

nence thénar, l'atrophie porte surtout sur l'adducteur du pouce. Les muscles de l'épaule présentent un peu d'amai-grissement, mais pas d'atrophie véritable.

Les déformations et les lésions signalées dans les mains et les avant-bras existent, avec une remarquable symétrie, aussi bien du côté gauche que du droit.

Membres supérieurs. — La sensibilité est conservée dans tous ses modes. Il n'existe pas de douleurs spontanées le long du rachis ou sur le trajet des intercostaux, ou dans les membres supérieurs.

Membres inférieurs. — Le malade se tient assez facilement debout, seulement il élargit considérablement sa base de sustentation. Il marche assez bien, les jambes un peu écartées. Il y a un certain degré de faiblesse dans les membres inférieurs, plus marquée du côté droit à cause de la douleur. Examinée au lit, la force des muscles de la jambe est encore considérable.

La sensibilité est conservée presque partout, sauf au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse droite, où les impressions tactiles ne sont point perçues. Il y a, dans la cuisse gauche, erreur de localisation. Le contact de la cuisse est rapporté au genou. Dans le point anesthésié, le malade ressent une douleur spontanée. La sensibilité à la douleur existe; les piqûres des membres, même légères, s'accompagnent de trémulations réflexes, très-marquées dans les muscles de la jambe et de la cuisse. La sensibilité à la température est conservée.

Cavité thoracique. — Rien à noter.

Cavité abdominale. — On sent dans la fosse iliaque droite, qui est très-douloureuse, spontanément et à la pression, une petite tumeur dure, rénitente, donnant la sensation d'un ganglion engorgé; on constate, en outre, une tuméfaction profonde, allongée, suivant la direction des fibres du psoas.

Organes génito-urinaires. — Rien à noter du côté des sphincters vésicaux ni rectaux.

Encéphale. — Rien de particulier du côté des nerfs crâniens.

Traitement. — On donne au malade : iodure de potassium, 1 gr.; vin de quinquina; badigeonnages de teinture d'iode sur la région cervicale et la partie supérieure de la région dorsale de la colonne vertébrale.

10 octobre. — Tuméfaction profonde de la fosse iliaque droite. Légères douleurs. On applique des cataplasmes.

14 octobre. — On ne trouve plus de tuméfaction dans la fosse iliaque droite. La pression n'est plus douloureuse. On supprime les cataplasmes. Le malade trouve que ses jambes vont un peu mieux.

22 octobre. — On sent de nouveau un certain empatement profond de la fosse iliaque droite. Cataplasmes.

24 octobre. — *Examen de la contractilité musculaire.* — Avec les courants induits de la machine Trouvé, on obtient une contraction très-marquée de tous les muscles du bras et de l'avant-bras; la contracture des doigts empêche d'examiner les interosseux; cependant il semble plutôt qu'ils n'obéissent pas à l'électricité. Avec les courants continus, on obtient, lors de la fermeture du courant, la contraction des muscles examinés; seulement, il faut employer la machine à son maximum : 60 éléments.

Un examen attentif de la fosse iliaque droite ne fait constater aucune tuméfaction profonde. D'ailleurs, le malade peut remuer son membre inférieur droit, fléchir la cuisse sur le bassin sans gêne véritable et sans douleur.

16 décembre. — La diminution de volume des masses musculaires des avant-bras paraît avoir un peu progressé.

L'attitude vicieuse de la main est toujours la même. Si l'on étend un peu fortement les doigts sur le métacarpe et si on les laisse retomber, on perçoit de légères secousses

musculaires, dont sont animés les muscles extenseurs des doigts.

Abaissement assez marqué de la température des deux mains, qui sont un peu bleuâtres.

1^{er} janvier 1875. — Depuis un mois et demi, les jambes se sont prises un peu : il y a un certain degré de paresse et de raideur tout à la fois. Le malade marche moins bien.

16 janvier. — Il y a toujours des secousses dans les masses musculaires du bras.

17 janvier. — Les articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite sont un peu gonflées. Léger œdème du dos de la main.

24 janvier. — Le gonflement et la douleur ont disparu.

6 février. — Les bras sont le siège de crampes assez fréquentes. Les doigts se fléchissent de plus en plus.

Les membres inférieurs sont pris, la nuit, d'un engourdissement tel que le malade les perd dans son lit.

Ce sont surtout les jambes qui offrent cet engourdissement.

Elles sont raides et dans l'extension.

12 février. — L'engourdissement des jambes a beaucoup diminué et ne persiste plus que dans les deux mollets.

24 mars. — En se mouchant fortement, le malade a éprouvé un fort engourdissement dans le bras et la main du côté gauche, ainsi que de la douleur dans le cou et au voisinage de la protubérance occipitale externe du même côté.

28 avril. — Pendant la marche, les jambes fléchissent quelquefois involontairement, et le malade tombe.

24 juillet. — Sur les doigts de chaque main, on observe des troubles trophiques, consistant en raies blanchâtres un peu surélevées; elles ressemblent à des cicatrices de coupure. Le malade assure que ce ne sont pas des cicatrices véritables et que ces modifications de la peau se sont produites sans avoir été précédées de la moindre plaie.

6 août. — Depuis quelques jours, surtout la nuit, le malade éprouve de fréquents soubresauts, surtout à l'épaule gauche. Dans le biceps, on peut facilement les voir.

22 janvier 1876. — Le malade n'a pas ressenti, depuis longtemps, des douleurs dans le dos; pour le moment, il ne se plaint que de douleurs siégeant dans les deux aines et au niveau des deux genoux.

Les membres supérieurs sont excessivement amaigris; les deux mains sont complètement fermées; le bras gauche est légèrement dans la flexion: le malade ne peut pas l'étendre. Le biceps est dans un état de contraction permanente.

La sensibilité est intacte sur toute l'étendue des membres supérieurs. Quant à la contractilité musculaire, examinée avec des courants induits, elle est généralement conservée; on remarque qu'elle paraît plus vive dans le groupe des muscles supinateurs, et généralement elle l'est plus dans le bras droit que dans le bras gauche.

Les membres inférieurs ne sont pas beaucoup amaigris; le malade peut marcher; mais, lorsqu'il marche, il écarte les jambes, fauche légèrement et frappe violemment le parquet avec ses talons. Lorsqu'on lui ferme les yeux, il marche d'une manière moins assurée.

La sensibilité est intacte; en outre, le malade indique d'une manière assez précise les points touchés.

Quant à la contractilité musculaire, elle est entière dans les membres inférieurs. Le malade se plaint cependant d'avoir quelquefois la sensation qu'il perd ses jambes dans son lit.

Il sent bien le parquet, quand il marche.

29 janvier. — Depuis un ou deux jours, le malade remarque, sur la face dorsale de la main gauche, de l'œdème.

25 février. — Passage à l'hôpital la Charité.

Pilules d'extrait thébaïque. KBr, 3 grammes.

1^{er} mars. — M. Vulpien examine la contractilité ; même état que dans la note du 22 janvier.

On électrise le malade avec des courants induits. Sirop d'iodure de fer, vin de quinquina ; de temps à autre, badigeonnages de teinture d'iode sur la partie inférieure de la région cervicale et sur la partie supérieure de la région thoracique de la colonne vertébrale.

12 mars. — Le malade se plaint d'une douleur le long de la partie postérieure du thorax, en arrière et du côté droit, descendant jusqu'auprès de la fosse iliaque. Cette douleur se fait sentir surtout lorsque le malade est assis. Lorsqu'il est couché, il ne la sent que quand il porte fortement la tête en arrière.

Injections sous-cutanées de morphine vers la partie inférieure droite de la gouttière vertébrale droite.

14 mars. — Les douleurs au niveau de la colonne vertébrale persistent toujours. Il semble au malade que, lorsqu'il exécute des mouvements, il sent une crépitation osseuse au niveau de la sixième dorsale environ.

15 mars. — La douleur est moins vive. Elle a presque disparu.

On constate l'existence de petites taches blanches, linéaires en général ou fusiformes, sur la peau des deux membres jusqu'à la partie moyenne des bras : il y en a même deux ou trois sur le muscle deltoïde du côté gauche.

7 avril. — Ni sucre ni albumine dans les urines.

12 avril. — Depuis quelques jours, le malade est pris, tous les soirs, vers neuf heures, de contractions fibrillaires, et d'un tremblement dans la moitié gauche du tronc ; les bras et les jambes restent intacts. A ce moment, le malade n'a pas la sensation de froid ; pas de sueurs ; pas de vomissements.

30 avril. — Depuis deux mois, il s'est fait une certaine modification dans la marche du malade ; il traîne davan-

tage les jambes, surtout la jambe droite ; c'est à peine s'il peut la soulever du sol. La jambe gauche est un peu plus libre, mais le malade ne la soulève pas beaucoup au-dessus du sol ; en outre, il ne frappe plus le sol avec le talon.

2 mai. — Le malade ressent des faiblesses dans les jambes depuis quelque temps ; KI, 1 gramme ; il tousse depuis deux ou trois jours.

Vin de quinquina. Sirop de tolu.

8 mai. — *Examen de la sensibilité aux membres inférieurs.* — La sensibilité tactile est généralement conservée sur les deux membres ; sur la région externe de la jambe, elle diminue, ainsi que sur la face dorsale du pied du même côté. La notion de la localisation n'est pas très-exacte ; ainsi le malade rapporte, à la partie supérieure de la cuisse, les piqûres faites à la partie inférieure de la cuisse.

La sensibilité à la douleur et à la chaleur paraît intacte.

Le malade se plaint de perdre quelquefois ses jambes dans son lit ; lorsqu'il a les jambes croisées sous la couverture, au bout d'un certain temps il ne se le rappelle plus.

23 juillet. — Le malade souffre de douleurs lombaires ; en outre, il ressent de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche.

Léger degré de contracture des muscles des cuisses et des jambes.

5 août. — Le malade a eu, quelques jours après s'être fait raser, une éruption de nature eczémateuse sur le menton ; en ce moment, elle est à la période inflammatoire.

9 août. — L'éruption eczémateuse se dissipe. Le malade ne ressent plus de démangeaisons.

22 novembre. — Depuis quelque temps, il éprouve une douleur excessivement vive au bout de la verge et est obligé d'uriner immédiatement, sans pouvoir se retenir.

15 janvier 1877. — Contractures des faisceaux musculaires

du deltoïde et du grand pectoral. Elles cessent le 19 janvier.

23 janvier. — Le malade ressent, depuis la veille, une douleur assez vive dans le côté gauche, au niveau de l'aisselle. Il affirme ne pas s'être exposé au froid. A l'auscultation, on entend un léger frottement, très-net, perceptible surtout à l'inspiration. Il y a là évidemment un peu de pleurésie sèche. M. Vulpian se demande si, en l'absence de refroidissement bien net, on ne peut pas regarder cette pleurésie comme un résultat d'irritation spinale. Application de ventouses à ce niveau.

24 janvier. — Plus de frottement. Les contractures fibrillaires reprennent dans le pectoral gauche.

30 janvier. — Accès fréquents et violents de contracture spasmodique dans le muscle pectoral gauche.

5 février. — Les contractures, quoique diminuées, persistent encore.

15 avril. — Par moments, contractions fibrillaires dans les pectoraux et le deltoïde.

1^{er} mai. — L'état du malade est toujours le même. De temps à autre, des contractions fibrillaires, assez violentes, se produisent dans les muscles de la jambe droite. Celles qui, auparavant, siégeaient dans les pectoraux et le deltoïde, sont un peu apaisées.

15 mai. — Depuis quelques jours, à la visite du soir, on remarque sur les mains, les avant-bras, principalement à gauche, des plaques de rougeurs diffuses, d'ailleurs non douloureuses. Quelques-unes de ces plaques se montrent également sur la pommette de la joue gauche. La teinte rouge persiste quelquefois plus de deux heures. Pendant toute la durée de l'existence des plaques, la température de la peau, dans les régions envahies, est un peu augmentée. On a constaté aussi, pendant que dure cette sorte de crise, un peu de dilatation de la pupille droite.

1^{er} juin. — Même état. Lorsque l'on trace une raie sur

la peau des mains ou des avant-bras, avec l'extrémité d'une allumette, ou bien lorsque l'on pince le malade, même très-légèrement, on voit apparaître très-rapidement, surtout à droite, une rougeur très-marquée, avec tuméfaction du derme. On dirait de petites plaques d'urticaire.

1^{er} juillet. — Le malade est électrisé régulièrement. On a pratiqué, de temps à autre, des cautérisations le long de la colonne vertébrale.

10 août. — Le malade est évacué sur un autre service.

ARTICLE CINQUIÈME.

Ataxie locomotrice progressive.

Il y a une vingtaine d'années, Duchenne, de Boulogne, reprenant les observations éparses dans la science, et les appuyant de celles qu'il avait sous les yeux, créa l'ataxie locomotrice progressive. La description n'était pas absolument parfaite, absolument entière; bien des phénomènes cliniques avaient été omis, et l'anatomie pathologique faisait défaut dans le travail de Duchenne. L'œuvre des observateurs modernes a consisté principalement d'abord à reconnaître et à bien décrire les lésions de l'ataxie locomotrice progressive, puis à rattacher à la maladie une foule de symptômes qui, jusqu'alors, avaient paru sans lien avec elle. L'histologie a suivi de près les progrès cliniques, et les lésions, aujourd'hui bien connues dans leurs moindres détails, ont fourni un point de départ scientifique aux efforts des auteurs qui ont cherché à établir la physiologie pathologique de cette maladie.

MM. Charcot et Vulpian, en France, et leurs élèves, ont apporté à l'histoire du *tabes dorsalis* un contingent notable de documents cliniques et anatomo-pathologiques. M. Charcot, dans ses admirables leçons, s'est particulièrement atta-