

Raymond⁽¹⁾, Hirschberg⁽²⁾, Raskine⁽³⁾, Curcio, Arsnpurger, Boinet⁽⁴⁾, Rheim⁽⁵⁾, etc...; Aubry⁽⁶⁾ en a présenté une véritable monographie. Il s'agit là de mouvements involontaires et le plus souvent inconscients, soit d'une extrémité, soit d'un ou plusieurs doigts. Quelques auteurs pensent que ces mouvements athétosiformes sont dus à la participation des cordons latéraux au processus tabétique. Il est possible qu'ils soient simplement une conséquence des troubles du sens musculaire, les sollicitations motrices parties de la substance grise n'étant plus réfrénées comme il conviendrait. Pour Grasset et Sacaze⁽⁷⁾, il s'agirait là d'une *ataxie du tonus*; Stern, Hirschberg pensent aussi qu'il ne s'agit que d'une manifestation particulière de l'incoordination motrice; la plupart des auteurs ont en effet noté les rapports très nets des mouvements athétosiques avec les troubles de la sensibilité, sensibilité musculaire (Pierre Marie) ou musculo-articulaire (Hirschberg), sens stéréognostique (Raskine).

5. *Paralysies*. — Différentes paralysies peuvent survenir au cours du tabes: l'une des variétés les plus fréquentes est l'hémiplégie [18 fois sur 224 cas de tabes (Fournier)]; les paralysies des muscles des yeux sont aussi très fréquentes; après ces deux variétés c'est l'hémiplégie faciale qu'on rencontre le plus souvent, et aussi la paraplégie.

Ces paralysies ne sont pas toujours permanentes, tant s'en faut; la plupart ne durent que quelques jours ou quelques semaines, rarement elles sont très accusées, ce sont plutôt des parésies que des paralysies (Fournier).

L'hémiplégie des tabétiques présente quelques caractères particuliers: on ne la voit guère s'accompagner de contracture secondaire, et les réflexes rotuliens ne se modifient ordinairement pas sous son influence, c'est-à-dire que lorsqu'ils avaient disparu ils ne reviennent pas; cependant, dans quelques cas [Goldflam⁽⁸⁾, Hughlings-Jakson⁽⁹⁾, Dercum, Debove, Buzzard, Raichline], on a vu après l'hémiplégie les réflexes reparaître et même présenter une exagération manifeste; Cestan⁽¹⁰⁾ a mis en doute la disparition complète antérieure de ces réflexes et la possibilité de leur réapparition et Julio Lopes⁽¹¹⁾ a cherché en vain dans les services de P. Marie et de Babinski un seul cas probant de réapparition d'un réflexe tendineux disparu.

Parfois l'hémiplégie des tabétiques s'accompagne d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle; dans ces cas, il est certain, ainsi que l'a montré Charcot, qu'il s'agit presque toujours d'une hémiplégie hystérique survenant chez un tabétique. Pour les cas dans lesquels l'hémianesthésie n'existe pas, il est vraisemblable que quelques-uns appartiennent également à l'hystérie, mais non tous. Quant à ceux qui ne sont pas d'origine hystérique, mais bien organique, il est

(1) RAYMOND. *Malad. du syst. nerv.*, 1894.

(2) HIRSCHBERG. *Revue neurol.*, 1897.

(3) RASKINE. Thèse de Paris, 1900.

(4) BOINET. *Revue neurol.*, 15 juin 1901.

(5) RHEIM. *Journ. of Americ. med. Assoc.*, 27 décembre 1902.

(6) AUBRY. *L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance*, 1892. — J.-B. Baillière.

(7) SACAZE. *Ataxie locomotrice avec atrophie musculaire et ataxie du tonus. Nouveau Montpellier méd.*, 1895, n° 1.

(8) GOLDFLAM. *Ueber das Wiedererscheinen von Sehnenreflexen bei Tabes, etc. Berliner klin. Wochenschr.*, 1891, n° 8.

(9) HUGHLINGS-JACKSON. *Return of Knee-Jerks after hemiplegia in a tabetic. British Medical Journal*, 11 juillet 1892.

(10) CESTAN. *Progrès méd.*, 10 juin 1899.

(11) J. LOPES. Thèse de Paris, 1898.

difficile de dire exactement quelle est la lésion qui leur donne naissance (Debove, Blanche Edwards, Lecocq, Bernhardt), tantôt on a à l'autopsie trouvé une hémorragie, tantôt un ramollissement, souvent les lacunes de désintégration cérébrale que nous avons décrites avec Ferrand comme l'a montré Cayla⁽¹⁾; quelquefois aussi il semblait n'exister aucune lésion apparente.

La paraplégie peut s'observer chez les tabétiques parvenus à un stade assez avancé, notamment chez ceux présentant la déformation connue sous le nom de pied bot tabétique; on trouvera la description de cette déformation dans le chapitre consacré aux troubles trophiques. En dehors de ce stade, on peut encore voir la paraplégie survenir même pendant les premières périodes de l'affection; généralement son mode d'invasion est tout à fait brusque, subit: du jour au lendemain un malade, qui marchait encore fort bien la veille, se voit dans l'impossibilité de faire un pas et se trouve confiné au lit. Cette paraplégie peut être permanente, ou au contraire transitoire, et disparaître au bout de quelques semaines; mais même dans ce dernier cas, et alors même que la paraplégie reste flasque, elle doit toujours faire penser à l'atteinte des faisceaux latéraux et légitime selon toute probabilité le diagnostic de sclérose combinée (Pierre Marie et Crouzon). — Dans certains cas la disparition de la paraplégie est aussi subite que son début, c'est à peine si elle dure quelques secondes; il s'agit alors du phénomène décrit par les auteurs anglais, notamment par Buzzard, sous le nom de « giving way of the legs » et sur la description duquel Charcot a maintes fois insisté dans ses Leçons. Ce phénomène consiste en ce que les jambes d'un tabétique marchant encore fort bien se dérobaient tout d'un coup sous lui, de telle sorte qu'il tombe sans que rien ait pu faire prévoir sa chute, dans l'endroit même où il se trouve, fût-ce au milieu de la chaussée; quelques instants après les forces sont revenues, la marche est de nouveau possible.

Les paralysies limitées d'un nerf ou d'une partie du corps sont encore moins bien connues que l'hémiplégie et la paraplégie des tabétiques. Il est certain, notamment, que, parmi les cas d'hémiplégie faciale, il en est qui rentrent dans la catégorie de l'hémispasme glosso-labial hystérique. — La paralysie radiale serait une des plus fréquentes, quelquefois aussi on verrait se produire une paralysie des muscles masticateurs. Huet et Guillaïn dans le service de Pierre Marie ont rapporté un cas de paralysie de la branche externe du spinal droit: l'épaule est abaissée, la région sus-claviculaire déprimée, le scapulum écarté de la colonne vertébrale; cette paralysie paraît bien due à la lésion médullaire; cinq ou six observations de paralysie du spinal ont seules été signalées jusqu'ici (Marc Bride, Martins, Aronsohn, etc.).

Leyden⁽²⁾ décrit en outre, sous le nom de « pseudoparalysies », des états parétiques généraux ou locaux, dus suivant lui soit à un degré plus ou moins prononcé d'aboulie (les malades ne pouvant prendre sur eux de faire l'effort nécessaire pour accomplir les mouvements que l'ataxie rend plus difficiles), soit à l'abatement dans lequel le tabes plonge certains malades. Ces phénomènes s'observeraient surtout chez les femmes, ou bien à la suite d'affections aiguës intercurrentes, après des diarrhées prolongées, des crises gastriques intenses et de longue durée, ou bien après le séjour au lit nécessité par une fracture ou une opération.

B. *Troubles de la sensibilité*. — Ces troubles consistent, soit en douleurs,

(1) CAYLA. *De l'hémiplégie dans le tabes*. Thèse de Paris, 1902.

(2) LEYDEN. *Tabes Dorsualis*. In *Real Encyclopædie der gesammten Heilkunde*.

soit en phénomènes d'anesthésie ou de paresthésie; ils manquent rarement, Leimbach les a observés dans plus de 88 pour 100 des cas.

Les *douleurs* du tabes présentent des modalités très diverses; quelques-unes sont assez caractéristiques pour avoir une importance considérable au point de vue du diagnostic. Parmi celles-ci on cite surtout les douleurs fulgurantes, les douleurs lancinantes, les douleurs en ceinture.

Les *douleurs fulgurantes* sont, comme leur nom l'indique, comparées par les malades à l'impression ressentie au passage d'une étincelle électrique; tantôt l'impression est unique, il n'y a pour ainsi dire qu'une seule étincelle; tantôt elle est multiple et s'épanouit en gerbe. La brusquerie avec laquelle survient cette impression et la rapidité avec laquelle elle passe sont tout à fait remarquables. Ces douleurs parcourent en général une certaine longueur du membre, plus rarement elles naissent et meurent sur place.

Les *douleurs lancinantes* ont plus ou moins d'analogie avec les douleurs fulgurantes, et présentent les mêmes modalités; ce qui les en distingue, c'est qu'au lieu d'une sensation analogue à celle de l'étincelle électrique les malades en éprouvent une tout à fait semblable à celle que produirait un coup de lancette et même un coup de couteau.

Les *douleurs térébrantes* se caractérisent en ce que la sensation douloureuse se complique d'une impression de torsion comme si les chairs du malade étaient percées avec une vrille.

Dans les *douleurs ardentes*, ce n'est plus une sensation de piqûre qui est éprouvée, mais bien de brûlure; ces douleurs ont une tendance à se montrer moins nettement migratrices, à rester plus franchement localisées sur certains points; elles siègent moins souvent sur les membres et plutôt sur le tronc.

En général, les douleurs fulgurantes et lancinantes se montrent sur les membres et avec une prédilection marquée sur les membres inférieurs; elles sont plus rares sur les membres supérieurs; quand elles siègent sur ceux-ci, elles occupent d'habitude le bord interne, cubital, des avant-bras, et ont une tendance à se propager vers le petit doigt (Charcot).

Chez quelques malades ces douleurs sont presque isolées, il en survient une de temps en temps seulement; le plus souvent elles apparaissent par crises, c'est-à-dire que pendant une période de temps de quelques heures, mieux encore de quelques jours, elles se montrent très fréquentes, à peu d'intervalle les unes des autres; puis tout se calme, et pendant 8, 15 jours, 5 semaines et plus, elles disparaissent, ou c'est à peine s'il s'en produit une de temps à autre. Ces crises, qui se terminent d'ordinaire aussi brusquement qu'elles ont commencé, peuvent laisser à leur suite un état de dépression extrême et Déjerine a vu à leur suite survenir une paraplégie flasque complète qu'il attribue à une véritable « inhibition ».

Bien d'autres variétés de douleurs chez les ataxiques présentent ce caractère de revenir par crises; ce sont surtout les douleurs siégeant du côté des viscères; l'usage a prévalu de les décrire en même temps que les autres troubles fonctionnels dont ceux-ci sont le siège; elles portent le nom générique de *crises viscérales*; on en trouvera la description dans les chapitres consacrés aux différents organes.

Sous le nom de *crises de courbature musculaire*, Pitres⁽¹⁾ a décrit des sensa-

(1) PITRES. *Progrès méd.*, 1884.

tions, sinon absolument douloureuses, du moins très pénibles, consistant en une lassitude très marquée, en une sorte de brisement musculaire, analogues à ce qu'éprouvent les gens bien portants à la suite d'un exercice trop violent ou trop prolongé. Cette sensation siège sur les muscles des membres ou sur ceux des masses sacro-lombaires; elle survient brusquement et persiste quelques heures ou quelques jours. Les crises de ce genre peuvent se montrer dès le début du tabes, et reviennent à des intervalles variables.

A côté de ces crises de courbature musculaire, il convient de placer une sorte de phénomène inverse, c'est le *défaut de la sensation de fatigue musculaire* après les efforts prolongés. Frænkel⁽¹⁾ a décrit un cas de ce genre, dans lequel un tabétique était capable de tenir ses bras étendus pendant 25 minutes sans ressentir de fatigue, alors qu'un individu sain, placé dans la même position, au bout de 6 à 7 minutes se trouve très fatigué; c'est sans doute à l'altération de la sensibilité profonde, musculaire et articulaire, qu'il faut attribuer ce phénomène.

Les phénomènes douloureux peuvent, au lieu d'affecter un caractère variable et plus ou moins intermittent comme ceux dont il vient d'être question, être au contraire fixes et permanents. C'est à cette catégorie de faits qu'appartient la fameuse *douleur en ceinture* dont se plaignent tant de tabétiques; celle-ci consiste dans une sensation de constriction circulaire parfois très pénible, siégeant, soit au niveau des flancs, soit au niveau de la poitrine. Cette sensation de constriction est quelquefois assez marquée pour que l'expression « en ceinture » ne soit plus suffisante pour la décrire; alors les malades se plaignent d'avoir tout le thorax comme enfermé dans une « cuirasse ».

Des sensations du même genre s'observent aussi autour des membres, constriction en « brodequin », en « bracelet », etc....

En outre des sensations vraiment douloureuses dont il vient d'être question, on en rencontre qui sont moins pénibles, telles que l'état d'*engourdissement*, les *fourmillements* siégeant sur certaines parties du corps. Dans les membres inférieurs ces phénomènes sont fréquents, ils occupent surtout les pieds et les jambes, parfois sous forme de plaque limitée; dans les membres supérieurs leur localisation ordinaire est au bord cubital de l'avant-bras et dans le petit doigt.

Ces sensations d'engourdissement peuvent également être constatées sur le tronc et sur la tête; leur signification est tout particulièrement intéressante quand elles siègent à la face, car elles suffisent alors à faire soupçonner l'existence du tabes. Il semble aux malades qu'ils ont un masque, ou, dans les cas moins accentués, une simple toile d'araignée, sur la figure. Rarement ces sensations d'engourdissement sont parfaitement symétriques; elles se montrent souvent unilatérales; dans certains cas, il s'y joint des phénomènes douloureux rentrant plus ou moins dans la catégorie de ceux qui ont été étudiés plus haut.

L'*anesthésie à la douleur* est un des troubles de la sensibilité les plus fréquents dans le tabes, mais il ne faudrait pas croire qu'en général il s'agisse là de ces anesthésies massives que l'on observe notamment dans les myélites transverses. Dans le tabes il en est tout autrement, l'anesthésie veut être recherchée avec grand soin sous peine d'être méconnue: souvent, en effet, elle n'affecte qu'un territoire tout à fait limité, soit d'un membre, soit du tronc; elle serait d'ailleurs à peu près aussi fréquente sur celui-ci que sur ceux-là, un peu moins à la tête (Oulmont).

(1) FRÆNKEL. Fehlen des Ermüdungsgefühls bei einem Tabiker. *Neurologisches Centralblatt*, 1893, p. 434.

Assez souvent il existe un certain degré de symétrie dans les territoires anesthésiés, mais cette symétrie n'est jamais parfaite; à la tête on peut la considérer comme exceptionnelle (Oulmont).

Au tronc où elles apparaissent le plus souvent en premier lieu, les plaques d'anesthésie se voient surtout en avant, au niveau des seins et de l'ombilic; en arrière, au niveau des épaules.

Aux membres supérieurs, les parties les plus souvent atteintes sont les doigts et la région cubitale de l'avant-bras.

Aux membres inférieurs, les plaques d'anesthésie se rencontrent à la plante du pied, au talon, aux orteils, aux malléoles, aux genoux; elles siègent plutôt sur la face postérieure des jambes que sur leur face antérieure.

D'une façon générale il faut remarquer que les plaques d'anesthésie se trouvent sur les parties périphériques des membres bien plutôt que sur leur racine.

Ingelrans a cité un cas exceptionnel de tabes du cône terminal où l'anesthésie était limitée aux régions fessières, à l'anus, au périnée et aux organes génitaux.

Une autre remarque intéressante à faire, c'est que les plaques d'anesthésie ne répondent nullement, du moins d'une façon étroite, à la zone de distribution de tel ou tel nerf cutané; elles chevauchent au contraire sur les zones de distribution de plusieurs nerfs voisins les uns des autres.

Hitzig, Laehr, Patrick, Marinesco, Déjerine ont particulièrement insisté sur la topographie radulaire des plaques d'anesthésie; l'étude de cette topographie pourrait acquérir une certaine valeur pour le diagnostic d'un tabes au début; l'existence d'une anesthésie segmentaire (en brodequin, en chaussette, en bracelet, etc...) ne s'observerait que par suite d'une association du tabes avec l'hystérie.

L'anesthésie n'est d'ailleurs pas invariable; Max Egger⁽¹⁾, J. Heitz et Lortat-Jacob⁽²⁾ ont au contraire noté ses intermittences dans certains cas.

On verra, à propos des fractures et des arthropathies, que cette analgésie ne se borne pas à la surface cutanée, mais se retrouve aussi, conjointement ou isolément, dans les parties profondes, os, articulations, etc.; les troubles de la sensibilité profonde ne sont nullement proportionnels ni sous-jacents à ceux de la sensibilité superficielle et tout particulièrement troncs nerveux dont la pression est souvent indolore; nerf cubital (Biernaki), sciatique poplitée externe (Bechterew).

De l'anesthésie cutanée et profonde nous rapprocherons la *diminution de la sensibilité aux courants électriques*, parfois d'autant plus remarquable que l'indolence à peu près absolue d'un courant puissant contraste avec l'hyperexcitabilité musculaire et avec la force et la durée de la contraction que produit déjà un courant minime (phénomène de la crampe du mollet, Babinski).

L'*hyperalgésie*, de même que l'analgésie, se montre par plaques, elle est moins fréquente que cette dernière, mais n'est pas moins caractéristique; elle peut être pour les malades la source de sensations extrêmement pénibles, car dans certains cas un simple frôlement à ce niveau est presque intolérable.

Ces plaques d'hyperalgésie siègeraient toutes entre les épaules et à la région lombaire (Oulmont); on les voit aussi parfois au niveau des seins ou sur tout autre point du thorax.

⁽¹⁾ MAX EGGER. *Soc. biol.*, 14 juin 1902.

⁽²⁾ J. HEITZ et LORTAT-JACOB. *Soc. neurol.*, décembre 1902.

L'hyperesthésie peut exister non seulement à la piqûre, mais aussi à la température.

Pour Erb, l'hyperesthésie indiquerait la participation des méninges au processus morbide.

A ces troubles de la sensibilité pour les impressions douloureuses, il conviendrait, d'après Lannois⁽¹⁾, d'ajouter l'*aphalgésie* (ἀπῆ, contact; ἄλγος, douleur). D'après la définition même de Pitres, qui a introduit ce nom dans la science, l'aphalgésie serait « une variété de paresthésie caractérisée par la production d'une sensation douloureuse intense, à la suite de la simple application sur la peau de certaines substances qui ne provoquent à l'état normal qu'une sensation banale de contact ». Ce trouble sensitif, qui n'avait jusqu'ici été constaté que dans l'hystérie, a été observé par Lannois dans un cas de tabes, sans qu'on pût invoquer ni l'hystérie ni l'influence de la suggestion. Cette tabétique ressentait une vive douleur au contact du cuivre et seulement au contact de ce métal.

Les *paresthésies* sont extrêmement nombreuses et variées dans le tabes (Duchenne de Boulogne, Leyden, Berger, Binswanger, B. Stern, etc...).

L'une des plus fréquentes et des plus importantes consiste dans le phénomène désigné sous le nom de *retard des sensations*. Chez beaucoup de tabétiques, en effet, l'intervalle de temps qui s'écoule entre le moment où a lieu la piqûre et celui où la sensation douloureuse est perçue est beaucoup plus considérable que chez les individus sains, à tel point qu'il peut être de 1, 2, 5 secondes et davantage. Ce phénomène est surtout marqué aux membres inférieurs; il le serait d'autant plus que la piqûre porte sur les parties les plus périphériques de ces membres (Richet). C'est Cruveilhier qui aurait le premier signalé ce retard des sensations. Leyden et F. Goltz l'ont étudié avec soin, et Takacz l'a considéré comme assez constant pour en faire la base d'une théorie physiologo-pathologique de l'ataxie. D'autre part, Fischer⁽²⁾ a constaté que le retard était plus prononcé pour les sensations tactiles que pour les sensations douloureuses.

Sous le nom d'*hyperesthésie relative* (Leyden), on désigne les cas dans lesquels une faible piqûre est à peine perçue, tandis qu'une piqûre un peu plus forte détermine une douleur très violente et nullement en rapport avec l'intensité de la piqûre.

La dénomination d'*anesthésie relative* pourrait s'appliquer aux cas dans lesquels (Berger) les piqûres d'intensité moyenne sont assez bien perçues, tandis que les fortes piqûres ne déterminent pas de douleur.

La *métamorphose des sensations* consiste en ce que certains tabétiques ne peuvent distinguer nettement la nature de l'impression cutanée perçue par eux; c'est ainsi, par exemple, qu'ils considèrent une piqûre ou un pincement comme une brûlure plus ou moins intense. C'est à un phénomène assez analogue qu'il faut rapporter ce fait, signalé dès les premières descriptions de l'ataxie locomotrice, que ces malades sont dans l'impossibilité de savoir sur quelle espèce de sol ils marchent, croyant, même dans la rue, sentir un épais tapis sous leurs pieds.

Le *défaut de localisation des sensations* est parfois très manifeste; on voit

⁽¹⁾ LANNOIS. *Aphalgésie transitoire chez une tabétique. Revue de méd.*, juillet 1892, p. 567.

⁽²⁾ FISCHER. Ueber Verlangsamung der sensiblen Leitung bei Tabes Dorsualis. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1881, n° 55 et 57.