

fois par CHARCOT (*arthropathie tabétique*), v. fig. 33. Cette affection siège le plus souvent dans l'articulation du genou et de la hanche, plus rarement dans celle du cou-de-pied et de l'épaule. Elle est d'ordinaire bilatérale, tout en prédominant d'un côté. Elle se distingue quelquefois par un abondant *épanchement de sérosité*, de manière que le genou principalement se gonfle dans des proportions quasi monstrueuses. Le plus souvent c'est une *arthrite déformante* prononcée, avec atrophie considérable des extrémités osseuses et formation exubérante d'ostéophytes. Des luxations et des fractures spontanées ne sont pas rares. Dans un cas dont nous avons fait la nécropsie, nous n'avons pas découvert l'altération des cornes grises antérieures où CHARCOT croyait trouver la cause de l'affection articulaire. D'après nous l'hypothèse d'un « trouble » exclusivement « nervoso-trophique » ne suffit pas pour rendre compte du développement des arthropathies tabétiques. Il est possible que la syphilis soit en jeu ou qu'il s'agisse d'une affection articulaire d'une autre nature, peut-être du produit d'une cause accidentelle (traumatisme?) et qui serait plutôt une complication qu'un élément constituant du tabes. Cela ne nous empêche pas d'admettre que l'intensité exceptionnelle et la forme spéciale de la lésion anatomique ne soient en relation directe avec le tabes et ne dépendent principalement de l'*anesthésie des surfaces articulaires*. Nous avons été témoin du développement d'une affection articulaire du genou à une période très précoce du tabes (quand celui-ci avait à peine été diagnostiqué). Le malade ne sentant presque aucune douleur au genou, continua néanmoins à prendre part pendant tout un automne aux marches et aux exercices fatigants de la chasse, jusqu'à ce qu'enfin se déclarèrent un gonflement énorme de l'articulation et une véritable subluxation de la jambe.

Les *muscles* se maintiennent dans leur état normal de nutrition, à moins qu'ils ne participent à l'amaigrissement général. CHARCOT décrit un cas de *tabes combiné avec une véritable atrophie musculaire progressive* et où l'autopsie vint démontrer, outre l'atrophie des cordons postérieurs, une dégénérescence des colonnes grises antérieures de la moelle. Le même auteur a le premier fait mention de l'*atrophie unilatérale* de la langue qui se montre parfois de bonne heure en cas de tabes. On ne connaît rien de précis sur la genèse de cette complication particulière.

Il est encore digne de remarque qu'on a observé à diverses reprises chez les tabétiques « *le mal perforant du pied* » (ulcérations profondes aux talons ou entre les orteils).

8. **Symptômes cérébraux.** Indépendamment des troubles fréquents et importants que nous avons signalés de la part de certains nerfs crâniens

(nerf optique, nerfs des muscles de l'œil), il nous reste à rappeler les rapports qu'affecte le tabes avec la *paralysie générale progressive*. D'une part, on voit parfois, au cours de cette dernière, se manifester les symptômes du tabes, auquel cas l'autopsie révèle une dégénérescence type des cordons postérieurs (WESTPHAL). D'autre part il arrive aussi que le processus commence par le tabes, qui pendant des années peut exister à lui seul, à l'exclusion de tout symptôme psychique, et qu'à la fin seulement, les signes de la folie paralytique viennent clôturer la scène morbide (idées de grandeur, démence, etc.).

On a observé quelquefois que le *tabes se complique d'hémiplégie*. Celle-ci tient à une hémorragie cérébrale ou à un ramollissement cérébral de nature embolique (thrombotique), de sorte qu'on ignore si les deux affections dépendent réellement l'une de l'autre ou si elles sont le fait d'une coïncidence fortuite. Il est digne de remarque que dans deux cas de cette catégorie il n'y avait presque pas de contractures dans les membres paralysés.

Marche et pronostic. Quoique la plupart des symptômes qui caractérisent le tabes soient le plus souvent réunis, leur ordre de succession et leur degré d'intensité n'en présentent pas moins de grandes différences. Nous venons de tracer le tableau qui s'offre le plus souvent à l'observation, tout en signalant au passage les multiples particularités qui viennent incidenter la marche morbide.

Nous avons dit que les douleurs lancinantes, abstraction faite des symptômes qui ne se constatent qu'à l'examen objectif (suppression du réflexe rotulien, fixité réflexe de la pupille), forment la marque caractéristique de la *période initiale*, que ces douleurs peuvent varier considérablement dans leur acuité, et que la durée de ce premier stade se balance entre quelques mois et des dizaines d'années. Nous avons indiqué l'atrophie du nerf optique, les paralysies oculaires, les crises gastriques, les troubles urinaires, etc., comme étant des symptômes de début plus insolites. Le passage du premier stade au *second*, le stade ataxique, a lieu le plus souvent d'une manière insensible; dans d'autres cas la transition est remarquablement rapide et soudaine. Nous avons observé à diverses reprises des exacerbations subites de ce genre. Si les symptômes antérieurs sont peu prononcés, les malades font commencer leur affection à dater de ce stade et prétendent qu'ils ont été terrassés tout à coup par un événement quelconque qui leur a enlevé l'usage de leurs jambes. Ce sont là de ces aggravations soudaines, quelquefois suivies de périodes d'amélioration qui cependant n'ont pas de durée.

Il n'y a pas de règle générale à énoncer sur la marche progressive de la maladie, sur la propagation de l'ataxie aux membres supérieurs, sur l'apparition des symptômes qui sortent de l'ordinaire (arthropathies, etc.). On peut dire que presque chaque cas revêt une physionomie à part et qu'on voit parfois prédominer tel groupe de symptômes, tel autre faisant défaut ou ne se développant qu'incomplètement. Vue dans son ensemble, la marche de la maladie est cependant presque toujours envahissante, quoique à pas très lents. De nouveaux symptômes apparaissent, ceux qui préexistaient s'accusent davantage, l'état général empire, jusqu'à ce qu'on aborde à la phase ultime.

Le *tabes* guérit très rarement, on peut dire presque jamais. Le traitement peut, il est vrai, réaliser des améliorations, entraver les progrès de la maladie et en adoucir quelques symptômes. Le *pronostic* à émettre est par conséquent toujours défavorable, quoique beaucoup de malades puissent, quand les conditions extérieures leur sont propices, mener pendant de longues années une existence supportable.

Diagnostic. Il y a peu d'affections spinales dont le diagnostic puisse en thèse générale être établi avec une plus entière certitude et une aussi grande facilité que le *tabes*. Par cela même que le *tabes* est une *maladie systématique* combinée, il se présente avec un complexe de symptômes déterminés qui ne se rencontre presque jamais dans aucune autre circonstance. Aussi le diagnostic ne repose-t-il *pas sur un symptôme en particulier*, mais sur la *réunion de tous les symptômes et sur l'évolution de la maladie dans son ensemble*.

Il importe avant tout de *diagnostiquer le tabes à son début*. Chaque fois qu'on se trouvera en présence de douleurs « rhumatismales » rebelles ou de souffrances analogues dans les membres inférieurs, on songera à l'existence possible du *tabes* et on interrogera les réflexes tendineux et les pupilles. Les *douleurs caractéristiques, l'absence de part et d'autre du réflexe rotulien et la fixité réflexe des pupilles*, ces trois éléments réunis, rendent le diagnostic presque certain ; deux de ces symptômes, surtout quand la fixité pupillaire réflexe est du nombre, lui donneront tout au moins un haut degré de probabilité. Les paralysies oculaires, le ptosis passager, la diplopie transitoire peuvent être d'une grande importance diagnostique. Qu'on n'oublie donc pas, en face de ces symptômes, de penser à l'éventualité du *tabes* et d'aller à la recherche des autres symptômes caractéristiques. Rappelons encore ici que la maladie peut commencer par une atrophie du nerf optique, que des crises gastriques qui se montrent de bonne heure peuvent simuler dans le principe une affection de l'estomac, tout comme des désordres urinaires peuvent en imposer pour

une affection de la vessie, et les gonflements articulaires pour une lésion arthritique, jusqu'à ce que l'examen attentif des autres symptômes vienne tirer au clair la vraie nature de la maladie.

Dans le *stade ataxique confirmé*, le diagnostic ne souffre pas de difficulté et se pose souvent à prime vue. Le commémoratif, la démarche caractéristique de l'ataxie, la vacillation lors de l'occlusion des yeux, l'absence des réflexes, etc., affirment la diagnose. Celle-ci est moins facile quand on ne voit le sujet qu'à la dernière période, alors que de véritables paralysies se sont établies et qu'une hémiplegie est venue compliquer la scène morbide, etc. En ces cas on doit s'informer du mode de développement de la maladie et rechercher quels sont les symptômes caractéristiques du *tabes* — phénomènes pupillaires, absence de réflexes rotuliens, vestiges de l'ataxie, douleurs qui persistent encore. — Alors même on pourra presque toujours avec l'attention requise et une connaissance approfondie de la chose arriver à un diagnostic certain.

Parmi les *maladies susceptibles d'être confondues avec le tabes*, nommons d'abord les *affections des vertèbres*. Celles-ci provoquent aussi dans certaines conditions des douleurs lancinantes et la suppression du réflexe rotulien, par suite de la compression des fibres radiculaires de la moelle. Toutefois, — abstraction faite des changements que présente la colonne vertébrale et de l'absence des autres symptômes caractéristiques du *tabes*, — la marche ultérieure de la maladie est toute différente. La même remarque s'applique à certaines *tumeurs* du voisinage de la moelle, qui sont situées profondément. — Nous avons déjà dit que dans certaines circonstances la *sclérose multiple* peut donner lieu à des symptômes semblables à ceux du *tabes*. Ici il importe, au point de vue diagnostique, d'envisager avant tout l'ensemble des symptômes et leur évolution. — Une observation d'une importance pratique plus considérable, c'est que certaines *affections nerveuses d'origine toxique* peuvent avoir une grande similitude avec le *tabes*. Nous avons déjà signalé à ce point de vue la *névrite alcoolique chronique* (p. 124). Cependant cette dernière est le plus souvent exempte de fixité pupillaire réflexe et de troubles urinaires, et dans la suite elle peut donner lieu à des paralysies atrophiques qui ne se rencontrent pas dans le *tabes*. De plus, il y a naturellement à tenir compte de l'élément étiologique.

Mentionnons en terminant que chez d'anciens ouvriers de fabriques de tabac, nous avons observé deux fois un complexe symptomatique d'ordre nerveux, qui avait tant de points de ressemblance avec le *tabes* qu'on aurait pu l'appeler « *tabes nicotinique* ». Les phénomènes morbides analogues à ceux du *tabes* consistaient en sensations douloureuses, suppression du

BIBLIOTECA
FARMACIALE

MUSEO
FARMACIALE

réflexe rotulien, étroitesse de la pupille avec fixité réflexe et incertitude de la marche. Mais le tableau morbide se distinguait de celui du tabes par un tremblement particulier, par une exagération remarquable des réflexes cutanés, surtout dans les membres inférieurs, etc.

Traitement. La longue durée du tabes exige que le médecin ait à la main un choix de remèdes et de méthodes thérapeutiques pour y puiser d'après les différentes circonstances, tantôt en vue d'obtenir une certaine amélioration en attaquant le mal d'une nouvelle manière, tantôt pour rallumer le courage et l'espoir faiblissants du malade.

Si la *syphilis* est la cause possible de la maladie, nous nous croyons pleinement autorisé à instituer tout d'abord un *traitement antisiphilitique* (cure par friction avec 3,0 à 5,0 grammes d'onguent gris par jour, et à l'intérieur l'iodure de potassium). Il est vrai qu'en beaucoup de cas ce traitement n'a pas d'effet apparent — on a même rapporté des aggravations à la suite du traitement par les frictions mercurielles — parfois cependant il a produit une amélioration notable. *Plus le traitement est précoce, plus on peut compter sur le succès.* En tout cas on doit s'assurer si par un traitement spécifique soutenu il n'y a pas moyen d'entraver la marche *progressive* de la maladie. On ne pourra évidemment plus remédier aux symptômes de déficit déjà existants, car il va sans dire que les fibres détruites des cordons postérieurs ne peuvent être réintégrées par le mercure ou par l'iode.

Si le traitement spécifique est non-indiqué et inopérant, l'électricité et la balnéothérapie ou l'hydrothérapie méritent le plus de confiance.

L'*électrothérapie* consiste surtout à faire parcourir la *moelle* par des courants constants à marche ascendante. Les courants ne seront pas trop puissants, les séances doivent être journalières ou se suivre de deux en deux jours. ERB recommande de placer la cathode de grandeur moyenne au niveau du ganglion supérieur du grand sympathique, et une grosse anode tout à côté des apophyses épineuses, du côté opposé de la colonne vertébrale, puis de descendre par étapes vers le bas. Cette opération prendra de 2 à 3 minutes environ pour chaque côté. Sous le rapport symptomatique, on obtient en outre de bons résultats contre les fortes douleurs et la faiblesse de la vessie, etc., par la *galvanisation périphérique*. Si l'on trouve des points douloureux le long de la colonne vertébrale, ce qui est rare, on les traitera chacun à part avec l'anode stable. Dernièrement on a quelquefois traité le tabes avec avantage à la manière de RUMPF par la *brosse faradique* (promener fortement la brosse sur la peau du dos et des membres pendant 5 à 10 minutes). Quel que soit le traitement électrique auquel on a recours, il doit, pour donner des résultats, être poursuivi pendant des mois.

L'*hydrothérapie* appliquée d'une manière rationnelle, est parfois suivie d'améliorations sensibles, quoiqu'elle puisse aussi faire beaucoup de mal. Les bains chauds, surtout les bains de vapeur, entraînent quelquefois de promptes aggravations, fait que malheureusement on a fréquemment l'occasion d'observer, vu qu'au commencement on ordonne souvent aux malades des bains de vapeur « contre leurs rhumatismes ». Il en est de même des draps mouillés longuement appliqués, et des frottements violents qui sont quelquefois suivis de résultats désavantageux. Par contre des demi-bains ou des bains entiers tièdes (20 à 24° R. tout au plus, prolongés pendant 10 minutes environ) accompagnés de légères frictions de l'enveloppe cutanée, rendent parfois de réels services. Des ceintures mouillées, enroulées pendant la nuit autour du corps ou des jambes, peuvent favorablement agir sur les douleurs. En général, il est à conseiller pendant la bonne saison d'envoyer les malades de la classe aisée dans un établissement hydrothérapique bien monté et conduit avec intelligence. Cependant on peut aussi faire à domicile toutes les installations nécessaires.

Parmi les *bains* recommandés dans le tabes, c'est incontestablement *Ëynhausen-Rehme* qui jouit de la plus grande faveur et qui peut revendiquer le plus de succès. Maint tabétique de vieille date retourne en vérité de Rehme comme il y est allé. Nonobstant cela, dans le choix d'une station, c'est toujours Rehme qu'il faut nommer en première ligne. Pour établir les bains de Rehme artificiels, on s'en rapportera à ce qui a été dit à la page 188. Les bains de *Nauheim* ont une composition tout à fait analogue. Les thermes indifférents (Teplitz, Wildbad, Ragaz, etc.) si préférés autrefois, sont rarement usités aujourd'hui contre le tabes. Les *bains de boue* et les *bains ferrugineux* (Pyrmont, Driburg, Cudowa, Elster, Franzenbad) ont quelquefois un résultat favorable.

Outre les méthodes de traitement susmentionnées, il y a toute une série de *moyens internes* dont l'emploi peut avoir de l'utilité. On s'en passerait difficilement dans la pratique. Citons d'abord le *nitrate d'argent* que WUNDERLICH a recommandé le premier (pilules de 0,01, d'abord 3 et en montant graduellement jusqu'à 6 par jour, à prendre avant les repas), puis l'*ergotine* (1) (pilules de 0,05, 3 à 6 par jour); on peut essayer encore l'*iodure de potassium*, le *phosphore*, l'*arsenic*, etc. Tous ces remèdes, surtout les deux premiers, peuvent être employés un temps considérable,

1. Il n'y a qu'une contradiction apparente entre l'existence d'un « tabes ergotinique » et le fait d'administrer l'ergotine comme remède *contre* le tabes. Il est très possible que le même médicament qui, donné à forte dose, provoque l'atrophie de certains systèmes de fibres, exerce sur elles une action avantageuse (excitante) quand on le prescrit en quantité moindre. Quoi qu'il en soit, l'emploi de l'ergotine réclame toujours de la prudence.

même pendant des années, sauf à les suspendre de temps en temps.

Signalons pour finir la *distension nerveuse* (du nerf sciatique surtout), laquelle, sur la recommandation un peu trop enthousiaste de LANGENBUCH, a été pratiquée pendant quelque temps chez un grand nombre de tabétiques. Mais comme l'expérience a appris que, en dépit de quelques succès apparents, cette opération n'a presque jamais donné de résultat durable, et qu'au surplus elle n'est pas tout à fait exempte de danger, on y a renoncé complètement dans le tabes. Tout au plus pourrait-on y avoir recours en présence de paroxysmes douloureux d'une véhémence excessive dans le domaine de certains nerfs.

Sous le *rapport symptomatique*, les moyens que nous avons énumérés à propos du traitement de la myélite chronique, entrent en ligne de compte. On cherchera à calmer les douleurs des jambes par des *embrocations* et des *enveloppements* narcotiques. Parmi les moyens internes, le *salicylate de soude* et l'*antipyrine* exercent incontestablement une influence calmante et abortive sur les douleurs. Dans les mauvais cas, la *morphine* est indispensable. On remédiera à la constipation par des prescriptions diététiques ou par de légers dérivatifs (eaux minérales, tamarin, rhubarbe) et des lavements. La *morphine* est le meilleur médicament contre les *crises gastriques* et *laryngées*. La *cystite* et le *déculitus* doivent être traités d'après les règles généralement en usage.

Pour ce qui concerne la *manière de vivre* du malade, on le prémunira contre tout exercice fatigant du corps et de l'esprit, on lui prescrira un régime prudent mais substantiel et on veillera à ce qu'il respire un air sain (le séjour à la campagne pendant l'été, au besoin les Alpes, l'air de la mer). Plus le malade est soigné de bonne heure, plus on devra y mettre de persévérance et d'assiduité, car il y a toujours alors quelque espoir de réussir. Dans les cas invétérés et arrivés à leur dernière période, on se bornera à traiter les symptômes.

APPENDICE.

Ataxie héréditaire, forme tabétique de Friedreich.

FRIEDREICH le premier a décrit sous le nom d'*ataxie héréditaire* une maladie particulière et peu fréquente qui a avec le tabes une certaine analogie. Cette affection se présente presque toujours en même temps chez plusieurs membres de la même famille et se développe dès le jeune âge, entre 12 et 18 ans environ. La partie féminine de la famille est remarquablement plus sujette à la maladie que les hommes. Le stade des douleurs initiales *manque* d'ordinaire. La maladie débute par une *ataxie* prononcée

des jambes, qui se propage d'ordinaire très rapidement aux bras. Les réflexes tendineux disparaissent dans la plupart des cas, mais la *sensibilité* de la peau et des muscles reste *parfaitement intacte*, fait qui est positivement en faveur de ceux qui disent que les troubles ataxiques sont indépendants des anomalies de la sensibilité. Les fonctions urinaires restent aussi très longtemps parfaitement indemnes. On n'a pas encore constaté jusqu'ici de désordre du côté de la vision. Par contre, il se développe presque toujours dans une phase ultérieure de la maladie, un *trouble particulier de la parole* dû probablement à un vice de coordination des mouvements musculaires qui président au langage articulé (langue, lèvres). FRIEDREICH a également voulu expliquer le *nystagme* qui survient, en l'appelant « *nystagme ataxique* ». Cette maladie a une très longue durée (des périodes décennales) et finit par amener des *paralysies* complètes, des *contractures* et des *atrophies* des muscles paralysés.

L'*examen anatomique* de la moelle a constamment jusqu'ici démontré l'existence d'une maladie combinée affectant la forme rubanée et occupant les cordons postérieurs et latéraux. Dans les cas décrits par KAHLER et PICK, l'affection fut reconnue être une maladie *systématique combinée*. Elle atteignait le fascicule pyramidal des cordons latéraux, les prolongements cérébelleux des cordons latéraux, le faisceau fondamental des cordons postérieurs et les cordons de Goll. F. SCHULTZE et RÜTIMEYER sont arrivés tout dernièrement au même résultat en ce qui concerne l'anatomie pathologique.

La maladie est incurable; toutes les tentatives thérapeutiques faites jusqu'à ce jour sont demeurées sans résultat.

CHAPITRE SEPTIÈME.

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE.

La sclérose amyotrophique latérale est une maladie parfaitement bien délimitée, tant au point de vue clinique que sous le rapport anatomopathologique et qui, dans la plupart des cas, peut être sûrement diagnostiquée même du vivant du malade. Nous sommes redevables de la première notion scientifique de cette maladie à CHARCOT qui, en 1869, de concert avec JOFFROY, publia ses premières observations sur cette matière et qui dès 1874 en put donner une description assez complète. Mais ce n'est qu'après les recherches de FLECHSIG sur le trajet des voies de conduction dans la moelle épinière, que la sclérose latérale amyotrophique a été comprise dans sa