

JOFFROY, RAYMOND, VALLON, KLIPPEL, SÉRIEUX, BALLEL, E. DUPRÉ, etc., etc.).

Nous diviserons l'étude que nous allons faire de la paralysie générale en six paragraphes, savoir : 1° *description clinique*; 2° *évolution*; 3° *anatomie pathologique*; 4° *étiologie, nature et pathogénie*; 5° *diagnostic*; 6° *traitement*.

§ 1. — DESCRIPTION CLINIQUE

Dans une première partie de ce paragraphe, nous décrirons par périodes, les *symptômes cliniques* de la paralysie générale. Dans la seconde partie, nous indiquerons les *formes cliniques* de la maladie, c'est-à-dire celles résultant des divers modes d'association des symptômes.

A) SYMPTÔMES CLINIQUES

La paralysie générale, envisagée au point de vue clinique, peut être divisée en quatre périodes successives : 1° *période préparalytique*; 2° *période de début*; 3° *période d'état*; 4° *période de terminaison*. Nous devons énumérer, pour chacune de ces périodes, les symptômes qui la composent.

1° Période préparalytique. — A. INCUBATION. — Il n'est peut-être pas de maladie qui s'établisse avec plus de lenteur que la paralysie générale. A moins qu'elle n'ait débuté brusquement par un ictus congestif, son invasion est graduellement insensible et il est presque toujours impossible de lui assigner son véritable commencement qui se perd, pour ainsi dire, dans la nuit du passé. Quand on scrute attentivement la vie des paralytiques généraux et qu'on enquête sérieusement auprès de leurs familles, on en arrive à découvrir que des symptômes avant-coureurs, consistant en modifications de la santé physique et morale, ont marqué, durant plusieurs années parfois avant son apparition évidente, l'incubation de la maladie.

Il y a là une véritable période de préparation lente, que CHRISTIAN appelle *prédélirante* et que j'appelle moi-même *préparalytique*, par analogie avec la période pré-ataxique du tabes.

Il n'est pas d'usage encore, dans les traités classiques, de décrire cette période préparalytique. Pourtant elle existe bien, et il serait, on le comprend, d'un intérêt majeur de la dépister dans les cas possibles. C'est pourquoi nous essaierons de l'esquisser ici.

a. *Particularités physiques.* — L'*aspect général* des futurs paralytiques se modifie très souvent à l'avance. Leur physionomie change : ils ont le teint mat, les chairs flasques et pâles, les traits tirés et moins expressifs, les cheveux et les sourcils ordinairement secs et raréfiés, les yeux dépourvus d'éclat et d'humidité.

Du côté de la *motilité* et de la *sensibilité*, on peut rencontrer : des ictus épileptiques généraux, mais surtout partiels, à forme motrice ou sensitive, précédant parfois de plus d'une année les signes de la maladie (BALLEL, CHARCOT, MAGALHAES LEMOS), des spasmes, des mouvements automatiques, des tics (tic œsophagique, SÉGLAS; tic buccal, OBREGIA), des paralysies, presque toujours sous forme de *paralysies oculaires* (strabisme, diplopie, ptosis, inégalité et rigidité des pupilles), qui sont relativement très fréquentes dans les années qui précèdent la paralysie générale (CHRISTIAN, RÉGIS). On constate encore : des hyperesthésies ou des anesthésies des organes des sens (en particulier de l'*anosmie*, A. VOISIN), et de la surface cutanée (DE CROZANT), de l'*exagération des réflexes tendineux*, de la diminution du réflexe crémasterien et de l'insensibilité testiculaire. Il n'est pas rare non plus d'observer de la céphalalgie, des névralgies, des topalgies, de la *migraine ophtalmique* (CHARCOT), des douleurs névritiques, des crises gastriques et vésicales analogues à celles du tabes, des symptômes névropathiques variés et jusqu'à des attaques d'hystérie. Le sommeil est souvent mauvais, pénible, coupé de rêves et de cauchemars, de crampes, de soubresauts, parfois de convulsions, de sueurs abondantes, générales ou locales, et s'accompagne dans beaucoup de cas, dès ce moment, d'une respiration difficile, saccadée, avec des pauses, des temps d'arrêt, suivis de secousses brusques et d'expirations plaintives.

Du côté des *fonctions organiques*, vaso-motrices et trophiques, je signale comme s'observant plus ou moins fréquemment : les

caprices de l'appétit, la dilatation de l'estomac, les douleurs et vomissements gastriques, la constipation habituelle alternant avec des diarrhées subites, l'entérite muco-membraneuse (FÉLIX BERNARD, 1905), des palpitations et de la faiblesse du cœur, une grande sensibilité au froid, des bouffées d'hyperhémie céphalique, des alternatives de suppression et d'exagération de la sueur ou de flux périodiques, menstruels, hémorroïdaires, des modifications dans la quantité et la qualité de l'urine (polyurie, oligurie, glycosurie, peptonurie), des arthralgies, du mal perforant, de la dystrophie et de la chute des ongles et des dents, des fractures spontanées et des troubles trophiques des os, de la synostose du sternum, etc.

b. *Particularités psychiques.* — *Psychiquement*, le futur paralytique général conserve toutes les apparences de l'intégrité la plus complète. Mais il sent, lui, que son énergie mentale diminue et décline lentement, que le travail lui est pénible, que sa mémoire a des défaillances et que c'est de plus en plus par une sorte d'automatisme professionnel qu'il accomplit à peu près correctement sa tâche de chaque jour. Quelques sujets suivent avec anxiété le lent travail de désorganisation physique et psychique qui s'opère en eux, et c'est ainsi qu'absolument conscients de leur état et parfois même prescients de leur avenir, ils peuvent à ce moment annoncer leur déchéance imminente ou essayer de s'y soustraire par la mort. Enfin, le caractère s'altère peu à peu ; les malades sont sombres, préoccupés de leur santé ; ils s'irritent facilement, s'emportent, changent d'humeur, ont des incertitudes, se montrent indifférents à ce qui les touchait le plus. Parfois ils ont de véritables accès de tristesse névropathique, d'anxiété, avec crises de pleurs ; ou bien ils deviennent hypocondriaques, se plaignent de palpitations, d'étouffements, de sensations et de maux de toute sorte ; ils vont consulter sur leur état, ne cessent de se lamenter et se gorgent de médicaments. D'autres fois, au contraire, ils se sentent dispos, vigoureux, bien portants, ils éprouvent un bien-être anormal et montrent pour le travail, pour l'action, pour le plaisir, une ardeur extraordinaire. On voit même, chez certains, ces deux dispositions contraires alterner entre elles.

Tel est, dans son ensemble, le tableau des signes qu'on peut rencontrer, en tout ou partie, dans les temps qui précèdent l'apparition de la paralysie générale.

B. *INVASION.* — Entre cette période d'incubation et la période de début proprement dite, s'interpose le plus souvent une phase de transition qui termine l'une et commence l'autre, annonçant l'imminence prochaine de la maladie. C'est la phase d'*invasion*.

Cette phase peut se présenter sous deux aspects différents : 1^o sous la forme *neurasthénique* ; 2^o sous la forme d'*excitation* ou de *dynamie fonctionnelle*. Ce sont, en somme, les manifestations, accentuées au point de représenter des syndromes, des deux dispositions contraires que nous signalions plus haut.

a. *Forme neurasthénique.* — La forme neurasthénique, signalée par A. VOISIN (1879), MENDEL (1880), RÉGIS (1892), a été spécialement étudiée par BALLETT (1893), GROSS, de Heidelberg (1895), RÉGIS (1896), etc. Elle appartient à la série des *neurasthénies préorganiques*, sur lesquels LEVILLAIN a insisté (1894, 1896).

La *neurasthénie préparalytique*, très fréquente et presque la règle même, pour GROSS, offre le tableau symptomatique habituel de la neurasthénie. On s'explique de la sorte les fréquentes erreurs commises et comment on peut prendre un simple neurasthénique pour un paralytique général, et inversement, chose plus grave, un paralytique général au stade d'invasion pour un simple neurasthénique. On s'explique aussi pourquoi nombre d'auteurs ont insisté sur le diagnostic différentiel de la *neurasthénie préparalytique* et de la *neurasthénie proprement dite*, en particulier de la neurasthénie de la syphilis tardive ou *parasymphilitique* (ROSCIOLI (1888), GUGL'HUGO (1892), KRAFFT-EBING (1892), A. FOURNIER (1892-1893), BOUVERET (1890), MAGNAN et SÉRIEUX, BALLETT (1893), LÖVENFELD (1894), THOMSEN (1893), GROSS (1895), JUDSON S. BURY (1896), LEVILLAIN (1896), RÉGIS (1896), etc.).

Nous n'indiquerons pas tous les signes distinctifs qui ont été énumérés. Ceux qui ont le plus d'importance et sur lesquels, par suite, il convient surtout de s'appuyer, sont : le caractère ou *constitutionnel* ou *accidentel* de l'état neurasthénique (GROSS, KRAFFT-EBING) ; l'existence ou l'absence d'une *syphilis* antérieure

(KRAFFT-EBING, RÉGIS) ; l'existence ou l'absence, à côté des symptômes de la neurasthénie, de quelques-uns des symptômes initiaux, somatiques et psychiques, de la maladie organique : modifications profondes du caractère, diminution réelle de la mémoire, de la conscience, de la personnalité, ophtalmoplégie interne, altération appréciable de la parole et de l'écriture, etc., (BALLET, GROSS, ROSCIOLI, LEVILLAIN, KRAFFT-EBING, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX) ; enfin la variabilité des symptômes chez le neurasthénique paralytique, sa tendance à moins s'observer, à moins se plaindre, en revanche à se laisser influencer davantage par tout et par tous (BALLET, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX).

Au fond, comme le dit fort bien BALLET, il ne s'agit là que de *simples nuances* et le diagnostic reste souvent très difficile, tant que les premiers symptômes de la paralysie générale confirmée ne sont pas apparus. Passe encore la distinction entre la neurasthénie préparalytique et la neurasthénie constitutionnelle, sensiblement différentes ; mais entre la neurasthénie d'une infection chronique, telle que la syphilis, et la neurasthénie préparalytique, l'hésitation s'impose d'autant plus qu'il s'agit là, en somme, d'un même état neurasthénique susceptible, suivant le cas, de verser ou non dans la maladie organique. « C'est qu'en effet la neurasthénie tardive de la syphilis ou neurasthénie parasiphilitique de FOURNIER n'est plus une simple névrose, mais bien une sorte de prélude de la paralysie générale : c'est un pont jeté entre la syphilis, infection originaire, et la méningo-encéphalite terminale ; c'est un état de transition non fatal, mais critique, entre les lésions purement fonctionnelles et les lésions organiques, entre l'épuisement des éléments nerveux et leur altération anatomique » (RÉGIS, 1896).

b. *Forme d'excitation ou de dynamique fonctionnelle.* — La forme d'excitation ou de dynamique fonctionnelle, que j'ai décrite sous ce titre en 1879, et sur laquelle PARANT a insisté depuis (1887), est essentiellement caractérisée par une suractivité de l'organisme analogue à celle de l'excitation ou *exaltation maniaque*. Le plus souvent générale, c'est-à-dire à la fois psychique et physique, elle domine parfois d'une façon très marquée dans l'une ou l'autre des deux sphères. *Psychiquement*, elle se traduit par

le surfonctionnement des processus intellectuels et affectifs : il y a hyperidéation, hypermnésie, hyperproduction de pensées, de combinaisons, de calculs, d'inventions, de travaux, de poésies, d'œuvres de toute sorte, portant l'empreinte de cette stimulation, de ce coup de fouet passager avant-coureur de la déchéance ; il y aussi hyperloquacité facile, abondante et non parfois sans éloquence ; il y a enfin hypersensibilité, hyperaltruisme. *Physiquement*, le surfonctionnement est le même et se manifeste par un besoin excessif et incessant d'action, d'où résulte une sorte d'entraînement impulsif à la marche, aux déplacements, aux excès de boisson et aux excès sexuels, à la voracité, à l'irritabilité, etc., etc.

A ce moment, le sujet peut paraître encore aussi intelligent, sinon plus qu'auparavant et réaliser une production supérieure, comme quantité et comme brillant, à celle de son ordinaire activité. Certains individus même, tel que celui cité par PAILHAS (1901), peuvent inaugurer leur entrée dans la paralysie générale par une métamorphose heureuse et complète de leur personnalité morale.

Mais déjà certaines défaillances intellectuelles et physiques se manifestent, annonçant le début réel de la maladie. « L'observateur attentif, dit J. FALRET, commence déjà à constater quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot des traces non contestables de *démence commençante* qui sont comme la marque caractéristique de la paralysie générale, même dès ses premiers débuts.

Ces défaillances se résument :

Intellectuellement, en faux pas étranges de la mémoire, oubli des faits récents, fautes d'orthographe ou erreurs de calcul non habituelles sur lesquelles CORNILLON vient à juste raison d'insister à nouveau (1904), défaut de suite dans les combinaisons et les projets, impuissance absolue de rien terminer, etc. *Moralement*, et cela frappe surtout chez les malades des classes supérieures, on voit apparaître un oubli tout à fait frappant des règles de la politesse et de la bienséance, une négligence dans la tenue, quelquefois aussi de l'indélicatesse et de la grossièreté, enfin une tendance plus ou moins marquée à l'alcoolisme, à

l'érotisme cynique, aux actes délictueux, surtout aux vols absurdes et sans but, aux achats inconsidérés.

Physiquement, le malade devient inhabile, maladroit, inapte à sa tâche; s'il est artisan il gâche son travail, le recommence pour le faire plus mal encore et perd de plus en plus l'aptitude aux mouvements délicats et de précision, si bien qu'il est renvoyé de chez tous ses patrons et finit par ne plus trouver d'ouvrage. En même temps apparaissent *quelques troubles légers de la parole*, consistant dans une certaine hésitation, surtout apparente après les repas, et quelquefois aussi, de véritables attaques congestives, à type apoplectique ou épileptique.

En un mot, dans les trois modalités de l'individu, surviennent déjà des signes d'*affaiblissement* qui, s'accroissant par degrés, attirent peu à peu l'attention et conduisent progressivement à la période de début confirmée de l'affection.

2° Période de début. — La paralysie générale étant essentiellement caractérisée, cliniquement, « par des symptômes progressifs de démence et de paralysie (démence paralytique), auxquels viennent fréquemment s'associer des symptômes accessoires divers, somatiques et psychiques », il en résulte que tous ces symptômes, essentiels et accessoires, physiques et psychiques, existent dès la période de début et qu'ils ne font, par la suite, que s'accroître.

Il serait donc, au fond, plus rationnel et plus simple de se borner à décrire dans la paralysie générale une symptomatologie globale, non scindée en périodes, comme l'ont fait MAGNAN et SÉRIEUX, WEYGANDT et ROUBINOVITCH.

Pour nous conformer à l'usage, nous maintiendrons, dans cette description, les trois périodes de début, d'état, de terminaison; mais afin de ne pas nous répéter, nous ne ferons que mentionner, à la période de début, les différents symptômes, d'abord *somatiques*, puis *psychiques*, en insistant simplement sur ceux qui lui sont plus particuliers, nous réservant de préciser en détail ces symptômes à la période d'état, où ils atteignent leur plein développement.

A. SYMPTÔMES SOMATIQUES. — α) Le symptôme pour ainsi

dire capital, pathognomonique de la maladie, est l'*altération de la parole*, représentée par une forme spéciale de dyslalie, de trouble de l'articulation des mots. Ce symptôme a une telle importance que, tant que l'on ne l'a pas constaté et quels que soient les autres symptômes, on peut soupçonner, on ne peut affirmer l'existence de la paralysie générale.

À la période de début, il est encore le plus souvent léger et constitué par de simples *accrocs* ou *faux-pas* intermittents de la parole. Aussi faut-il s'efforcer de le saisir, de le déceler par une observation attentive et à l'aide des moyens habituels.

β) Le *tremblement* est un des premiers phénomènes qui se manifestent au début de la paralysie générale, le premier, a dit LASÈGUE. Il affecte plus spécialement la langue, les lèvres, les mains et donne à l'*écriture* un caractère particulier de fine tremulation. Comme l'hésitation de la parole, il n'est encore à ce moment que peu marqué et intermittent.

γ) L'*affaiblissement musculaire* n'est guère perceptible au début de la paralysie générale et, dans les formes avec excitation, il paraît y avoir plutôt accroissement des forces. Il en est de même de l'*incertitude de la marche*, qui ne se révèle que dans certains mouvements, par exemple lorsqu'on fait retourner et pivoter brusquement le malade sur lui-même.

δ) Les *troubles oculo-pupillaires*, sans être constants dans la paralysie générale et sans lui appartenir en propre, ont cependant une sérieuse importance, car étant le plus souvent très précoces, antérieurs même parfois au début confirmé de la maladie, ils peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Ils consistent surtout en inégalité de dilatation des pupilles, avec altération des réflexes iriens et, plus ou moins fréquemment, amaurose, ptosis, achromatopsie, érythroptisie (LADAME), nystagmus, etc.

ε) Les *réflexes, tendineux et cutanés*, sont généralement modifiés. Cette modification se manifeste en sens divers, mais à la période initiale elle a pour formule habituelle l'exagération des réflexes tendineux et la diminution des réflexes cutanés.

ζ) Il existe, dans nombre de cas de paralysie générale au début, de l'*anesthésie superficielle* et même profonde soit générale, soit plus accusée dans certaines régions. ZIEHEN a signalé la perte

de la mémoire de localisation des sensations tactiles, et PITRES l'anesthésie testiculaire.

7) Mentionnons enfin, parmi les autres troubles somatiques plus ou moins communs dans cette période : le *facies paralytique*, la *céphalée*, les *névralgies*, les *topoalgies*, l'*insomnie nocturne*, la *somnolence*, les *troubles digestifs*, consistant principalement en *exagération de l'appétit et tendance à la constipation*, enfin les *ictus apoplectiques*, *épileptiques*, *aphasiques*, les *mouvements automatiques* de succion, de mâchonnement, de déglutition, etc.

B. SYMPTÔMES PSYCHIQUES. — α) Si le trouble de la parole est le premier des symptômes somatiques, l'*affaiblissement de l'intelligence* est sans contredit le symptôme psychique cardinal. Cet affaiblissement de l'intelligence, destiné à s'accroître par degrés et à plonger le sujet dans une démence complète, n'atteint d'abord qu'à un degré relatif l'ensemble des facultés. Il y a diminution de l'attention, de la volonté, de la mémoire, surtout pour les faits récents, et commencement d'*amnésie progressive*; il y a altération psychique du langage et de l'écriture; il y a *diminution du sens moral*, de la notion et de la portée des actes, de l'affectivité; il y a *modification grave du caractère*, de l'humeur, de la conduite; indifférence émotive; perte de l'autocritique: en un mot commencement de *dissolution de la personnalité*, mentale et morale.

Et cependant, l'appareil psychique, bien que touché, entamé dans ses œuvres vives, continue encore de fonctionner plus ou moins bien par une sorte d'habitude acquise et en quelque sorte automatique. Il est même fréquent de voir les malades conserver encore une *conscience* assez nette de leur état et des symptômes qu'ils présentent, et continuer pendant un certain temps l'exercice de leur profession.

Beaucoup d'aliénistes, ARNAUD en particulier, contestent ce fait. Il est exact cependant et DUPRÉ, qui admet que le paralytique général, à la période de début, « se rend compte lui-même parfois de son affaiblissement psychique », rappelle justement que, d'après les recherches de MARANDON de MONTYEL, les deux tiers environ de ces malades conservent la conscience de certains

de leurs accidents. Or, ces recherches portent exclusivement sur des paralytiques généraux d'asiles, c'est-à-dire aliénés; le fait est encore plus frappant, sinon plus fréquent, chez les paralytiques généraux non internés, que j'ai surtout en vue.

β) Sur ce fond d'affaiblissement intellectuel et moral, de démence commençante, se greffent très fréquemment d'autres troubles psychiques: excitation avec satisfaction, optimisme absurde et hors de propos, dépression avec tristesse et inertie, *délires divers*, en particulier *délire des grandeurs* ou *délire hypochondriaque*, *obsessions*, *impulsions irrésistibles*.

Ces troubles psychiques seront plus complètement indiqués et décrits à la période d'état. Je ne veux mentionner ici d'une façon spéciale que les *actes délictueux*, parce qu'ils appartiennent surtout à cette période et au stade d'invasion, d'où le nom, donné par LEGRAND DU SAULLE, de *période médico-légale* de la paralysie générale.

Ces actes délictueux consistent surtout en *vols à l'étalage* et dans les magasins, *abus de confiance*, *grivèlerie*, *achats et dépenses inutiles sans payer*, *spéculations hasardeuses*, *outrages publics à la pudeur* habituellement sous forme d'*exhibitionnisme*, attentats et viols, etc. Tous ces actes, qui émanent habituellement de paralytiques généraux affaiblis et parfois excités, ont un caractère absurde, enfantin, inconscient, dysmnésique même, qui permet de les reconnaître avec un peu d'attention.

3° Période d'état. — Nous décrirons ici successivement, avec quelques détails, les symptômes somatiques et psychiques de la paralysie générale, mentionnés simplement, pour la plupart, à la phase précédente.

A. SYMPTÔMES SOMATIQUES. — Les principaux symptômes somatiques de la paralysie générale consistent en : 1° *troubles de la motilité*; 2° *troubles visuels*; 3° *troubles des réflexes*; 4° *troubles de la sensibilité générale et spéciale*; 5° *troubles vaso-moteurs et trophiques*; 6° *troubles des grands appareils* et de l'état général.

a. *Troubles de la motilité*. — α) *Tremblement*. — Le tremblement, dans la paralysie générale, est un symptôme constant, plus ou moins marqué suivant les cas. Il est généralisé, mais prédomine

aux extrémités. On le constate aux mains sous deux types. L'un est le *tremblement* proprement dit, tremblement appelé *fibrillaire*

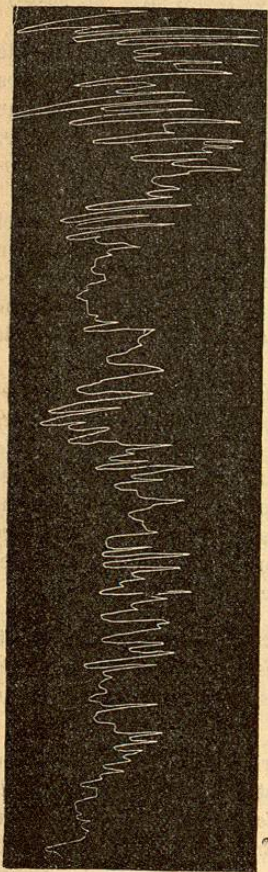


Fig. 67.
Paralysie générale. Tremblement de la main dans l'attitude du serment. Décharges musculaires irrégulières (d'après E. Duran; art. Paralysie générale, du *Traité de Pathologie mentale* de Ballet).

en raison de son caractère fin, menu, rapide (6 à 8 vibrations par seconde), sans déplacement notable des doigts, nul au repos, apparaissant et s'exagérant sous l'influence d'un mouvement ou



Fig. 68.
Paralysie générale. Tremblement de la langue hors de la bouche (d'après E. Duran; art. Paralysie générale du *Traité de Pathologie mentale* de Ballet).

d'un effort, comme un tremblement intentionnel. L'autre est l'*instabilité*. Cette instabilité, différente du tremblement fibrillaire, mais l'accompagnant d'habitude, consiste en secousses brusques, ataxiformes. En faisant étendre la main au malade, dans l'attitude du serment, on observe en même temps que la trémulation fibrillaire, des déplacements soit de la main entière soit plutôt d'un ou deux doigts isolés qui, par instants, sont entraînés latéralement comme par une décharge électrique. Ces secousses brusques des doigts ont, à notre avis, une certaine importance au point de vue du diagnostic.

Du côté de la *langue*, le tremblement offre exactement les mêmes caractères, c'est-à-dire présente à la fois de la *trémulation fibrillaire* et de l'*instabilité*.

La *tremblement fibrillaire*, très visible non seulement lorsque la langue est tirée au dehors, mais encore souvent lorsqu'elle est maintenue au repos la bouche ouverte, consiste en de fins tré-saillements se manifestant par endroits à la surface de l'organe, sans l'agiter dans son entier. Il diffère du *tremblement* ou *tremblotement gélatineux* de PARANT, en ce que celui-ci, comme l'indique son nom, est plus massif et plus général.

L'*instabilité* de la langue est réalisée par ce que MAGNAN a heureusement appelé *mouvement de trombone*, sorte de va-et-vient saccadé, ataxique de la langue, se produisant lorsque le sujet essaie de la tirer et de l'immobiliser au dehors. Ce n'est qu'au bout d'un instant qu'il y parvient, et dans certains cas, pas du tout.

E. FOURNIER, qui a consacré sa thèse (1895) au tremblement de la langue dans la paralysie générale et qui fait ressortir toute l'importance de ce symptôme, y distingue trois éléments : le tremblement fibrillaire, le tremblement ataxique et le tremblement en masse, clonique et spasmodique, pouvant exister isolément ou associés.

Au tremblement de la langue se joint le plus souvent du *tremblement des lèvres* et des *muscles de la face*. Ce tremblement consiste en *trémulations fibrillaires*, mais surtout en *secousses ataxiques* qui surviennent exclusivement au moment où le malade veut tirer la langue ou parler. Ces secousses ataxiques sont dans

certains cas assez intenses et assez étendues pour empêcher pendant quelques instants la projection de la langue hors de la bouche ou l'émission des premières syllabes. Aussi, pour les observer et les bien mettre en évidence, convient-il de faire exécuter au sujet, à diverses reprises successives, des mouvements de projection de la langue ou d'articulation des mots.

On peut également, pour les étudier plus en détail, utiliser les appareils enregistreurs, comme l'ont fait CHAMBARD et LEFILLIATRE. Les tracés ainsi obtenus montrent très nettement qu'il y a là à la fois, dans la paralysie générale, du tremblement proprement dit et de l'ataxie.

β) *Troubles de la contraction musculaire.* — Il y a, à n'en pas douter, dans la paralysie générale, *affaiblissement musculaire*. Mais cet affaiblissement musculaire est, ainsi qu'on l'a fait remarquer depuis longtemps, plus une *parésie* qu'une *paralyse*. En effet, l'acte de serrer la main, le dynamomètre et le myographe accusent jusqu'aux dernières périodes une persistance de la force musculaire proprement dite (CHRISTIAN, CHAMBARD). Cependant les malades se fatiguent vite et sont incapables de grands efforts. Les tracés myographiques obtenus chez eux par CHAMBARD sont caractéristiques. La ligne d'ascension est plus irrégulière, et la ligne du tétanos physiologique coupée par des *secousses ataxiques* plus ou moins étendues (voy. fig. 69).

La *contractibilité électro-musculaire* reste à peu près intacte. LENZI a néanmoins constaté une diminution de l'excitabilité neuro-musculaire avec tendance à la réaction complète de dégénérescence au fur et à mesure des progrès de la maladie.

Les *paralysies musculaires* incomplètes, transitoires, sont fréquentes à la suite d'ictus; les paralysies complètes et permanentes sont rares.

E. DUPRÉ a noté de l'*état catatonique*, en relation avec de la rétention d'urine.

Les *spasmes*, *crampes*, *contractures* peuvent s'observer; il y a surtout un état *semi-spasmodique* qui donne parfois aux mouvements une sorte de raideur caractéristique. Signalons, à propos des contractures, des spasmes, des tics, certains symptômes assez fréquents et assez caractéristiques dans la paralysie générale

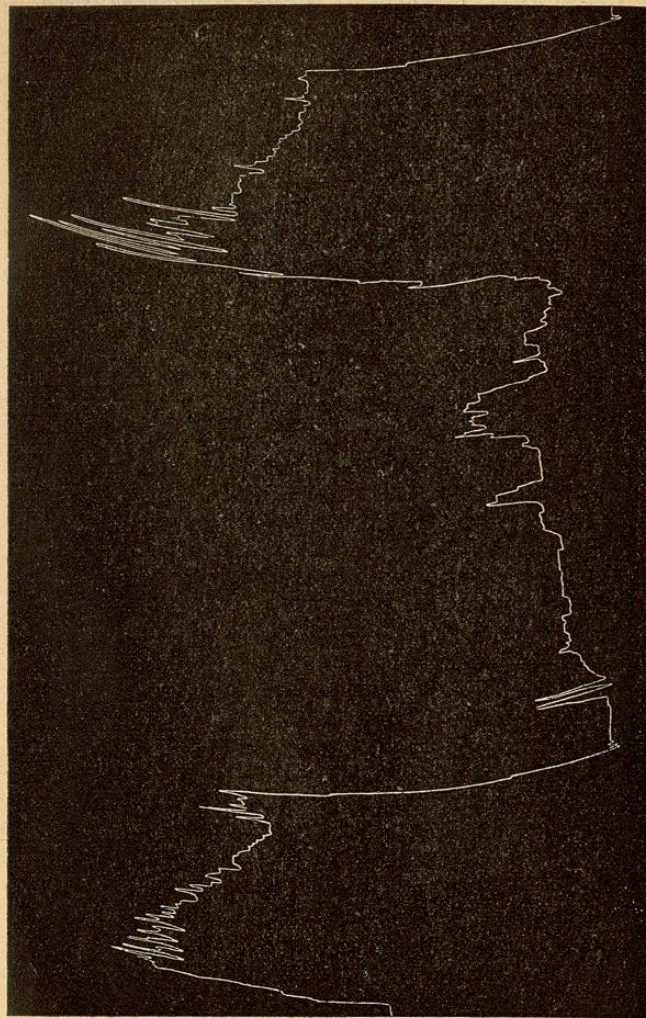


Fig. 69.
Contraction musculaire dans la paralysie générale (d'après CHAMBARD; art. Paralysie générale du *Traité de Pathologie mentale* de BAUDET).

rale, tels que : la *contracture des muscles de la nuque*, sous l'influence de laquelle la tête se raidit et ne touche plus le lit dans le décubitus dorsal; le *mâchonnement*, espèce de mouvement de rumination ou de dégustation quelquefois incessant, et un *grincement des dents* tout à fait typique qui peut aller à la longue jusqu'à user les dents et s'entend presque toujours à une très grande distance.

γ) *Troubles de la marche*. — La *marche* du paralytique général offre des caractères typiques. Comme tous les troubles de la motilité de la paralysie générale, en particulier comme la parole et l'écriture dont nous allons parler, elle est faite de quatre éléments associés et provenant d'une même origine corticale : *parésie, ataxie, spasme et tremblement*.

Au début, ainsi que nous l'avons déjà dit, le trouble de la marche est peu apparent et ne se révèle que lorsqu'on le provoque. Plus tard, il s'accroît progressivement.

D'une façon générale, la marche du paralytique général est à la fois *trémulante, trébuchante, raide et lourde*. Mais elle varie suivant que tel ou tel de ces caractères domine, pour devenir plus spécialement : *parétique, ataxique, spasmodique* ou *spastique, trémulante*.

δ) *Troubles de la parole*. — On peut observer dans la paralysie générale tous les troubles du langage admis par SÉGLAS : des *dyslogies* (modifications du ton, du débit, illogisme, incorrection, incohérence) ; des *aphasies* et des *dysphasies* d'origine corticale, soit *sensorielles*, soit plutôt *motrices*, avec parfois *surdité verbale* (MAGNAN, JOFFROY, SÉRIEUX) ; de la *paralexie* et de la *paraphasie* (RÉGIS) ; mais surtout de la *dysarthrie* ou *dyslalie*, c'est-à-dire des troubles dans l'émission, dans l'articulation des mots.

La *dysarthrie* ou embarras de la parole de la paralysie générale en est, comme nous l'avons dit, le symptôme pathognomonique. Elle offre les mêmes caractères que les autres troubles de la motilité, et comme eux varie suivant que c'est l'un ou l'autre de ces caractères qui domine.

On peut, à cet égard, lui reconnaître deux types : 1° le type *tremblé, ataxique*; 2° le type *spasmodique, parétique*.

Le premier consiste dans une espèce d'incoordination de la

parole qui court, se heurte, se précipite et fait de continuel faux pas. Chaque émission de son, chaque mot sont précédés et accompagnés, nous l'avons vu, d'une série de tremblements, de secousses ataxiques de la langue et des lèvres qui rendent la parole trémulante, incertaine, chevrotante, anonnée, avec des hésitations, des accrocs, des arrêts, des répétitions, des élisions, des inversions, des suppressions de syllabes.

Le second type se manifeste par une lenteur scandée et psalmodiée de la parole, par une véritable épellation des mots et des syllabes. Il ressemble dans une certaine mesure à la dysarthrie de la sclérose en plaques, avec le ton guttural en moins, et provient dans certains cas du malade lui-même qui, surtout au début, cherche à corriger, par cette façon de parler, son trouble d'articulation, dont il a conscience.

La dysarthrie de la paralysie générale, très légère et simplement intermittente dans les périodes initiales, s'accroît progressivement au point que dans les phases ultimes, la parole devient un bredouillage presque inintelligible.

A ce degré, il n'y a évidemment aucune difficulté à la constater et à la reconnaître. Il n'en est pas de même lorsqu'elle est moins marquée et surtout au début. Il faut alors chercher à la provoquer ou à la rendre évidente par une longue conversation, une lecture et par l'emploi de *mots d'épreuve*. Les meilleurs sont les mots à *labiales* comme « *inamovibilité* », « *incompatibilité* », « *inaliénabilité* », préférables aux mots à *linguales* et à *dentales* comme « *artilleur d'artillerie* », etc. On peut du reste associer les uns aux autres diversement, pour former des membres de phrase difficiles à prononcer.

Depuis quelques années, on s'est également servi et avec succès du *phonographe* qui peut non seulement enregistrer, mais encore conserver ces manifestations morbides d'articulation, et même reproduire, en les exagérant, les altérations de la parole provenant de troubles dans le *timbre* et l'*intonation* de la *voix* ou de *troubles de la respiration* sur lesquels a insisté SELETZKY (1900) et plus récemment MARANDON DE MONTYEL (1903).

ε) *Troubles de l'écriture*. — Les troubles de l'écriture, analogues aux troubles de la parole, sont comme eux de deux sortes :

psychiques et graphiques, *psychographiques* et *calligraphiques*, comme dit heureusement JOFFROY.

Les troubles *psychographiques* comprennent tout ce qui, dans les écrits du sujet, est la conséquence de son état mental : choix d'un sale chiffon de papier, direction anormale des lignes, abus

Les grandes manœuvres qui consistèrent à se tenir dans le Sud-Ouest sous la direction du Général Bugeie et auquel le 46^e Corps d'armée a participé ont été marquées par ce fait que plus encore que les années précédentes, il y a été fait un emploi judicieux de l'automobile.

Fig. 70.

Paralysie générale. Spécimen d'écriture : troubles *calligraphiques* très nets, sans troubles *psychographiques*. (Collection BERGÉ; art. Paralysie générale de E. DUPRÉ du *Traité de Pathologie mentale* de BALLET).

de majuscules et de signes, intercalation de figures et de dessins, attribution de titres imaginaires, suscriptions au nom de grands personnages, répétition, multiplicité des ratures, omission de syllabes ou de mots, fautes d'orthographe et de grammaire, etc.

Les troubles *calligraphiques* sont à l'écriture ce que les troubles dysarthriques ou dyslaliques sont à la parole. Ils se caractérisent principalement par les altérations que le tremblement, l'ataxie des doigts sont susceptibles de provoquer dans l'écriture : écriture grosse et repassée, ou au contraire pâle et menue ;

tremblement général des traits, surtout dans les jambages et les déliés, qui présentent une sorte de trémulation fibrillaire ; brusques déviations des lignes, comme lorsque le coude a été

Lebel pour
me a Urovis
Or H. Belle
La Portion et le secret
8h
2 2 7
3

Fig. 71.

Paralysie générale juvénile. Spécimen d'écriture et de calcul : troubles *calligraphiques* et *psychographiques*, et erreurs de calcul très marquées (Collection de l'Auteur).

heurté ; lettres mal formées, empiétant les unes sur les autres ; mots confus, hésitants, sinueux, empâtés ; élaboussures ou taches d'encre, etc., etc.

Il va sans dire que ces troubles sont, de même que tous les autres, essentiellement progressifs et que si, à la fin de la maladie, l'écriture n'est plus qu'un chaos indéchiffrable, au début il faut parfois bien chercher pour y découvrir de légères altérations. On pourrait alors, pour les déceler, faire écrire également au sujet des mots d'épreuve, comportant des lettres à longs et nombreux jambages et déliés, ou user de la loupe.

Les troubles psychographiques et calligraphiques, bien que coexistant habituellement, n'ont pas toujours une intensité parallèle. Lorsqu'ils sont les uns et les autres suffisamment marqués, ils rendent l'écriture du paralytique général tout à fait caractéristique.

b. *Troubles visuels*. — Les troubles visuels les mieux connus et les plus apparents, dans la paralysie générale, sont les troubles pupillaires. Ils consistent en *contraction exagérée, parfois punctiforme des pupilles* (myosis) ou en *dilatation excessive* (mydriase); en *déformation des pupilles* (JOFFROY, SCHRAMECK) (pupille irrégulière, déchiquetée, ovalaire, etc.); en *inégalité de dilatation pupillaire* (BAILLARGER); en *troubles des réflexes pupillaires*.

L'*inégalité pupillaire* existe dans les deux tiers des cas environ, tantôt très marquée, tantôt à peine apparente, tantôt au profit de la pupille droite, tantôt au profit de la pupille gauche, sans qu'il y ait de règle précise à cet égard. Elle est du reste intermittente et variable au cours de la maladie.

Le plus souvent, elle s'accompagne du *signe d'Argyll Robertson*, c'est-à-dire de disparition du réflexe lumineux avec conservation du réflexe accommodateur. Mais ce signe est loin d'avoir dans la paralysie générale la constance qu'il a dans le tabes. Parfois il n'existe pas; parfois c'est le réflexe lumineux qui est conservé et l'autre aboli; dans certains cas même, il y a *réaction paradoxale de la pupille*, c'est-à-dire dilatation à la lumière (MORSELLI, BECHTEREW), rétrécissement synergique de la pupille à l'occlusion des paupières (PILTZ, WESTPHAL), réflexe psychique ou par évocation (PILTZ), etc.

On savait déjà que les troubles pupillaires et, en particulier, l'inégalité des pupilles, n'étaient pas spéciaux à la paralysie générale et qu'ils se rencontraient avec une certaine fréquence

dans d'autres états pathologiques, notamment dans l'alcoolisme, dans les diverses intoxications et infections. MIGNOT, SÉRIEUX et MARANDON DE MONTYEL les ont retrouvés aussi en proportion très notable dans toutes les psychoses sans exception, notamment dans la *démence précoce*.

Cependant, il convient, à côté de ces faits, de rappeler que BABINSKI et son élève CHARPENTIER ont conclu, de recherches récentes, que la rigidité pupillaire et le signe d'ARGYLL ROBERTSON pouvaient être considérés comme des stigmates de syphilis, avant-coureurs plus ou moins prochains d'un tabes, d'une paralysie générale, etc. Leur signification, dans ce cas, serait évidemment de la plus haute importance.

À côté des troubles pupillaires, on constate aussi parfois dans la paralysie générale du *ptosis*, du *strabisme*, de la *diplopie*, du *nystagmus*, enfin des *lésions du fond de l'œil*.

Les *lésions du fond de l'œil*, en particulier les altérations vasculaires, l'atrophie de la pupille avec amblyopie et amaurose, s'observent dans la paralysie générale; mais il était généralement admis qu'elles y étaient rares (MAGNAN, GOWERS, BOY, BALLET) et KLIPPEL expliquait cette rareté par l'intégrité relative dans la maladie du neurone sensitif.

Il résulterait de récentes recherches de KÉRAVAL et RAVIART (1902), de KÉRAVAL et DANJEAN (1904), de BRICHE, RAVIART et CAUDRON (1905), que les lésions du fond de l'œil sont plus communes qu'on ne le supposait et qu'elles sont identiques aux névrorétinites de l'alcoolisme, de la syphilis et du tabes.

c. *Troubles des réflexes*. — Les *réflexes tendineux*, altérés de 80 à 90 fois sur 100 (BRIAND, RENAUD), sont, d'habitude et dans les quatre cinquièmes des cas, *exagérés*. Ils sont parfois *abolis*, mais cela est rare et n'a guère lieu que dans les formes spinales.

L'exagération des réflexes tendineux est générale, mais plus marquée du côté des membres supérieurs. Elle s'atténuerait pour certains auteurs (MARANDON DE MONTYEL) au fur et à mesure des progrès de la maladie et serait même souvent remplacée, dans les dernières périodes, par l'état opposé.

Les *réflexes orificiels* et les *réflexes profonds* paraissent variables