

inférieurs, elles sont modérées. Depuis six mois, sa vue se fatigue, et, après un certain temps de travail, il n'y voit plus; pour y remédier, il porte des lunettes à verres *convexes*. Élançements douloureux dans les membres inférieurs. C'est un homme encore assez bien constitué; ses réponses sont nettes et précises. Lorsqu'on lui fait tirer la langue, elle est agitée de légères contractions fibrillaires.

Tous les mouvements se font à peu près bien, même en faisant fermer les yeux du malade; cependant la marche est un peu hésitante et un peu lourde. Il est devenu malade de ses membres inférieurs.

La sensibilité cutanée est diminuée; sur la main et l'avant-bras, il faut écarter les branches d'un compas de plus de 5 centimètres pour qu'elles soient perçues séparément. Sur les membres inférieurs, l'écartement doit être encore plus considérable. Du reste, lorsqu'on pince fortement la peau ou lorsqu'on pique avec une épingle, ce malade ne distingue pas la sensation d'avec un simple attouchement.

Les masses musculaires ont leur volume normal; pas de contractures.

La miction et la défécation s'opèrent normalement.

Cœur. — Sain. Souffle doux à la base ainsi que dans les vaisseaux du cou.

Poumons. — Sains.

Urines. — Normales.

Traitement. — M. Vulpian fait des applications de pointes de feu le long de la colonne vertébrale (région lombaire). Il ordonne : iodure de potassium, 1 gr.; vin de quinquina.

30 juillet. — Les douleurs des membres inférieurs sont un peu calmées. Nouvelle cautérisation.

5 août. — Le malade est certainement mieux. Encore quelques contractions fibrillaires dans les muscles des jambes.

Le 20 août, on évacue le malade dans un autre service.

E. — *Tabes spasmodique.*

L'espèce morbide désignée sous le nom de *tabes spasmodique* n'a son histoire clinique à peu près achevée que depuis quelques années. Le nom, dans tous les cas, est de date récente; il a été employé pour la première fois par M. Charcot dans les leçons qu'il a consacrées à ce sujet, il y a deux ans, à l'hospice de la Salpêtrière.

Ollivier d'Angers avait déjà décrit les phénomènes essentiels de l'affection; mais il la confondit avec d'autres maladies chroniques de la moelle épinière; il en fut de même des observateurs qui suivirent. Erb, il y a quelques années, reprit l'étude de cette variété de myélite. Mieux que ses devanciers, il fit voir qu'il y avait un ensemble symptomatique à peu près constant, différent de celui des groupes morbides connus jusqu'alors, ensemble symptomatique qui, dans sa pensée, devait correspondre à une lésion également constante de la moelle; il décrivit la marche de cette affection, son diagnostic; mais c'est à M. le professeur Charcot que nous devons la description magistrale du *tabes spasmodique*. Dans ses leçons, si pleines d'enseignements, il appuya ses démonstrations de la présentation d'un grand nombre de malades qui étaient des types de l'affection. Quelques mois plus tard, le Dr Betous reprenait, dans sa thèse inaugurale, sous la direction de M. Charcot, l'ensemble de la question, en y ajoutant des documents importants.

L'étiologie de l'affection est inconnue, comme celle de la plupart des maladies chroniques de l'axe rachidien.

La symptomatologie est caractéristique. Les phénomènes se déroulent lentement, mais fatalement; les membres sont envahis progressivement les uns après les autres; chacun d'eux est frappé de la même façon et présente les

mêmes signes. La santé générale n'est pas le moins du monde compromise par la maladie; celle-ci peut durer vingt ans, trente ans et plus, en s'accusant chaque jour un peu, sans que les malades éprouvent d'autres inconvénients que ceux qui résultent de la perte d'action d'un ou de plusieurs membres; et encore, pendant longtemps, avec des jambes tendues comme des poteaux, ils peuvent cependant marcher. La marche est caractéristique: elle a lieu par petits sautilllements; elle s'effectue sur la pointe du pied, ce dont témoigne le mode d'usure des chaussures.

L'état de contraction tonique, presque permanent, des membres, est aussi caractéristique; la trépidation spinale, habituellement très-accusée, gagne quelquefois les membres supérieurs; la sensibilité est peu modifiée; les masses musculaires sont intactes.

Ces symptômes, leur marche, leur progression, caractérisent suffisamment l'affection; ils en font bien une maladie à part, distincte des autres affections chroniques de la moelle, et le nom de *tabes spasmodique*, proposé par M. Charcot, la spécifie parfaitement.

L'observation CXXLI est un bel exemple de cette affection. Les phénomènes, peu marqués lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, se sont accentués pendant son séjour, et ils ont permis à M. Vulpian d'affirmer le diagnostic. Les renseignements montrent que chez cette femme, âgée de 49 ans, le membre inférieur gauche, il y a trois ans, commença à s'affaiblir progressivement; cet affaiblissement est survenu sans cause appréciable; il existait alors, dans ce membre, des fourmillements, de l'engourdissement, et parfois des contractions involontaires spasmodiques. Dix-huit mois après, mêmes phénomènes dans le membre supérieur gauche; un an après, ils apparaissent dans le membre supérieur droit, et, cinq à six mois plus tard, dans le membre inférieur droit.

Au début, la malade éprouvait surtout ces phénomènes lorsqu'elle était couchée; il lui arriva souvent, à cette époque, comme cela lui est arrivé depuis, de laisser tomber les objets qu'elle tenait dans ses mains, surtout dans la gauche.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constate que les membres n'ont subi aucune diminution de volume; toutes les masses musculaires ont leur relief habituel.

Les mouvements réflexes, provoqués par le chatouillement, sont un peu diminués dans la jambe droite; de même, à gauche; dans ce membre, le phénomène est plus accusé. Si l'on relève doucement le pied gauche, on n'obtient pas de trépidation; mais, si l'on fait marcher la malade et si on la fatigue ainsi un peu, en abaissant fortement la plante du pied, la jambe étant tenue rigide, alors la trépidation spinale apparaît; souvent elle gagne l'autre jambe et même les membres supérieurs. Les contractions spasmodiques se continuent quelquefois fort longtemps après qu'on a cessé l'extension forcée; ces phénomènes de trépidation sont faciles à obtenir à la jambe gauche.

Le tact simple est un peu diminué à la surface de cette même jambe.

La malade se fatigue très-vite étant debout; parfois des contractions rapides, qui font fléchir les jambes involontairement, se produisent. La marche est saccadée, comme oscillante. Si le départ a lieu du pied gauche, le talon est brusquement soulevé par une contracture très-énergique des jumeaux; en même temps, le corps tout entier est porté en avant et s'élève sur la pointe du pied; puis, il retombe sur l'autre pied, et ainsi de suite; avec la jambe droite, le phénomène est moins accusé.

Les deux bras sont légèrement paralysés, le gauche plus que le droit. Si les mains sont étendues, elles sont agitées par un tremblement rythmique de haut en bas; actuellement encore, la malade laisse quelquefois échapper les

objets qu'elle tient à la main; la gauche est encore plus inhabile que la droite.

Après trois semaines de séjour à l'hôpital, la trépidation spinale spontanée se montra pour la première fois et se reproduisit souvent depuis. Plus tard, au bout de quelques mois, la marche devint impossible; la malade se sentait quelquefois entraînée à marcher en avant; d'autres fois, au contraire, il y avait rétropulsion; la contracture des membres augmente; quelques douleurs légères dans les bras, dans les jambes; la marche a toujours lieu par une sorte de sautillerment sur la pointe des souliers, usés surtout en avant, le soulier gauche davantage que le droit.

Chez cette malade, les membres inférieurs n'étaient pas appliqués contre le sol par leur rigidité, la contracture étant trop peu accentuée. Quoi qu'il en soit, nous nous sommes bien trouvés en présence du tabes spasmodique.

Quelle est la lésion? où est son siège? quelle est la région de la moelle atteinte? M. Charcot, prenant en considération, d'une part le symptôme prédominant, la contracture, et d'autre part le mode suivant lequel il s'établit et progresse, avait songé à une lésion inflammatoire chronique des cordons latéraux. Il n'existe, dans la science, qu'une seule autopsie, celle de la Salpêtrière, consignée dans la thèse de M. Bétous. On trouva une série de petites plaques de sclérose dissimulées un peu partout sur toute la longueur de la moelle; il y en avait beaucoup le long des cordons latéraux. A propos de cette femme, M. Charcot, dictant l'observation, me disait: « Il y a là des symptômes plus complexes que dans les cas types de tabes spasmodique; peut-être y a-t-il une lésion que je ne soupçonne pas. » L'autopsie montra combien son doute était fondé.

On comprend d'ailleurs que de petites plaques de sclérose occupant principalement la région latérale de la moelle puissent produire un ensemble symptomatique

analogue à celui déterminé par la lésion des cordons latéraux; peut-être, après tout, est-ce là la lésion constante du tabes spasmodique, l'évolution des phénomènes concordant bien avec la marche qu'affectent d'habitude les lésions de la sclérose en plaques disséminées.

M. Pitres, dans un travail récent, vient d'appeler l'attention sur quelques formes anormales de la sclérose en plaques. Parmi ces dernières, il cite précisément l'observation à laquelle je faisais allusion plus haut. L'avenir prononcera définitivement sur la nature des lésions qui se traduisent par l'ensemble symptomatique désigné sous le nom de tabes spasmodique.

OBSERVATION

Obs. CXXI. — *Tabes spasmodique. — Symptômes paralytiques et spasmodiques progressivement croissants, gagnant successivement les membres les uns après les autres.*

La nommée C..., Justine, 49 ans, domestique.

Entrée le 17 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 20.

Renseignements. — La malade est, dit-elle, d'une bonne constitution; mais elle est très-facilement portée aux rires ou aux larmes; cependant elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de perte de connaissance. Migraines fréquentes.

A 19 ans, fièvre typhoïde grave, avec délire. La convalescence aurait été longue; quatre mois après, rougeole très-bénigne.

Réglée à 17 ans; règles irrégulières et peu abondantes.

La malade raconte que depuis trois ans son membre inférieur gauche s'affaiblit progressivement.

Cet affaiblissement est survenu sans cause appréciable. Dix-huit mois après, le membre supérieur gauche a été pris, à son tour, d'engourdissement; puis, un an après, le membre supérieur droit; enfin l'affaiblissement gagna le membre inférieur droit, cinq à six mois plus tard. Les phénomènes se sont principalement accentués dans les membres inférieurs.

Au début de ces phénomènes, il a existé des fourmillements, de l'engourdissement; plus tard, il est survenu, dans les muscles extenseurs de la jambe et dans ceux de la cuisse gauche, des contractions involontaires spasmodiques; ces crampes se montraient à intervalles très-irréguliers et étaient suivies d'un sentiment de pesanteur, de lassitude dans le membre; elles duraient de quelques minutes à dix minutes.

La malade éprouve surtout ces contractures lorsqu'elle est couchée. Elle a perdu la conscience de l'effort qu'elle est obligée de faire pour maintenir les objets qu'elle tient dans la main.

Rien à noter du côté de la vessie et du rectum.

La malade a ressenti des douleurs dans les membres et dans les lombes; mais elle ne peut donner aucune explication sur la nature de ces douleurs.

Etat actuel. — Femme d'apparence robuste; état général excellent. Les membres n'ont pas subi de diminution dans leur volume. Pas de tremblements spontanés des masses musculaires au moment de l'examen.

En chatouillant la plante des pieds, on constate que les mouvements réflexes provoqués sont un peu diminués à droite et davantage à gauche. Si l'on relève doucement le pied gauche, on n'obtient pas de trépidation; il faut, pour arriver à ce résultat, faire marcher la malade; la trépidation spinale est surtout marquée quand, après avoir fatigué la malade par la marche, on abaisse fortement la plante du

pied, la jambe étant tenue rigide; alors souvent la trépidation gagne l'autre jambe, et même les bras; elle continue fort longtemps après qu'on a cessé l'extension forcée. Les phénomènes de trépidation sont très-faciles à provoquer dans la jambe gauche.

La sensibilité (tact simple) est un peu amoindrie à la jambe et à la cuisse du côté gauche; on peut promener le doigt à la surface de la peau, et même exercer une légère pression sans que la malade en ait connaissance; elle sent très-bien si on la pique ou si on la pince.

La malade, debout, se fatigue très-vite; il survient quelquefois des contractions qui font fléchir la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin; ce phénomène est plus accusé à gauche; quelquefois, il se produit de la trépidation des muscles du membre inférieur. Cependant la malade ne perd pas son équilibre; seulement la marche est comme saccadée, oscillante.

Chaque pas se décompose très-nettement. Si le départ a lieu du pied gauche, le talon est brusquement soulevé par une contraction très-énergique des jumeaux; en même temps, le corps se porte en avant et s'élève sur la pointe du pied, sans que pour cela la malade perde l'équilibre; il semble se faire un léger temps d'arrêt, puis le tronc retombe lourdement sur l'autre pied.

La main gauche est plus faible que la main droite. Il existe du tremblement dans les deux mains lorsqu'elles sont étendues; ce tremblement est plus marqué à la main gauche; fourmillements pénibles dans ces parties des membres; souvent, la malade laisse tomber ce qu'elle tient à la main sans s'en douter.

Traitement. — On ordonne 1 gr. d'iodure de potassium. En outre, on pratique des cautérisations ponctuelles sur la région vertébrale tous les dix jours. Vin de quinquina.

7 mai. — La trépidation spontanée apparaît pour la pre-

mière fois. Les masses musculaires des membres inférieurs sont agitées par des secousses convulsives, se succédant avec une extrême rapidité. Le tremblement spinal dure cinq minutes environ. En outre, la malade éprouve une vive douleur le long du trajet du nerf radial gauche. Cette douleur persiste très-peu de temps.

15 *mai*. — La malade, si elle se fatigue la vue, voit trouble et ne peut continuer son ouvrage.

15 *juin*. — Certaines modifications se sont produites dans l'état général.

L'anesthésie constatée à la jambe gauche a disparu presque complètement; en revanche, la marche est plus difficile. Pour l'effectuer, la malade porte le corps en avant, et elle tomberait si elle ne se retenait à quelque objet. D'autres fois, elle se rejette en arrière pour éviter une chute en avant.

La trépidation se provoque facilement. On ne réussit pas toujours à la faire naître par une simple flexion du pied sur la jambe, mais on y arrive en maintenant le pied redressé pendant deux ou trois minutes. Alors apparaissent de légères oscillations du pied avec flexion et extension alternatives, puis des mouvements de trépidation musculaires rythmés, dans les muscles de la jambe et de la cuisse. Ces mouvements passent parfois dans le membre inférieur du côté opposé, et même on peut voir se produire des oscillations rythmiques dans les masses musculaires des mains. On provoque ces phénomènes plus facilement dans le membre inférieur gauche que dans le droit. La trépidation offre alors une intensité considérable. Elle commence par le membre inférieur gauche, en général, puis s'étend aux deux membres; elle est quelquefois assez forte pour agiter tout le corps de la malade.

Il existe également des oscillations rythmées dans les membres supérieurs. Ces accès, qui étaient très-rares au

début, sont devenus plus fréquents; ils se produisent presque tous les deux jours. La malade sort le 18 juin 1877.

A ce moment, la malade marche encore assez bien, en s'aidant habituellement d'une canne.

Elle se soulève sur le pied droit en oscillant un peu, et brusquement, en glissant, elle retombe sur le pied gauche un peu lourdement; lorsqu'elle se soulève sur ce pied gauche, il n'y a pas un mouvement d'oscillation aussi marqué. On a constaté aussi que, dans le mouvement de soulèvement des pieds, il y a l'abaissement du bout du pied avec tendance à la production d'une sorte de pied varus équin peu marqué; cette attitude du pied dans la marche est surtout accentuée à gauche.

Pour descendre les escaliers, la malade est obligée de se cramponner à la rampe avec les deux mains; sans quoi, elle tomberait en avant; lorsqu'elle marche, elle se sent quelquefois entraînée en avant malgré elle. Parfois, il y a, au contraire, tendance à la rétropulsion.

Douleurs dans les mains, consistant surtout en fourmillements douloureux. Elle laisse moins tomber les objets de ses mains. Pas d'atrophie des muscles des divers membres. Pas de fourmillements dans les pieds, avec lesquels elle sent bien le sol et la différence entre le parquet et le carreau, etc. Les chaussures sont usées à la pointe, celle de gauche principalement. L'état général est très-bon.

ARTICLE SECOND

Des atrophies musculaires.

Le groupe des atrophies musculaires a été profondément modifié depuis une vingtaine d'années environ. Il est démontré aujourd'hui, d'une façon indiscutable, que le plus grand nombre de ces atrophies est sous la dépen-