

moelle qui correspond à ce réflexe ; cette réapparition s'observe, au contraire, dans certaines névroses traumatiques et peut, dans les cas douteux, fournir un élément pour le diagnostic différentiel. Une exagération du réflexe patellaire, dans le *tabes*, peut être expliquée par la dégénérescence concomitante des cordons latéraux.

La valeur pathognomonique du signe de *Westphal*, déjà ébranlée par ce que nous venons de voir, est encore amoindrie par d'autres faits non moins douteux ; ainsi, ce signe disparaît en certaines circonstances, dans d'autres affections que le *tabes*, dans différentes affections cérébrales, par exemple, lorsque la tonicité musculaire nécessaire pour l'existence du réflexe a disparu ; également dans la névrite, la poliomyélite, le diabète, l'alcoolisme chronique et les affections de l'articulation du genou lorsque le tendon malade a perdu de son élasticité. Si l'on ajoute encore qu'il n'est pas toujours possible de le provoquer chez l'homme sain, qu'il peut disparaître, sans cause appréciable, dans la vieillesse ou sous l'influence d'un état d'épuisement nerveux très prononcé avec abaissement du tonus musculaire, on conviendra qu'il y a là suffisamment de raisons pour ne pas s'exagérer son importance comme signe diagnostique du *tabes*. On a voulu, dans ces derniers temps, introduire une mensuration de l'énergie de ce réflexe ; on peut se dispenser facilement de ce moyen de diagnostic pour les cas de la pratique journalière.

Les centres réflexes pour les fonctions vésicales, intestinales et sexuelles, situés dans la moelle lombaire, sont fatalement éprouvés dans le *tabes*. Bien que ces réflexes soient en eux-mêmes peu connus, leurs états pathologiques ont été l'objet d'études très suivies ; les troubles vésicaux, spécialement, ont été analysés très en détail et on s'est efforcé d'établir entre eux une distinction ; on peut les diviser le plus simplement en troubles moteurs et en troubles sensibles, se constituant lorsque le processus dégénératif atteint l'un ou l'autre centre spinal ou bien s'étend à tous les deux.

Les troubles moteurs vésicaux participent autant de l'excitation que de la paralysie ; ils peuvent intéresser le sphincter et le détrusor, muscles sur lesquels la volonté n'a que peu de prise. Suivant que l'un ou l'autre de ces troubles l'emporte, les accidents affectent des formes différentes : si c'est la paralysie du détrusor qui domine, il faut au malade des efforts longs et soutenus pour arriver à évacuer l'urine, goutte par goutte ; parfois, même, la miction debout devient impossible, le malade doit s'accroupir ou s'asseoir sur le closet et se livrer à

des efforts énergiques de la presse abdominale pour pouvoir émettre quelques gouttes d'urine. La miction peut exiger un temps tellement considérable, que le malade redoute de devoir recourir à un établissement public. Dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, lorsqu'il existe non seulement de la parésie du détrusor, mais en même temps un spasme du sphincter, la miction est complètement supprimée et l'on doit recourir à l'usage de la sonde pour vider la vessie. D'autres fois, lorsqu'il y a parésie du sphincter, le patient est obligé d'uriner très souvent, dès qu'il y a un peu d'urine dans la vessie ; à peine une ou deux heures se sont-elles écoulées, qu'il se produit un besoin insurmontable que le patient doit satisfaire s'il ne veut pas s'exposer aux désagréments d'une miction involontaire. Cette circonstance lui fait redouter les longs trajets en chemin de fer, les réunions, le théâtre même ; il préfère rester chez lui, où il est sûr de pouvoir satisfaire ses besoins en temps opportun. Cette parésie du sphincter détermine chez le malade de longues insomnies, car elle l'oblige à se relever souvent la nuit ; si son sommeil est profond, l'urine s'écoule ; lors des efforts de toux ou d'éternuement, il mouille légèrement son linge. Lorsque la faiblesse du sphincter existe à un haut degré, l'urine s'écoule involontairement, goutte à goutte, ou bien la vessie se vide en une fois, subitement : dans les deux cas, le malade doit porter un récipient, sinon, il se développe autour de lui une atmosphère ammoniacale qui trahit à distance son infirmité. Lorsque la rétention se combine à de l'incontinence, il peut arriver que le malade, à la suite d'un effort énergique, produise un jet assez fort, mais celui-ci s'arrête bientôt subitement et ne reprend qu'après un nouvel effort. Il arrive aussi que le malade, après de longs efforts stériles, ait renoncé à uriner, et que tout-à-coup la miction se produise dans son linge. Toutes ces particularités ne peuvent être bien établies qu'après un examen minutieux et répété du patient.

Les troubles de sensibilité de la vessie consistent, chez certains malades, en accès douloureux plus ou moins violents se montrant avant et pendant la miction ; le malade redoute l'instant où il devra uriner, car ces douleurs sont extrêmement pénibles ; *Charcot* leur a donné le nom de « crises vésicales » ; elles siègent dans la région hypogastrique, et s'irradient parfois jusque dans l'urèthre, (crises vésico-uréthrales). On peut également observer de la strangurie, qui oblige le malade à uriner toutes les demi-heures, pour n'émettre que quelques gouttes. Chez d'autres patients, c'est de la diminution de sensibilité qui se manifeste : la vessie et l'urèthre

sont anesthésiés et l'urine s'écoule à l'insu du malade; ce symptôme est surtout accusé lorsqu'il existe en même temps un certain degré de faiblesse des sphincters; alors le patient ne s'aperçoit qu'il vient d'uriner, qu'à l'humidité de son linge; un symptôme relativement rare, c'est l'hématurie survenant à la suite des crises vésicales et consécutive à une hémorragie capillaire dans la vessie ou l'urèthre; la présence de sang dans leurs urines vient encore ajouter aux angoisses de ces malheureux. Ces hémorragies peuvent être considérées comme l'analogue des ecchymoses cutanées signalées à la suite des violents accès de douleurs lancinantes.

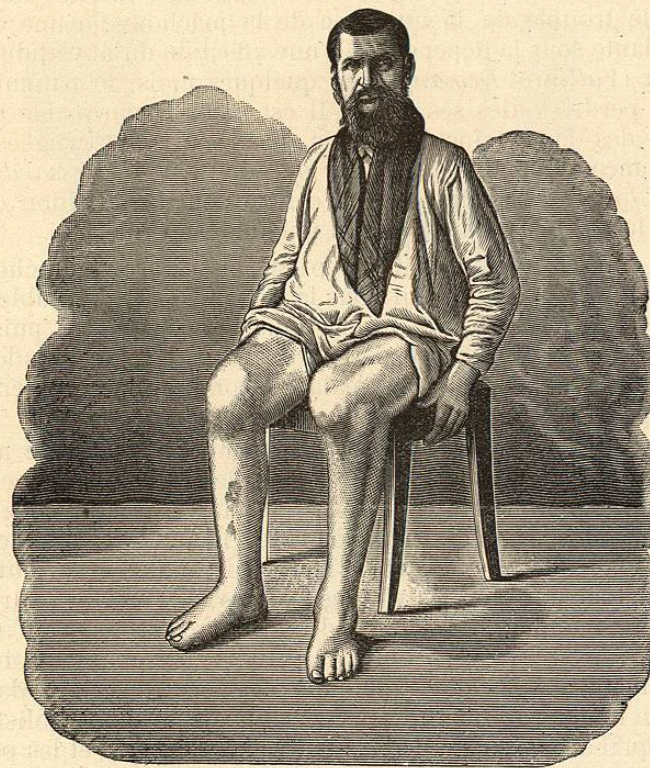
Du côté de l'intestin, le symptôme le plus pénible est une constipation opiniâtre; l'incontinence des matières fécales et l'anesthésie de la muqueuse rectale sont relativement rares; lorsque l'anesthésie existe, le malade ne se rend pas compte du passage des selles pendant la défécation, et se souille à son insu.

Le centre pour les fonctions sexuelles, également situé dans le renflement lombaire, est troublé non-seulement dans ses rapports réflexes, mais également dans ses rapports avec le cerveau: lorsque ses voies de communication avec les centres psychiques sont interrompues, la fonction ne peut plus s'accomplir; si c'est la voie vers le centre empêchant qui est interrompue, les réflexes sexuels sont exagérés, et il se développe du priapisme. Les érections violentes et la spermatorrhée constituent des phénomènes assez fréquents aux premiers stades du tabes. *Pitres* a décrit chez la femme, sous le nom de crises clitoridiennes, un état analogue, caractérisé par un éréthisme accompagné de sensations voluptueuses et de sécrétions; ces crises sont exceptionnelles, du moins en Allemagne. Les tabétiques conservent souvent, pendant plusieurs années, leur puissance génitale; bien que malades, ils peuvent engendrer un ou plusieurs enfants bien portants; la puissance génitale ne disparaît que plus tard, et avec elle, les appétits sexuels; la cohabitation n'a plus de charmes pour eux, le coït est plus rare et souvent inachevé. On a également signalé chez certains tabétiques, de la paralysie des nerfs éjaculateurs à côté d'un fonctionnement normal des nerfs érecteurs; le coït se fait alors dans les conditions habituelles, mais l'émission du sperme n'a lieu que tardivement et petit à petit; *Bernhardt* avait constaté cette même particularité dans un cas de paralysie des nerfs éjaculateurs de nature purement traumatique (*Deutsch. med. Zeit.* 1888, 48).

Les centres vaso-moteurs et trophiques ne sont que rarement intéressés dans le tabes; il existe bon nombre de cas où les troubles en question font complètement et longtemps

défaut. *Ollivier* (*Gaz. hebdom.* 7 septembre 1883, XXX, 86), *Raymond* et *Arthaud* (*Revue de méd.* 1884, IV, 5), et d'autres encore, ont signalé une hyperhydrose localisée aux mains et aux pieds. Nous avons également observé dans le tabes une hyperhydrose des mains tellement accentuée que l'on pouvait assister à la formation des gouttelettes, à leur réunion en gouttes plus volumineuses et à leur écoulement continu. Chez un autre malade, la transpiration était limitée à une moitié du corps et se montrait, après chaque repas, sur une moitié de la face, du cou et du tronc; il serait difficile de décider si le sympathique doit être mis en cause pour expliquer l'apparition de cette anomalie.

Fig. 166.



Malaïe de Charcot, intéressant l'articulation du genou, chez un tabétique.
(Observation personnelle).

Les altérations qui se montrent du côté des dents et des ongles, dans le cours du tabes, ont une importance pratique plus considérable. Aux ongles des doigts ou des orteils, on peut observer soit la déformation, l'apparition

de stries longitudinales, soit la chute spontanée (*Joffroy, L'Union, 1882, 106, Bonieux, thèse de Paris. 1883, N° 75, etc.*). Cette chute des ongles est assez fréquente chez les tabétiques; elle doit être, dans certains cas, rapportée à un arrêt dans la croissance de la matrice de l'organe — d'autres fois, la présence d'une ecchymose sous-unguéale en est la cause déterminante. La chute des ongles des gros orteils est parfois complètement indolore, ne provoque qu'une simple sensation de démangeaison; l'ongle qui se reforme ensuite est rugueux, irrégulier, et subit bientôt le sort de son prédécesseur.

Les dents peuvent devenir vacillantes, puis tomber sans provoquer de douleurs, sans trace de symptômes inflammatoires; la dent elle-même est intacte, et sa chute est due à un simple trouble de la nutrition de la mâchoire, à une ostéite raréfiant sous la dépendance d'une affection du noyau du trijumeau (*Vallin et Demange*); en quelques mois, le patient peut ainsi perdre toutes ses dents. Il est assez remarquable que la chute des dents coïncide parfois avec les crises laryngées, circonstance qui plaide en faveur de l'opinion de *Bussard (Brit. med. Journ. 1886)* qui place le centre pour la nutrition des os dans le voisinage du centre du pneumogastrique.

Le mal perforant du pied, assez fréquent chez les tabétiques, est également sous la dépendance de troubles trophiques; il débute par l'apparition d'une vésicule, puis par l'abcission et la nécrose des parties sous-jacentes, tendons et os. Son existence, chez ces malades, constitue un accident des plus pénibles.

Les affections osseuses et articulaires de nature trophique sont loin d'être rares dans le tabes; les os peuvent devenir d'une fragilité extrême, aussi les fractures se produisent-elles, chez ces malades, avec la plus grande facilité; une des plus fréquentes est la fracture du fémur, et surtout celle du col du fémur chez les vieilles femmes; elle se fait, pour ainsi dire, sans douleurs, et le malade ne s'en aperçoit qu'à l'impossibilité de se relever. Cette fragilité remarquable s'observe également aux os de la colonne vertébrale, surtout dans la région lombaire; on voit ainsi s'établir de la spondylolisthèse, sans qu'il soit possible de décider si les cartilages et les parties ligamenteuses ont été atteintes avant les os (*Kroenig, Zeitschr. f. klin. Med. 1888, XIV, 1, 2*).

Une affection articulaire très importante, que l'on ne peut d'ailleurs pas essentiellement distinguer de l'arthrite déformante, c'est l'arthropathie des ataxiques, décrite pour la première fois par *Charcot*, et encore connue sous le nom de

maladie de Charcot. D'après cet auteur, l'affection débute d'un jour à l'autre, sans cause appréciable, par une tuméfaction d'une articulation, du genou, de l'épaule, du coude ou de la hanche, par exemple, et cela sans fièvre et sans douleurs. Après quelques jours, on constate que l'articulation et les bourses muqueuses périarticulaires contiennent une quantité assez considérable de liquide; la ponction exploratrice ramène un liquide transparent, jaune-citrin. Une à deux semaines plus tard, il se produit de la crépitation lors des mouvements passifs, crépitation due à l'altération déjà prononcée des surfaces articulaires; l'articulation tend à prendre peu à peu une mobilité anormale;

Fig. 167.



Fig. 168.

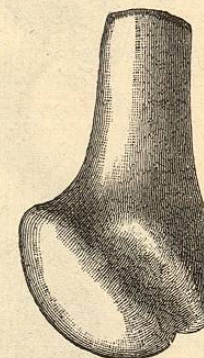


Fig. 167. Usure de la tête humérale dans le tabes dorsal. Fig. 168. Humérus normal. (D'après Charcot).

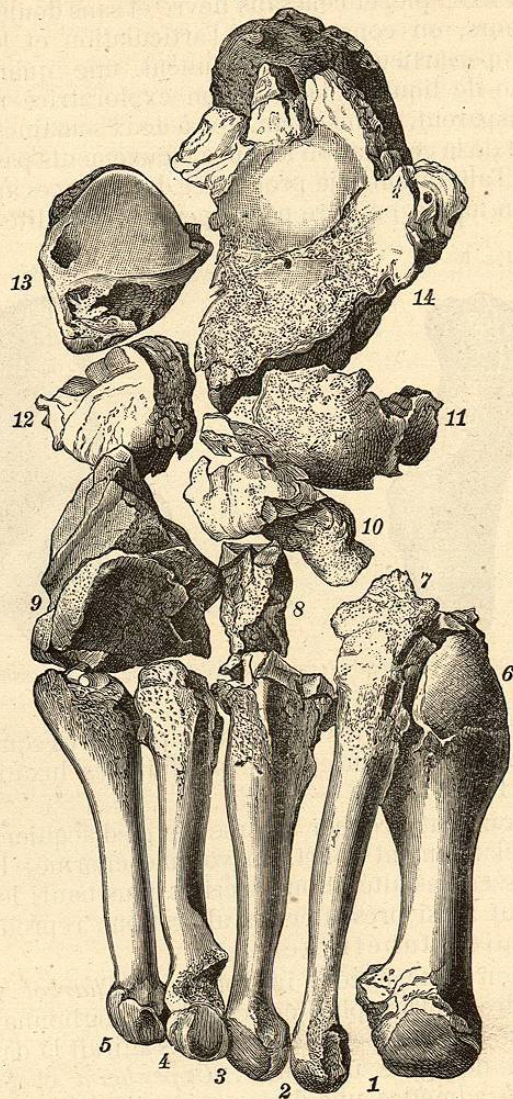
souvent même, lorsque les surfaces épiphysaires sont arrivées à un certain degré d'usure, il se produit des luxations spontanées (Fig. 167 et 168).

L'affection peut occuper le tarse; le pied acquiert alors, en un temps relativement court, un volume énorme; les articulations subissent les altérations décrites plus haut; le squelette du tarse peut ainsi présenter les altérations reproduites à la figure 169 (pied tabétique).

L'affection reste encore inexpiquée; *Charcot* voulait la faire dépendre de l'atrophie des cellules ganglionnaires antérieures de la moelle; pour *Virchow*, il s'agirait là d'un trouble de nutrition d'origine nerveuse; *Oppenheim* et *Siemerling* sont portés à admettre une dégénérescence des nerfs périphériques; *Volkmann* est d'avis que l'anesthésie qui se rencontre dans le tabes, crée une prédisposition réelle à ces affections articulaires dont le point de départ serait une altération des surfaces cartilagineuses; enfin, *Rother* distingue des cas d'ar-

thrite déformante pure et d'autres que l'on doit considérer comme fractures primaires intra-articulaires; dans un troisième

Fig. 169.



Squelette d'un pied tabétique. (D'après Charcot).

(L'original se trouve dans le musée pathologique de Charcot, à la Salpêtrière, à Paris).
 1-5 Métatarsiens. 6 Premier cunéiforme. 7 Deuxième cunéiforme. 8 Fragment du troisième cunéiforme. 9 Cuboïde. 10-11 Fragments du scaphoïde. 12-13 Astragale. 14 Calcaneum.

groupe, les altérations sont tellement prononcées qu'il est impossible de distinguer s'il y a eu fracture primaire ou arthrite.

On doit faire remarquer, au point de vue du traitement, que, dans ces derniers temps, l'arthrectomie a été pratiquée avec succès dans le cas d'affection tabétique du genou (*Wolff*, Séance de la Société de médecine de Berlin, 7 mars 1888. *Deutsch. Med. Zeit.* 1888, 22, p. 268).

On sait, depuis quelques années seulement, que les nerfs spinaux périphériques peuvent être intéressés, et même très fortement, dans le cours du tabes. *Turck*, et, plus tard, *Friedreich*, avaient cependant déjà signalé certaines altérations occupant le tronc de différents nerfs mixtes, mais la nature de ces lésions n'a été bien connue qu'à partir d'un travail de *Westphal* (1878), bientôt suivi de beaucoup d'autres (*Déjerine*, *Pitres* et *Vaillard*, *Oppenheim* et *Siemerling*, *Sakaky*, *Pierret*, etc). De tous ces travaux, il ressort que les nerfs périphériques subissent une dégénérescence parenchymateuse; le processus débute par la prolifération du périnèvre avec multiplication des noyaux et augmentation du tissu conjonctif, et conduit

Fig. 170.



Flexion plantaire des orteils au cours du tabes.
 (Observation personnelle).

finalement à l'atrophie de l'élément nerveux. Cette névrite périphérique n'emprunte pas nécessairement un tableau clinique spécial, cependant, à notre avis, c'est à elle que l'on doit rapporter l'analgésie qui se montre de bonne heure chez les tabétiques et sur laquelle *O. Berger* attira l'attention. Elle peut aussi donner lieu, en certaines circonstances, à des déformations, spécialement dans le cas où elle occupe les nerfs destinés aux muscles de la plante du pied; ces muscles s'atrophient, de même que ceux du gros orteil situés au bord interne,

ceux du petit orteil qui occupent le bord externe du pied, le court fléchisseur commun et les interosseux : l'aponévrose plantaire se rétracte et les orteils se fixent dans la position de flexion plantaire (v. fig. 170).

Lorsqu'on l'atrophie occupe plusieurs gros troncs nerveux, on voit se développer les symptômes particuliers de la névrite (p. 377), dont les principaux sont les douleurs, les troubles moteurs et l'atrophie musculaire. C'est ici qu'il faut ranger les cas de paralysie radiale du tabes (*Strümpell, Berl. klin. Wochenschr.* 1886, XXIII, 37), les affections du médian (*Remak, ibid.* 1887, XXIV, 26), et enfin celles du long péronier (*Joffroy, Gaz. hebdom.* 1883, XXXII, 48). Récemment encore, *Déjerine* signalait chez des tabétiques, une atrophie musculaire très prononcée due à de la névrite périphérique (Névrite motrice périphérique des ataxiques, *Revue de médecine*, 1889, 2). L'observation de *Remak* semble devoir établir que les muscles qui ont le plus de tendance à s'atrophier sont précisément ceux qui sont surmenés pendant le travail; je puis apporter à l'appui de cette opinion deux observations qui me sont personnelles : la première se rapporte à un ouvrier cigarié dont le travail, consistant à tourner la pointe du cigare, exigeait une somme considérable d'efforts de la part des trois premiers doigts surtout : il se développa, chez lui, de l'atrophie des petits muscles du pouce qu'innervent le médian; dans l'autre cas, il s'agit d'un dentiste, atteint de tabes, chez qui le surmenage des muscles de la main dans les opérations de plombage et autres manipulations de son état, détermina l'atrophie des muscles de l'éminence hypothénar innervés par le cubital. Ces cas ne sont pas rares, il s'agit seulement de reconnaître à temps que le mal est de nature périphérique.

Les névralgies périphériques sont assez fréquentes dans le tabes; l'une des plus communes est la névralgie sciatique; elle se montre de bonne heure et atteint souvent un degré très prononcé; nous avons vu antérieurement (page 364) que la sciatique double se rencontrait souvent dans le tabes.

Les branches du plexus honteux peuvent également être intéressées; la névralgie recto-vésicale (*Nestel, Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, 1880, X) en est une manifestation des plus pénibles; la défécation est suivie d'une sensation atroce de brûlure dans le rectum; l'humeur du patient s'altère rapidement et à un haut degré; plus la défécation est différée, plus les selles sont consistantes; et plus la douleur est vive. Il n'est d'ailleurs pas facile de déterminer si l'on a affaire à une affection périphérique ou à l'affection centrale, dont nous avons donné

plus haut la description et qui peut présenter des symptômes tout-à-fait identiques.

Tous les symptômes, dans le tabes, n'ont pas la même fréquence; une grande partie d'entre eux ont aussi une période de la maladie à laquelle leur apparition est plus commune. C'est sur ces deux points que nous voulons attirer l'attention, tout en prévenant que ces considérations n'ont rien d'absolu.

Parmi les symptômes cérébraux les plus fréquents, il convient de citer ceux qui dépendent de l'atteinte des différents nerfs crâniens; en première ligne, les lésions de l'oculo-moteur qui donnent lieu à de la diplopie passagère et à l'inégalité des pupilles; viennent ensuite les lésions de l'oculo-moteur externe et, à peu près sur le même rang de fréquence, les lésions du vague, dont les crises gastriques constituent le symptôme le plus commun. Parmi les symptômes spinaux, nous mentionnerons d'abord différents troubles de sensibilité, principalement l'analgésie de la peau (surtout aux membres inférieurs), la paresthésie et les douleurs lancinantes qui occupent particulièrement les jambes; cependant, l'examen microscopique peut seul déterminer pour chaque cas particulier, si ces différents troubles doivent être rapportés à des lésions des nerfs périphériques ou à une affection irritative des racines postérieures de la moelle épinière. Quoi qu'il en soit, la dégénérescence des nerfs périphériques, dans les régions les plus variées de la peau, constitue une des lésions les plus fréquentes du tabes. L'abolition du réflexe patellaire et l'un ou l'autre des troubles vésicaux que nous avons exposés plus haut, font rarement défaut: joints aux autres symptômes précités, ils constituent la base fondamentale du diagnostic.

D'autres manifestations, encore très fréquentes, mais moins constantes, sont les lésions de l'optique, surtout l'atrophie, les phénomènes d'excitation ou de paralysie dans le domaine du trijumeau et l'ataxie des membres inférieurs.

Moins fréquentes sont les crises laryngées, déterminées par une lésion du vague, les altérations des nerfs gustatifs et les troubles dans le domaine de l'accessoire; on peut placer sur le même rang les psychoses, l'hémiplégie et l'épilepsie qui s'observent au cours du tabes; ensuite différents troubles de la sensibilité, les crises intestinales, l'hypéresthésie cutanée, les névralgies des nerfs spinaux et enfin la paraplégie des membres inférieurs. Citons encore, dans le même ordre de fréquence, le tremblement passager, les troubles sexuels, ensuite les troubles