

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 diphtérie, 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 reconnaît 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