

valeur des troubles moteurs et des signes ophtalmoscopiques.

Les muscles de l'œil sont souvent paralysés. A l'époque où elles peuvent être étudiées au point de vue du diagnostic, c'est-à-dire au début, les paralysies sont plutôt de simples parésies, diplopies sans strabisme, se développant et disparaissant facilement, quelquefois cessant presque tout d'un coup sans traitement, récidivant avec facilité, affectant un ou plusieurs muscles ensemble ou séparément; plus la maladie se prononce, plus les paralysies montrent une tendance à la fixité, plus le strabisme est disposé à s'établir.

Tous les muscles moteurs du globe peuvent être pris, et aussi les muscles palpébraux: d'où ce léger rétrécissement de l'ouverture palpébrale signalé par Berger chez les ataxiques, d'où la paralysie des releveurs des deux côtés, vue par Déjerine.

Quelques paralysies ont un caractère un peu spécial: c'est ainsi que de Watterville, Hubscher ont signalé une paralysie éphémère de la convergence, associée à d'autres paralysies.

La pupille d'un tabétique non encore évident est une source précieuse de renseignements; elle doit être interrogée avec soin pour éclaircir tous les cas douteux.

Tantôt il existe un myosis simple ou double, les pupilles sont punctiformes et l'examen du fond de l'œil rendu ainsi très difficile; plutôt il y a mydriase, le plus souvent d'un seul côté. L'inégalité pupulaire peut donc être observée, comme dans la paralysie générale. D'autres fois il y a paralysie de l'accommodation sans mydriase, mais avec anesthésie périorbitaire. Ici, la pupille reste immobile devant un jet de lumière, mais réagit bien à l'accommodation; c'est le signe d'Argyll Robertson, qui peut à lui seul mettre sur la voie de l'ataxie. Là, c'est le contraire. Berger a indiqué la déformation elliptique de la pupille.

Du côté du fond de l'œil on n'observe que trop souvent la terrible atrophie de la papille, dont la fréquence est considérable, puisqu'elle atteint 12 p. c. des ataxiques d'après Erb, 13.5 p. c. d'après Mali, 40 p. c. d'après Schmeichler. Son principal caractère est d'être régulièrement progressive et d'aboutir à cet aspect ophtalmoscopique bien connu: une papille blanc grisâtre, tranchant nettement sur le fond rouge de l'œil. On a voulu faire de la coloration grise de la papille un signe pathognomonique de l'atrophie tabétique; cliniquement, on ne peut admettre cette précision. Le rétrécissement du champ visuel précédé d'une diminution du champ de perception des couleurs dans l'ordre suivant: vert, rouge, bleu; la présence des lacunes et scotomes dans le champ de la vision sont des meilleurs signes.

Le professeur Charcot a montré que la sclérose du nerf optique pouvait précéder la venue des phénomènes typiques du tabes et mêmes les faire prévoir longtemps à l'avance, d'où l'importance considérable de l'examen du fond de l'œil.

Déjerine a prouvé la possibilité de l'ataxie en dehors des lésions