

ques instants le mouvement du rire; lorsqu'il ferme fortement les yeux, il éprouve une certaine difficulté à les ouvrir; au commencement du repas, la mastication et même la déglutition peuvent être entravées.

A côté de ce phénomène essentiel, la *crampe musculaire initiale et transitoire*, s'en placent d'autres, mais beaucoup moins constants. Ainsi, dans un grand nombre d'observations, on a noté une hypertrophie notable des masses musculaires. Chez le malade de Leyden, par exemple, la musculature était "athlétique"; mais souvent aussi on n'a rien trouvé d'anormal à cet égard.

De même, il a été plusieurs fois signalé une augmentation plus ou moins marquée dans la consistance des muscles (Seeligmüller, Weichmann), qu'on a pu comparer, pour leur rigidité, à du bois, à de la pierre.

L'excitation mécanique des masses musculaires ou des tendons a donné des résultats très variables; tantôt, et le plus souvent, rien de notable; dans quelques cas, on a constaté une exagération très sensible de la contractilité idio-musculaire (Weichmann).

Les modifications de l'excitabilité électrique n'ont été étudiées avec la méthode que l'on doit apporter aujourd'hui à ce genre d'investigation que dans un petit nombre de cas; aussi n'est-il pas encore possible de se prononcer à cet égard. Cependant un fait important a été signalé dans cinq ou six observations: "c'est la persistance, après l'excitation faradique, soit de la contraction faradique, soit de la contraction elle-même, soit de bourrelets ou d'oncles musculaires qui indiquent un état actif du muscle pendant quelques instants" (Ballet et Marie).

Quant aux réflexes tendineux, ils ont été trouvés le plus souvent normaux, et, dans les cas où il en était autrement, les variations ne semblent pas avoir été beaucoup plus accusées que cela ne se voit, dans les conditions physiologiques, chez des individus réputés sains.

Parmi les phénomènes négatifs, il importe de noter l'intégrité de la force musculaire, et aussi de la sensibilité dans tous ses modes. Ces deux caractères, à eux seuls, permettent de différencier la maladie de Thomsen des états morbides avec lesquels elle pourrait être confondue à un examen superficiel, comme les crampes liées à certaines intoxications, ou la paralysie pseudo-hypertrophique.

II.—Nous venons de voir que, à certaines nuances symptomatiques près, le tableau clinique est toujours le même. A deux autres points de vue, les observations recueillies, par la remarquable similitude qu'elles présentent, justifient l'autonomie concédée aujourd'hui à la maladie de Thomsen dans la nosographie. Nous faisons allusion à l'époque d'apparition des troubles moteurs, qui est constamment l'enfance, et à l'influence héréditaire, plus frappante ici que dans n'importe quelle affection.

Ce n'est, il est vrai, que dans la seconde enfance ou dans l'adolescence que les malades, d'ordinaire, viennent consulter le médecin, alors que les troubles musculaires causent une gêne notable dans un exercice, comme la gymnastique ou la danse, ou les rendent impropres à une profession manuelle, au métier militaire. Mais, quand on interroge leurs souvenirs, on constate que, dans la grande majorité des cas, pareils phénomènes ont existé dès les premières années de la vie. Le plus souvent, la maladie paraît avoir débuté d'une façon insidieuse; cependant quelques malades la font remonter à une cause accidentelle, comme une frayeur (cas de Peters, de Schönfeld); mais comme on ne peut