

des jambes, du tremblement et aussi de l'incoordination cérébrale. Elle est surtout gauche et embarrassée : les sujets avancent péniblement, courbés en avant, écartant les jambes, à pas inégaux, tantôt lents, tantôt précipités, retombant lourdement d'un pied sur l'autre en les soulevant à peine ; ils se butent aux moindres obstacles et dévient de la ligne droite. Les difficultés s'exagèrent et ils chancellent dès qu'il s'agit de changer de direction, de faire volte-face ou de s'arrêter. Cette démarche, différente à plusieurs égards de celle du tabétique, et que Blocq a nommée le type *para-*

Lilouvie
des connaissances utiles
8 Rue St Joseph Paris

Monsieur
Veuillez ~~par~~ vous prir votre collection
J'ai l'honneur et vous remettre
ci joint le bulletin que ~~je~~ trait
du supplément du Petit-Journal
que j'ai remplie selon vos
indications

FIG. 215. — Paralyse générale au début. Ordonnance générale de l'écrit défectueuse. Ecriture irrégulière. Lettres et mots passés. Fautes d'orthographe.

lytique et titubant ⁽¹⁾, ressemble jusqu'à un certain point à celle qu'affectent les acteurs quand ils se meuvent sur la scène, dans une obscurité supposée.

En outre de ces troubles fondamentaux du mouvement, nous devons ajouter que l'existence des contractures n'est pas une exception au cours de la paralyse générale. Tantôt le spasme se répartit sous forme de contracture généralisée, tantôt on a affaire à la forme monoplégique, et, plus souvent encore, à la paraplégie spasmodique. D'autres fois enfin, il s'agit de contracture de la nuque et de torticolis. En tous ces cas la rigidité varie d'un moment à l'autre, et le trouble est ordinairement transitoire.

(1) PAUL BLOCQ. *Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses*. Paris, 1895.

Un phénomène particulier, très commun dans diverses psychopathies, s'observe aussi assez fréquemment dans la paralyse générale, c'est le *grincement de dents*. Il consiste en de continuel mouvements de diduction des mâchoires, dont la permanence et l'intensité sont parfois telles qu'ils entraînent l'usure des

Monsieur le Comte
General de la Cour
de Paris
Paris

J'ai l'honneur de vous
revenir votre commission et les
articles qui vous ont
été remis et objet. Un
de jete mes bons
dubonne nuit

FIG. 216. — Paralyse générale. 2^e période. Ordonnance générale défectueuse et malpropreté de l'écrit. Ecriture irrégulière, tremblée et ataxique. Diminution des dimensions des lettres à la fin. Mots passés.

dents. Ce syndrome peut apparaître à toutes les phases de la maladie d'une façon intermittente.

Troubles de la parole. — Les troubles de la parole ont une importance capitale dans la paralyse générale, et il est presque permis d'affirmer que le diagnostic n'est vraiment ferme qu'alors qu'on les a constatés : ils sont, en effet, très caractéristiques et très différents de ceux qu'on observe dans les autres maladies nerveuses et mentales.

Ils sont complexes et ressortissent à ces trois modes d'altération du langage qu'on appelle : des *dyslogies*, des *dysphasies*, et des *dysarthries*.

Les troubles *dyslogiques* résultent des déficiences de l'intelligence, mais n'affectent pas la fonction elle-même du langage. Ils sont caractérisés par la

Starmont 20 Mai
 Monsieur
 Jules de
 Alger
 et de la famille
 Monsieur de
 Dur et
 je vous
 je voudrais
 Monsieur de
 je suis
 je le devrais
 rien à faire
 rien pouvoir
 je voudrais
 je voudrais
 je voudrais
 je voudrais
 et d'indiquer
 et d'indiquer
 je voudrais

FIG. 217. — Paralyse générale. 5^e période.

Malpropreté de l'écrit. Ecriture très tremblée. Incohérence du contenu. Répétitions de mots

rapidité de la parole dans la période expansive, ou au contraire par sa lenteur ou par du mutisme dans la forme dépressive. Le langage se fait aussi remarquer par son illogisme, par son incorrection, souvent par sa grossièreté.

Les troubles *dysphasiques* sont relativement rares, ils résultent d'altérations de la fonction elle-même du langage (aphasie) produites par des lésions des

centres cérébraux. En ces cas, l'aphasie affecte les mêmes allures que dans les autres affections où elle intervient, et nous n'avons pas à nous y étendre plus longuement (1). Récemment des observations de surdité verbale ont été publiées notamment par Sérieux et par Joffroy (2). Il peut y avoir, sinon perte complète des images verbales, du moins difficulté seulement à se les remémorer : l'annoncement (semblable à celui de l'écolier qui ne sait pas sa leçon), le trainement et l'hésitation paraissent, jusqu'à un certain point, en rapport

Starmont 20 Mai
 Monsieur de
 Dur et
 je vous
 je voudrais
 Monsieur de
 je suis
 je le devrais
 rien à faire
 rien pouvoir
 je voudrais
 je voudrais
 je voudrais
 je voudrais
 et d'indiquer
 et d'indiquer
 je voudrais

FIG. 218. — Paralyse générale. 5^e période.
 Tremblement et ataxie très prononcés. Ecriture presque illisible.

avec ce trouble. Certains malades peuvent présenter des désordres de la lecture : *paralexie* (3). Il arrive alors que le sujet substitue, en lisant, des mots dépourvus de sens aux mots corrects : cela provient de ce qu'il ajoute au texte des idées en rapport avec ses préoccupations délirantes.

L'embarras de la parole dans la paralyse générale est surtout le fait d'une *dysarthrie*, c'est-à-dire d'un trouble de l'appareil d'articulation des mots, qui

(1) VIGOUROUX et PASCAL. Aphasie totale chez un paralytique général par prédominance des lésions diffuses au niveau de la zone du langage, un cas de lésion circonscrite du cerveau au cours d'une paralyse générale. *Soc. anatom.*, janvier 1905.

(2) P. SÉRIEUX. Surdité verbale pure chez un paralytique général. *Soc. de neur.*, mars 1900.

— JOFFROY. Surdité verbale chez un paralytique général. *Soc. méd. des hôpit.*, 1902.

(3) SÉGLAS. Troubles du langage chez les aliénés. Paris, 1892.

provient du tremblement et de l'ataxie musculaire des organes préposés à ces mouvements. Ces altérations de la parole sont en général plus marquées dans la parole lente. Elles sont variables d'un moment à l'autre dans leur intensité, et se constatent seulement au début, lors de l'articulation de certains mots difficiles. A cet égard, il existe des *mots d'épreuve* pour ainsi dire, qu'on devra faire répéter au malade pour déceler le trouble lorsqu'il est peu prononcé : *artilleur d'artillerie, polytechnicien de polytechnique, transsubstantiation*, etc. (1). Ces troubles de la parole peuvent être enregistrés et très nettement rendus par le phonographe (2).

Le *timbre* de la voix est lui-même modifié : le son est uniforme, grave, voilé, nasonné. La parole est hésitante, parfois les lèvres s'avancent pour proférer un mot qui n'est pas énoncé. Les syllabes sont scandées, souvent sautées ; de plus, elles sont répétées (*empe-pe-reur*) : c'est l'*achoppement* des syllabes de Kussmaul. Bientôt le langage aboutit à un bredouillement qui, à la fin, devient tout à fait incompréhensible.

Troubles de l'appareil visuel. — Les troubles oculaires font partie intégrante de la maladie et en constituent une importante manifestation, sur la valeur diagnostique de laquelle l'un de nous a insisté naguère (4). Le trouble oculaire capital de la paralysie générale est l'*ophtalmoplégie interne à développement graduel et progressif*. Celle-ci peut précéder parfois d'assez longtemps l'apparition des autres manifestations de la maladie : le plus ordinairement elle se révèle à l'examen par l'*inégalité pupillaire*. La fréquence de ce signe, déjà mise en évidence par Baillarger, a depuis été confirmée par tous les observateurs (5). Chez le paralytique, les pupilles, lorsqu'elles restent égales, peuvent être toutes les deux dilatées ou toutes les deux affectées de myosis. Ce dernier cas est plus rare (5 fois sur 47 cas), contrairement à ce qui se passe dans le tabes.

L'ophtalmoplégie interne comporte les degrés suivants : tout d'abord, il y a parésie du mouvement de réaction pupillaire à la lumière, puis abolition de ce même mouvement ; la parésie de l'accommodation vient ensuite ; il y a enfin paralysie complète à la lumière et à l'accommodation. Le trouble ne progresse pas symétriquement et il est fréquent qu'il affecte inégalement les deux yeux : d'un côté on constatera la réaction tout à fait nulle à la lumière et à l'accommodation, tandis que de l'autre côté il n'existera encore que le signe d'Argyll Robertson (perte de la réaction à la lumière avec conservation des mouvements d'accom-

(1) La phrase usitée à la Salpêtrière est : « Je suis maréchal des logis au 53^e régiment d'artillerie ».

(2) DUPONT. Démonstrations au Congrès international de 1900, Section de neurologie.

(3) Contrairement aux traditions, auxquelles ont coutume de se conformer les auteurs didactiques, nous plaçons ici, au lieu de les décrire au paragraphe : TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ, les troubles de l'appareil visuel, parce que leur caractéristique dans la paralysie générale réside plutôt dans une altération des fonctions musculaires que de la sensibilité spéciale de l'œil.

(4) GILBERT BALLET. Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive. *Le progrès médical*, 10 juin 1895, n° 25, p. 455. — OEBECKE. Ueber die Pupillenreaction. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1894. — BRIAND, ANTHEAUME ET TRÉNEL. Etude statistique des modifications de la réflexivité dans les différentes périodes de la paralysie générale. *Ann. méd. psych.*, 1894. — MIGNOT. Contribution à l'étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Thèse de Paris, 1900.

(5) MOREAU DE TOURS, 58 fois sur 100 ; MOBÈCHE, 61 ; MENDEL, 60 ; SEIFERT, BOY, dans les 2/3 des cas ; DOUTREDETE, 75. Dans une statistique faite sous l'instigation de l'un de nous, sur les paralytiques des divers asiles de la Seine, M. RENAUD a trouvé dans 482 cas l'inégalité pupillaire 518 fois, soit environ 65 pour 100.

modation). On se rendra compte de la fréquence de ces désordres, en considérant que, d'après la statistique de Renaud portant sur 477 cas, 594 fois les réflexes pupillaires furent trouvés altérés, soit dans 82 pour 100 des cas (1).

Piltz a décrit récemment un trouble pupillaire curieux qui se rencontre dans diverses affections cérébrales et médullaires, mais avec une fréquence toute particulière dans la paralysie générale. Si l'on prie le sujet de fermer énergiquement les yeux et de les ouvrir aussitôt brusquement, la pupille apparaît contractée et se dilate ensuite jusqu'à reprendre ses dimensions habituelles. Voici l'explication que Piltz a donné de ce phénomène : « Le mécanisme par lequel se produit la contraction pupillaire survenant à l'occasion de l'occlusion palpébrale me paraît être le suivant : il repose sur une contraction synergétique de l'iris, qui accompagne la contraction de l'orbiculaire et le mouvement en haut et en dehors du globe oculaire. Ce mouvement synergétique de l'iris, que l'on appelle contraction orbiculaire de la pupille, est un phénomène physiologique. La tendance des pupilles à se dilater, qui se manifeste à l'occasion de l'occlusion palpébrale, s'oppose à ce rétrécissement pupillaire. Il y a donc antagonisme entre la contraction orbiculaire et la dilatation réflexe de la pupille. Chez l'individu normal, c'est la dilatation réflexe qui prédomine. Aussi, ne rencontrons-nous qu'exceptionnellement ce phénomène chez les individus normaux. La fréquence de celui-ci, chez les paralytiques généraux et chez les tabétiques, résulte de l'absence du réflexe lumineux. »

Au début les troubles pupillaires peuvent être passagers et disparaître pendant les rémissions.

Indépendamment de l'ophtalmoplégie interne qui, nous l'avons dit, est le trouble oculaire fondamental, on peut éventuellement observer dans la maladie quelques autres symptômes du côté des yeux : de ce nombre sont les *paralysies musculaires* (paralysies du releveur de la paupière, d'un ou de plusieurs des muscles moteurs du globe oculaire, etc.) (2). Ces paralysies sont plus rares ; elles se rencontreraient de préférence dans les cas où les symptômes du tabes ont précédé ceux de la paralysie générale. A. Marie les a notées 21 fois sur 500 cas. Elles sont presque toujours transitoires. Dans quelques cas cependant elles sont permanentes et progressives, relevant alors de lésions également permanentes et progressives des noyaux des nerfs moteurs de l'œil. Le *nystagmus* a été constaté également dans des cas rares, deux fois seulement par A. Marie, une fois par l'un de nous. Les avis des auteurs sont partagés sur la fréquence des lésions du fond de l'œil. L'*atrophie papillaire* avec amaurose consécutive s'observe aussi quelquefois (Billod, Foville, Magnan, Christian), pouvant précéder de plusieurs années l'écllosion de la maladie. Quoiqu'on ait encore décrit, en dehors de ces lésions, d'autres altérations du fond de l'œil, lésions hyperémiques, œdèmes, dilatations vasculaires (Voisin, Magnan, Clifford Allbutt, Tibaldi, Montli Aldridge, Jehn, Hammond, Wiglesworth), il semble

(1) TANZI. Singolare contegno delle pupille in un caso iniziale di paralisi progressiva. *Riv. di patol. nervosa e ment.*, 1899. — PILTZ. Sur les nouveaux signes pupillaires dans le tabes dorsal. *Revue neurol.*, 1900. — GAUPP. Ueber die spinalen Symptomen der progressiven Paralyse. Breslau, 1898. Analysé in *Centralb. f. Nervenh. u. Psychiat.*, 1900.

(2) A. MARIE. Troubles oculaires dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1890. — SIEMERLING. U. G. BOEDECKER. Chronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse. *Archiv f. Psychiat.*, t. XXIX. — BOEDECKER. Ueber einen Fall von chronischer progressiver Augenmuskellähmung. *Neurol. Centralb.*, 1895. — MARANDON DE MONTYEL. Des troubles comparés des réflexes oculaires étudiés chez les mêmes malades aux 5 périodes de la paralysie générale. *Rev. de Psychiat.*, mai 1904. — JOFFROY. Lec. clin.

que celles-ci soient relativement rares. Gowers a toujours trouvé le fond de l'œil normal dans les cas nombreux qu'il a examinés. Aucun des 37 malades de la clinique de l'Asile Sainte-Anne, examinés par Jocqs sous la direction de l'un de nous, n'a présenté de lésion notable à l'ophtalmo-scopie. Par contre Kéval et Raviart⁽¹⁾ ont constaté des lésions plus ou moins accusées du fond de l'œil dans les 4/5 des 51 cas qu'ils ont examinés. Neil Jameson⁽²⁾ a observé, dès les premiers stades de la maladie, une modification dans la coloration de la papille qui deviendrait d'abord couleur de cuir, puis d'une pâleur spéciale. Enfin Sie-

SCHÉMAS RÉSUMANT LES TROUBLES PUPILLAIRES OBSERVÉS PAR L'UN DE NOUS CHEZ DIX-SEPT PARALYTIQUES

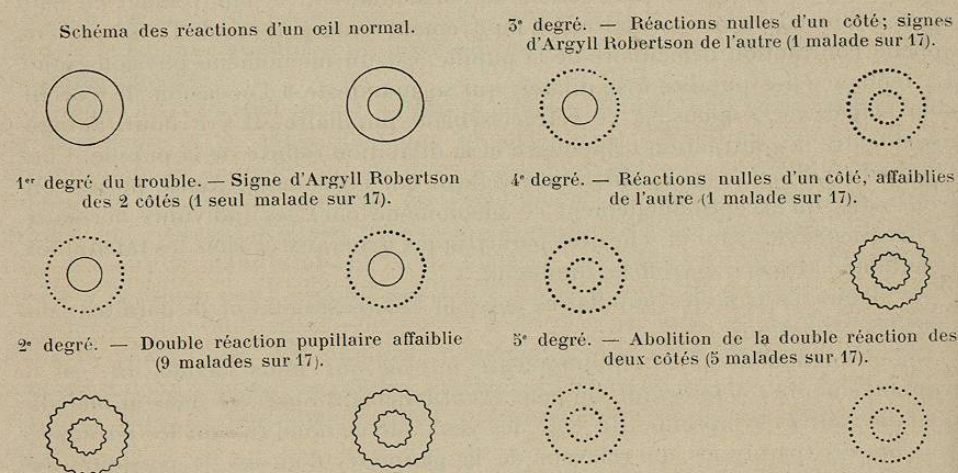


FIG. 219. — Le cercle externe représente la réaction de la pupille à la lumière; le cercle interne, la réaction à l'accommodation. — Nous représentons conventionnellement par un trait plein la réaction normale, par un trait ondulé la réaction affaiblie, par un trait pointillé la réaction nulle.

merling et Bøedecker ont noté assez fréquemment l'atrophie du nerf optique. Ces divergences entre les auteurs font souhaiter de nouvelles recherches.

On a décrit, dans ces dernières années, un trouble de la vision consistant en un rétrécissement du champ visuel⁽³⁾ surtout marqué pour le blanc, le vert et le rouge. Souvent l'acuité visuelle demeure intacte et l'on ne trouve à l'autopsie aucune lésion susceptible d'expliquer ce phénomène. Enfin Pel⁽⁴⁾ a observé, dans un cas de paralysie générale tabétique, des crises oculaires constituées par de la douleur, de la photophobie et de l'hypersécrétion lacrymale.

Troubles de la sensibilité. — Ils sont moins rares qu'on ne le pensait autrefois. Marandon de Montyel qui en a fait une étude détaillée a constaté souvent une diminution de la sensibilité algésique, plus rarement une exaltation de cette

⁽¹⁾ KÉVAL ET RAVIART. *L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux, et ses lésions initiales.* Congrès de Grenoble, 1902. — CAUDRON. Thèse de Lille, 1902. — RICHE, RAVIART ET CAUDRON. Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale. *Rev. neurol.*, 1905. — ANDRÉ LÉON. Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le tabes. Paris, 1904.

⁽²⁾ NEIL JAMESON HEPBURN. *American Journal of Insanity*, 1895.

⁽³⁾ RESNIKOW. Ueber das Gesichtsfeld bei progressiver Paralyse. *Neurol. Centralb.*, 1899.

⁽⁴⁾ PEL. Augenkrise bei Tabes dorsalis. *Berl. klin. Wochens.*, 1898.

même sensibilité et, dans quelques cas, un retard dans la perception douloureuse. Ces troubles persisteraient pendant les rémissions.

Joffroy⁽¹⁾ a rapporté un cas très curieux d'analgésie cutanée et viscérale chez un paralytique général.

Les altérations de la sensibilité tactile, d'après Marandon de Montyel, seraient assez rares et se manifesteraient d'une façon très variée : hypoesthésie, anesthésie, localisation imparfaite des contacts. Contrairement aux troubles de la sensibilité algésique, ceux de la sensibilité tactile céderaient pendant les rémissions.

On a beaucoup insisté sur l'analgésie du cubital qui constitue le signe de Biernacki et qu'il est facile de constater par la pression de ce nerf au niveau de la gouttière olécrânienne. Ce signe est en effet fréquent dans la paralysie générale, mais comme il existe dans une foule d'affections nerveuses, sa valeur est des plus minimes.

Au point de vue subjectif, on note fréquemment des douleurs de caractère varié (fulgurantes, lancinantes, térébrantes, rhumatismales, en ceinture) très analogues à celles qui se voient dans le tabes. C'est du reste dans les paralysies générales à forme tabétique que ces douleurs sont le plus accusées. Dupré⁽²⁾ a constaté, chez certains malades, l'existence « d'algies, d'origine centrale, ayant tous les caractères qu'on leur connaît chez les neurasthéniques » et s'accompagnant souvent d'hypoesthésie, de troubles vaso-moteurs et de troubles sécrétoires dans les régions qui en sont le siège. Sarbo⁽³⁾ a signalé deux cas de prurit chez des paralytiques généraux. Féré⁽⁴⁾ a rapporté un cas de même nature.

Dans le domaine de la sensibilité spéciale, on a signalé des altérations de l'odorat, du goût⁽⁵⁾ et de l'ouïe; mais ces symptômes sont de médiocre importance. La perte de l'odorat d'un seul ou des deux côtés avait été mentionnée par A. Voisin, qui avait même prétendu y trouver un signe de valeur pour le diagnostic de la maladie à la période prodromique. Toutefois, bien que les troubles de l'odorat ne soient pas exceptionnels, ils n'ont pas la constance que l'auteur précédent leur avait attribuée; de plus ils se montreraient plutôt dans les périodes avancées de la maladie.

Ainsi en serait-il également de l'agueusie, si l'on en juge, du moins, par la facilité avec laquelle certains malades avalent les substances les plus répugnantes.

L'affaiblissement de l'ouïe a été noté dans quelques cas. L'hyperacousie qui a été signalée paraît n'être qu'une des manifestations de la suractivité fonctionnelle de la période expansive.

Troubles des réflexes. — Les réflexes tendineux dans la paralysie générale ont été étudiés par de nombreux observateurs (Seppilli, Shaw, Joffroy, Claus, Möli, Bianchi, Bettencourt-Rodríguez, Siemmerling, Sollier, Briand, Marandon

⁽¹⁾ JOFFROY ET GOMBAULT. Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté, 18 ans auparavant, du délire de persécution. Analgésies cutanées et viscérales profondes. *Congrès international de médecine.* Paris, 1900.

⁽²⁾ DUPRÉ. *Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet.* Art. PARAL. GÉN.

⁽³⁾ SARBO. Ueber Pruritus als Symptom der progressiven Paralyse. *Neurol. Centralb.*, 1898.

⁽⁴⁾ FÉRÉ. *Soc. de biol.*, juin 1899; *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1899.

⁽⁵⁾ DE MARTINES. Recherches sur le goût et l'odorat dans la paralysie générale. Thèse de Lausanne, 1900. — TOULOUSE ET VASCHIDE. *Soc. de biol.*, 1900 et *Rev. de Psychiat.*, 1902. — COLLET. De l'anosmie. *Rapport au Congrès oto-rhino-laryngologique*, 1899.