

de Montyel). Renaud<sup>(1)</sup>, à l'instigation de l'un de nous, a examiné à cet égard 482 malades (551 hommes, 151 femmes). Il a constaté : la conservation du réflexe rotulien dans 66 cas, leur exagération dans 548 cas, leur abolition dans 68 cas; ses recherches lui ont permis de conclure que l'exagération des réflexes est la règle, dans la première période de la paralysie générale, mais que cette exagération tend à faire place à l'abolition, à mesure que le processus pathologique se généralise et que la démence progresse<sup>(2)</sup>.

Quant aux réflexes cutanés<sup>(3)</sup>, et en particulier au réflexe cutané plantaire, ils sont altérés chez les deux tiers des malades, la proportion d'abolition et d'exagération restant à peu près égale : leur altération paraît persister au cours de l'évolution de la maladie.

Ardin-Deltheil et Rouvière, Charuel<sup>(4)</sup>, ont constaté l'existence du signe de Babinski dans certains cas de paralysie générale présentant des phénomènes de sclérose latérale ou combinée.

Marandon de Montyel a observé la disparition du réflexe pharyngien dans un certain nombre de cas<sup>(5)</sup>.

Enfin, Féré a décrit récemment un curieux phénomène d'aplatissement du pied résultant d'une hypotonie musculaire<sup>(6)</sup>.

*Troubles trophiques*<sup>(7)</sup>. — En l'absence de complications, et en particulier d'association tabétique, on peut dire que les troubles trophiques sont exceptionnels dans la paralysie générale, encore qu'un certain nombre d'observations<sup>(8)</sup> en aient été relatées. On a signalé des éruptions diverses, pemphigus, zona, purpura. Le *mal perforant*<sup>(9)</sup> a été rencontré plusieurs fois, mais c'est l'*escarre sacrée* qui, parmi les troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, survient avec la plus grande fréquence, soit au début, lorsqu'il y a excitation maniaque, soit à la période terminale, quand le malade est condamné au décubitus<sup>(10)</sup>.

(1) RENAUD. *Étude des réflexes dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1895, n° 214. — TOULOUSE et VURPAS. *Étude synthétique des réactions musculaires dans la paralysie générale et essai d'une physiologie générale des réflexes*. *Rev. de Psychiat.*, 1905.

(2) BRIAND. *Étude statistique des modifications de la réflexivité dans les différentes périodes de la paralysie générale*. *Ann. méd. psych.*, 1894. — CRAMER. *Diagnostische und prognostische Bedeutung des Kniephänomens in der Psychiatrie*. *Neur. Centralb.*, 1895.

(3) AGOSTINI. *I riflessi superficiali e profondi quale mezzo d'aiuto diagnostico nelle malattie mentali*. *Riv. sperim. di frenatria*, 1894. — MARANDON DE MONTYEL. *Du réflexe plantaire dans la paralysie générale*. *Ann. méd. psych.*, 1897; *Des troubles comparés du patellaire, du crémastérien et du pharyngien étudiés, chez les mêmes malades, aux trois périodes de paralysie générale*. *Presse méd.*, 1899. — CROCO. *Physiologie et pathogénie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture*. Congrès de Limoges, 1901. — VAN GERUCHTEN. *Rapport sur les réflexes tendineux*. *Cong. int. de médecine. Sect. de neurol.*, Paris, 1900. — BECHTEREV. *État des réflexes de la face dans la paralysie générale*. *Revue russe de Psychiatrie, Neurologie et Psychologie expérimentale*, 1905, analysé in *Revue neurol.*, 1904.

(4) ARDIN-DELTHEIL et ROUVIÈRE. *Le réflexe plantaire dans la paralysie générale*. *Soc. de neur. de Paris*, novembre 1900. — CHARUEL. *Contribution à l'étude du phénomène des orteils*. Thèse de Nancy, 1900.

(5) MARANDON DE MONTYEL. *Contribution à l'étude du réflexe pharyngien étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale*. *Arch. de phys. norm. et path.*, t. IV. — JOFFROY. *Le réflexe pharyngien dans la paralysie générale*. *Soc. méd. psych.*, 1895. — SOLLIER. *Les réflexes pharyngiens et massétéris dans la paralysie générale*. *Soc. méd. psych.*, 1895.

(6) CH. FÉRÉ. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1904.

(7) COLOLIAN. *Les troubles trophiques de la paralysie générale*. *Arch. de neurol.*, 1898. — HÉRISSEY. *Étude sur les troubles trophiques dans la paralysie générale*. *Th. Paris*, 1905.

(8) DUPAU. *Du zona et en particulier du zona facial dans la paralysie générale*. *Th. Paris*, 1899.

(9) MARANDON DE MONTYEL. *Mal perforant dans la paralysie générale*. *Rev. de Méd.*, 1904.

(10) VIGOUROUX. *Décubitus aigu dans la paralysie générale*. *Ann. médico-psych.*, mai 1904.

Vallion<sup>(1)</sup> a vu, chez un paralytique général, la gangrène des lèvres causée par des mouvements stéréotypés de succion. Collin rapporte un cas de gangrène de la jambe et Fischer un cas de gangrène des deux pieds<sup>(2)</sup>. Bresler a vu l'inflammation de la gaine synoviale du tendon rotulien accompagner une exagération des réflexes et une contracture très marquée<sup>(3)</sup>. Colucci a rapporté un cas de maladie de Raynaud compliquant la paralysie générale.

L'*atrophie musculaire*<sup>(4)</sup> se voit quelquefois (Voisin et Hanot), soit qu'elle dépende d'une complication réelle surajoutée, comme l'atrophie musculaire progressive, soit qu'elle tienne à une localisation anatomique particulière de la maladie. Dans ce dernier cas, ce peut être l'atteinte des cornes antérieures, comme dans l'observation de Joffroy, ou les lésions des nerfs périphériques qui la déterminent. Il nous faut ajouter que, selon Borgherini, l'atrophie musculaire pourrait être sous la dépendance directe des désordres cérébraux.

Hoche<sup>(5)</sup> a vu un cas d'atrophie des éminences thénar.

Mann<sup>(6)</sup> a observé des phénomènes d'atrophie musculaire portant surtout sur les quadriceps, les fessiers, les biceps, les fléchisseurs des doigts et les pectoraux avec augmentation de volume des deltoïdes, rappelant ainsi la dystrophie musculaire d'Erb. Riebeth<sup>(7)</sup> a rapporté un cas analogue.

Beaucoup plus fréquents sont les *hématomes* et, en particulier, les hématomes de l'oreille ou *othématomes*<sup>(8)</sup>. Comme le nom l'indique, ce dernier phénomène consiste dans l'apparition d'un épanchement sanguin au niveau du pavillon auriculaire. La tumeur sanguine qui apparaît soit d'un côté, soit des deux, au niveau du pavillon, varie de la dimension d'un pois à celle d'un œuf de pigeon. La peau est rouge foncé et amincie; la consistance de la tumeur est rénitente, parfois fluctuante au centre. La ponction donne issue à du sang pur où à de la sérosité colorée par des hématies. Abandonnée à elle-même, la tumeur peut se résorber et laisser comme trace de son existence des bosselures cicatricielles inégales et indélébiles (Vallon)<sup>(9)</sup>. L'origine de cette affection est encore discutée. Dépend-elle d'un trouble, soit du sang lui-même, soit de la nutrition en général (Foville, Marcé, Dumesnil)? Suit-elle une lésion des corps

(1) VALLION. *Gangrène de la lèvre par succion chez un paralytique général*. *Arch. de neurol.*, 1895.

(2) FISCHER. *Gangrän der Weichtheile und der Knochen beider Füße bei einem Paralytiker*. *München. med. Woch.*, 1899. — LORD. *A case of gangrene of both feet in general paralysis*. *Brit. med. Journ.*, 1898.

(3) BRESLER. *Tendo-vaginitis der Patellarsehnen bei progressiver Paralyse*. *Neurol. Centr.*, 1897.

(4) VOISIN et HANOT. *Mémoire sur deux cas d'atrophie musculaire*. *Soc. de biol.*, 1872. — GRELLIÈRE. *Atrophie musculaire dans la paralysie générale des aliénés*. Paris, 1875. — JOFFROY. *Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale*. *Congrès de médecine mentale*, 1892. — VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. *Atrophie musculaire, type Aran-Duchenne dans la paralysie générale*. *Société anatomique*, juillet 1904. — PILCZ. *Résultats de l'examen électrique dans la paralysie générale*. *Jahrb. f. Psychiat. und Neurol.*, 1905. — CRAMER. *Diagnostische und prognostische Bedeutung des Kniephänomens in der Psychiatrie*. *Neur. Centralb.*, 1895.

(5) HOCHÉ. *Degenerative Muskelatrophie bei progressiver Paralyse*. *Neurol. Centralb.*, 1896.

(6) MANN. *Muskelatrophie bei progressiver Paralyse*. *Centralb. f. Nerven- u. Psychiat.*, 1896.

(7) RIEBETH. *Fall von Muskelatrophie bei progressiver Paralyse*. *Munch. med. Woch.*, 1895, n° 37.

(8) GATIAN DE CLÉRAMBAULT. *Contribution à l'étude de l'othématome*. Thèse de Paris, 1899.

(9) VALLON. *Note sur l'étiologie et le siège de l'othématome*. *L'encéphale*, 1881, n° 2. — KRÄPELIN. *Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> édit., 1904.

restiformes (Brown-Séguard) ou du grand sympathique (Bonnet et Poincaré)? Reconnaît-elle, pour substration une affection locale (athérome, otite, chondrite)? Est-elle toujours consécutive à un traumatisme de l'oreille (Jarjavay, Magnan)? Toutes ces opinions ont été soutenues.

Le siège exact de l'athématome est encore très discuté. Les uns placent l'épanchement dans le tissu cellulaire, d'autres entre le cartilage et le péri-chondre, d'autres encore dans l'épaisseur même du cartilage.

Les *arthropathies* sont plus rares : certains cas en ont été rapportés notamment par Shaw et par Sterne, mais aucune de ces observations n'est tout à fait à l'abri de la critique, car les malades dont il s'agit étaient ou des tabétiques avérés, ou au moins soupçonnés de l'être.

Les *fractures* spontanées des os seraient, elles aussi, tout à fait exceptionnelles. Dans une période de cinq ans, sur 507 paralytiques, Christian et Ritti n'en ont pas observé une seule. Cependant plusieurs auteurs ont noté une raréfaction du tissu osseux surtout marquée au niveau des côtes<sup>(1)</sup>.

*Troubles des appareils de la vie organique et troubles de l'état général.* — Les *troubles digestifs* varient suivant la forme de la maladie. Nuls ou à peu près dans la forme expansive, ils sont au contraire très accusés dans les formes mélancoliques et dans les formes galopantes. Ils consistent en un *état saburral* très marqué, souvent en une *anorexie* qui en dehors de toute idée délirante peut provoquer le *refus d'aliments*, en *diarrhée* ou en *constipation* opiniâtre. Quelle que soit la forme, il est rare que des troubles de cette nature ne se rencontrent pas à un degré quelconque à la période terminale<sup>(2)</sup>. Au point de vue chimique, Galente a noté, dans la plupart des cas examinés par lui, de l'*hyperpepsie*. Dans la forme expansive l'appétit est souvent augmenté, parfois jusqu'au point de constituer une véritable *boulimie*.

Les *troubles respiratoires* sont fréquents dans la période terminale et consistent surtout en *phénomènes congestifs*, en *broncho-pneumonies* favorisés par la vaso-dilatation paralytique. La *tuberculose pulmonaire* se montre quelquefois à titre de complication. Cependant elle est assez rare et en général d'évolution torpide (Bergonier, Klippel).

Les *troubles circulatoires*, les tendances congestives en particulier, dont la fréquence est indéniable, se rapportent sans doute à des désordres vaso-moteurs. Klippel et Vigouroux ont décrit un œdème vaso-paralytique de la seconde période de la paralysie générale<sup>(3)</sup>.

Klippel et Dumas ont noté la *disparition du réflexe vaso-moteur à la piqure*<sup>(4)</sup>. Si, pendant qu'on inscrit le pouls digital d'un paralytique, on pique légèrement le doigt du sujet, les pulsations continuent comme précédemment et le tracé, au lieu de se transformer comme chez l'individu normal en une ligne droite, présente toujours les mêmes ondulations.

(1) DIMITREWSKI. *Zur Frage der pathologisch anatomischen Veränderungen des Knoches bei Geisteskranken*. Thèse de Pétersbourg, 1895. Analysée in *Neur. Centralb.*, 1895. — LALANNE. *Fractures spontanées dans la paralysie générale*. Congrès international de médecine. Paris, 1900.

(2) KLIPPEL. *Les paralysies générales progressives*. Paris, 1898.

(3) KLIPPEL et VIGOUROUX. *Œdème vaso-paralytique de la seconde période de la paralysie générale*. *Soc. méd. psych.*, sept. 1904.

(4) KLIPPEL et DUMAS. *La paralysie vaso-motrice dans ses rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux*. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Bordeaux, 1895. — DURANTE. *Des troub. troph. et des troub. circ. des paralyt. génér.*, *Gaz. hebd.*, 1894. — HOYT. *Troub. vaso-mot. et troph. dans la dem. paral.*, *Amer. Journ. of Insanity*, 1894.

Les modifications des *sécrétions* : salivation, hyperhidrose<sup>(1)</sup>, existent quelquefois mais n'ont rien de caractéristique.

Les modifications de l'*urine* ont fait, dans ces dernières années, l'objet d'un certain nombre de travaux intéressants. Klippel et Serveaux<sup>(2)</sup> ont constaté à la seconde période de la maladie la *polyurie*, la *faible densité de l'urine*, une *albuminurie légère*, une *diminution* très notable dans l'excrétion de l'*urée* et des *phosphates* et une *augmentation* dans celle des *chlorures*. La *glycosurie* transitoire est assez fréquente, mais le diabète vrai est fort rare. Comme chez les aliénés en général, la *peptonurie* est souvent notée chez les paralytiques généraux.

On a décrit, dans la paralysie générale, des troubles de la *miction*<sup>(3)</sup>, soit de la rétention d'urine, soit des mictions involontaires. Celles-ci, conscientes et impossibles à réprimer, sont assez rares. L'un de nous en a observé un cas. Elles doivent être distinguées, bien entendu, des mictions involontaires inconscientes qui font partie du gâtisme.

La *nutrition* générale n'est guère atteinte que dans les dernières périodes de la maladie; à ce moment, bien que l'appétit soit conservé, et que la digestion semble s'effectuer normalement, il survient un amaigrissement rapide.

Les recherches qui ont été entreprises sur le *pouls* et sur la *température* ne sont pas assez concordantes pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions fermes. A. Voisin avait affirmé que la température, chez le paralytique, est au-dessous de la normale d'une façon habituelle, mais subit, de temps à autre, des élévations momentanées de quelques jours de durée. Ce résultat, à son avis, aurait une grande importance pour distinguer la paralysie générale des vésanies.

Il n'y a pas à ce sujet de règle fixe. Cependant il n'est pas rare de rencontrer dans la paralysie générale les *élévations de température* subites et en général transitoires signalées par A. Voisin. Elles peuvent être dues soit à une complication (congestion pulmonaire, entérite, etc...), soit à une poussée inflammatoire du côté des méninges, soit peut-être encore à un trouble de la fonction régulatrice de la température dans l'organisme, fonction dévolue, comme l'on sait, au système nerveux. Ces élévations de température sont extrêmement fréquentes au cours des *ictus* épileptiformes et apoplectiformes. La température superficielle est quelquefois dyssymétrique, c'est-à-dire plus élevée d'un côté que de l'autre<sup>(4)</sup>.

Dans la période cachectique, la température est souvent abaissée. Kräpelin a

(1) MARANDON DE MONTYEL. *L'éphidrose dans la paralysie générale*. *Presse méd.*, 1905. — *Hypersécrétion multiple dans la paralysie générale*. *Presse méd.*, sept. 1904.

(2) KLIPPEL et SERVEAUX. *L'urine des paralytiques généraux à la deuxième période*. *Arch. de neurol.*, 1895. — NIEDER. *Recherches sur les urines dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1895. — DUPRÉ et SÉBILEAU. *Recherches urologiques sur la paralysie générale*. *Soc. médico-psychol.*, 1905. — JOHN TURNER. *Sulphates in the urine*. *The Journ. of ment. sc.*, 1895. — MEYER U. MEINE. *Ueber Peptonurie*. *Arch. f. Psych.*, 1895. — SIEGMUND. *Beitrag zur Lehre der Urinveränderungen bei Geisteskranken*. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI. — LAUDENHEIMER. *Paralytische Geistesstörungen in Folge von Zuckerkrankheit (diabetische pseudo-paralysie generale)*. *Centralb. f. Nervenheilk. u. Psychiat.*, 1898. — SCHÄFER. *Untersuchungen über den Stoffwechsel bei Psychosen und Neurosen*. *Monatsch. f. Psychiat.*, 1897. — HOLSTEIN. *Paralysie générale diabétique*. *Sem. méd.*, 1897.

(3) FRANKL-HOCHWART und O. ZUCKERKANDL. *Die nervösen Erkrankungen der Blase*. *Handbuch von Nothnagel*. Analysé in *Neurol. Centralb.*, 1898.

(4) VASCHIDE et MEUNIER. *Dyssymétrie de la température cutanée chez les paralytiques généraux*. *Soc. méd. des hôp.*, 1901. — SOUKHANOFF. *Des modifications de la température dans la paralysie générale*. *Monit. russe de neurol.*, 1905. Analysé in *Revue neurol.*, 1904.

vu un malade dont la température oscillait autour de 50°.8. Deux paralytiques généraux observés par Joffroy (1) ont présenté une température de 55 degrés qui, chez l'un d'eux, s'est abaissée jusqu'à 26 au moment de la mort.

Des modifications du *pouls*, en général parallèles à celles de la température, se produisent souvent. Dans la période cachectique le pouls est fréquemment ralenti. L'un de nous observe actuellement un malade chez lequel le nombre des pulsations oscille depuis plusieurs semaines autour de 45 par minute.

Nous avons vu que le *sang*(2) présentait chez les paralytiques généraux un certain nombre de modifications intéressantes. Il convient d'ajouter à celles que nous avons déjà notées : la diminution de l'isotonie, la tendance à l'hémophilie, la présence d'un poison, découvert par Mott, poison qui agirait surtout sur le cœur, et dans certains cas produirait un abaissement de la tension artérielle.

Les troubles de l'appareil génital ont été longuement étudiés par Marandon de Montyel (3). Les uns sont purement psychiques, comme l'exhibitionnisme. Les autres se rattachent directement à la sphère physique, comme le satyriasis, l'impuissance, qui souvent contraste avec les tendances érotiques des malades.

Fréquemment exaltées au début de la maladie, les fonctions génitales sont bientôt ou diminuées ou complètement abolies.

On note souvent l'aménorrhée.

*Ictus*(4). — Nous avons déjà signalé, à l'occasion de la description de la période prodromique, les accès d'épilepsie sensitive et motrice, les attaques de migraine ophtalmique et les *ictus apoplectiformes* qui peuvent survenir au début de cette période. Tous ces accidents sont susceptibles de réapparaître plus tard, au cours de la maladie. Les attaques *apoplectiformes*, allant du simple vertige à la perte complète de connaissance, sont particulièrement fréquentes, et il n'est pas rare qu'elles soient responsables, comme les accès épileptiques d'ailleurs, de la terminaison fatale. Les attaques sont habituellement suivies d'une élévation de température (59 à 40°).

Les attaques *épileptiformes* peuvent affecter toutes les modalités connues, depuis la grande attaque, identique à celle du mal comitial, jusqu'à l'accès d'épilepsie jacksonienne le plus exactement localisé. Kemmler (5) a rapporté un cas curieux dans lequel les secousses convulsives étaient synchrones aux battements du pouls.

(1) JOFFROY. *Algidité centrale prolongée chez deux paralytiques généraux*. Congrès des méd. alién. et neurol. Limoges, 1901.

(2) E. W. MOTT u. W. D. HALLIBURTON. Preliminary account of the effects upon blood pressure. *Journ. of. physiol.*, t. XXI. — IDELSOHN. Ueber das Blut und dessen bactericides Verhalten. *Arch. f. Psychiat.*, 1898. — PERCIVAL MACKIE. Observation on the condition of the blood in the insanes. *Journ. of ment. sc.*, 1901. — LUI. Sul comportarsi dell'alcalinità del sangue. *Riv. speriment. die Frenatria*, t. XXIV. — FREY. Multiple Blutungen bei der Paralyse. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. 58.

(3) MARANDON DE MONTYEL. *Arch. de neurol.*, 1901. Consulter également à ce sujet : THOINOT. Attentats aux mœurs et perversions du sens génital. *Leçons de la Faculté de médecine de Paris*, 1898.

(4) PIERRET. Les attaques épileptiformes et apoplectiformes dans la paralysie générale. *Progrès méd.*, 1897. — JOSEPH BERZE. Zur Lehre von der Pathogenese der epileptischen paralytischen Anfälle. *Wien. med. Woch.*, 1899. — WATTENBERG. Genuiner Epilepsie und progressive Paralyse. *Neur. Centralb.*, 1899. — MOURATOFF. Accès prolongé d'épilepsie dans la paralysie générale. *Soc. neurol. de Moscou; Revue neurol.*, 1895. — *Soc. méd. psychol.*, 1899 (TOULOUSE et MARCHAND. ARNAUD, DOUTREBENTE). — ARNAUD. *Ann. méd. psych.*, 1897, et *Arch. de neurol.*, 1897.

(5) PAUL KEMMLER. Ueber Krampfanfälle mit rythmischen dem Puls synchronen Zuckungen. *Travail de la clinique psychiat. de Breslau*. Leipzig, 1895.

Le nombre des attaques est très variable. Brassert a observé un cas à évolution suraiguë dans lequel 865 attaques s'étaient succédées en 5 jours.

**Associations.** — Les lésions et les troubles cérébraux qui appartiennent en propre à la paralysie générale vraie sont susceptibles de s'associer, surtout à un âge avancé, aux lésions cérébrales vulgaires de l'athéromasie; ce sont là des paralysies générales associées. Si, à l'autopsie d'un sujet considéré pendant sa vie comme paralytique général, on ne découvre que ces seules dernières lésions, c'est qu'il s'agit d'une fausse paralysie générale.

La maladie de Bayle se montre quelquefois associée aux diverses manifestations des lésions en foyer(1). Dans la plupart des cas, il s'agit comme nous l'avons vu d'une simple prédominance, sur certains territoires, des altérations vulgaires de la paralysie générale. Il arrive alors que la maladie évolue par à-coups, par étapes successives débutant par des ictus plus ou moins prononcés. Mais dans quelques cas exceptionnels on peut voir la paralysie générale s'accompagner des symptômes et des lésions de l'hémorragie et du ramollissement cérébraux. Parfois même ces accidents précèdent de longtemps la paralysie générale elle-même(2). On peut voir aussi des manifestations banales de la syphilis, telles que des gommes, s'associer aux lésions de la paralysie générale et modifier le tableau clinique de la maladie(3).

Fort souvent la paralysie générale se complique d'alcoolisme. Celui-ci se manifeste sous toutes ses formes : stigmates d'alcoolisme chronique, delirium tremens, délire alcoolique subaigu. Tantôt les excès sont antérieurs à la maladie elle-même et jouent un rôle dans l'étiologie; tantôt ils constituent un des premiers symptômes de l'excitation pathologique.

L'épilepsie essentielle préexiste quelquefois à la paralysie générale.

Parmi les phénomènes pathologiques que l'on peut rencontrer à titre exceptionnel dans la maladie de Bayle notons encore la chorée(4), l'athétose(5), l'hystérie(6), le goitre exophtalmique, la sclérose en plaques(7), la sclérose amyotrophique(8), l'atrophie musculaire progressive(9), la syringomyélie(10), la maladie de Raynaud(11), diverses paralysies locales, notamment des paralysies des muscles

(1) MOURATOW. Contribution à la pathogénie des phénomènes en foyer dans la paralysie générale. *Revue neurol.*, 1897.

(2) VOLLAD. Apoplectischer Insult in Folge eines Erweichungsherd. *Arch. f. Psychiat.*, 1899.

(3) KÖPPEN. Contribution à l'étude des lésions de l'écorce cérébrale. *Arch. f. Psychiat.*, 1896.

(4) WOLLENBERG. Zur Lehre von der Chorea. *Neurolog. Centralb.*, 1897. — FALX. Deux cas de convulsions musculaires atypiques dans les formes psychiques des lésions organiques du cerveau. *Arch. russes de psychiat.*, 1899. Analysé in *Rev. neurol.*, 1899. — DRAESCHKE. Paralysie générale et chorée. *Monatsch. f. Psychiatr. und Neurol.*, mars 1905.

(5) SANDER. Ein Fall von Athetose mit Sectionsbefund. *Neurolog. Centralb.*, 1897.

(6) A. MARIE. Paralysie générale et névroses. *Soc. méd. psych.*, 1905. — JOFFROY. Paralysie générale et hystérie. *Bull. méd.*, janvier 1904.

(7) CHARCOT. Sclérose en plaques et paralysie générale. *Semaine méd.*, 27 janvier 1892. — LIUBIMOFF. Association de la paralysie générale progressive aux symptômes cliniques de la sclérose en plaque disséminée. *Arch. russes de psychiat., de neurol., et de méd. lég.*, t. XXV. Anal. in *Revue neurol.*, 1895.

(8) JURMANN. *Soc. de neurol. et de psychiat. de Pétersbourg*, 1896. Analysé in *Centralb. f. Nervenheilk. u. Psychiat.*, 1897.

(9) SCHUSTER. Ein Fall von Combination von progressiver Paralyse und progressiver Muskelatrophie. *Neurol. Centr.*, 1895.

(10) GENIMELLI. Pseudosingomieli e siringom. nella paralisi generale. *Riv. speriment. di freniat.*, t. XXXII. — LOMBARDI. Ricerche istologiche d'un midollo spinale affetto da siringomieli. *Ann. di neurologia*, 1899. — JOFFROY. Congrès de Limoges. 1901.

(11) COLUCCI. Contributo alla diagnosi del cosi della morbo di Raynaud. *Ann. di neurol.*, t. XVI. Fasc. 2 et 5.

innervés par le péronier<sup>(1)</sup>. Dans tous ces cas, comme dans l'épilepsie, il est difficile de dire s'il s'agit de deux affections associées ou simplement de manifestations directes quoique insolites de la paralysie générale.

La même question se pose encore beaucoup plus impérieuse au sujet des rapports du *tabes* et de la paralysie générale<sup>(2)</sup>.

La coexistence des deux maladies avait été signalée dès 1853 par Horn, et des exemples en avaient été rapportés par Türck et par divers observateurs, quand l'attention fut spécialement attirée sur ce point par Westphal en Allemagne et par Baillarger en France. Cette association peut se présenter sous trois formes différentes :

1° Le *tabes* ouvre la scène, les symptômes de paralysie générale ne se montrent qu'au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années. C'est la *paralysie post-tabétique* de Garbini. Souvent, dans ce cas, l'apparition des signes de paralysie générale coïncide avec une atténuation des phénomènes tabétiques, troubles subjectifs (douleurs fulgurantes) et parfois même troubles moteurs.

2° La maladie débute par la paralysie. Le *tabes* n'apparaît que secondairement.

3° Les deux affections sont à peu près contemporaines. C'est là ce que Fournier a appelé le *tabes cérébro-spinal*.

Les chiffres donnés par les auteurs sur la fréquence de cette association diffèrent notablement entre eux : Stojanovitch, en 1895, réunissant tous les cas publiés jusqu'à cette date, n'en trouvait que 108. Depuis, les observations se sont multipliées. Sur 100 cas de paralysie générale on trouverait le *tabes* 5 fois d'après Garbini, 6 fois d'après Perpère et 14 fois d'après Rénaut.

Ces différences peuvent s'expliquer par la rigueur plus ou moins grande que les auteurs apportent à la critique de leurs observations.

En effet, des constatations cliniques sont insuffisantes pour permettre d'affirmer la coexistence, chez un même sujet, du *tabes* et de la paralysie générale. Car la paralysie générale comporte par elle-même un certain nombre de symptômes médullaires qui peuvent simuler ceux du *tabes* et, réciproquement, le *tabes* se complique parfois de troubles psychiques (démence, délire), qui ne relèvent en rien de la paralysie générale.

Seule la constatation des lésions propres aux deux maladies permet d'affirmer leur association, et encore ne doit-on pas perdre de vue que la paralysie générale frappe volontiers la moelle et en particulier les cordons postérieurs, déterminant des altérations qui peuvent simuler celles du *tabes*, mais qui ne leur sont pas identiques.

Cependant, toutes ces réserves étant faites, il existe un certain nombre de cas où l'association du *tabes* et de la paralysie générale est incontestable, et à propos desquels la question se pose : le *tabes* et la paralysie générale doivent-ils être considérés comme deux affections distinctes évoluant chez le même sujet ou comme deux manifestations différentes d'une même entité morbide ?

(1) MOELI. Ueber Lähmungen im Gebiete des Nervus peroneus bei progress. Paralyse. *Neurol. Centralb.*, 1895. — On a vu également la paralysie générale se compliquer de méningite tuberculeuse (NEUDÖRFFER, Dementia paralytica. Meningitis tuberculosa. *Virch. Arch.*, t. CXXXVI).

(2) KLIPPEL. Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1894. — JOFFROY. De la paralysie générale à forme tabétique. *Nouv. Icon. de la Salpêtr.*, 1895. — HANNON. *Tabes et paralysie générale. Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1895. — DILLER. Association of *tabes* and paralytic dementia. *Medic. Rec.*, 1895. — Voir les autres indications bibliographiques à l'anatomie pathologique, lésions spinales.

Dans une discussion qui eut lieu en 1895 à la Société médicale des hôpitaux les deux opinions ont été soutenues (Raymond, Joffroy, Ballet, Rendu). Les arguments échangés lors de cette controverse ont été synthétisés dans deux thèses de l'époque : celle de Nageotte, élève de Raymond, où l'auteur défend la doctrine unitaire, à savoir que le *tabes* et la paralysie générale doivent être considérés comme des manifestations d'une seule et même maladie ; et celle de Stojanowich, élève de Joffroy, dont la conclusion est que le *tabes* et la paralysie générale diffèrent complètement l'un de l'autre et restent des maladies indépendantes, qu'elles soient ou non réunies chez le même malade.

En faveur de la théorie unitaire on a fait valoir surtout qu'il existe entre l'une et l'autre maladie un grand nombre de symptômes communs et de grandes analogies dans l'évolution ; que les deux types morbides s'associent de diverses manières dans un grand nombre de cas ; que leurs lésions sont similaires puisqu'elles ont une tendance à diffuser réciproquement hors de leurs limites, chacune dans le territoire de l'autre, le *tabes* versant par ses lésions dans la paralysie générale, cette dernière entraînant des lésions spinales tabétiques.

Les partisans de l'indépendance des deux affections objectent : que la communauté des symptômes est plus apparente que réelle (troubles des réflexes tendineux dans les deux cas à la vérité, mais exagération ici, abolition là, etc...) ; que l'association des deux maladies est relativement rare, si l'on défalque des statistiques les cas où l'on ne rencontre pas le type classique de chaque affection ; que si les lésions médullaires de la paralysie générale et celles du *tabes* présentent au premier coup d'œil une certaine analogie, cette analogie cesse, quand on cherche à établir leur systématisation respective, et surtout quand on examine comparativement plusieurs étages de la moelle. Suivant une formule déjà ancienne de P. Marie, les lésions du *tabes* sont exogènes et celles de la paralysie générale pour la plupart endogènes. Toutes ces raisons ont conduit les partisans de la théorie dualiste à déclarer que les cas d'association du *tabes* et de la paralysie générale sont relativement rares et constituent de simples coïncidences. Joffroy dit notamment qu'un ataxique n'a pas plus de chances de devenir paralytique général que de devenir mélancolique ou persécuté.

Tous les arguments présentés de part et d'autre ont leur valeur et tant qu'on l'aborde exclusivement par le côté anatomo-clinique, le problème paraît insoluble. Les choses changent, si on l'aborde par le côté étiologique. L'analogie qui était douteuse devient alors évidente.

Il est en effet certain qu'une même infection, la syphilis, préside à la genèse du *tabes* et de la paralysie générale ; que le *tabes* et la paralysie générale constituent deux manifestations syphilitiques présentant l'une et l'autre le double caractère d'être en général tardives et de résister, dans la majorité des cas, au traitement spécifique ; qu'elles représentent en un mot, selon l'heureuse expression de Fournier, des affections *parasyphilitiques*. Si donc elles ne constituent pas une seule et même affection, elles sont étroitement liées par leur commune origine.

**Marche. Formes.** — Quelquefois la paralysie générale suit une marche rapide<sup>(1)</sup>, et, en quelques semaines ou en quelques mois, se termine par la mort ;

(1) BUCHHOLZ. Ueber die acut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica. *Arch. f. Psychiat.*, 1902.