

affaiblissement de la force musculaire, plus prononcé aux membres affectés par le tremblement.

Vous reconnaîtrez la paralysie agitante à sa localisation primitive ou du moins à sa prédominance dans l'un des membres supérieurs et aussi aux caractères spéciaux du tremblement : les membres supérieurs exécutent des oscillations rythmiques, tandis que les doigts se meuvent les uns sur les autres comme dans l'action de filer au rouet, d'émietter du pain (Charcot). L'extrémité céphalique ne tremble pas, ou si elle paraît trembler, on peut se rendre compte qu'elle subit seulement les mouvements qui lui sont transmis. Les malades veulent-ils marcher, ils le font à petits pas qui deviennent involontairement de plus en plus pressés : inclinés en avant, ils semblent courir après leur centre de gravité ; si on les tire en arrière on provoque souvent un mouvement de rétropulsion hors de proportion avec la traction exercée. Enfin on constate une raideur musculaire qui envahit successivement les muscles des membres, du tronc, du cou, et qui affecte d'abord les fléchisseurs, ce qui explique l'attitude caractéristique des malades : tête dans la flexion, tronc incliné en avant, avant-bras légèrement fléchis sur les bras, coudes faiblement écartés du tronc, mais fléchis sur les avant-bras et reposant le plus souvent sur la ceinture. Ces malades ressentent, le plus souvent, une grande sensation de chaleur. Ces diverses particularités fixent le diagnostic.

5° LA SCLÉROSE EN PLAQUES DISSÉMINÉES, longtemps confondue avec la paralysie agitante, détermine un tremblement progressif qui ne se manifeste pas au repos, qui apparaît seulement dans la production des mouvements intentionnels, et qui consiste en des oscillations progressivement croissantes à mesure que le mouvement approche de son but.

Vous le rapporterez à la sclérose, car la tête participe au désordre, les yeux sont dans un état d'agitation continuelle, la parole est lente, scandée ; de plus, caractère distinctif, il existe des *paralysies partielles* ou des *contractures* dont la distribution est très irrégulière, des troubles intellectuels, une exagération très marquée du réflexe rotulien, de l'épilepsie spinale, etc.

6° LA PÉRIENCÉPHALITE DIFFUSE OU PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS donne lieu à un tremblement qui affecte particulièrement les muscles des lèvres, de la langue, des mâchoires (d'où trouble de la parole qui est lente, saccadée, avec pauses entre chaque mot et parfois entre chaque syllabe), et les muscles des membres supérieurs.

aussi tout travail de précision est-il impossible et les troubles de l'écriture sont-ils surtout très remarquables¹.

Vous reconnaîtrez la péri-encéphalite diffuse à la perte de la mémoire, à la modification du caractère et des habitudes, au délire ambitieux ou hypocondriaque. Au début, il pourra vous être difficile de la distinguer de l'alcoolisme : cependant, chez les paralytiques, les troubles de la motilité sont généraux d'emblée, tandis que chez les alcooliques ils sont partiels et envahissants ; chez les premiers, l'hésitation de la parole est un fait initial ; enfin la connaissance des habitudes alcooliques, les troubles dyspeptiques, les accès de *delirium tremens*, éclaireront le diagnostic. L'inégalité pupillaire est un symptôme très commun de la paralysie générale, et se montre souvent au début.

7° Dans les cas de *dégénérescences secondaires* de la moelle, à la suite de lésions cérébrales, on peut observer dans les membres un tremblement *unilatéral* pouvant simuler le tremblement de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante, etc.

Rappelons en passant qu'on peut observer, dans les mêmes conditions, — des mouvements anormaux, rappelant ceux de la chorée (*hémichorée*), — d'autres anormaux, occupant la main, ayant une très grande amplitude et désignés sous le nom d'*hémithétose*.

8° Quant au *tremblement hystérique*, il peut affecter toutes les formes, tous les rythmes, présenter toutes les localisations. Il ne peut former une catégorie à part ; il rentre dans toutes celles qui ont été décrites plus haut, et ne peut se diagnostiquer qu'à l'aide des autres signes de l'hystérie².

9° Le *tremblement essentiel héréditaire (tromophilie)*, surtout accusé aux membres supérieurs et à la nuque, consiste en des oscillations se répétant de huit à dix fois par seconde, bien que ne se suivant pas à des intervalles égaux ; il devient plus intense à l'occasion des mouvements volontaires, surtout lorsque ceux-ci sortent de l'ordinaire ; il s'accroît le matin pour s'atténuer le soir et disparaître durant le sommeil ; les oscillations augmentent d'étendue, mais non de fréquence, sous l'action des émotions, du coït, du

1. Les lignes ne sont pas droites, les lettres sont irrégulières, et, comparées à l'écriture ancienne du malade, elles présentent de grandes différences.

2. Il n'y a rien de spécial à dire au sujet des tremblements observés dans la convalescence et à la suite des excès vénériens, des abus du tabac, du café, etc.

froid, du vin, du café, du thé, du quinium ; elles diminuent d'amplitude sous l'influence de l'antipyrine et des bromures.

D'après Ughetti, la tromophilie se rencontrerait presque toujours, sinon toujours, dans le sexe masculin, et serait presque constamment accompagnée d'éreuthophobie, du moins chez les jeunes gens, car la tendance morbide à rougir s'atténue avec l'âge pour disparaître presque toujours chez le vieillard, à l'inverse de ce qui se passe pour la tromophilie dont l'intensité augmente plutôt avec l'âge.

La rareté du tremblement héréditaire chez la femme plaide contre l'opinion des neuro-pathologistes qui l'attribuent à une contagion imitative, au sein de la famille.

CHAPITRE IV

Troubles trophiques.

Nous avons vu que la nutrition de tous les tissus est soumise à l'influence du système nerveux (Voir t. I, p. 235). Il n'est donc pas étonnant qu'on rencontre fréquemment des troubles trophiques dans les affections de ce système.

Toutefois, comme ils sont étudiés en pathologie interne, nous nous bornerons ici à les mentionner.

— L'un des plus importants parmi ces troubles trophiques est l'*atrophie musculaire* qui se produit au cours de diverses affections de la moelle et des nerfs : — tantôt il s'agit d'une *atrophie simple* sans phénomènes irritatifs, et avec persistance de la contractilité ; il en est ainsi dans les cas de tabes et dans les compressions de la moelle ; — tantôt, il s'agit d'une *atrophie dégénérative* avec lésions irritatives du tissu musculaire : réaction électrique de dégénérescence, exagération de l'excitabilité mécanique ; il en est ainsi dans l'atrophie musculaire progressive, dans la paralysie infantile, dans la sclérose latérale amyotrophique.

L. Bernard, résumant l'article de Dejerine, distingue dans les atrophies musculaires, les groupes suivants, séparés par des caractères anatomiques, cliniques et pathogéniques :

I. — *Atrophies d'origine myopathique*. — Lésion primitive et exclusive du muscle.

Topographie : atrophie débutant par la ceinture des membres ; symétrique ; commence dans l'enfance ; évolution lente ; maladie familiale et héréditaire.

Pas de contractions fibrillaires ; quelquefois pseudo-hypertrophie ; pas de réaction de dégénérescence.

Principaux types cliniques : type facio-scapulo-huméral (Lan douzy-Dejerine) ; type pseudo-hypertrophique de Duchenne ; type Leyden-Möbius.