

Revue au delà en état de guérison complète. Les douleurs n'ont plus reparu, et, de plus, le membre a repris son volume normal (1).

POLYNÉVRITES. — Les polynévrites se traduisent par des symptômes de même ordre, mais à *foyers multiples*. — Comme expression prédominante, elles s'accusent cliniquement par des parésies intéressant les membres, soit les deux membres supérieurs, soit les deux membres inférieurs, soit même (mais plus rarement) les quatre membres.

C'est ainsi qu'on a vu des sujets syphilitiques présenter, en pleine période secondaire, soit une parésie des deux bras, avec douleurs, atrophie musculaire et réaction de dégénérescence (cas de Leyden) ; — soit des symptômes de paraplégie, avec douleurs, altération de la sensibilité, amyotrophie, mais avec intégrité des sphincters (cas de Fordyce) ; — etc.

Une observation très détaillée et très intéressante, due à MM. Spillmann et Etienne, est un bel exemple d'une *polynévrite secondaire diffuse, affectant les quatre membres*.

Cette polynévrite, qui s'était annoncée dès le quatrième mois environ de la maladie, était pleinement accomplie vers le dixième. Elle se caractérisait alors par une paralysie affectant d'une façon prédominante les extrémités des membres, par une amyotrophie considérable et des troubles de la sensibilité. Soumise au traitement spécifique, elle s'amenda presque immédiatement, puis guérit.

Ce fait est vraiment trop curieux pour que je n'en donne pas ici une courte analyse.

Jeune homme de vingt-deux ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents d'alcoolisme et de saturnisme.

Syphilis datant de dix mois (chancres indurés, syphilides bénignes ; — plus tard, céphalée, vertiges, asthénie).

Au dixième mois de la maladie, on constate (sans parler de divers accidents spécifiques, tels que roséole de retour, alopecie intense, plaques muqueuses, hypertrophie de la rate et du corps thyroïde, etc.) des symptômes nerveux des plus accentués, consistant en ceci :

1° *Troubles de motilité* : Impossibilité absolue de marcher ; même soutenu, le malade s'affaisse. — Phénomènes paralytiques, prédominant aux extrémités ; ainsi, tandis que les jambes peuvent encore être soulevées au-dessus du lit, la flexion et l'extension des pieds sont totalement abolies. — Il en est de même aux membres supérieurs, où la force musculaire, assez bien conservée aux bras et aux avant-bras, est presque abolie au niveau des poignets. Le malade ne peut serrer avec les mains. — Au lit, impossibilité de s'asseoir sans le secours des bras. — Sphincters indemnes.

2° *Sensibilité* au toucher et à la piqûre presque abolie au niveau du pied et

(1) Ludovic Dubois, *De la sciatique d'origine syphilitique et en particulier de la sciatique dans le cours des accidents secondaires*. Thèse de Paris, 1884.

de la jambe, du côté droit. — Aucune douleur spontanée ; mais muscles et nerfs douloureux à la pression.

3° *Amyotrophie* très accentuée au niveau des membres, des muscles intercostaux, des masses dorso-lombaires et des interosseux.

4° *Réflexes* des genoux abolis.

Traitement spécifique (par injections de thymol-acétate de mercure) commencé le 28 novembre. — Amélioration immédiate des plus notables, obtenue en quelques jours, puis progressive. — Le malade, dès le 30 décembre, peut marcher sans le secours de personne. — Restauration complète de l'amyotrophie vers la seconde quinzaine de mars, etc.

« Bien sûrement, ajoutent les auteurs, il s'est agi dans ce cas d'une *polynévrite périphérique d'origine syphilitique*. En l'absence de tout antécédent infectieux ou toxique, comme de toute cause occasionnelle (telle que le froid), la syphilis se présentait comme seule étiologie possible ; d'autant que le malade se trouvait en pleine phase d'infection secondaire généralisée, et que ces accidents nerveux ont coïncidé avec une poussée cutanée nouvelle... D'autre part, il ne pouvait s'agir de myélite. Au cas d'une myélite centrale, aiguë ou subaiguë, nous aurions eu à observer des troubles sensitifs beaucoup plus considérables, et les sphincters auraient été rapidement intéressés. Au cas d'une myélite antérieure, il ne se serait produit aucun trouble de sensibilité. Dans les deux cas, nous aurions eu paralysie totale, et non pas cette prédominance extrêmement marquée vers les extrémités périphériques ; puis, l'évolution aurait été tout autre. — La polynévrite périphérique était donc seule acceptable, en raison de la prédominance des phénomènes de paralysie et d'atrophie musculaire, de l'absence de douleurs spontanées, de l'état douloureux des nerfs et des muscles à la pression, etc... »

A remarquer surtout dans ce cas, comme caractéristique en l'espèce, la *prédominance des phénomènes paralytiques sur les extrémités des membres*.

J'ai observé en ville, avec M. le Dr Gilles de la Tourette, un fait analogue sur une jeune femme de vingt-deux ans, de bonne santé antérieure, et non hystérique. Un an après le début d'une syphilis qu'elle tenait de son mari, elle fut prise de très vives douleurs dans le cou, les bras, les hanches, les genoux, les pieds et, plus particulièrement, les orteils. Bientôt après se développa une parésie progressive des quatre membres, surtout marquée aux membres inférieurs, et prédominante dans les mains et les pieds. La marche, notamment, devint bientôt impossible. Les pieds étaient tombants, incapables de se redresser, froids, violacés, et toujours en état de moiteur visqueuse. — Les muscles des jambes s'atrophiaient, en donnant la réaction de dégénérescence. — Les sphincters restèrent indemnes. — On aurait pu croire à une paralysie alcoolique, mais les antécédents excluaient absolument ce diagnostic. — Le traitement spécifique et l'électricité dissipèrent en quelques mois tous ces divers symptômes.

Évolution, pronostic, traitement. — Ces manifestations névritiques procèdent toujours par un début insidieux et une évolution

originelle assez lente. Accomplies, elles restent stationnaires. — Que deviendraient-elles et que dureraient-elles en l'absence d'un traitement approprié à leur nature? Impossible de le préciser encore, étant donné le petit nombre de faits dont on dispose actuellement.

Tout ce qu'on peut en dire est qu'elles cèdent assez facilement à la médication spécifique. Toujours, jusqu'ici du moins, on les a vues guérir sous l'influence de cette médication. Le pronostic peut donc en être dit bénin.

Le mercure est certainement en l'espèce le remède de choix, associé ou non à l'iodure. — L'électricité a paru d'un très utile secours pour combattre l'atrophie et activer le rétablissement de la force musculaire.

VI

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. — ANALGÉSIE SECONDAIRE. — C'est l'induction qui m'a conduit (il y a déjà de longues années) à étudier l'état de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis. Voyant que nombre d'intoxications et d'infections ont pour résultat d'altérer cette sensibilité suivant divers modes, je me suis demandé si la syphilis ne ferait pas pareille chose. Et d'une longue, très longue enquête instituée à ce sujet il a résulté pour moi ceci :

1° Que fréquemment, très fréquemment, l'infection secondaire se traduit chez la femme par des troubles divers de la sensibilité générale et, tout spécialement, par une curieuse *algésie* que recommandent à l'attention des localisations spéciales;

2° Que des troubles analogues peuvent se rencontrer chez l'homme, notamment chez l'homme jeune, nerveux, de tempérament féminin, mais qu'ils sont très rares, voire exceptionnels, dans notre sexe.

Modalités cliniques. — Ces troubles sont variés de forme, en ce sens qu'ils peuvent affecter la sensibilité suivant différents modes. Ainsi :

1° Tantôt ils n'intéressent que la sensibilité à la douleur, c'est-à-dire constituent ce qu'on appelle l'*algésie*. C'est là leur forme infiniment la plus commune.

2° Tantôt ils portent à la fois sur la sensibilité à la douleur et la sensibilité au contact, de façon à rendre les malades simultanément *algésiques* et *anesthésiques*.

3° Tantôt, enfin, ils intéressent coïncidemment le sens de la température.

Quelques détails.

La forme usuelle de ces accidents, c'est, je le répète, l'*algésie* pure et simple. Dans cette forme, la malade est plus ou moins insen-

sible à une excitation douloureuse, telle que la piqure à l'épingle, mais elle a conservé le sens du contact. Elle sent qu'elle est touchée par l'épingle sans en éprouver de douleur.

Conjointement avec l'anesthésie tégumentaire, le sens du tact peut être aboli. Cela est beaucoup plus rare. — Mais, remarque curieuse, si l'*algésie* peut exister sans anesthésie, la réciproque n'a pas lieu. La syphilis ne fait pas d'anesthésie pure, exceptions rares réservées.

Quelquefois, enfin, mais seulement dans les cas de syphilis nerveuse accentuée, la perte du sens de température s'associe à l'*algésie*.

Algésie secondaire. — Forme de beaucoup la plus importante, soit qu'elle existe seule, soit (ce qui est plus rare) qu'elle se combine à d'autres troubles de sensibilité.

D'abord, comme intensité de symptôme, elle comporte de nombreuses variétés. Tantôt elle ne consiste qu'en une diminution plus ou moins accentuée, légère même parfois, de la sensibilité douloureuse. Tantôt, au contraire, cette sensibilité est presque absolument éteinte, voire abolie. — Entre ces deux extrêmes, tous intermédiaires possibles.

Comme siège, variétés non moins multiples. Ainsi :

1° Elle peut être généralisée ou quasi généralisée à toute l'étendue des téguments. C'est là une forme rare, presque exceptionnelle.

2° Pour l'énorme majorité des cas, au contraire, elle n'est que *partielle*.

Partielle, elle est presque toujours *symétrique* d'un côté du corps à l'autre côté, différant en cela (notons ce point au passage) de l'*algésie* hystérique, qui se limite souvent à une moitié du corps.

Partielle, elle est presque toujours *départementale*, c'est-à-dire circonscrite à de certaines régions pour lesquelles elle affecte, comme je le dirai dans un instant, une prédilection singulière et presque révélatrice.

3° Il n'est pas rare, enfin, qu'elle soit absolument irrégulière, voire désordonnée comme localisations. Ainsi, parfois elle se distribue en *îlots*, auquel cas des placards *algésiques* (de l'étendue de la paume de la main ou même de la main) se trouvent encadrés par des tissus à sensibilité intacte (1). Plus capricieuse et plus bizarre encore quelquefois, elle peut n'affecter qu'un ou quelques

(1) Comme exemple de cette curieuse distribution de l'*algésie par îlots*, je citerai le cas d'une des malades actuelles de mon service. Devenue *algésique* sous nos yeux, par le fait d'une syphilis secondaire à manifestations nerveuses multiples, cette femme n'a perdu la sensibilité à la douleur que sur certains départements de l'enveloppe cutanée. Ainsi :

Au niveau du tronc, l'*algésie* est distribuée par plaques, à la périphérie desquelles le contact douloureux de l'épingle est nettement perçu.

Sur les membres supérieurs, elle occupe les faces externe et postérieure des bras,

doigts, en laissant les autres indemnes, comme aussi inversement les affecter tous à l'exception d'un ou de deux, etc. (1).

Mais je passe sur ces détails, qui ne sont que curieux, pour arriver au caractère vraiment majeur de l'analgésie secondaire.

Ce caractère, c'est la singulière prédilection de siège qu'elle affecte pour deux régions, à savoir :

1° La RÉGION MAMMAIRE ;

2° La RÉGION DORSALE DU MÉTACARPE.

I. — N'est-ce pas, d'abord, chose plus qu'inattendue, plus que bizarre, de voir la syphilis faire élection du sein pour se traduire là, sur un organe aussi sensible, aussi hyperesthésique physiologiquement, par des troubles analgésiques ? Et n'est-ce pas extraordinaire, d'autre part, que de voir les téguments du sein analgésiés au centre de téguments dont la sensibilité est restée indemne ?

Eh bien, si invraisemblable que cela soit *à priori*, cela est cependant. Des centaines de fois j'ai montré à mes élèves et aux auditeurs de mes cliniques des femmes en puissance de syphilis secondaire qui ne sentaient absolument pas la piqûre de l'épingle sur la région même du sein, tandis qu'elles la percevaient sur toutes les régions périphériques. Le fait reste donc incontestable et d'ailleurs incontesté.

II. — Mais bien plus commune encore et non moins caractéristique est la localisation dorso-métacarpienne de l'analgésie. Rien de plus fréquent que d'observer ceci : Au niveau de la *face dorsale du métacarpe*, insensibilité des téguments à la piqûre, alors qu'au voisinage, c'est-à-dire sur les faces latérales de la main et sur la région palmaire, la sensibilité à la piqûre reste conservée. Il y a même là un contraste saisissant pour l'observateur, qui détermine ou non une douleur suivant qu'il pique la face palmaire ou la face dorsale de la même main.

la face externe des avant-bras, la face dorsale du métacarpe et des doigts ; mais partout ailleurs la sensibilité est restée normale.

Aux membres inférieurs, la localisation de l'analgésie est plus irrégulière encore : longue bande analgésique suivant la face externe de la cuisse ; plaques analgésiques sur les faces latérales du genou, dont les parties antérieure et postérieure conservent leur sensibilité intacte ; large plaque analgésique occupant la face antéro-externe de la jambe ; îlots analgésiques autour de l'articulation tibio-tarsienne. — Sur tous les autres points et aux pieds notamment, état absolument normal de la sensibilité.

(1) Exemples : une de nos malades ne présentait d'analgésie que sur la face dorsale du métacarpe gauche et de l'annulaire gauche ; — une autre était analgésique au niveau des seins, des joues, de la face dorsale des métacarpes et de tous les doigts, à l'exception de l'annulaire et de l'auriculaire gauches (!) ; — une troisième n'était analgésique qu'à droite, au niveau de la joue, du cou, du sein, du bras, de l'avant-bras et de la face dorsale du métacarpe, etc.

Toutes les bizarreries possibles ont été notées au point de vue des localisations de cette analgésie secondaire.

Cette analgésie occupe exactement comme siège la face dorsale du métacarpe, surtout au niveau de sa région centrale. — Assez souvent elle se prolonge plus ou moins soit sur la face dorsale des doigts, soit sur la face dorsale du poignet.

Elle peut exister là exclusivement. Mais, très souvent aussi, elle coïncide avec l'analgésie mammaire ou avec des analgésies d'autres sièges. — Dans ce dernier cas, elle affecte généralement son intensité maxima sur la région métacarpienne. — C'est là aussi qu'elle survit le plus longtemps, alors que des analgésies d'autres sièges ont déjà disparu.

Aussi bien, déduction pratique, est-ce sur la face dorsale du métacarpe qu'il convient de rechercher de prime abord l'analgésie secondaire, et cela pour deux raisons : parce que, d'une part, elle existe toujours là alors qu'elle existe ailleurs ; — et parce que, d'autre part, elle peut n'exister ou ne plus exister que là.

Analgésie mammaire et analgésie dorso-métacarpienne, voilà pour l'analgésie secondaire deux localisations préférées, deux foyers d'élection. Eh bien, en vérité, nul besoin d'insister pour faire ressortir la *singularité* même de ces deux localisations, singularité qui ne saurait tenir qu'au génie morbide, qui ressort bien certainement de l'essence même d'origine de tels symptômes, et qui, conséquemment, confère à l'analgésie syphilitique une physionomie spéciale dont le diagnostic peut faire utile profit.

III. — L'analgésie secondaire est essentiellement une analgésie *cutanée*. Elle intéresse la peau, mais laisse indemnes les tissus sous-jacents. Ainsi, la même malade qui ne sent pas la piqûre de l'épingle est sensible à des excitations plus profondes (telles que le pincement), c'est-à-dire intéressant le tissu cellulaire ou les filets nerveux sous-cutanés.

De plus, cette analgésie cutanée est superficielle ou profonde suivant les cas. Parfois elle se tient, si je puis ainsi parler, à fleur de peau, en sorte que la piqûre de l'épingle n'est pas sentie si elle reste superficielle, mais devient douloureuse si elle pénètre plus avant. — En d'autres cas elle intéresse le derme plus profondément, voire dans dans toute son épaisseur, et alors on peut traverser la peau sans éveiller la moindre sensation de douleur.

Enfin, cette analgésie secondaire est-elle susceptible de s'étendre aux muqueuses ? Il est certain que, plusieurs fois, on a vu coïncider avec elle des troubles anesthésiques ou analgésiques de diverses muqueuses (muqueuse buccale, linguale, nasale, conjonctivale, etc.). Mais, d'une part, les cas de cet ordre sont rares. D'autre part, il n'est pas à méconnaître que l'hystérie peut ne pas y être étrangère. En

sorte que la question des analgésies muqueuses d'origine spécifique est loin encore d'être résolue. Il convient, je crois, de la réserver.

IV. — La *durée* de ces troubles de sensibilité est très variable. Dans les cas légers, elle peut ne pas dépasser quelques septénaires. Mais, bien plus souvent, elle se prolonge davantage, à savoir trois, quatre à cinq et six mois.

Il n'est pas rare encore que l'analgésie secondaire disparaisse dans la plupart de ses foyers pour subsister longuement sur quelques-uns, notamment sur les membres et sur la face dorsale du métacarpe. Ainsi, j'ai dans mes notes l'histoire de plusieurs femmes qui, après douze à quinze mois, conservaient encore des îlots analgésiques sur quelques points.

NATURE. — Il était bien légitime de se demander si ces troubles de la sensibilité procèdent bien réellement de la syphilis ou s'ils ne dérivent pas d'affections étrangères coïncidant avec la syphilis, telles que l'hystérie tout particulièrement. Or, la question, longuement examinée et étudiée sous toutes ses faces, me semble jugée actuellement de la façon suivante.

I. — Non, bien certainement, ces troubles de sensibilité ne sont pas imputables à l'hystérie, car on les observe très fréquemment sur des femmes n'offrant absolument rien d'hystérique ni dans leurs antécédents ni dans leur état actuel, voire indemnes de toute prédisposition héréditaire ou acquise aux accidents nerveux. Je me suis aidé récemment, en vue de contrôler les résultats de mon enquête personnelle, du concours de mon collègue et ami le Dr Gilles de la Tourette, si compétent en pareille matière, et ce distingué médecin a constaté, comme moi, que les troubles en question se rencontrent souvent sur des malades à l'abri de tout soupçon d'hystérie.

D'ailleurs, quand on étudie de près et comparativement l'analgésie que réalise l'hystérie et celle de nos malades, ce parallèle dénonce de l'une à l'autre des différences multiples et importantes qui témoignent bien de leur diversité d'origine. On en jugera par le tableau suivant :

Analgésie syphilitique.

- I. — Assez souvent *symétrique* d'un côté du corps à l'autre côté, et n'affectant pas de prédilection pour la moitié *gauche* du corps.
 II. — Prédilection très marquée pour certaines localisations spéciales, à savoir :
 1° Face dorsale du métacarpe;
 2° Région du sein.

Analgésie hystérique.

- I. — Très souvent *asymétrique*, et affectant une prédilection très marquée pour une *moitié* du corps, la *gauche* en particulier.
 II. — Pas de prédilection pour la face dorsale du métacarpe et les seins.

Analgésie syphilitique (Suite).

- III. — Distribution remarquablement *irrégulière*, en nombre de cas; — fréquence de la forme dite analgésie en *îlots*.
 IV. — Anesthésie ne s'associant à l'analgésie que dans un nombre de cas assez limité.
 V. — Coïncidence exceptionnelle de phénomènes hyperesthésiques avec l'analgésie de la syphilis.
 VI. — Extension rare de l'analgésie cutanée aux muqueuses; — anesthésie et analgésie musculaire tout à fait exceptionnelles.
 VII. — Coïncidence très habituelle, voire presque constante, d'accidents spécifiques secondaires.
 Antécédents de syphilis.

Analgésie hystérique (Suite).

- III. — Distribution moins irrégulière relativement; — nappes analgésiques généralement plus étendues.
 IV. — Anesthésie très fréquemment associée à l'analgésie.
 V. — Coïncidence très habituelle d'accidents hyperesthésiques avec l'analgésie de l'hystérie.
 VI. — Extension très fréquente des troubles de sensibilité cutanée soit aux muqueuses, soit aux muscles.
 VII. — Symptômes concomitants ou antérieurs: phénomènes multiples d'hystérie convulsive ou vaporeuse, d'hystéricisme, de nervosisme.
 Stigmates variés d'hystérie.
 Sauf coïncidence, pas d'accidents actuels ou d'antécédents de syphilis.

II. — D'autre part, que l'on juge si de bonnes et légitimes raisons n'autorisent pas à rattacher à la syphilis ces troubles de sensibilité.

1° C'est, d'abord, la *fréquence même* de ces troubles, qui, je le rappelle encore, sont *des plus communs* chez la femme à la période secondaire. Seraient-ils aussi fréquents s'ils ne constituaient que des accidents de fortuite coïncidence? Le simple bon sens se refuse à le croire.

2° C'est, en second lieu, — raison plus probante encore — le développement de ces troubles *dans des conditions toujours identiques*. Quand les voit-on se manifester? Toujours à la période secondaire de la syphilis, et cela dans les premiers mois de cette période, coïncidamment soit avec d'autres accidents syphilitiques d'allure différente (éruptions cutanées, papules muqueuses, adénopathies, etc.), soit avec d'autres phénomènes de même ordre affectant le système nerveux. Ne serait-il pas singulier que, faisant partie d'un tel ensemble, ces troubles de sensibilité n'y figurassent qu'au titre de manifestations étrangères et par le seul fait d'éventuelles coïncidences?

3° C'est, en troisième lieu, l'*évolution* même de ces désordres pathologiques. Apparus en même temps que d'autres manifestations de nature évidemment syphilitique, ils se conduisent, si je puis ainsi parler, comme ces dernières manifestations, à savoir: ils durent ce qu'elles durent ou peu s'en faut; — ils s'atténuent et disparaissent avec elles; — ils subissent à peu près la même influence que celles-ci du traitement et du temps. Ils sont, en un mot, ce qu'elles sont, et ils évoluent comme elles. Comment leur refuser l'essence syphilitique, indéniable aux accidents du groupe pathologique dont ils font partie?

Et, d'ailleurs, qu'y a-t-il donc de surprenant à ce que la syphilis

éveille de tels désordres ? N'est-ce pas une maladie qui, chez la femme surtout, influence au plus haut point le système nerveux et en trouble le fonctionnement de cent façons différentes ? Ne voit-on pas, d'autre part, des phénomènes semblables se produire dans bon nombre d'infections ou même d'intoxications, par exemple dans l'empoisonnement saturnin, arsenical, alcoolique, etc. ? L'analogie pathologique témoigne donc, elle aussi, en faveur de l'opinion que je défends, et, somme toute, je conclurai en disant que tout nous autorise à croire que le poison syphilitique peut, à l'égal d'autres poisons, retentir sur la sensibilité.

VII

TREMBLEMENT MUSCULAIRE. — Une autre modalité nerveuse, résultant de l'éréthisme secondaire, consiste dans le *tremblement*, phénomène peu connu et n'ayant pas encore fait sa trouée dans la science courante, bien que je l'aie décrit d'assez vieille date déjà.

C'est là, je l'avoue, un phénomène assez rare. Toutefois, lorsqu'on observe sur un public nombreux et dans des services spéciaux, il ne laisse pas de se présenter de temps à autre. En quatre années, à Lourcine, j'ai pu en recueillir une trentaine de cas.

C'est là aussi, par excellence, un phénomène de syphilis *fémeline*. A quelques très rares exceptions près, je ne l'ai jamais rencontré que chez la femme.

Il appartient presque exclusivement à la période secondaire, et c'est même un symptôme assez précoce de cette période. Presque toujours il est contemporain de ces grandes poussées nerveuses qui se produisent chez la femme dans les trois, quatre ou six premiers mois de l'infection.

Comme préambule, inutile de dire qu'il n'offre rien de commun avec le tremblement qui, à des étapes plus reculées de la diathèse, se produit parfois comme symptôme de lésions tertiaires du névraxe. Ce dernier a son origine et sa raison dans des altérations graves des centres nerveux ; il coïncide presque nécessairement avec des parésies, des paralysies, des troubles intellectuels, des symptômes cérébraux divers. Tout autre est le tremblement secondaire. Celui-ci constitue à lui seul toute l'affection. Il ne comporte ni, comme origine, une lésion cérébrale, ni, comme phénomènes associés, des accidents d'encéphalopathie. C'est un simple trouble *dynamique* du système nerveux, trouble isolé, essentiellement temporaire, nécessairement bénin.

Symptômes. — Ce tremblement secondaire consiste exclusivement en ceci : une agitation convulsive de certaines parties du corps sous forme de rapides secousses, résultant d'une série alternative de contractions et de relâchements musculaires.

Il se produit d'une façon assez brusque, sans être précédé d'aucun phénomène qui l'annonce. Du jour au lendemain les malades s'aperçoivent, non sans étonnement, que leurs mains tremblent. Je dis « leurs mains », parce que le tremblement débute toujours par les membres supérieurs. Jamais il n'affecte du premier coup les membres abdominaux.

Il est toujours *partiel*. Dans aucun cas je ne l'ai vu se généraliser.

Comme siège, il occupe exclusivement les membres (1), et les *membres supérieurs* bien plus souvent que les inférieurs. — Jamais il ne s'étend au tronc, non plus qu'à la tête.

Parfois il est circonscrit, unilatéral, limité, par exemple, à un seul bras.

En définitive, c'est toujours aux mains qu'il est le plus accusé et le plus facilement appréciable en conséquence pour le malade comme pour le médecin.

Variable de forme et d'intensité, il consiste tantôt en une sorte de trépidation musculaire à rapides et très petites secousses, qu'il faut en quelque sorte guetter pour les percevoir, et tantôt en des oscillations bien plus accentuées, bien plus étendues, presque comparables, par exemple, à celles de l'alcoolisme ou du tremblement de la frayeur. Entre ces deux extrêmes tous les degrés intermédiaires peuvent s'observer. — Quelle qu'en soit la forme, du reste, l'observateur, en plaçant la main sur le membre affecté, perçoit nettement dans les masses musculaires une agitation convulsive, une sorte de frémissement fibrillaire.

Cadencé et rythmique en certains cas, ce tremblement affecte, en d'autres circonstances, une notable irrégularité. Il se compose alors d'une série de secousses très inégales entre elles, auxquelles s'ajoutent souvent des spasmes plus étendus.

Le sphygmographe (qui peut être détourné de ses applications habituelles pour servir d'instrument enregistreur des tremblements musculaires) rend un compte précis de toutes les formes, de toutes les nuances dont est susceptible le phénomène que nous étudions. Il les *écrit*, pour ainsi dire, il les enregistre avec une fidélité surprenante. Grâce à lui, je vais pouvoir produire toute une série de tracés qui représenteront le tremblement secondaire dans ses diverses variétés.

Voici d'abord quatre spécimens de la première variété, consistant en une sorte de *trépidation musculaire rythmique, à petites et très brèves secousses* (fig. 2, 3, 4, 5).

Cette variété n'est pas la plus commune. Elle cède le pas, comme fréquence, à la suivante (fig. 6), consistant en une série de secousses musculaires à la fois *plus étendues, moins rapides, plus irrégulières*.

(1) Dans un seul cas, j'ai noté sur une de mes malades un léger tremblement de la langue, lequel n'a pas persisté au delà de quelques jours.