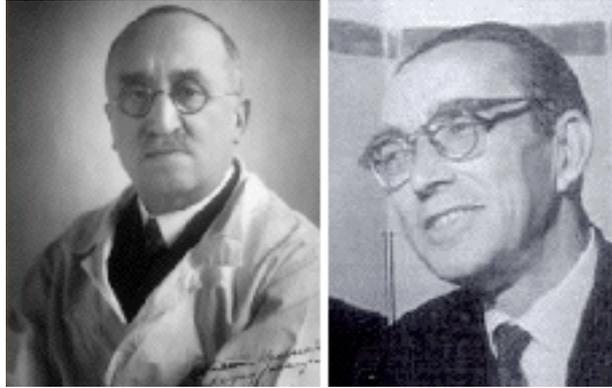


André-Thomas et J. de Ajuriaguerra

## Etude sémiologique du tonus musculaire

Flammarion éditeur 1949



### Hémiplégie de l'adulte pages 439-441:

Nous citons au hasard un cas d'hémiplégie droite avec aphasie survenue brusquement le 17 novembre 1944 et que nous avons examiné pour la première fois le 19 décembre de la même année, par conséquent un mois après l'ictus.

Les membres droits étaient en résolution complète, les muscles n'offraient aucune résistance à la traction. Mal renseignés à ce premier examen sur la date du début, nous revîmes le malade trois jours plus tard pour prendre en détail l'observation de ce cas qui nous paraissait plutôt exceptionnel: il n'était pas aussi pur qu'il nous avait tout d'abord semblé, la spasmodicité s'annonçait par quelques petits signes qui avaient fait défaut la première fois. Tout d'abord une transformation importante s'était produite en trois jours, la motilité avait fait sa réapparition au membre inférieur, davantage dans les segments proximaux que dans les segments distaux, mais en même temps la contracture s'y était installée davantage qu'au membre supérieur.

La face est prise, les traits sont nettement déviés vers le côté gauche et la déviation s'accroît à l'occasion du rire, les dents sont découvertes. Dans toutes les circonstances qui exigent le concours des muscles innervés par le facial inférieur, l'asymétrie est manifeste, le soulèvement passif de la lèvre supérieure ou la traction en bas de la lèvre inférieure rencontre moins de résistance, le facial supérieur n'est pas absolument indemne, lorsque le malade est invité à fermer énergiquement les yeux la paupière supérieure droite offre moins de résistance que la gauche à l'élévation passive, la paupière inférieure moins de résistance à l'abaissement que du côté gauche, le réflexe cornéen est affaibli à droite, le réflexe de Mac Carthy existe des deux côtés, le réflexe massétérin est plus vif à droite.

La paralysie du membre supérieur droit est totale, aucun mouvement volontaire ne peut être exécuté; tandis qu'au premier examen la mobilisation passive des divers segments ne rencontrait aucune résistance, la passivité était complète, le 19 décembre la mobilisation du bras provoquait une résistance réelle et procurait même une réaction douloureuse quand elle était poussée trop loin, au contraire le ballonnement de l'avant-bras, de la main et des doigts paraissait absolument libre. Toutefois quand les phalanges sont portées en hyperextension, elles n'offrent pas à proprement parler une opposition, mais abandonnées à elles-mêmes elles reviennent en flexion ou plutôt à la position antérieure plus complètement et plus rapidement que du côté gauche. Le ballant de l'avant-bras, du poignet sont obtenus plus facilement à droite qu'à gauche. L'hyperextensibilité existe pour tous les muscles, mais le déplacement maximum de l'épaule, l'hyperextension ou l'hyperflexion du coude procurent une sensation désagréable. D'ailleurs trois jours auparavant ces douleurs n'existaient pas et l'hyperextensibilité était nettement constatée dans tous les muscles. Le signe de Raimiste est naturellement présent, mais la flexion spontanée du poignet sous l'influence de la pesanteur atteint d'emblée à peu près son maximum d'excursion, une pression surajoutée ne diminue pas l'angle formé par la main et l'avant-bras.

Les muscles sont pour la plupart flasques et il existe un certain degré d'émaciation dont l'inertie qui

remonte à peu près à un mois explique suffisamment l'existence.

Les réflexes ostéotendineux sont nettement plus vifs du côté droit, la secousse musculaire mécanique est également plus forte pour tous les muscles, y compris les petits muscles de la main (éminences thénar, hypothénar, interosseux); la percussion de certains muscles et de leurs tendons détermine des mouvements plus étendus que ne le comporte l'intensité de l'excitation, ils débordent le champ d'action du muscle percuté, mais ailleurs la secousse reste limitée au muscle excité et celle-ci se montre plus active, produit un déplacement plus grand que du côté gauche. Le réflexe d'Hoffmann fait défaut.

Le membre inférieur droit est moins flasque qu'aux premiers jours, d'ailleurs le malade est capable d'amener le talon droit sur le genou gauche, mais le mouvement est lent, maladroit, le but n'est pas atteint du premier coup et le talon ne peut s'y maintenir, le pied se laisse aller ensuite pour revenir à la position de repos. La trépidation épileptoïde fait défaut. L'hyperextensibilité subsiste, mais limitée cependant par un certain degré de résistance des muscles à l'élongation. Par conséquent ballant moins facile à obtenir qu'au membre supérieur. Les réflexes ostéotendineux sont nettement plus forts du côté droit, ils sont plutôt faibles à gauche. Lorsque le malade est assis sur le bord du lit, l'excursion de la jambe droite est plus grande, puis elle retombe brusquement et rebondit plusieurs fois sur le montant du lit, ce qui démontre un certain degré de résistance des muscles antagonistes.

Le réflexe cutané plantaire se fait en extension, le signe de Babinski est net, mais l'excitation plantaire ne détermine pas de retrait d'ensemble des membres inférieurs. La percussion de certains muscles, par exemple du triceps, détermine une secousse plus forte du côté droit, mais la différence entre les deux côtés est moins nette qu'aux membres supérieurs, Le signe de Rossolimo fait défaut, pas de contraction réflexe des orteils par la percussion de leurs extrémités. Le réflexe cutané abdominal droit, le crémasterien droit sont abolis.

Aucune paralysie des muscles de la tête et du cou. La rotation passive de la tête est poussée à peu près au même degré vers le côté droit ou vers le côté gauche. La résistance à la poussée sur la tête d'avant en arrière est grande, aucune déviation spontanée de la tête; au premier examen la rotation passive à gauche était poussée plus loin.

Le malade est invité à se tourner dans son lit alternativement à droite et à gauche. Le mouvement est plus facilement exécuté dans la rotation horaire que dans la rotation antihoraire. Il faut, il est vrai, tenir compte de la mobilisation plus facile du membre supérieur gauche. Mais l'épreuve a été exécutée de telle manière que le bras ne puisse s'agripper et faciliter le mouvement. Le regard se porte plus volontiers vers le côté gauche que vers le côté droit. Secousse nystagmique du départ lorsque les yeux préalablement orientés vers le côté gauche se dirigent à droite. Amplitude moindre du mouvement actif de rotation de la tête et des yeux pour regarder à droite que pour regarder à gauche.

Placé dans la position assise sur le bord du lit, le corps ballotté par les deux mains appliquées symétriquement sur les flancs, le malade résiste relativement mieux à la poussée vers le côté droit; si on lui demande de s'opposer au mouvement, il résiste à peu près également à la pulsion, qu'elle soit exercée vers le côté gauche ou vers le côté droit. La rotation passive est poussée plus loin dans le sens horaire que dans le sens antihoraire, et la rotation active s'effectue également mieux dans le même sens, mais la différence est légère. On profite de cette attitude pour appliquer quelques piqûres sur la région dorsale, la piqûre à gauche produit un mouvement assez brusque de l'épaule par contraction du trapèze correspondant, la piqûre droite ne produit qu'une ébauche de contraction de la partie inférieure du trapèze droit insuffisante pour entraîner un déplacement de l'épaule; le côté droit du corps se porte légèrement en avant.

De cette observation il subsiste un premier fait intéressant : à une période où la paralysie est encore très marquée, complète, même pour le membre supérieur, les muscles du tronc, de la nuque et de la tête sont à peine touchés, il n'existe pas une différence notable entre les muscles des deux cotes, les muscles qui assurent la rotation ou l'inclinaison dans un sens ou dans l'autre.

De cette observation il faut encore retenir les modifications du tonus, l'extensibilité, la passivité, les premières ébauches de la contracture, l'exagération de la secousse musculaire. Au cours de l'examen en position assise, quelques secousses intermittentes ont été observées dans le trapèze droit; ces secousses ont été accompagnées par un léger mouvement de la main, de l'index et du médium, secousses de très faible amplitude et très lentes. **Sous l'influence de la toux, le bras droit subit des déplacements spontanés qui le portent en avant et un peu en rotation.** La contracture s'est ensuite développée progressivement. Le moment de son apparition ou de son accentuation est assez variable d'un cas à l'autre sans que l'on puisse en indiquer le motif. La persistance des troubles du langage permet d'affirmer l'existence d'une lésion corticale et sous-corticale.