

optique, que des crises gastriques qui se montrent de bonne heure peuvent simuler 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., écartent toute erreur. Le diagnostic 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 hémiplégie est venue compliquer la scène morbide, et ainsi de suite. En ces cas on doit s'informer du mode de développement de la maladie et rechercher quels sont les symptômes caractéristiques du tabes qui subsistent encore — phénomènes pupillaires, absence de réflexes rotuliens, vestiges de l'ataxie, douleurs. — Alors même on pourra presque toujours avec l'attention requise et une connaissance approfondie de la chose arriver à poser 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, surtout de la fixité de la pupille — 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 la manière d'être des réflexes tendineux, des pupilles, les troubles de la sensibilité et de la vessie. — 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*, le *pseudo-tabes dit des alcoolisants*. Cependant ce dernier est toujours exempt de fixité pupillaire réflexe et le plus souvent de troubles urinaires, tandis qu'il peut donner lieu à des paralysies atrophiques telles qu'il ne s'en rencontre presque pas dans le tabes. De plus, il y a naturellement à tenir compte de l'élément étiologique (alcoolisme!). Chez les adultes l'ataxie postdiphthéritique peut également être confonduë avec le tabes. Mais la prise en considération de l'étiologie et puis l'état des pupilles et les troubles urinaires faciliteront

aisément le diagnostic. Le tabes diabétique (v. t. II, p. 533), quand on y prête une attention suffisante, ne pourra pas non plus être pris pour un tabes authentique. Nous traiterons au chapitre suivant du diagnostic différentiel entre le tabes et l'*ataxie héréditaire* de FRIEDREICH.

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

La première question qui se pose à présent par rapport au traitement du tabes, c'est celle de l'efficacité d'un *traitement spécifique antisyphilitique*. Cette question ne pourra être résolue correctement qu'après qu'on aura constaté le fait de la dépendance existant entre le tabes et la syphilis, et qu'en même temps on aura acquis une notion exacte sur le mode de cette dépendance. Car il n'y a pas de doute que l'action du mercure et de l'iode telle que nous la concevons presque invariablement pour combattre les affections syphilitiques « tertiaires » (gommeuses) ne s'applique en aucune façon au tabes. Très fréquemment, chez le tabétique, la cure par friction ou l'usage interne de l'iodure de potassium ne donne presque pas de résultat ou du moins pas de résultat certain, en quelques cas même l'état du malade semblait empirer pendant une cure semblable et ce sont ces observations qui ont été alléguées pendant longtemps comme objection capitale contre la dépendance signalée entre les deux maladies susdites. Mais si l'on se place au point de vue qui est le nôtre, d'après lequel le tabes est une *maladie névroso-dégénérative consécutive* à la syphilis, à peu près comme l'ataxie en certaines circonstances est une affection consécutive à la diphtérie, on se rend facilement compte de l'inefficacité des remèdes spécifiques qui n'agissent que sur les *néoplasies celluluses syphilitiques*. Malgré cela on ne doit pas bannir complètement de la thérapeutique du tabes les méthodes de traitement anti-syphilitique. Car il pourrait *se faire* une fois en passant (et de multiples expériences nous semblent le confirmer) que le traitement

spécifique (frictions, iodure de potassium) soit capable d'opérer d'une manière favorable sur les conditions qui tendraient à faire *progresser* le tabes. Il est d'ailleurs positivement établi par des observations nombreuses qu'outre les altérations *tabétiques* de la moelle, il peut y avoir en même temps des processus *syphilitico-gommeux* véritables qui naturellement apportent leur contingent de symptômes dans les manifestations morbides. Il est certain que ceux-ci requièrent un traitement, et dès lors nous considérons comme légitime, voire même désirable, d'instituer un *essai* avec les frictions dans le tabes commençant, en quelques circonstances aussi dans le tabes déjà avancé, notamment quand certaines anomalies du tableau morbide indiquent la possibilité de productions simultanées de gommages. Toute cure de frictions prescrite dans le tabes doit d'ailleurs être étroitement surveillée, afin qu'en recourant à un procédé aussi intensif, on ne cause *aucune nuisance* au malade. Dans des cas avancés de tabes, surtout quand l'état général est en baisse, on s'abstiendra totalement du traitement mercuriel.

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, sinon elle peut 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 quelque-

fois 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 humides, 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 *Œynhausen-Rehne* qui jouit de la plus grande faveur. Les bains de *Nauheim* ont une composition et une action tout à fait analogue. Nous avons également vu de bons effets produits par les bains de *Kissingen*. Les *bains de boue* et les *bains ferrugineux* (Pyrmont, Driburg, Cudowa, Elster, Franzenbad) sont préconisés par beaucoup de médecins, tandis que les *thermes indifférents* (Teplitz, Wildbad, Ragaz et autres), très vantés autrefois, sont moins visités de nos jours contre le tabes. Pour la préparation des bains alcalins artificiels chargés de  $\text{Co}^2$  v. p. 214.

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 la *strychnine*, le *phosphore*, l'*arsenic*, etc. Tous ces remèdes, surtout les deux premiers, peuvent être employés un temps considérable, 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 presque complètement dans le tabes. Tout au plus pourrait-on y avoir recours en présence de paroxysmes douloureux d'une véhémence excessive dans le

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.

domaine de certains nerfs. Une courte période de faveur a suivi la découverte du traitement du tabes par la *méthode de la suspension*: elle consiste à « suspendre » les malades pour un peu de temps à un balancier qui s'attache au-dessous du menton, et d'opérer de cette manière par le poids du corps une extension de la moelle épinière et des racines nerveuses. Les données recueillies au début de ces expériences sont très difficiles à apprécier, tandis que quelques-unes relatent des conséquences hautement funestes. Pour ce qui nous concerne, nous ne pouvons engager à pratiquer cette méthode.

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* (de même l'*antifébrine*, la phénacétine ou des mélanges de ces remèdes) 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, ou le traitement électrique et le massage de l'abdomen. Le traitement électrique agit souvent d'une manière favorable sur les troubles de la vessie. CHARCOT vante précisément à ce propos l'action du *seigle ergoté*. Dernièrement Fränkel a cherché à corriger l'*ataxie* des tabescents par des exercices méthodiques, procédé qui est certainement rationnel et peut jusqu'à un certain degré être suivi de succès. La *morphine* est le meilleur médicament contre les *crises gastriques* et *laryngées*. La *cystite* et le *décubitus* doivent être traités d'après les règles généralement en usage.

Enfin il est de la plus grande importance que la manière de vivre des tabétiques soit, sous le rapport hygiéno-diététique, réglée et surveillée par le médecin. Avant tout on les prémunira *contre tout exercice fatigant du corps et de l'esprit*, on leur prescrira un régime prudent mais substantiel, à l'exclusion de toute ingestion considérable d'alcool; et on veillera à ce qu'ils respirent un air sain (le séjour à la campagne pendant l'été, le climat des montagnes à hauteur moyenne, pendant l'hiver une cure au midi). 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.

## CHAPITRE SEPTIÈME.

### Ataxie héréditaire (juvénile) (maladie de Friedreich).

**Étiologie et anatomie pathologique.** EN 1861 FRIEDREICH décrit pour la première fois une maladie qu'il avait rencontrée chez plusieurs enfants de la même famille et qu'il prit d'abord pour une forme particulière de tabes. Des recherches ultérieures vinrent cependant démontrer que cette « maladie de Friedreich » n'avait de commun avec le vrai tabes qu'une certaine ressemblance de symptômes (l'ataxie principalement) laquelle à son tour est produite par des altérations anatomiques identiques en partie à celles de la moelle tabétique. Aussi bien si le tabes est constitué par une dégénérescence *acquise* de divers systèmes de fibres, la maladie de Friedreich dépend indubitablement d'une *disposition morbide congénitale* de systèmes déterminés de fibres en vertu de laquelle ces fibres systématiques ne sont plus adaptées à un fonctionnement durable et succombent dès lors prématurément à une atrophie lente. L'origine congénitale de la maladie ressort le plus manifestement de cette circonstance qu'elle se déclare souvent chez plusieurs (2 à 5) *frères et sœurs*, en quelques cas même chez des membres de deux ou de plusieurs générations de la même famille. On voit assez fréquemment à la vérité l'ataxie héréditaire se montrer isolément; mais alors le *jeune âge* dans lequel les premiers symptômes morbides apparaissent, indique presque toujours une prédisposition anormale de naissance. Parfois les signes initiaux datent de l'âge de 7 à 10 ans, quelquefois seulement de l'époque de la puberté, exceptionnellement d'un peu plus tard encore (de 18 à 20 ans). Il est souvent très difficile de fixer exactement le début de la maladie, vu qu'elle commence insidieusement et conséquemment peut passer inaperçue un temps considérable. Cette affection atteint *les deux sexes* avec une fréquence égale, peut-être le sexe masculin dans une plus forte proportion. Les premiers symptômes paraissent se rattacher quelquefois à une autre maladie aiguë (scarlatine, rougeole, influenza).

**Symptômes et marche morbide.** Le symptôme qui incontestablement apparaît tout d'abord et qui, plus tard encore, constitue de loin le plus important, c'est l'*ataxie*. Elle consiste au commencement en une *incertitude* lentement progressive *de la marche*, et presque en même temps ou un peu plus tard seulement, *des mouvements des extrémités supérieures*. Une fois la maladie développée, la marche est extraordinairement caractéristique; elle ressemble pour ce qui concerne les mouvements atactiques des jambes, à la démarche des tabétiques, mais diffère de celle-ci par les mouvements *oscillatoires* beaucoup plus forts *du tronc*. En ce cas la marche ressemble