

NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE

TABES

Troubles de la sensibilité.

Ces symptômes sont rares.

La pression sur les gros troncs nerveux, la compression et l'électrisation des masses musculaires provoquent chez beaucoup de malades des douleurs très vives. L'hyperesthésie cutanée est fréquente.

L'affaiblissement du sens musculaire est relativement rare et ordinairement peu prononcé.

Les sensations d'engourdissement, de fourmillement sur le trajet du cubital, la diminution de la sensibilité cutanée et les douleurs spontanées dans cette même région sont des signes assez communs. Il en est de même de l'anesthésie en cuirasse de la paroi thoracique et des douleurs en ceinture.

Ces phénomènes sont exceptionnels et, si on les observe parfois, ce n'est guère que transitoirement, pendant des crises de douleurs.

Le sens musculaire est très souvent atteint. Le malade, les yeux fermés, ne se rend compte que d'une façon imparfaite des mouvements passifs qu'on imprime à ses membres, et parfois même il n'a aucune notion de la position dans laquelle ils ont été placés. Au lit, il ignore la situation que ses jambes occupent, « il les perd », et il est obligé de les chercher avec ses mains « pour les retrouver ».

Troubles moteurs.

On observe souvent de la paralysie et de l'amyotrophie accompagnée de la DR, la chute de la pointe et du bord externe du pied, le *steppage*.

Le *steppage*, phénomène lié à la paralysie des fléchisseurs du pied et qu'il faut bien distinguer de l'incoordination locomotrice du tabes, se présente sous l'aspect suivant : Le malade, incapable de fléchir le pied, est obligé, pour ne pas heurter la pointe contre le sol, d'exécuter à chaque pas un mouvement de la cuisse sur le bassin. L'association de ce soulèvement exagéré de la cuisse à la chute du pied donne à ce mode de déambulation son caractère spécial.

Il n'est pas rare que le malade oscille quand ses yeux sont fermés et que la démarche soit incertaine, titubante.

On observe aussi parfois quand, contrairement à la règle, la paralysie des jambes, au lieu de prédominer dans les muscles de la région antérieure, occupe principalement ceux du mollet, un mode

Ces troubles sont rares.

Le trouble moteur caractéristique du tabes, la véritable incoordination tabétique des membres inférieurs, se manifeste de la manière suivante. Dans la déambulation, la jambe est projetée avec brusquerie, comme mue par un ressort, et le pied vient ensuite frapper fortement le sol avec le talon. Ces mouvements

NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE

TABES

de déambulation qui rappelle un peu la démarche tabétique; le pied, en effet, est relevé, et au moment de l'appliquer à terre, le malade pose d'abord le talon sur le sol, mais il ne soulève pas la jambe avec brusquerie, et ce caractère, joint à la paralysie musculaire, permet d'établir le diagnostic.

La véritable incoordination tabétique des membres inférieurs, si tant est qu'elle puisse être réellement sous la dépendance d'une névrite périphérique, ainsi que certaines observations tendraient à l'établir, est certainement tout à fait exceptionnelle dans cette affection.

Dans les membres supérieurs, on peut observer des troubles moteurs de nature paralytique, ou bien consistant en du tremblement, de la maladresse, de l'incertitude dans les mouvements, qui sont irréguliers, ataxiformes, mais n'ont jamais ou presque jamais la brusquerie des mouvements tabétiques.

Les troubles moteurs qu'on observe dans les névrites sont liés, dans la grande majorité des cas, à des phénomènes de paralysie ou à de l'anesthésie cutanée.

sont quelquefois tellement violents que le corps en est ébranlé à chaque pas et que le sujet perd à tout moment l'équilibre et risque de tomber. Lorsque ces troubles augmentent, il faut soutenir le malade pour lui permettre de faire quelques pas, et on le voit alors lancer follement ses jambes dans divers sens sans pouvoir les diriger.

L'incoordination tabétique peut être aussi mise en évidence quand le sujet est assis ou dans la position horizontale; si on lui commande de porter la pointe du pied vers un point déterminé, il soulève la jambe avec brusquerie et ne peut lui imprimer la direction voulue.

L'incoordination tabétique peut atteindre aussi les membres supérieurs. Lorsque les yeux sont fermés et que le malade cherche à porter l'extrémité d'un doigt vers un point déterminé, on le voit exécuter des mouvements brusques, irréguliers, et il n'atteint le but qu'après beaucoup d'hésitation, parfois même il n'y parvient pas.

L'incoordination tabétique contraste avec l'intégrité de la force musculaire et ne paraît pas subordonnée à l'anesthésie tactile. La sensibilité cutanée peut être normale ou du moins n'avoir subi qu'un léger affaiblissement dans des cas où l'ataxie locomotrice est très nette.

Troubles vaso-moteurs et troubles trophiques.

L'œdème des membres inférieurs, la coloration rouge violacée des téguments, sont des phénomènes très communs.

Le mal perforant est rare dans les névrites de cause interne.

Il peut se développer parfois des lésions osseuses et des lésions articulaires plus ou moins accusées, mais jamais, jusqu'à présent, on n'a constaté dans cette affection d'ostéopathies ou d'arthropathies semblables à celle du tabes.

Ces phénomènes sont rares.

Le mal perforant est assez fréquent.

Les ostéopathies et les arthropathies sont assez communes. Elles se développent généralement à une époque peu avancée du tabes, sans prodromes.

Ordinairement, le premier phénomène appréciable de l'arthropathie tabétique est une tuméfaction extrême de tout le membre et une hydarthrose considérable, qui, le plus souvent, ne sont accompagnées ni de fièvre ni de douleurs. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, l'affection rétrograde ou disparaît, ou bien, au contraire, elle aug-

NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE

L'abolition du réflexe à la lumière des papilles est considérée par tous les neuropathologistes et par tous les ophtalmologistes, sauf Éperon, comme étrangère à la symptomatologie de la névrite périphérique.

La névrite optique rétro-bulbaire toxique, qui accompagne assez souvent la polynévrite alcoolique, est caractérisée de la façon suivante :

Les troubles visuels sont, dès le début, bilatéraux, symétriques, et atteignent également les deux yeux.

Il existe un scotome central, tandis que la partie périphérique du champ visuel est normale.

L'affaiblissement de la vue est relativement peu prononcé; il n'est pas démontré que la cécité complète puisse être la conséquence de cette névrite; les troubles de la vue peuvent diminuer et même disparaître complètement.

A l'ophtalmoscope, on constate une décoloration blanchâtre des parties temporales de la papille.

La névrite rétrobulbaire infectieuse qui s'associe parfois à la polynévrite, évolue très rapidement; elle peut, en quelques jours, conduire à la cécité. Les troubles visuels auxquels elle donne lieu sont susceptibles de rétrograder et même de dis-

TABES

mente; elle est, dans ce dernier cas, caractérisée par des craquements, des dislocations répondant à une usure des surfaces osseuses. Un os peut être à la longue détruit dans une grande partie de son étendue.

L'arthropathie du pied donne lieu à une déformation spéciale pathognomonique, connue sous le nom de *pied tabétique*.

On observe dans le tabes des fractures dites spontanées dues aux ostéopathies. Les os maxillaires subissent parfois une atrophie remarquable.

Troubles oculaires.

L'abolition du réflexe à la lumière des papilles existe dans la plupart des cas de tabes.

La névrite optique du tabes présente les caractères suivants :

Les troubles visuels peuvent être unilatéraux. Quand ils sont bilatéraux, ils intéressent généralement les deux yeux d'une manière inégale.

La partie périphérique du champ visuel est rétrécie; il existe dans l'image campimétrique des encoches et des dentelures.

La névrite optique du tabes aboutit, dans l'espace de trois ou quatre ans, parfois plus lentement, à la cécité complète. Elle ne rétrograde pour ainsi dire jamais.

La papille présente, dans toute son étendue, une décoloration plus prononcée et parfois un aspect nacré.

L'évolution de la névrite optique du tabes n'est jamais aussi rapide. — Ainsi que cela a déjà été dit, les troubles visuels qu'elle provoque ne rétrogradent pas. Dans cette affection, il y a parallélisme entre les symptômes fonctionnels et les

NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE

paraître complètement. Dans cette affection, il n'y a pas de parallélisme entre les troubles fonctionnels et les signes ophtalmoscopiques; au début, la papille peut présenter un aspect normal alors que la vision est profondément troublée.

troubles ophtalmoscopiques; quand l'acuité visuelle est notablement affaiblie, on constate infailliblement l'existence de lésions papillaires à l'examen objectif.

TABES

Troubles vésicaux.

Ces troubles sont rares, sauf dans les cas de névrite accompagnée de psychopathie névritique, et, quand ils existent, ils sont généralement peu accusés.

L'anesthésie vésicale, la rétention et l'incontinence d'urine sont des phénomènes très communs.

Troubles des organes génitaux.

Ces phénomènes sont rares.

L'excitation génésique est observée parfois au début du tabes. L'anaphrodisie et l'impuissance sont des manifestations des plus habituelles de cette maladie.

Les testicules conservent leur sensibilité.

Souvent les testicules sont insensibles à la pression.

Le réflexe crémasterien est généralement conservé.

Le réflexe crémasterien est assez fréquemment aboli.

Troubles du tube digestif.

On observe parfois des troubles dyspeptiques et des douleurs gastriques. Les malades éprouvent des sensations de pincement, de tiraillement, de cuisson dans la région épigastrique; parfois même les douleurs sont très vives; elles irradient dans la région dorsale et sont accompagnées de vomissements. Ces phénomènes peuvent être plus prononcés à certains moments qu'à d'autres, mais ils ne se manifestent pas sous forme de crises à apparition et à disparition brusques et séparées par des intervalles pendant lesquels le fonctionnement de l'estomac serait tout à fait normal.

Si de véritables crises gastriques, semblables à celles du tabes, peuvent dépendre de la polynévrite, ce qui n'est pas rigoureusement établi, elles ne sont que tout à fait exceptionnelles.

L'incontinence des matières fécales est exceptionnelle.

Le tabes peut provoquer des crises gastriques qui éclatent sans causes apparentes, sans signes prémonitoires, sont caractérisées par des douleurs et des vomissements qui sévissent sans trêve, pendant une période de 3, 5, 10, quelquefois 15 jours, rarement plus, et disparaissent soudain sans laisser de traces, si ce n'est de l'abattement et de l'affaiblissement résultant du jeûne auquel le malade a été soumis. Dans l'intervalle des crises, les digestions sont absolument normales.

L'incontinence des matières fécales n'est pas très rare.

NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE

Troubles laryngés.

Troubles laryngés permanents.

Ils consistent, soit en une diminution ou une abolition de la sensibilité de la muqueuse du larynx, surtout au niveau du vestibule, soit en des phénomènes de paralysie pouvant atteindre les dilatateurs de la glotte, mais prédominant le plus souvent dans les muscles adducteurs et caractérisés par de l'aphonie.

Ils consistent ordinairement en une paralysie des dilatateurs de la glotte, paralysie qui, lorsqu'elle est bilatérale, est caractérisée par une dyspnée prédominant au moment de l'inspiration, et accompagnée d'un *cornage* plus ou moins bruyant, généralement plus marqué pendant le sommeil que pendant la veille; la phonation, au contraire, est anormale.

Troubles laryngés paroxystiques.

Il ne me paraît pas encore établi que la polynévrite puisse donner naissance à des troubles laryngés paroxystiques semblables à ceux du tabes; ces phénomènes sont ici, pour le moins, tout à fait exceptionnels.

Ils se présentent sous divers aspects :
a. Crises laryngées, consistant essentiellement en des accès de spasme glottique qui s'opposent complètement, pendant quelques secondes, au passage de l'air, ou ne le laissent passer que très difficilement et provoquent ainsi un sifflement aigu; il y a menace d'asphyxie, dénoncée par l'aspect cyanosé du visage, par de l'obnubilation intellectuelle et, dans certains cas, par quelques mouvements convulsifs; la terminaison peut être mortelle, mais généralement ces phénomènes se dissipent et le larynx reprend son fonctionnement normal.

b. Vertige laryngé, caractérisé ordinairement de la façon suivante : d'abord, sensation de chatouillement dans le larynx, puis quinte de toux très violente, enfin chute avec perte de connaissance; le plus souvent, le malade revient presque aussitôt à lui, se relève et se trouve en état de reprendre ses occupations.

Le vertige laryngé peut s'associer au spasme glottique.

Troubles psychiques.

On observe parfois, dans certaines polynévrites, des troubles psychiques décrits sous la dénomination de psychose polynévritique et consistant en des phénomènes de délire, en un affaiblissement intellectuel et en une amnésie qui a pour caractère principal de porter seulement sur les faits les plus récents, la mémoire des faits anciens étant au contraire assez bien conservée.

Quand l'ataxie locomotrice s'associe à la méningo-encéphalite diffuse, ce qui n'est pas très rare, on peut constater des troubles psychiques propres à cette dernière affection, mais je ne sache pas que la psychose polynévritique ait été jamais observée dans le tabes.

TABES

NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE

TABES

Évolution.

La polynévrite évolue d'ordinaire assez rapidement.

Les troubles symptomatiques, par lesquels elle se manifeste, peuvent s'atténuer et disparaître complètement; la guérison peut même être considérée comme la terminaison habituelle.

L'évolution du tabes est généralement lente.

Certaines manifestations peuvent disparaître, mais il en est d'autres qui ne rétrogradent jamais, et, d'une façon générale, on peut dire que, dans l'état actuel de la science, le tabes est une affection incurable.

Étiologie.

Les infections, les intoxications, les maladies dyscrasiques, les cachexies sont les agents étiologiques qu'on relève ordinairement dans les antécédents pathologiques des malades qui sont atteints de polynévrite.

Il est très commun de trouver la syphilis dans les antécédents pathologiques des malades atteints du tabes.

La *myopathie progressive primitive* ou *dystrophie musculaire progressive* peut être distinguée aisément, dans la plupart des cas, de la polynévrite. Les troubles de la sensibilité font défaut. Les réflexes, et en particulier les réflexes tendineux, ne subissent pas de modifications; le mouvement consécutif à la percussion d'un tendon peut être, il est vrai, plus faible qu'à l'état normal, mais cet affaiblissement, quand il existe, est proportionnel à l'atrophie musculaire et dépend exclusivement de ce dernier phénomène. L'amyotrophie liée à la myopathie primitive est une véritable atrophie musculaire progressive, dans le sens que Duchenne donnait à cette expression; loin d'être précédée par de la paralysie, elle constitue le phénomène initial, et la diminution de la puissance musculaire est exclusivement sous la dépendance de l'amyotrophie. La DR fait complètement défaut, et c'est là un signe distinctif de la plus haute importance (Erb). Enfin, l'affection est progressive; elle peut, à la vérité, s'arrêter fort longtemps dans son évolution, mais elle ne rétrograde, pour ainsi dire, jamais.

Polymyosite aiguë. — On a décrit sous ce nom une affection générale, fébrile, d'origine infectieuse ou toxique, caractérisée en particulier par des troubles portant sur le système musculaire. La plupart des muscles du corps peuvent être atteints; ils se tuméfient et deviennent le siège de douleurs, parfois très vives, qui entraînent une impotence plus ou moins accusée. Les troubles musculaires sont accompagnés de manifestations pathologiques dans les téguments (œdèmes, troubles de la sécrétion sudorale, exanthèmes de diverses sortes).

Voici ce qui distingue la polymyosite de la polynévrite. Dans la première de ces affections, il n'y a pas de paralysie à proprement parler; l'impotence est causée par les douleurs et par la tuméfaction des tissus; les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression et il n'y a pas d'anesthésie; l'amyotrophie, à développement rapidement progressif, qu'on observe parfois dans la polyné-

vrite, fait ici défaut; la tuméfaction, l'œdème inflammatoire des muscles et de la peau, propres à la polymyosite, n'appartiennent pas à la symptomatologie de la polynévrite; enfin, les troubles cutanés qui se développent dans la polymyosite différent des troubles trophiques dont les téguments sont parfois le siège dans la polynévrite.

Trichinose. — C'est par des caractères analogues à ceux qui différencient la polymyosite de la polynévrite qu'on pourra distinguer cette dernière affection de la trichinose (truncs nerveux indolores à la pression, pas d'anesthésie, pas d'amyotrophie). Je dois ajouter que la constatation, à l'aide du microscope, de trichines dans le tissu musculaire, est, comme on le sait, le seul signe certain de la trichinose.

Hystérie. — L'hystérie étant, comme on l'a dit, la *grande simulatrice*, on est en droit de supposer *a priori* qu'elle est capable de revêtir le masque de la polynévrite. Si l'on se rappelle que cette névrose peut donner naissance à des troubles de la sensibilité (douleurs et anesthésie), à des troubles de la motilité (paralysies et amyotrophies), à des troubles vaso-moteurs et à des troubles trophiques dans les téguments, à des troubles psychiques (sorte de confusion mentale et amnésie des faits récents), ayant des analogies avec ceux qui caractérisent la psychopathie névritique, on conçoit que l'hystérie puisse simuler la polynévrite.

Toutefois, à l'aide d'une analyse quelque peu attentive des divers symptômes, on peut, dans la plupart des cas, établir le diagnostic différentiel de ces deux états morbides.

Les hystériques se plaignent parfois d'éprouver des douleurs extrêmement vives, et il semble, à les entendre, qu'ils endurent des souffrances inimaginables. Cependant, quand on assiste à des crises de douleurs d'origine hystérique et qu'on les compare à celles auxquelles sont en proie certains malades atteints de névrite, on est frappé — du moins c'est là mon impression — des différences qui séparent ces deux ordres de crises. Les douleurs hystériques ne provoquent généralement pas cette altération des traits de la physionomie, cette angoisse difficile à décrire, il est vrai, qu'il faut avoir constatée de ses propres yeux et qu'on observe souvent chez les malades atteints de douleurs organiques. De plus, les douleurs névritiques intenses amènent, quand elles se répètent, une dépression des forces, un affaiblissement général, qui font ordinairement défaut dans le cas de douleurs hystériques. Je serais porté à dire que les douleurs de la polynévrite ont un caractère de sincérité que n'ont pas celles de l'hystérie.

L'anesthésie des hystériques a généralement un mode de localisation que l'on n'observe pas dans la polynévrite (hémianesthésie, anesthésie occupant un membre ou un segment de membre et se terminant par une ligne circulaire bien nette). De plus, l'anesthésie hystérique étant purement psychique, n'entrave pas la transmission des excitations périphériques aux centres nerveux. C'est ainsi que, comme l'ont montré récemment Hallion et Comte à l'aide d'un nouvel appareil pléthysmographique, chez les hystériques « le réflexe vaso-constricteur se manifeste intégralement, même quand on porte l'excitation, à l'insu du sujet, sur une zone absolument anesthésique ».

Les réflexes tendineux ne subissent pas de modifications dans l'hystérie. C'est du moins une opinion que je soutiens depuis longtemps et que la plupart des neurologistes tendent à accepter.

Les paralysies hystériques peuvent occuper tout un membre ou un segment de membre. Elles sont parfois limitées à quelques muscles, mais, et c'est là un caractère essentiel au point de vue du diagnostic, en pareil cas, la paralysie atteint à la fois tout un groupe de muscles qui, à l'état normal, fonctionnent synergiquement pour accomplir certains actes volitionnels. De plus, les paralysies hystériques sont souvent systématiques, c'est-à-dire que les divers actes susceptibles d'être accomplis sous l'influence de la volonté par un même groupe de muscles peuvent subir une dissociation et être individuellement abolis. Ce sont là des caractères sur lesquels j'ai insisté dans plusieurs communications à la Société médicale des hôpitaux. Dans l'amyotrophie hystérique, décrite par Charcot et Babinski, la diminution du volume des masses musculaires n'est jamais très considérable, et la DR fait défaut. On a publié, il est vrai, quelques observations d'atrophie musculaire qu'on a voulu rattacher à l'hystérie et dans lesquelles on avait constaté les caractères de la DR; il me paraît incontestable que des erreurs d'interprétation ont été commises à ce sujet, et je suis d'avis qu'on est en droit de distraire du cadre des amyotrophies hystériques les atrophies musculaires accompagnées de la DR.

Enfin l'évolution des troubles nerveux, la disparition brusque, ne serait-elle que transitoire, des troubles paralytiques ou de l'anesthésie cutanée, permettent bien souvent de rattacher ces accidents à leur véritable cause.

Tels sont les caractères principaux au moyen desquels on peut distinguer la polynévrite de l'hystérie. Je ne parle pas des grands stigmates de l'hystérie qui révèlent à première vue l'existence de cette névrose. Il ne suffit pas, en effet, de constater leur présence pour faire dépendre de l'hystérie l'anesthésie ou la paralysie qu'on observe chez un malade, les associations hystéro-organiques étant chose des plus communes.

Paralysie périodique. — Sous ce titre : *Sur un cas remarquable de paralysie périodique des quatre extrémités avec disparition simultanée de l'excitabilité électrique pendant la paralysie*, Westphal a publié en 1885 une observation, unique en son genre à cette époque, mais à laquelle sont venus s'ajouter depuis des faits semblables. Il s'agit là d'un groupe nosologique fort intéressant et qui présente quelques analogies avec la polynévrite. On observe, en effet, dans ces deux affections, de la paralysie flasque, des troubles dans la contractilité électrique et l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes tendineux. Toutefois il est facile de distinguer ces deux états l'un de l'autre en raison du mode d'évolution tout spécial de la paralysie périodique et des caractères particuliers des troubles électro-musculaires qu'on y constate. Une courte description de la paralysie périodique suffira, du reste, à mettre en évidence les signes qui la caractérisent et qui empêchent de la confondre avec la névrite périphérique.

La paralysie périodique consiste en des accès de paralysie dans l'intervalle desquels le malade revient complètement à l'état normal. Les accès peuvent se répéter toutes les cinq, six semaines, parfois plus rarement, plus fréquemment au contraire dans d'autres cas. L'accès dure vingt-quatre, quarante-huit heures, quelquefois douze ou six heures seulement. Il est souvent précédé de fourmillements, de sensations douloureuses dans les membres. La paralysie va en augmentant rapidement et atteint en peu de temps son maximum d'intensité; elle frappe ordinairement les membres inférieurs et les membres supérieurs; elle est flasque, accompagnée d'un affaiblissement notable ou de l'abolition des réflexes tendineux et cutanés, ainsi que d'un affaiblissement très