

éprouve des douleurs fulgurantes, des crises viscérales ayant un cachet spécial, des désordres dans les fonctions génitales, la paralysie de certains nerfs craniens (l'amaurose tabétique constatée à l'ophtalmoscope est à elle seule pathognomonique, mais fait souvent défaut); le signe d'Argyll Robertson ne se retrouve guère que dans la paralysie générale progressive; les réflexes rotuliens sont abolis (il est vrai que cette abolition se retrouve dans la maladie de Friedreich, dans certains tabes combinés, dans quelques cas de syringomyélie, dans la plupart des pseudo-tabes toxiques, dans le *nervo-tabes*); il y a perte du sens musculaire; bien souvent la sensibilité tacite est émoussée, surtout celle de la plante des pieds et il semble au malade qu'il marche sur du coton; le retard dans les perceptions s'observe dans la plupart des cas. Les troubles trophiques et en particulier les atrophies musculaires ne surviennent guère que vers la fin de la maladie, alors que dans les pseudo-tabes ils apparaissent plutôt au début. De même, les réactions électriques des muscles ne se montrent troublées que dans les derniers temps. Les fractures spontanées et les arthropathies appartiennent presque exclusivement au tabes de Duchenne. L'évolution essentiellement chronique, presque fatalement progressive (avec rémissions) de la maladie vient encore éclairer le diagnostic.

2° LA MALADIE DE FRIEDREICH. — Elle est une affection familiale et débute ordinairement dans l'enfance. L'incoordination motrice diffère de celle de la maladie de Duchenne: au repos, la tête oscille comme celle d'une personne assise en train de s'endormir, et les membres font parfois quelques mouvements qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la chorée (*ataxie statique*); dans la marche, non seulement le malade jette ses jambes de côté et d'autre, mais de plus il titube comme un homme ivre; on observe en même temps des mouvements ataxiques de la tête. La sensibilité subjective et objective est en apparence conservée bien que les réflexes rotuliens soient abolis. Il n'y a aucun trouble viscéral, ni sphinctérien. Les yeux sont affectés de nystagmus bilatéral et transversal, alors que la vision reste intacte. On constate en même temps de l'embarras dans la parole qui est scandée comme dans la sclérose en plaques. Enfin il existe presque toujours des déformations qui apparaissent de bonne heure et qui sont persistantes: scoliose, pieds-bots équin (Charcot et P. Blocq).

3° LES TABES COMBINÉS de Westphal se caractérisent par la com-

binaison constante de phénomènes parétiques dans les membres inférieurs avec des troubles tabétiques.

4° SYRINGOMYÉLIE. — On reconnaît qu'il s'agit de syringomyélie si l'on peut constater les symptômes propres à cette affection et, en particulier, la dissociation de la sensibilité caractérisée par la conservation de la sensibilité tactile et l'abolition de la sensibilité à la douleur et à la température (dissociation qui peut manquer, au dire de Joffroy et Achard, et qui, d'autre part, a été parfois rencontrée dans le tabes). De plus, les troubles trophiques les plus communs sont une atrophie musculaire progressive, revêtant l'aspect du type Aran-Duchenne.

5° PÉRIENCÉPHALITE DIFFUSE. — La paralysie générale des aliénés ne détermine, pendant ses premières périodes, d'autres troubles de motilité que des désordres dans la coordination des mouvements, désordres qui, dans les membres supérieurs, se produisent par des troubles de l'écriture ayant une grande importance sémiologique.

Le diagnostic n'offre d'ailleurs que peu de difficultés: le tremblement de la langue et des lèvres, l'embarras de la parole, le délire ambitieux ne permettront ni de méconnaître l'existence d'une paralysie générale, ni de la confondre avec une sclérose spinale.

6° ATAXIE CÉRÉBELLEUSE liée à une tumeur, au vertige de Ménière, à la sclérose en plaques: — La démarche cérébelleuse est vacillante, en zigzag, semblable à celle d'un homme ivre. L'incoordination musculaire et étendue à tous les muscles dans la contraction synergique concourt à assurer la station. Il semble aux malades qu'ils marchent sur un bateau mobile lui-même, que le sol se déplace, que les objets environnants subissent des mouvements de translation.

D'ailleurs le vertige de Ménière et la sclérose en plaques se reconnaîtront aux autres symptômes qui les caractérisent. Dans les tumeurs du cervelet il y a, le plus souvent, de la céphalalgie occipitale persistante, des vomissements répétés et, lorsqu'il existe des douleurs, elles ne revêtent pas le type fulgurant.

Nothnagel a fait connaître en 1889 un syndrome spécial aux lésions en foyer des tubercules quadrijumeaux, et constitué par une ataxie assez analogue à l'ataxie dite cérébelleuse, et par une ophthalmoplégie double, incomplète, asymétrique, ressemblant souvent au type des paralysies associées de latéralité. La valeur sémiologique de ce syndrome, mise en doute par Bruns, a été confirmée par F. Raymond.

7° Le NERVO-TABES OU ATAXIE PÉRIPHÉRIQUE de Dejerine peut très difficilement se distinguer du véritable tabes. Cependant, dans l'observation de Dejerine et Sollier, il y avait conservation des réflexes patellaires et surtout tendance à l'amélioration des divers accidents en général.

8° Les pseudo-tabes alcoolique, saturnin, arsenical, du beri-beri, du diabète, de la diptérie, ne seraient autre chose, d'après Charcot, que des paralysies spéciales, toxiques, siégeant sur les extrémités des membres inférieurs. Ils se reconnaîtront à leurs conditions étiologiques et aussi, d'après Charcot et P. Blocq, à des particularités dans le type de l'incoordination motrice.

Si nous prenons comme exemple le pseudo-tabes alcoolique : — dans l'attitude assise, on constate que le pied de l'alcoolique est tombant, ne peut se relever ; c'est un pied-bot flasque, paralytique, et non dû à une contracture, qu'on ne connaît pas en général dans le tabes vrai ; — dans la station debout, il existe une instabilité particulière : les malades ne peuvent garder la position debout, les pieds rapprochés, et ils déplacent alors continuellement les membres, en raison de la fatigue qui frappe très rapidement leurs extenseurs paralysés ; l'ataxique, lui, dans la même instabilité (signe de Romberg) n'évite pas la chute dont il est menacé en déplaçant ses pieds qui ne quittent pas le sol ; — la démarche enfin de l'alcoolique offre un type *caractéristique* comparable à l'allure du cheval de race qui stoppe (*type du steppeur* de Charcot). Ces particularités dans la progression sont dues à une paralysie localisée ou prédominant sur les muscles qui servent à l'extension. Le pied ne peut être volontairement étendu sur la jambe, ni la jambe sur la cuisse. La résistance qu'on commande au malade d'opposer aux mouvements passifs qu'on imprime aux segments du membre, normale ou peu s'en faut, quant à la flexion, est diminuée ou abolie quant à l'extension. Or, ces altérations contrastent avec l'intégrité de la puissance dynamométrique dans l'ataxie. Ajoutons qu'il existe de l'atrophie des muscles paralysés, avec réaction de dégénérescence. — Comme signes négatifs importants pour le diagnostic, citons l'absence de douleurs en ceinture, de troubles oculaires et de désordres vésicaux. — Enfin, ce pseudo-tabes diffère de l'ataxie par son évolution qui est rapide, et qui disparaît complètement sous l'influence d'un traitement approprié (P. Blocq).

— Des signes différentiels analogues existent pour les autres pseudo-tabes par intoxication.

9° L'ATAXIE HYSTÉRIQUE décrite par Lasèque chez les hystériques

anesthésiques, lorsqu'elles sont privées du secours de la vision, ne pourrait guère prêter à une erreur de diagnostic que si elle était compliquée d'amaurose, puisqu'elle se corrige entièrement par la vision. Mais, dans ce cas même, elle se reconnaîtrait à la nature de ses troubles intenses de la sensibilité. De plus, l'examen ophtalmoscopique lèverait tous les doutes.

Mais il est arrivé que des hystériques, ayant assisté, chez un de leurs parents, à l'invasion de l'ataxie locomotrice, réalisent, par auto-suggestion, les phénomènes objectifs de cette maladie. Toutefois l'ophtalmo-scope ne révèle aucune lésion du nerf optique, l'incoordination motrice n'est pas exactement celle du tabes, les réflexes rotuliens sont conservés ainsi que le sens musculaire. Enfin le ou la malade sont porteurs des stigmates de l'hystérie.

ASTASIE ET ABASIE. — Charcot, Richer et Paul Blocq ont décrit, sous ces noms, un état morbide — qui se rencontre le plus souvent chez des hystériques, associé à d'autres manifestations de la névrose, — dans lequel l'impossibilité de la station verticale (astasia) et de la marche normale (abasia) contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire, et même de la coordination des mouvements des membres inférieurs dans la station assise ou dans les modes de progression autres que la marche normale.

Charcot distingue — une *abasia paralytique*, dans laquelle le malade ne peut pas marcher normalement, alors que souvent des modes de progression autres que la marche normale persistent (marche théâtrale, marche à quatre pattes) ; — une *abasia ataxique*, *choréiforme* dans laquelle on observe des convulsions irrégulières pendant la marche ; — une *abasia trépidante* dans laquelle, toujours au cours de la marche, le corps s'incline en avant, les membres inférieurs sont raides dans l'extension, et la progression s'exécute par une sorte de trépidation rapide, rappelant ce que l'on voit dans certains cas de paraplégie spasmodique, lorsque le phénomène de l'épilepsie spinale y est très prononcé.

Charcot et Paul Blocq ont expliqué ces phénomènes par une influence d'arrêt qui s'exercerait sur le centre cortical et sur le centre spinal de la station et de la marche. Ils ont supposé que la moelle avait perdu le souvenir de certains mouvements coordonnés, ceux qui réalisent la station debout ou la marche, et que le cerveau envoyait inutilement l'ordre d'exécution à des centres inférieurs, qui ne savaient plus l'exécuter (amnésie spinale).

Indépendamment des variétés d'astasia-abasia, dont nous venons de parler et qui relèvent de l'hystérie, il en est d'autres qu'on en

doit rapprocher et qui s'observent, soit chez des *neurasthéniques* simples, soit chez les individus affectés de *doutes* et de *phobies*. De cet ordre sont les cas rapportés par Binswanger, par Seglas, par Debove et Bouloche, par Bouveret, par Régis, par Hallion, qu'on a désignés sous les noms d'*abasie émotive*, de *basophobie*, de *stasophobie*, de *dysbasie psychique*, etc., et qui, d'après G. Ballet, doivent être plutôt rattachés à la série des accidents dérivant d'une idée fixe.

DU TREMBLEMENT.

Le tremblement, que son nom seul dépeint avec exactitude, consiste en une série de petits mouvements oscillatoires réguliers, rapides et involontaires.

Description. — Le tremblement occupe une *étendue* variable ; il peut être général ou limité soit à la moitié du corps, soit à un membre, soit à un groupe de muscles (muscles des mains, des doigts, du cou, des lèvres, etc.). Lorsqu'il s'attache au globe oculaire, on l'appelle *nystagmus*.

Il présente également des *degrés* très divers : parfois il est difficile à reconnaître, tant il est faible ; on le reconnaît mieux alors par la palpation que par l'inspection ; parfois il est tellement prononcé que la marche, la préhension des objets, sont impossibles, que les genoux se heurtent, que la tête est violemment agitée. Chose remarquable, à part le cas de la paralysie agitante dans laquelle le tremblement se produit au repos, le tremblement ne se manifeste généralement que lorsque les membres affectés entrent en jeu.

Mais, sauf pendant le repos, le tremblement est à peu près continu ; il ne diminue que lorsque le malade fait effort pour contracter énergiquement les muscles tremblants.

Son début est tantôt rapide, tantôt lent. Sa *durée*, son rythme, etc., sont subordonnés à la maladie qui l'engendre.

Il est momentané dans le frisson ; il persiste assez longtemps dans l'hystérie ; il est permanent dans la paralysie agitante. Son rythme est rapide dans le goitre exophtalmique,

moyen dans les intoxications en général, lent dans la paralysie agitante. Quant à son intensité, elle est très variable.

Signalons enfin qu'à la Salpêtrière, on a employé avec succès la méthode graphique pour déterminer les caractères essentiels du tremblement.

Le tremblement pourrait être confondu avec la chorée ou avec l'ataxie ; mais, dans la *chorée*, le sautillerment se produit aussi bien dans le repos que dans le mouvement ; dans l'*ataxie*, il y a incoordination du mouvement et non tremblement.

Pathogénie. — Les conditions pathogéniques du tremblement sont mal connues.

On a cherché à l'expliquer en disant qu'à l'état normal une contraction musculaire est le résultat d'une série non interrompue d'impulsions motrices qui se fusionnent : si ces impulsions sont plus rares, la contraction musculaire, au lieu d'être uniforme, est interrompue, devient saccadée et tremblante (Marey).

En dehors de toute cause pathologique, le froid et l'émotion peuvent déterminer le tremblement : les émotions sont tout spécialement aptes à le provoquer chez les névropathes. Rappelons sans insister que le tremblement s'observe dans le frisson de la fièvre.

Divers auteurs divisent les tremblements en deux groupes : dans l'un, les oscillations sont légères, et coïncideraient toujours avec un affaiblissement de la motilité (tremblements de la paralysie agitante, de l'alcoolisme, du saturnisme, etc.) ; dans l'autre, les contractions qui produisent les oscillations auraient un caractère convulsif (tremblements de l'intoxication mercurielle, de la sclérose en plaques, etc...).

Le tremblement se rencontre dans des états pathologiques assez divers, que l'on peut, d'une façon artificielle, diviser en trois groupes :

A. Dans les *intoxications* par l'alcool, le mercure, le tabac, l'opium, le café, le thé, l'ergot de seigle ;

B. Dans certaines *lésions organiques des centres nerveux*, telles que la sclérose en plaques, la paralysie agitante, la mé-

ningo-encéphalite diffuse (paralysie générale des aliénés);

C. Dans certains états d'affaiblissement général : sénilité, convalescence de maladies graves, inanition, excès vénériens, masturbation, etc.

D. Sous l'influence de l'hérédité.

Dans tous ces cas, le tremblement semble devoir être rattaché à un trouble dans les fonctionnements de la moelle ou du bulbe. En ce qui concerne notamment le tremblement toxique, Vulpian a démontré expérimentalement que celui qu'on provoque chez la grenouille avec la nicotine est sous l'influence du bulbe, puisqu'il persiste après l'ablation des autres parties de l'encéphale, alors qu'il cesse aussitôt qu'on sectionne le névraxe au-dessous du bulbe.

Nous allons dire quelques mots des maladies les plus remarquables au point de vue du tremblement.

1° ALCOOLISME. — Le tremblement est un des premiers phénomènes de l'alcoolisme : il est d'abord léger, passager, limité aux doigts, point apparent au repos ; vous le reconnaîtrez en disant au malade de tenir les doigts écartés, ils ne tarderont pas à être agités d'oscillations rapides et peu étendues. Plus tard il s'accroît, devient continu, envahit les membres, la face, la langue. Vous rapporterez ce tremblement à l'alcoolisme s'il est surtout marqué le matin à jeun, et s'il s'atténue, au contraire, dans la journée, sous l'influence des libations matinales, s'il augmente sous le coup de la plus légère émotion ; si l'individu est atteint de troubles dyspeptiques, de vomissements acides (pituïeux), survenant le matin à jeun, de fourmillements dans les membres inférieurs, d'insomnie avec cauchemars, d'hallucinations caractéristiques de la vue (rats, souris, etc.), et, à un moindre degré, de l'ouïe, de troubles de la sensibilité. Les capillaires de la face sont développés ; l'alcoolique est très impressionnable, sa surexcitation fait facilement place à la torpeur, sa parole est embarrassée ; souvent il est atteint de cirrhose du foie, d'angine granuleuse, etc.

2° HYDRARGYRISME. — Le tremblement mercuriel ne se développe que progressivement, et il annonce une intoxication profonde. Il se manifeste d'abord par une fine trémulation de la pointe de la langue, par de légères oscillations des doigts qui rendent l'écriture hésitante. A un degré plus prononcé, les mouve-

ments volontaires sont troublés par des contractions involontaires des muscles antagonistes ; si, par exemple, le malade veut boire, il ne parvient qu'avec difficulté à saisir son verre et à le porter à sa bouche, le membre soulevé décrivant des oscillations d'autant plus brusques et plus amples que le but est plus près d'être atteint (Hallopeau). Le tremblement peut envahir successivement toutes les parties du corps et être porté à un point tel que les malades ne peuvent manger sans une assistance étrangère.

Vous reconnaîtrez sa nature d'abord par la profession du malade (doreurs, étameurs de glaces, etc.), par l'existence d'une gingivite chronique et d'une salivation abondante, de la fétidité de l'haleine, d'ulcérations sur les bords de la langue et sur les gencives. Les travaux de Letulle, Charcot et Dutil ont montré que le tremblement mercuriel est souvent lié en partie à l'hystérie et peut relever à un certain degré de l'imitation.

3° TREMBLEMENT SÉNILE. — Il y a des vieillards chez lesquels la décrépitude se manifeste non seulement par l'affaiblissement de l'intelligence, des sens, des forces musculaires, mais encore par un tremblement qui commence par les muscles du cou (tête branlante), et s'étend à ceux des lèvres (marmottement), et, en dernier lieu, aux membres supérieurs, les membres inférieurs restant indemnes dans la plupart des cas.

Vous rapporterez sans peine ce tremblement à sa véritable cause, à moins que, par exception, il ne s'observe chez un homme relativement jeune (de quarante-cinq à cinquante ans) ; même dans ce cas, l'absence des causes ordinaires du tremblement et la décrépitude précoce vous mettront sur la voie du diagnostic ¹.

4° PARALYSIE AGITANTE. — Le tremblement est le caractère essentiel et longtemps unique de cette maladie ; d'abord partiel, limité à l'extrémité de l'un des membres supérieurs, il gagne peu à peu en intensité, en persistance et en étendue ².

Quant à la paralysie, elle est beaucoup moins accentuée que ne semble l'indiquer la dénomination de la maladie : il n'existe qu'un

1. D'après Charcot et Achard, le *tremblement essentiel héréditaire* offre avec le tremblement, dit sénile, des rapports tellement étroits que ces deux affections mériteraient d'être réunies en une seule, sous le nom de *tremblement essentiel* ou de *névrose trémulante*.

2. D'après Charcot, les muscles de la tête et de la face ne seraient pris de tremblement que dans la sclérose en plaques.

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 divers 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-Mœbius.