (tremblement constitutionnel, tremblement des dégénérés).

La *vitesse et l'amplitude des mouvements commandés* doit aussi être contrôlée. Un geste du bras qui ne peut s'exécuter qu'avec lenteur et qui n'atteint que difficilement le but extrême, plaide en faveur d'une affection organique; de même le ralentissement de la marche.

(1) PAUL RICHER et HENRY MEIGE, *Étude morphologique de la maladie de Parkinson. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 6, 1895.

On ne négligera pas de faire écrire le malade. Lamy a fort justement signalé que dans l'écriture des parkinsoniens les lettres diminuent progressivement de hauteur d'une ligne à la suivante.

Dans l'examen d'un trembleur il est essentiel aussi d'*apprécier par le palper manuel la sensation que l'on éprouve en mobilisant les segments des membres.*

La *flexibilité cireuse* des états parkinsoniens se traduit par une résistance moelleuse et ininterrompue.

Elle se distingue nettement de la *résistance intermittente, saccadée, « à crans »*, que l'on perçoit chez la plupart des névropathes trembleurs.

La première donne une sensation de tension régulièrement soutenue, sans à-coups, qui s'atténue peu à peu par la mobilisation. La seconde se traduit par une succession de contractions et de relâchements plus ou moins brusques à intervalles irréguliers, réactions défensives qui ont généralement tendance à s'exagérer au début des manipulations, et cèdent à la longue sous l'influence de la fatigue.

Il est presque superflu d'ajouter que l'on doit faire chez tous les trembleurs une enquête minutieuse des signes permettant de reconnaître une atteinte organique.

À ce propos, il faut encore rappeler que l'*examen des réflexes* est rendu malaisé à la fois par le tremblement et l'hypertonie musculaire. Il faut se garder de conclure à l'absence d'un réflexe tendineux si l'on n'obtient pas de réponse dès les premières recherches; celles-ci doivent être répétées à maintes reprises, en variant les positions du malade, et renouvelées à plusieurs jours d'intervalle. On devra aussi distinguer un tremblement du pied d'un clonus vrai.

On notera avec soin les troubles de la sensibilité, qui d'ailleurs sont peu fréquents, les différences thermiques des membres, les troubles vaso-moteurs et trophiques, etc., qui plaident en faveur d'une origine organique.

L'attention doit aussi se porter spécialement sur la recherche des *signes d'ordre cérébelleux* (diadococinésie, dysmétrie, asynergie, etc.), étant donnée la coexistence fréquente de troubles du tonus et du contrôle des mouvements.

Dans les tremblements qui paraissent de nature émotionnelle, l'enquête clinique doit porter sur toutes les *manifestations émotives*, et notamment sur les réactions vasculaires, pileuses et sécrétoires.

Le *pouls* est souvent difficile à percevoir au poignet en raison des oscillations du membre supérieur : on l'appréciera aisément sur la carotide. Poussées de rougeur de la face, sécrétions sudorales, horripilation, brusquerie et fugacité de ces réactions et leur concordance avec une exacerbation du tremblement sous l'influence des causes capables de déclencher le syndrome émotif, quand ces caractères sont dûment constatés, il s'agit bien d'un tremblement émotif.

Parallèlement à l'examen somatique, un *examen mental* doit être fait pour chaque trembleur. L'un de nous a montré autrefois le rôle amplificateur des facteurs psychiques sur le tremblement, en particulier celui de la peur du tremblement, la *trémophobie*.

* * *

Les remarques qui précèdent pourront peut-être rendre quelques services pour l'examen des trembleurs et faciliter les décisions médico-militaires à leur égard.

Il nous semble qu'il s'en dégage en outre des notions d'ordre plus général et que voici :

On peut donner du tremblement cette définition objective : *oscillations rythmiques, de faible amplitude, déplaçant involontairement un ou plusieurs segments du corps* (1).

Il importe d'étudier ce symptôme en soi et d'en analyser tous les caractères ; mais la clinique commande de n'en point séparer un ensemble de signes qui font entrevoir une perturbation plus générale de la fonction du tonus. Cette perturbation se manifeste non seulement par le tremblement, mais par des anomalies de la tonicité musculaire appréciables par la vue et par le toucher. L'habitus morphologique des trembleurs, les modalités de leurs réactions aux manœuvres de mobilisation, sont des éléments d'appréciation inséparables de ceux que fournit l'analyse du tremblement proprement dit.

En d'autres termes, le trouble moteur qui constitue le tremblement n'est qu'un des éléments d'un *syndrome dystonique* qui mérite d'être étudié globalement.

Pour finir, une suggestion. Elle est inspirée par la parenté du tremblement avec les autres manifestations émotives.

Lorsqu'on considère la fréquence de l'association du tremblement avec les troubles vaso-moteurs ou sécrétoires, et avec les modifications du rythme cardiaque et respiratoire, qu'il s'agisse de tremblements de cause nettement émotionnelle, de tremblements constitutionnels ou de tremblements qualifiés, faute de mieux, de névropathiques, ou encore et surtout des tremblements qui font partie du syndrome basedowien, on est tout naturellement conduit à envisager une participation du système sympathique à la genèse de ces tremblements.

Mais c'est à la neuropathologie de demain qu'il appartiendra de démontrer le bien ou le mal fondé de cette hypothèse...

III

BLÉPHARO-CONTRACTURES

TRAITEMENT PAR L'ALCOOLISATION LOCALE (2)

PAR

Sicard et Poulard.

(Centre de Neurologie de la 15^e Région.)

Nous présentons quelques cas dits de blépharo-spasmes qui seraient mieux dénommés blépharo-contractures et que nous avons traités avec succès par un procédé spécial : celui de l'alcoolisation nerveuse locale.

Il règne une certaine confusion dans la classification des mouvements convulsifs des paupières. Aussi dans l'intérêt nosologique, pensons-nous qu'on peut

(1) HENRY MEIGE, Tremblement, in *Pratique médico-chirurgicale*.

(2) Communication à la Société médico-chirurgicale de la 15^e Région, 18 octobre 1917.