

alors les malades accusent la piqûre dans un endroit très éloigné du point où celle-ci a été faite, par exemple au pied quand on les a piqués à la jambe ou même à la cuisse; parfois ils localisent la piqûre au point correspondant du membre opposé, c'est ce qu'on a appelé l'*allochirie* (Obersteiner).

Par le terme de *dissociation de l'anesthésie*, on entend que certains tabétiques sentent plus ou moins complètement les impressions cutanées de telle ou telle nature, tandis que d'autres impressions ne sont pas perçues par eux; c'est ainsi par exemple que ces malades ne sentent plus la piqûre, mais conservent intacte leur sensibilité thermique, et *vice versa* (Parmentier); de même pour la sensibilité tactile. Plus souvent les zones d'anesthésie tactile sont plus étendues que celles d'anesthésie douloureuse ou thermique ou inversement, de sorte que, au centre de la plaque l'anesthésie étant complète sous tous ses modes, à la périphérie au contraire le malade n'a perdu que la sensation de contact, de piqûre, de chaud ou de froid. La sensibilité tactile est en général plus longtemps conservée que la sensibilité à la douleur.

Jusqu'à présent il a été surtout question des troubles intéressant la qualité des sensations; d'autres troubles peuvent être constatés au point de vue du nombre des perceptions par rapport à celui des excitations.

C'est ainsi que, lorsqu'on a prolongé pendant quelque temps la recherche de la sensibilité à la piqûre, on s'aperçoit qu'à certains moments le malade accuse une piqûre, bien qu'on ne l'ait pas même touché; cela tient à ce que les piqûres précédentes ont excité les centres nerveux de telle façon que le malade continue à percevoir des sensations douloureuses sans aucun motif.

Dans d'autres cas, plusieurs piqûres faites à intervalles rapprochés seront perçues comme une seule piqûre prolongée; c'est là une sorte de *tétanos sensitif* à rapprocher du *tétanos* des physiologistes pour la contraction musculaire; ou bien inversement il semblera au malade qu'au lieu d'une pointe d'épingle appuyée sur sa peau il en sent deux ou trois simultanément. L'inverse est plus fréquent, et deux piqûres ne sont souvent perçues que comme une seule, alors que leur distance est plus que suffisante pour permettre à un individu normal de les distinguer.

On peut voir encore la sensibilité s'éteindre par la continuation d'une même excitation, puis, après une certaine période d'« éclipse », reparaitre et ainsi de suite, de telle sorte qu'à certains moments l'excitation, quoique continuée, cesse d'être perçue, pour l'être de nouveau quelques instants après, disparaître encore et ainsi de suite.

En outre de la fatigue, d'autres influences physiques, telles que le froid, peuvent contribuer à l'exagération des troubles de la sensibilité.

Tous ces troubles sont, en général, beaucoup plus marqués sur les membres inférieurs que sur les membres supérieurs et sur le tronc ou l'extrémité céphalique.

Ils sont essentiellement variables d'un malade à l'autre; dans certains cas même, ils sont presque entièrement défaut, tandis que dans d'autres ils sont très accusés (*tabes dolorosa* de E. Remak) et soumettent les malades à un véritable martyre.

C. Troubles de la réflexivité. — Ces troubles sont fréquents dans le *tabes* et intéressent un assez grand nombre de réflexes. Seuls les troubles portant sur les réflexes tendineux et sur les réflexes cutanés seront examinés dans ce chapitre; quant aux troubles portant sur les réflexes pupillaires et sur les réflexes

du testicule et de l'anus, leur description sera faite dans les chapitres consacrés aux symptômes oculaires et génitaux.

A. Réflexes tendineux. — Parmi les réflexes tendineux, celui dont les modifications présentent le plus grand intérêt dans le *tabes* est le *réflexe rotulien*.

C'est à Westphal que l'on doit la connaissance de ce fait que la disparition du réflexe rotulien est un des symptômes les plus constants du *tabes* même dans la période initiale de cette affection. Le même auteur a indiqué le siège des lésions médullaires dans les cas où le réflexe rotulien fait défaut. D'après ses recherches, il semble établi que les fibres par lesquelles passent les impressions centripètes nécessaires pour la production de ce réflexe se trouvent situées dans la zone d'entrée des racines (bandelettes externes de Charcot et Pierret). La localisation exacte indiquée par Westphal est la suivante : ces fibres centripètes se trouvent en dehors d'une ligne parallèle au sillon médian postérieur et menée du coude de la corne postérieure vers le bord postérieur de la moelle; elles sont donc contenues entre cette ligne et la corne postérieure. Toute lésion à ce niveau amènera soit la diminution, soit la disparition du réflexe rotulien. De même si, comme c'est probablement le cas pour le *tabes*, les fibres par lesquelles se fait la conduction centripète de ce réflexe sont altérées en dehors de l'axe spinal, c'est en cet endroit de la moelle que l'on observera les lésions consécutives à leur dégénération. Westphal a montré en outre dans quel segment vertical de l'axe médullaire se produisait ce réflexe : d'après lui, le point d'entrée des impressions centripètes siège exclusivement au niveau de l'union de la moelle lombaire avec la moelle dorsale.

Bien qu'en règle générale les réflexes rotuliens soient abolis dans le *tabes*, on les voit quelquefois persister (Erb, Hamilton, Gowers, Achard et L. Lévi, etc...); ils persistent surtout lorsqu'on a affaire à des cas de « *tabes supérieur* », Van Gehuchten⁽¹⁾, de Buck⁽²⁾ auraient cependant observé l'exagération des réflexes rotuliens dans des cas où les réflexes achilléens étaient abolis.

Tout à fait au début, ils peuvent être simplement diminués d'intensité; souvent à cette période ils sont inégaux (Goldflam). Parfois aussi, dans la période initiale, les réflexes rotuliens semblent disparus, mais ils ne le sont pas encore d'une manière absolue, et, par l'emploi du procédé Jendrassik, on peut encore les faire reparaitre; quelquefois, au début, alors que le réflexe tend à diminuer, les premiers coups du marteau percuteur provoquent seuls la contraction du triceps, puis la fatigue survient, et aux chocs suivants le muscle ne réagit plus (Bechterew)⁽³⁾.

L'abolition des réflexes achilléens est plus fréquente encore et surtout plus précoce que celle des réflexes rotuliens; la recherche de ces réflexes, constants à l'état normal, faite méthodiquement, mettra souvent sur la voie du diagnostic d'un *tabes incipiens* : les recherches de Babinski⁽⁴⁾ à ce sujet ont été confirmées par celles de Max Biro⁽⁵⁾, Van Gehuchten, Seyer⁽⁶⁾, Goldflam⁽⁷⁾, etc....

Frenkel (de Heiden)⁽⁸⁾ a récemment soutenu que les réflexes tendineux des

(1) VAN GEUCHTEN. *Soc. belge de neurol.*, 25 février 1899.

(2) DE BUCK. *Belgique méd.*, 1899.

(3) BECHTEREW. *Neurol. Centralbl.*, 15 février 1902.

(4) BABINSKI. *Soc. neurol.*, mai 1901.

(5) MAX BIRO. *D. Zeitschr. f. Nervenhe.*, 1901.

(6) SEYER. Thèse de Paris, 1902.

(7) GOLDFLAM. *Neurol. Centralbl.*, 1902.

(8) FRENKEL. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk-Bd.*, XVII, 1901.

membres supérieurs disparaissent plus précocement encore que ceux des membres inférieurs et que leur intégrité apparente est due à ce que le marteau percuteur frappe en réalité non seulement le tendon, mais des fibres musculaires, qui deviennent d'autant plus excitables que le réflexe est plus diminué; en évitant autant que possible cette cause d'erreur, Léri a recherché systématiquement les réflexes des quatre membres chez 20 tabétiques: 8 fois tous les réflexes étaient abolis, 11 fois ceux des membres inférieurs seuls (achilléens et rotuliens ensemble ou isolément), une fois seulement les réflexes des membres supérieurs étaient seuls abolis: il s'agissait d'un tabes avec cécité.

Dans les tabes combinés les réflexes tendineux peuvent être abolis, diminués, conservés ou exagérés selon l'importance relative que prennent la sclérose du cordon postérieur et celle du cordon latéral.

Les autres réflexes tendineux (réflexe du tendon d'Achille, réflexe du coude, du poignet, etc.) sont également atteints dans le tabes.

B. *Réflexes cutanés.* — Ces réflexes ne présentent pas de modifications aussi constantes et par conséquent aussi caractéristiques que les réflexes tendineux. Les réflexes plantaires notamment peuvent être conservés pendant très longtemps dans les membres où ces derniers ont déjà disparu; dans d'autres cas ils sont absolument abolis. En tout cas dans les tabes purs il n'y a pas d'extension des orteils (Babinski); l'extension des orteils dans le tabes est un signe d'atteinte des faisceaux pyramidaux, par conséquent de sclérose combinée (voir communication de P. Marie et Crouzon).

Quant au réflexe abdominal, d'après Rosenbach⁽¹⁾ il serait exagéré dans le tabes; pour Ostankow⁽²⁾ le prétendu antagonisme entre les réflexes cutanés et tendineux n'existerait qu'au début; tout au moins on peut admettre que le réflexe abdominal est généralement conservé.

D. *Troubles des organes des sens.* — 1. *Troubles des organes de la vision.* — Ces troubles, ou du moins un bon nombre d'entre eux, ont été constatés dès les premières descriptions de l'ataxie locomotrice, notamment par Duchenne (de Boulogne), Romberg, Trousseau, Argyll-Robertson. L'étude de ces symptômes n'a cessé depuis de progresser, et l'on peut citer, parmi les auteurs qui ont contribué à ces progrès, les noms de Charcot, de Leber, de Fournier, de A. Robin, de Vincent, de Delécluze, de Gowers, de Berger, etc....

Ils portent, soit sur l'appareil musculaire interne et externe de l'œil, soit sur l'appareil de la vision proprement dite; dans quelques cas aussi, sur l'appareil sécrétoire: dacryorrhée [Féré⁽³⁾, Kœnig⁽⁴⁾].

Pour ce qui est de l'appareil musculaire externe, une mention toute spéciale doit être faite des *paralysies des muscles moteurs de l'œil*; c'est là en effet un des symptômes fréquents du tabes (59 pour 100 des cas de tabes: Mœli, Berger, Erb, 47 pour 100 même pour Fournier).

En général ces paralysies présentent, ainsi que l'a fait remarquer Fournier, les caractères suivants: elles sont dissociées, partielles, voire parcellaires, fugaces, éphémères, parfois même presque instantanées; c'est-à-dire qu'elles peuvent exister seulement pendant quelques moments, pendant quelques heures, ou quelques jours, puis disparaître entièrement, mais une récédive est

⁽¹⁾ O. ROSENBACH, Zur Symptomatologie der Tabes. *Centr. für Nervenheilkunde*, avril 1892.

⁽²⁾ OSTANKOW. *Obozrenie Psichiatrie*, 1899.

⁽³⁾ FÉRÉ. *Soc. de biol.*, janvier 1887.

⁽⁴⁾ E. KOENIG. Dacryorrhée ataxique. *Progrès méd.*, 1891. n° 44, p. 507.

toujours possible. — Ceci s'applique surtout aux paralysies oculaires de la période prodromique, car, dans les cas de tabes confirmé, il est fréquent de voir ces paralysies se montrer plus massives et tout à fait permanentes. Cela tiendrait d'après certains auteurs à ce que les premières proviendraient d'une névrite périphérique, tandis que les secondes reconnaîtraient pour cause une altération nucléaire (??).

Au point de vue de la fréquence plus grande de la paralysie de tel ou tel muscle, les avis diffèrent. Pour Berger et Woinow le droit externe serait le plus souvent frappé, pour de Watteville et Landolt ce serait le droit interne; il est certain que ces deux muscles sont les deux plus ordinairement atteints, mais en dehors d'eux la paralysie peut affecter le droit supérieur, le droit inférieur, le petit oblique et le grand oblique; dans certains cas tous les muscles extérieurs de l'œil sont paralysés et l'on se trouve en présence d'une ophtalmoplégie externe progressive.

Par suite même du caractère partiel ou même « parcellaire » (Fournier) de ces paralysies, il est rare de voir celles-ci intéresser tout le territoire d'un des nerfs moteurs de l'œil; cependant, surtout quand il s'agit de paralysies massives et permanentes du tabes confirmé, on observe quelquefois la paralysie de toutes ou presque toutes les branches du moteur oculaire commun.

C'est ainsi, par exemple, que le *ptosis* accompagne assez souvent la déviation de l'œil en dehors; ce ptosis est un des symptômes initiaux du tabes et peut se montrer à l'état isolé. Il est ordinairement unilatéral, dans quelques cas cependant il affecte les deux yeux, mais presque toujours d'une manière inégale.

Assez fréquemment, par suite de leur caractère transitoire, les paralysies oculaires qui ont existé dans la période prodromique du tabes ne peuvent plus être constatées quand on examine les malades, mais on peut encore les retrouver d'une façon rétrospective, grâce à la diplopie que ceux-ci disent avoir éprouvée à une certaine époque. — Il faut rapprocher en outre de ces paralysies, au point de vue fonctionnel, le *larmolement* et l'*épiphora* constatés chez quelques malades; le larmolement peut d'ailleurs, dans quelques cas, être directement attribué à un de ces troubles sécrétoires qui ne sont pas rares dans le tabes et qui s'observent aussi du côté des glandes salivaires, de l'estomac, de l'intestin et même du rein (Pierret, Féré).

D'autres phénomènes se montrent encore au niveau de l'appareil oculaire, qui semblent dépendre d'une paralysie du grand sympathique; ce sont: l'*exophtal-*

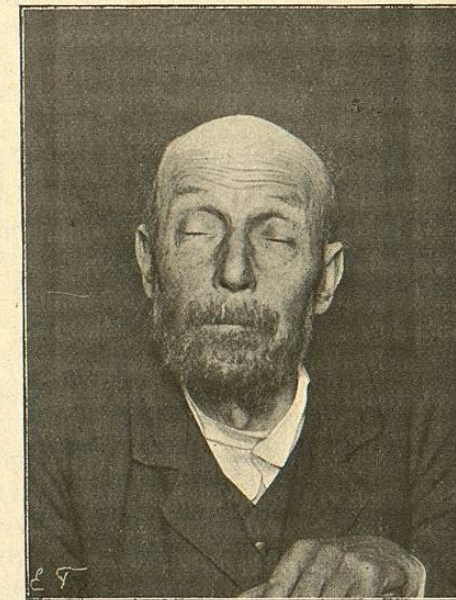


FIG. 226. — Tabétique présentant un ptosis bilatéral.

mie, un léger rétrécissement de la fente palpébrale (Jacobson, Berger) et l'hypotonie oculaire (Berger), consistant dans la diminution de la tension du globe oculaire. Cet ensemble de phénomènes diversement associés ont permis à Gilles de la Tourette⁽¹⁾ de distinguer un type d'« œil tabétique » : l'œil est brillant et pourtant le regard est atone, tels sont ses deux caractères principaux.

L'analgésie du globe oculaire à la pression aurait été trouvée par Abadie et Rocher⁽²⁾ dans 12 cas sur 25.

Quant à la musculature interne de l'œil, ses troubles sont encore plus fréquents que ceux de la musculature externe et leur importance plus grande au point de vue du diagnostic, grâce à la précocité de leur apparition.

Les pupilles sont tantôt très rétrécies et ce myosis atteint parfois un degré extrême, tantôt au contraire considérablement dilatées; mais la mydriase est notablement moins fréquente que le myosis; dans beaucoup de cas on constate l'inégalité des pupilles, l'une des pupilles étant en myosis, l'autre en mydriase. Enfin la pupille peut être déformée, oblique ovulaire, c'est-à-dire qu'au lieu d'être ronde elle est ovulaire (Berger).

L'étude des réflexes pupillaires est particulièrement intéressante; ces réflexes étant multiples, il convient de les envisager indépendamment les uns des autres.

a) Le réflexe à la lumière est celui qui disparaît le plus souvent et le plus tôt. On sait que normalement ce réflexe consiste en ce que, lorsqu'on éclaire plus ou moins vivement l'œil, la pupille se contracte aussitôt; or, dans le tabes cette influence de la lumière ne se fait plus sentir, la pupille reste immobile; tout au plus, dans les cas dont l'évolution est encore incomplète, la voit-on éprouver une contraction lente et peu accentuée, puis bientôt reprendre le diamètre qu'elle avait auparavant.

b) Le réflexe à l'accommodation est caractérisé par ce fait que, lorsqu'on regarde un objet rapproché, la pupille se contracte; dans le tabes ce réflexe est généralement conservé, de telle sorte qu'il y a une discordance très singulière dans la façon dont la pupille se comporte sous l'influence de la lumière et sous celle de l'accommodation: c'est cette discordance dont Argyll Robertson, Vincent, Coingt, ont montré l'importance pour le diagnostic précoce du tabes, d'où le nom de « signe d'Argyll Robertson ».

D'ordinaire bilatéral et permanent, ce signe d'Argyll peut parfois au début être unilatéral; dans ce cas l'excitation lumineuse de l'œil atteint provoque, comme à l'état normal, la contraction de la pupille de l'autre œil et la pupille insensible à l'éclairage direct reste également insensible à l'éclairage de l'œil sain; c'est la preuve que le signe d'Argyll est sous la dépendance d'une lésion de la voie réflexe centrifuge; Babinski a insisté sur l'importance de la recherche du réflexe consensuel pour déterminer si la lésion siège sur les voies centrifuges ou sur les voies centripètes; cette notion permet de distinguer du tabes vrai certains pseudo-tabes que caractérise avec l'altération des réflexes tendineux l'existence d'une névrite rétro-bulbaire infectieuse⁽³⁾. Le signe de Robertson peut aussi par exception être transitoire et l'on a cité récemment des cas où ses apparitions intermittentes coïncidaient avec des crises viscérales, des

(1) GILLES DE LA TOURETTE. *Soc. méd. des hôp.*, 17 février 1899.

(2) ABADIE ET ROCHER (de Bordeaux). *Revue neurol.*, 1899, p. 859.

(3) BABINSKI. *Soc. neurol.*, 5 juillet 1900.

crises gastriques en particulier (cas d'Eichhorst⁽¹⁾, de Treupel⁽²⁾, de Mantoux⁽³⁾).

La conservation du réflexe à l'accommodation n'est d'ailleurs pas absolument constante dans le tabes; dans les périodes un peu avancées ce réflexe finit également par disparaître.

Les recherches de Babinski et Charpentier entreprises sur un très grand nombre de sujets leur ont montré que le signe d'Argyll existait quelquefois en dehors de tout symptôme de tabes ou de paralysie générale et qu'il était en rapport avec la syphilis, cause de ces affections, mais non avec ces affections elles-mêmes, que d'ailleurs il pouvait en être, mais n'en était pas forcément, un symptôme précurseur, car il indique seulement un premier degré, fort atténué, d'atteinte du système nerveux central par le virus syphilitique. Henri Dufour, Abadie, Antonelli, etc., ont confirmé ces observations.

Les phénomènes signalés par Pilcz⁽⁴⁾ et par Westphal ne sont que des conséquences de l'abolition du réflexe à la lumière: voici en quoi consistent ces phénomènes: 1° la fermeture énergique des yeux provoque un rétrécissement de la pupille et la pupille se redilate quand le sujet ouvre les yeux, réflexe pupillaire paradoxal; 2° si l'on commande au malade de fermer les paupières en même temps qu'on s'oppose à ce mouvement, on voit la pupille se rétrécir au fur et à mesure qu'elle s'élève et se porte en dehors pour se cacher derrière la paupière supérieure. Ces phénomènes existeraient le premier chez 41 pour 100, le second chez 45 pour 100 des tabétiques: pour les expliquer Pilcz admet qu'il se produit un mouvement synergique d'occlusion des paupières et d'occlusion des pupilles: normalement le rétrécissement pupillaire est annihilé par la dilatation réflexe quand les paupières se ferment; quand au contraire le réflexe lumineux est aboli le mouvement synergique subsiste seul et la pupille se contracte.

c) Un troisième réflexe pupillaire est le réflexe à la douleur; il consiste dans la contraction pupillaire qui se produit lorsqu'on pince la peau; chez les tabétiques la disparition de ce réflexe est précoce (Erb).

Quant aux fonctions visuelles proprement dites, leurs troubles sont assez fréquents et parfois si prononcés qu'ils conduisent les malades à la cécité complète.

Ces troubles sont caractérisés par la diminution de l'acuité visuelle qui, d'après ce qu'on vient de voir, peut être considérable, par une dyschromatopsie particulière qui porterait surtout sur les couleurs autres que le jaune et le bleu, par le rétrécissement du champ visuel qui est tantôt concentrique, tantôt périphérique, quelquefois aussi par des scotomes, soit hémioptiques, soit en secteurs, soit périphériques. Le rétrécissement du champ visuel avec ou sans scotomes et la dyschromatopsie spéciale seraient des plus inconstants, rares même d'après les examens de Lérl⁽⁵⁾, et l'épaississement progressif d'un voile ou d'un brouillard devant un œil d'abord, et peu de temps après devant l'autre, serait le seul signe constant du début de l'amaurose tabétique. Le second œil serait atteint peu de temps après le premier, de un mois au moins à un ou deux ans

(1) EICHHORST. *Deutsche medicin Wochenschr.*, 1898.

(2) TREUPEL. *Münch. med. Wochenschr.*, 1898.

(3) MANTOUX. *Presse méd.*, 28 décembre 1901.

(4) PILCZ. *Revue neurol.*, 15 juillet 1900.

(5) LÉRL. Cécité et tabes, *Étude clinique*. Thèse de Paris, 1904.