

convulsions cloniques ; tous les membres sont dans une agitation délirante ; la malade a perdu connaissance, elle est complètement insensible ; l'accès convulsif se prolonge quelques minutes, puis les convulsions se calment, la respiration se régularise, et la malade reste plongée dans un état comateux jusqu'à la production d'un nouvel accès. Pendant l'accès, la température peut atteindre 41 degrés. L'intervalle des accès est très variable. Souvent mortelle, l'éclampsie peut guérir. — Il est à retenir que l'éclampsie puerpérale débute toujours par des convulsions cloniques, tandis que l'accès épileptique débute toujours par une période tonique.

3° Les *convulsions urémiques* ressemblent beaucoup à celles de l'épilepsie<sup>1</sup> et de l'éclampsie. Leur diagnostic s'établit sur deux éléments principaux : l'absence de fièvre et de paralysie motrice qui permet d'éloigner l'idée d'une phlegmasie ou d'une lésion circonscrite de l'encéphale ; l'absence de grossesse et la connaissance des désordres de la sécrétion urinaire, mal de Bright, lithiase rénale, cancer rénal, etc.

#### D. CONVULSIONS PAR LÉSIONS ORGANIQUES DES CENTRES NERVEUX. —

Les *convulsions épileptiformes* dépendent, le plus souvent, de tumeurs cérébrales, et sont particulièrement fréquentes dans la syphilis, mais elles peuvent s'observer aussi dans le ramollissement cérébral, dans l'hémorragie cérébrale etc... Elles se reconnaîtront à leur localisation, à une moitié du corps ou même à un membre. Elles diffèrent, en outre, de l'épilepsie vraie par les particularités suivantes : absence fréquente de cri initial ; conservation relative de la connaissance ; fréquence des paralysies passagères ; persistance, à la suite des convulsions, de différents troubles en rapport avec le siège de la lésion. Elles sont presque toujours intermittentes et ne se manifestent souvent qu'à des intervalles relativement éloignés. — « Méfiez-vous, recommande Raymond, de ces attaques convulsives qui, simulant les attaques de l'épilepsie vulgaire, surviennent, sans cause apparente, chez une personne plus ou moins avancée en âge, et ayant, en tout cas, dépassé la trentaine. Rappelez-vous que l'épilepsie essentielle débute rarement passé la trentaine ; et recherchez si votre malade ne présente pas déjà quelque autre symptôme imputable à une tumeur cérébrale » tel que *céphalée* violente et tenace, *vomissements* ou plutôt ré-

1. D'après F. Vidal (1899), l'urémie convulsive ne serait même, le plus souvent, qu'une ancienne épilepsie réveillée par l'auto-intoxication résultant de l'insuffisance rénale.

gurgitations survenant avec la plus grande facilité et sans relations apparentes avec l'alimentation, *torpeur intellectuelle*, *œdème de la papille*.

Jackson croyait que l'épilepsie partielle devait être considérée comme un signe certain d'une lésion organique de la zone rolandique. On admet généralement aujourd'hui que cette opinion est beaucoup trop exclusive, et que la convulsion épileptiforme traduit seulement une irritation de la région motrice, irritation qui est souvent organique mais qui peut aussi être simplement fonctionnelle, comme cela se produit parfois dans l'hystérie, l'urémie, le diabète, l'alcoolisme, etc.

Dieulafoy ayant observé chez un syphilitique un cas d'épilepsie partielle de nature à faire admettre un syphilome de la zone rolandique et n'ayant constaté aucune tumeur de cette région à l'autopsie, a conclu de ce fait qu'il était impossible d'accorder aux convulsions épileptiformes localisées la moindre importance pour le diagnostic de la localisation des lésions. Mais l'absolutisme de cette conclusion a été contestée par Pitres : d'après lui, quand l'épilepsie partielle se présente avec des caractères nets, quand l'*aura* motrice est bien localisée, quand les convulsions se propagent lentement de la périphérie vers les centres, quand le malade assiste conscient à leur origine et à leur évolution, quand surtout elles s'accompagnent de monoplégies pures ou associées persistantes, il y a beaucoup de chances pour qu'on soit dans le vrai en diagnostiquant une lésion localisée siégeant dans le centre ou au voisinage immédiat du centre cortical correspondant aux muscles primitivement convulsés.

= Les convulsions se rencontrent dans bien d'autres états pathologiques, mais elles y sont moins fréquentes ou unies à des caractères éclatants qui ne permettent guère d'en méconnaître le point de départ.

CONVULSIONS OU SPASMES DES MUSCLES A FIBRES LISSES. — Les muscles à fibres lisses ou de la vie organique qui entrent dans la texture des voies digestives, urinaires, du cœur, présentent fréquemment des convulsions semblables à celles que nous venons d'étudier dans les muscles de la vie de relation.

Ces convulsions, plus souvent toniques que cloniques, reçoivent en général le nom de *spasmes*, et, dans certains organes, celui de *coliques*, de *palpitations* ; elles surviennent

d'ailleurs dans les mêmes circonstances, sous l'influence des *névroses*, des *irritations locales*, des *intoxications*.

Leur conséquence naturelle est un trouble plus ou moins grand apporté aux fonctions de l'organe qu'elles frappent. Ne pouvant entrer ici dans des détails, nous nous bornerons à citer :

Les *spasmes de la glotte* entraînant la suspension de la respiration :

Le *spasme de la glotte*, dans sa forme habituelle, est caractérisé par une série de petits cris grêles, inspiratoires ou expiratoires, ou par un arrêt complet de la respiration ; la mort qui peut être la terminaison de l'accès arrive habituellement par syncope (d'Espine). C'est une affection exceptionnelle au delà de la première année.

Les *spasmes de l'œsophage*, ou œsophagisme, donnant lieu à de la dysphagie et simulant un rétrécissement de l'œsophage ;

Les *spasmes de l'estomac*, donnant lieu à des vomissements ;

Les *spasmes ou coliques de l'intestin*<sup>1</sup> ; le *spasme* des voies biliaires dans la colique hépatique ;

Les *spasmes de la vessie et de l'urèthre*, etc.

#### DES CONTRACTURES.

On donne ce nom à un état de contraction musculaire permanente, souvent douloureuse, limitée à un muscle ou à un groupe de muscles.

La contracture ressemble aux *convulsions toniques*, mais elle en diffère totalement par sa durée ; ainsi une convulsion tonique ne peut se prolonger au delà de peu de temps, et il y a, par intervalles, un relâchement musculaire à peu près complet, tandis qu'une contracture peut persister des jours et des mois entiers *sans la moindre rémission*. La rigidité n'est donc pas seulement involontaire comme dans la convulsion ; elle est, en outre, durable.

Elle ressemble encore aux *rétractions musculaires*, c'est-à-dire à cet état des muscles qui, constamment placés dans

1. Auxquels nous avons consacré plus haut un article spécial.

un état de raccourcissement morbide, s'altèrent, deviennent fibreux et ne peuvent s'allonger sans se déchirer ; mais un muscle contracturé est encore extensible, sous le chloroforme, par exemple, tandis que le muscle rétracté ne l'est pas<sup>1</sup>.

**Description.** — La contracture s'observe surtout dans les membres ; elle est plus fréquente dans le membre supérieur qu'en tout autre point.

Son invasion peut être brusque, douloureuse : c'est ce que l'on désigne sous le nom de *crampe* ; ou lente, graduelle ou indolente.

Sa durée varie suivant ses causes : elle peut disparaître avec des alternatives de retour ou bien disparaître définitivement. Si elle persiste longtemps, elle évolue vers une rétraction fibro-tendineuse.

Quant à sa nature, la contracture est une exagération de la tonicité musculaire. Cette exagération est due tantôt à une modification pathologique de la fibre musculaire même par intoxication, tantôt à une perversion des influences qui agissent pour entretenir l'activité normale de la cellule contractile.

**Pathogénie.** — Les contractures peuvent être divisées en trois groupes :

A. *Contractures organiques* liées à une altération des centres nerveux (encéphale, moelle, méninges), des nerfs ou des muscles eux-mêmes ;

B. *Contractures dyscrasiques* liées à une altération du sang ;

C. *Contractures fonctionnelles* survenant dans le cours des névroses et aussi par sympathie ou par action réflexe, à l'occasion des troubles viscéraux éloignés.

A. CONTRACTURES ORGANIQUES. — Les altérations organiques des centres nerveux sont souvent le point de départ des contractures. On les observe :

1. Il est vrai qu'une contracture prolongée amène la rétraction musculaire.

*Du côté de l'encéphale* : — 1° Dans les *méningites*, l'*hydrocéphalie* et les *hémorrhagies méningées* ; — 2° Dans les *encéphalites* traumatiques ou spontanées ; — 3° Dans les destructions d'une partie de l'encéphale par des *foyers hémorrhagiques* ou par des *ramollissements* (nécrobiose cérébrale), dans les tumeurs.

*Du côté de la moelle* : — 1° Dans les *méningites rachidiennes* et les *hémorrhagies rachidiennes* ; — 2° Dans les *myélites* traumatiques ou spontanées ; — 3° Dans plusieurs cas de *compression de la moelle* (mal de Pott, cancer, fractures, etc.) ; — 4° Dans les *scléroses* consécutives aux altérations cérébrales et médullaires, dans le *tabes dorsal spasmodique*.

*Du côté des nerfs* : — les lésions nerveuses (compressions, plaies, corps étrangers) provoquent plutôt des douleurs que des contractures ; celles-ci ne sont cependant pas sans exemple <sup>1</sup>.

*Du côté des muscles* : — 1° Dans les *affections rhumatismales* (ex. : *torticolis*, *lumbago*) ; — 2° Dans les *myosites* (inflammation du muscle *psaos iliaque*) ; — 3° Dans les cas de *contusions violentes*, de *tumeurs*, ou de *corps étrangers*, d'*arthropathies* ; — 4° Enfin dans un syndrome décrit sous le nom de *maladie de Thomsen*, et caractérisé par une raideur qui se produit dans un muscle de la vie de relation au moment où un mouvement va être exécuté ou pendant son exécution.

B. CONTRACTURES DYSCRASIQUES. — Certaines contractures se rattachent à une altération du sang, mais les contractures de ce groupe sont rares. Citons pourtant celles de l'*urémie* ; les contractures consécutives aux *maladies générales* (fièvres, typhus, choléra) ; celles produites par le café, la *strychnine*, l'intoxication par l'*ergot de seigle*, le *tétanos*, la *rage*.

1. Tillaux a observé une contracture du *fléchisseur des doigts*, à la suite de la piqûre du *nerf médian* au pli du coude. Brown-Séquard enfonce un clou dans la plante du pied d'un animal sur le trajet d'un nerf, et détermine ainsi des contractures *tétaniques* ; il coupe alors le tronc du nerf au-dessus de la plaie, les accidents cessent.

On observe aussi des contractures à la suite de la ligature ou de l'obstruction embolique d'un vaisseau.

C. CONTRACTURES ESSENTIELLES, IDIOPATHIQUES, FONCTIONNELLES. — Dans ce groupe mal défini nous rangerons : les contractures observées dans les *névroses* et surtout dans le cours de l'*hystérie* ; les *contractures réflexes* que l'on observe dans la *tarsalgie des adolescents* (contracture des *péroniers latéraux*), dans les cas de *diarrhées prolongées*, de *dysenterie*, de *vers intestinaux* ; cette névrose singulière désignée sous le nom de *tétanie* ou de *contracture essentielle des extrémités*, et cette névrose professionnelle désignée sous le nom de *crampe des écrivains*.

**Sémiotique.** — Une contracture étant donnée, quel en est le point de départ ?

Voici les circonstances dans lesquelles se rencontrent le plus souvent les contractures :

1° Un individu est atteint d'*hémiplegie* depuis cinq ou six semaines, *hémiplegie* consécutive à une *hémorrhagie cérébrale*, et voilà que ses membres, jusqu'alors inertes, prennent de jour en jour une rigidité plus grande, rigidité qui devient permanente et se prolonge indéfiniment. La contracture débute par le membre supérieur, puis s'étend à l'inférieur ; elle est précédée d'une exagération des réflexes ; son apparition coïncide avec une exagération de l'*excitation faradique*.

Vous devez diagnostiquer une *sclérose* et une *dégénérescence granulo-graisseuse des cordons latéraux de la moelle*, *dégénérescence* due à la destruction des centres trophiques cérébraux auxquels aboutissent les nerfs des parties paralysées <sup>1</sup>.

Même chose pour la contracture des membres inférieurs dans la *paraplégie* ; vous devez diagnostiquer une *sclérose en plaques* ou une *myélite transverse*, une *compression de la moelle* et une lésion médullaire interrompant la continuité des faisceaux antéro-latéraux.

2° Un individu a été frappé depuis quatre ou cinq jours d'une attaque d'*apoplexie* ou bien il a reçu un coup sur la tête ; vous voyez en ce moment se manifester des contractures partielles ; vous

1. Cette *sclérose* est descendante, c'est-à-dire qu'elle frappe d'abord les *pédoncules cérébraux*, se prolonge sous forme d'un cordon dans la *protubérance*, le *bulbe* et enfin la *moelle*.

devez diagnostiquer une *encéphalite* développée autour du foyer hémorragique ou dans les parties contuses.

3° Une femme présente depuis plus ou moins longtemps des signes d'hystérie ; elle est brusquement atteinte de contracture ; il s'agit très probablement d'une *contracture hystérique* qui disparaîtra aussi rapidement qu'elle est venue. D'ailleurs, en étudiant l'état du membre contracturé, on constate que la rigidité musculaire est beaucoup plus accentuée que lorsqu'il s'agit d'une contracture organique ; si on cherche à redresser le poignet d'un membre supérieur contracturé, les phalanges ne se fléchissent pas les unes sur les autres et sur les métacarpiens, de façon à venir serrer la main de l'observateur, comme cela se passe dans la contracture organique. De plus, dans la contracture hystérique, et contrairement à ce qui se passe dans la contracture organique, les réflexes tendineux du membre contracturé ne sont pas exagérés par rapport à ceux des membres sains (Babinski).

4° Voici un jeune enfant ou une femme en couches qui sont pris de crampes douloureuses dans les muscles fléchisseurs des doigts et de la main ; les doigts s'inclinent vers la paume de la main recouvrant le pouce qui est dans une flexion forcée ; le poignet est fléchi ; les pieds se contractent à leur tour, de telle sorte que les orteils sont fléchis et le pied éfendu. Il est d'ailleurs ordinairement assez facile de vaincre la contracture et de ramener les membres dans leur attitude normale.

C'est la *contracture essentielle des extrémités* se produisant sous forme d'accès intermittents d'une durée de quelques minutes à plusieurs heures, disparaissant sous l'influence du sommeil spontané ou provoqué, réapparaissant aussitôt qu'on exerce une compression sur les membres affectés, soit sur le trajet des principaux cordons nerveux qui s'y rendent, soit sur les vaisseaux de façon à gêner la circulation artificielle ou veineuse (Trousseau). D'après Weiss, il suffirait, dans beaucoup de cas, pour établir le diagnostic de l'affection, de percuter la région de la patte d'oie : on verrait alors se produire, lorsqu'il s'agit de tétanie, une contraction brusque, fulgurante, de la moitié correspondante de la face. Dans le cas où on hésiterait entre l'hystérie et la tétanie, il suffirait d'explorer l'état de l'excitabilité électrique des nerfs qui se distribuent dans les muscles où siègent les contractures : Kussmaul et Benedikt, Erb et Chwostek, Weiss, Onimus ont en effet démontré que l'exagération de l'excitabilité des nerfs est constante dans la tétanie et en raison directe de la fréquence et de l'intensité des accès.

5° Dans la *maladie de Thomsen*, la contraction tonique n'existe qu'au commencement des mouvements volontaires et ne tarde pas à s'épuiser : ainsi le même malade qui a contracté les muscles de sa main dans l'action de prendre un objet et qui n'a pu ensuite les décontracter immédiatement, verra cette tétanisation disparaître lors qu'il aura exécuté plusieurs fois la même manœuvre. De plus, il existe des troubles spéciaux des réactions électriques (réaction myotonique électrique My. R.).

**Traitement.** — Bien qu'il soit impossible, vu la diversité de leur cause, de tracer d'une manière générale les indications thérapeutiques des paralysies, des convulsions et des contractures, nous dirons que les médicaments dont l'action sur les centres excito-moteurs est le mieux démontrée sont, d'une part la belladone et le seigle ergoté, de l'autre, le nitrate d'argent et la strychnine.

La *belladone* et le *seigle ergoté* calment l'irritabilité des centres excito-moteurs ; leur usage pourra donc être indiqué dans les cas de convulsions et de contractures.

Le *nitrate d'argent* et la *strychnine* réveillent le pouvoir excito-moteur ; leur usage pourra donc être indiqué dans les cas de parésie<sup>1</sup>.

Est-il besoin d'ajouter que, lorsqu'il existe une lésion organique, l'usage de ces médicaments est pour le moins inutile.

Les paralysies, les convulsions ou contractures d'origine hystérique devront être traitées par la suggestion.

ATAXIE ( $\alpha$  privatif ;  $\tau\acute{\alpha}\xi\iota\varsigma$ , ordre).

On donne le nom d'*ataxie* au désordre ou à l'incoordination des mouvements volontaires<sup>2</sup>.

1. L'influence du nitrate d'argent est lente et durable ; celle de la strychnine rapide, mais passagère.

2. Le mot *ataxie* ayant encore été appliqué à la prédominance des troubles nerveux dans les fièvres (fièvre typhoïde ataxique), à l'apparition de phénomènes insolites dans le cours d'une maladie, etc., il est utile de préciser sa signification en disant *ataxie du mouvement*.

**Description.** — L'ataxie du mouvement peut frapper la plupart des muscles ; elle est surtout très manifeste aux membres inférieurs, et elle est généralement accrue (sauf dans la maladie de Friedreich) lorsque, par un motif quelconque, mais surtout par l'occlusion des yeux, le malade ne peut voir le sol sur lequel il marche<sup>1</sup>.

Lorsqu'elle est peu accentuée, elle ne se manifeste souvent que par de légers troubles de l'équilibre, se produisant surtout lorsque le malade est privé du secours de la vision : si, par exemple, ils rencontrent un obstacle, s'ils semblent changer brusquement de direction, ou encore s'ils montent un escalier dans l'obscurité, ils trébuchent facilement ; vient-on alors à les inviter à se tenir debout, sur un seul pied ou les pieds rapprochés et les yeux fermés, et à tourner ainsi sur eux-mêmes, ils ne tardent pas à chanceler.

Lorsqu'elle est plus prononcée, la marche devient plus difficile : les jambes lancées avec une brusquerie saccadée, décrivent un demi-cercle et, follement agitées de secousses convulsives, retombent lourdement sur le sol qu'elles frappent du talon ; plus tard, les jambes peuvent s'enlacer, entraîner des chutes, rendre enfin la progression impossible. Si, le malade étant couché, on l'invite à atteindre, avec l'un de ses pieds, un objet placé au-dessus du plan du lit, on constate qu'il ne peut y parvenir, le pied allant au delà ou à côté, ou restant en deçà.

L'ataxie des membres supérieurs peut ne se manifester que par la difficulté de porter, les yeux fermés, l'une des mains sur telle ou telle partie du corps qu'on désigne. A un degré plus avancé, l'incoordination motrice rend l'écriture et les travaux manuels impossibles.

L'ataxie des muscles respirateurs, de la vessie, etc., se traduit par la manière saccadée et désordonnée dont s'effectuent les mouvements de la main, la respiration, la miction, etc.

1. Et dont il n'éprouve plus la sensation en raison de l'anesthésie musculo-tactile qui accompagne fréquemment l'ataxie ; c'est précisément cette anesthésie que corrige la vue.

Sauf dans la maladie de Friedreich (dont l'un des caractères différentiels avec les autres ataxies est l'intégrité apparente de la sensibilité), l'incoordination des mouvements coïncide toujours avec des troubles de la sensibilité soit consciente, soit inconsciente ; les malades perdent la sensation de la nature du sol sur lequel ils marchent ; la sensibilité réflexe est altérée comme le prouve la suppression du réflexe rotulien ; la tonicité musculaire, déterminée d'une façon réflexe par le sens musculaire, est augmentée pour certains muscles, diminuée pour d'autres, etc.

*L'observation a appris que c'est généralement la sclérose des cordons postérieurs de la moelle qui produit l'incoordination des mouvements ou ataxie*, tandis que la sclérose des cordons antéro-latéraux détermine en bloc la destruction des mouvements volontaires avec toutes leurs qualités, c'est-à-dire qu'elle produit la paralysie. Cependant l'ataxie peut exister en dehors de cette lésion.

Les maladies qui peuvent compter l'ataxie du mouvement parmi leurs symptômes sont en effet :

1° Le *Tabes vrai* ou *ataxie locomotrice progressive* de Duchenne, due à la sclérose des cordons postérieurs de la moelle ;

2° La *Maladie de Friedreich*, liée à une dégénération systématique combinée des cordons postérieurs et latéraux de la moelle ;

3° Les *Tabes combinés* de Westphal, dus à une sclérose des cordons postérieurs, associée à celle des cordons latéraux ;

4° La *Syringomyélie*, lorsqu'elle retentit sur les cordons postérieurs de la moelle ;

5° La *Méningo-encéphalite diffuse* ;

6° L'*Ataxie cérébelleuse* dans les néoplasies encéphaliques, dans le vertige de Ménière, dans la sclérose en plaques ;

7° Le *Nervo-tabes périphérique* de Dejerine ;

8° Les *Pseudo-tabes toxiques* ;

9° Le *Tabes hystérique*.

**Pathogénie.** — Le mode de production de l'ataxie a été

expliqué de bien des façons différentes et n'est pas encore définitivement élucidé actuellement : — Leyden, Vulpian, Brissaud, Dejerine, etc., ont défendu la théorie qui attribue l'incoordination motrice aux troubles de la sensibilité musculaire et cutanée dont elle est accompagnée ; — d'après Lockhart Clarke, Debove et Boudet, Frenkel, l'ataxie serait due à l'inégale tonicité des muscles et celle-ci serait une conséquence des troubles de la sensibilité musculaire et cutanée ; — d'après Marinesco, la sclérose des cordons postérieurs, dans le *tabes dorsalis*, déterminerait l'ataxie, en soustrayant à l'influence des excitations centripètes, non seulement la moelle (altération des ramifications collatérales, des fibres radiculaires), mais aussi le cervelet (altération des cellules des cordons de Flechsig, de Gowers, etc.) et le cerveau (altération des neurones thalamo-corticaux), et en remplaçant ainsi le tonus musculaire habituel par de l'hypotonie de certains muscles. — Pour d'autres, lorsqu'un muscle se contracte, le cerveau en est averti par le moyen des cordons postérieurs de la moelle (c'est là le sens musculaire, ou sentiment d'activité musculaire de Th. Bell, de Gerdy) ; le cerveau, ainsi prévenu, envoie, par les cordons antérieurs, des ordres en rapport avec le mouvement dont il veut la production. Mais si le cordon postérieur est altéré, il empêchera le cerveau d'acquiescer des renseignements sur le muscle qui se contracte, et il le laissera dans l'embarras sur les ordres qu'il doit lui envoyer par le cordon antérieur, d'où l'ataxie. — Pour Duchenne, de Boulogne, l'ataxie musculaire était indépendante des troubles de la sensibilité musculaire et articulaire et serait due à un trouble de la conscience musculaire, faculté (distincte du sens musculaire) qui établirait une relation intime entre les muscles et le cerveau et qui permettrait à celui-ci, dans l'état normal, de provoquer le mouvement sans l'intervention de la vue. — Pour d'autres, la moelle préside automatiquement à l'harmonie des mouvements. Les altérations de ses cordons postérieurs détruisent ses propriétés coordinatives et le mouvement se produit tel que le cerveau le commande, c'est-à-dire sans ordre, sans précision et sous forme d'impulsion plutôt que de mouvements

combinés : les muscles qui doivent le produire, se contractant avec trop de force, leurs antagonistes entrant en jeu mal à propos, etc. — Raymond incline à rattacher l'ataxie, dans le *tabes dorsalis*, non pas tant à la sclérose des cordons postérieurs qu'à l'altération coexistante (signalée par Jendrassik, des fibres tangentielles des circonvolutions qui, dans cette hypothèse, représenteraient les voies de communication entre la perception consciente et la volonté.

**Sémiotique.** — 1° L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE de Duchenne est, en général, facile à reconnaître. — En ce qui concerne le désordre des mouvements, il y a lieu de le considérer à l'état de repos, dans la station debout et pendant la marche. A l'état de repos, tous les mouvements commandés sont essayés mais manquent de précision : si l'on invite, par exemple, le malade couché, à toucher avec son pied un objet au-dessus du lit, il ne peut y parvenir qu'avec difficulté, parce que le membre, projeté sans mesure, dépasse l'objet ou reste en deçà. La station debout, les pieds rapprochés, est difficile ou impossible, les yeux fermés (signe de Romberg) ; l'incertitude de la station dans ces conditions se traduit par des oscillations du tronc et par le déplacement incessant des pieds comme dans certains pseudo-tabes. Dans la marche, l'ataxie de Duchenne lance ses jambes de côté et d'autre, projetant plus particulièrement en avant son membre inférieur étendu, en fléchissant à peine le genou ; le pied retombe alors, le talon frappant le sol et produisant de cette façon un bruit unique. — Malgré l'incoordination des mouvements, la force musculaire est généralement conservée. Cependant on observe parfois une sorte d'effondrement des jambes qu'ont signalé les auteurs anglais et qui est caractérisé par un fléchissement brusque des jambes au niveau des jarrets, survenant sans douleurs, à intervalles plus ou moins rapprochés et menaçant le malade d'une chute : d'après Charcot, cette sorte de dérochement des jambes ne se retrouverait que dans quelques cas de maladie de Basedove. On a signalé aussi exceptionnellement de véritables paraplégies rendant le diagnostic très difficile lorsqu'elles surviennent dans les premières périodes de la maladie.

Le malade, indépendamment des troubles dans la coordination des mouvements (troubles que l'on ne rencontre avec cette intensité et cette persistance que dans la sclérose spinale postérieure),