

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-

ché à reconnaître l'ataxie locomotrice progressive dans ses formes irrégulières, anormales, alors surtout que certains phénomènes de l'affection, venant à prédominer, peuvent donner le change et conduire à des erreurs graves de diagnostic. Il importe d'accumuler les observations de ces formes anormales, afin de mieux mettre en relief leurs caractères cliniques. A ce point de vue, les cinq observations contenues dans ce chapitre ont une réelle valeur. M. Vulpian, à propos de chacune d'elles, a longuement appelé l'attention des élèves sur les points principaux de leur histoire.

— L'observation CLI est celle d'un malade âgé de 47 ans, atteint d'ataxie locomotrice progressive du seul membre inférieur qui lui restait; il avait été amputé de l'autre membre devant Sébastopol, en 1855.

En 1873, il remarqua que sa jambe gauche faiblissait; le pied, en marchant, était déjeté en dedans. Il porta, à partir de cette époque, une chaussure plus large, afin d'élargir sa base de sustentation. Des sueurs habituelles, qui parfois couvraient ce membre, disparurent; bientôt il éprouva une sensation de froid continuel; la sensibilité cutanée diminua; le contact des objets était moins nettement perçu; il paraissait se faire comme s'il y avait eu une étoffe interposée entre l'objet touché et la peau.

En 1874, le malade eut des douleurs fulgurantes; elles devinrent bientôt très-fréquentes dans le membre inférieur gauche.

Au commencement du mois de juillet 1877, on constate que le membre inférieur gauche est un peu amaigri dans son ensemble. Le malade marche en élevant fortement le pied; il frappe le sol du talon. Si on lui ferme les yeux, il marche en hésitant et en projetant sa jambe en dehors; il ne peut faire que quelques pas; il tomberait si on le pressait de marcher un peu vite; la force musculaire, dans ce

membre, semble d'ailleurs conservée. La sensibilité est considérablement affaiblie; il sent à peine le courant électrique porté à son maximum lorsqu'on se sert, comme excitateur, d'un pinceau métallique; il y a un retard de plus d'une seconde de la sensation, quand on le pince; la contractilité électrique est intacte; douleurs fulgurantes vives. Les membres supérieurs n'offrent rien de particulier, non plus que le moignon de la jambe droite et la cuisse du même côté. Pas de douleurs, ni d'anesthésie dans ces parties. Pas de troubles de la vue, ni de l'ouïe; miction et défécation normales.

Voilà donc un cas singulier de *tabes*, limité au membre inférieur restant. M. Vulpian a examiné plusieurs fois la question de savoir si l'on ne pourrait pas attribuer à l'amputation de la jambe droite, subie antérieurement par le malade, la lésion du faisceau postérieur gauche de la moelle. Sans doute, s'il en était ainsi, comme je l'ai indiqué à propos des atrophies musculaires, dites réflexes, la propagation se serait faite par l'intermédiaire des nerfs coupés lors de l'amputation. Il y a là toutefois, dans cette hypothèse, une difficulté sur laquelle M. Vulpian appelait notre attention. C'est que les phénomènes de l'ataxie étaient ou paraissaient limités au membre inférieur gauche et que l'amputation avait porté sur le membre inférieur droit. Aussi la supposition dont il s'agit ne peut-elle être admise que sous toutes réserves. En tout cas, le fait d'une ataxie locomotrice, limitée à un membre, dans les conditions où elle existait chez ce malade, est un fait intéressant, que l'affection médullaire ait été primitive ou secondaire.

— L'observation CLII est un exemple d'une erreur grave de diagnostic, commise à propos d'un cas d'ataxie locomotrice anormale, par un médecin très-instruit qui soigna longtemps la malade; il avait porté le diagnostic *ulcère*

simple de l'estomac. Et, impuissant à calmer les douleurs et les vomissements, il laissa à la patiente la possibilité de se faire à volonté des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine; elle en injectait, au moment de son entrée à l'hôpital, jusqu'à 20 centigr. par jour.

En lisant l'observation de cette malade, on s'étonnera sans doute qu'une pareille erreur de diagnostic ait pu être faite. Mais il faut bien dire que tous les phénomènes caractéristiques de l'ataxie, sur lesquels nous insistons, étaient ceux qui préoccupaient le moins la malade. Elle ne parlait, d'elle-même, que de ses crises de gastralgie. Tous les autres symptômes disparaissaient sous la violence de ceux-ci. C'est seulement après avoir eu l'idée de la possibilité d'un *tabes dorsalis* à forme insolite, que M. Vulpian a pu, par un examen méthodique, retrouver dans les antécédents de la malade et dans son état actuel tous les traits principaux de cette affection.

La malade, âgée de 32 ans, commença à souffrir à l'âge de 29 ans. Sans indisposition aucune les jours précédents, elle fut prise de vomissements répétés; ces vomissements durèrent trois jours presque sans interruption; puis ils se calmèrent, reprirent de nouveau; il en fut ainsi pendant trois mois. En même temps que ces vomissements, elle éprouvait des douleurs vives au creux épigastrique, dans les jambes; la malade compare ces douleurs à celles qu'occasionneraient des couteaux enfoncés dans les chairs.

Il survint une rémission complète de trois mois; puis la même série de phénomènes se déroula. La malade eut ensuite de nouvelles rémissions, mais de plus en plus courtes. Il survint bientôt de la diplopie, de la chute des paupières, du strabisme; ces phénomènes ont été passagers.

A son entrée à l'hôpital (27 février), on trouve une malade faible, amaigrie; elle porte sur le corps la trace d'innombrables injections sous-cutanées de morphine.

La marche manque de hardiesse, mais il n'y a pas d'ataxie de mouvements, les yeux ouverts ou fermés. Plaques d'anesthésie irrégulières sur les membres inférieurs et le tronc. La force musculaire est parfaitement conservée. Vomissements incessants, que rien ne peut calmer; douleurs épigastriques atroces; la malade se tord dans son lit; son facies est profondément altéré et porte la marque de la plus vive souffrance; gémissements continuels; très-peu de rémission des douleurs.

M. Vulpian, prenant en considération les phénomènes actuels et leur marche dans le passé, porte le diagnostic: gastralgie violente, comme symptôme principal d'un *tabes dorsalis*.

Les jours suivants, les phénomènes continuèrent; de la diarrhée cholériforme survint, et la malade mourut dans le coma, le 27 mars.

A l'autopsie, on constata, par la teinte grise des faisceaux postérieurs, leur état de sclérose. Celle-ci était surtout prononcée au niveau de la partie inférieure de la région dorsale. L'examen de la moelle épinière, fait après macération suffisamment prolongée dans une faible solution aqueuse d'acide chromique, a confirmé ce qu'on avait déjà vu à l'état frais. La sclérose des faisceaux postérieurs était incontestable, bien que n'occupant qu'une faible partie de la largeur de ces faisceaux. Elle était très-peu accusée dans la partie supérieure de la région dorsale de la moelle épinière et à peu près nulle dans la région cervicale. Il y avait en outre de la méningite spinale postérieure.

Dans une autre autopsie rapportée plus loin, nous avons également noté cette méningite spinale postérieure, signalée depuis bien longtemps dans ses cours par M. Vulpian comme lésion habituelle du début de l'ataxie.

— L'observation CLIII est un cas d'ataxie locomotrice, irrégulier dans son expression symptomatique, en ce sens

que l'ataxie du mouvement était très-peu marquée, pour ainsi dire nulle, tandis que les phénomènes oculaires ont été prédominants.

La malade, âgée de 51 ans, a ressenti, il y a un an, des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, puis des fourmillements, des picotements; les douleurs sont moins accusées aux membres supérieurs. Faiblesse des jambes; cependant la force musculaire est conservée, la sensibilité intacte; la malade marche en hésitant, sans projeter ses pieds en dehors; elle est d'ailleurs aveugle; pas d'ataxie de mouvements notable. La vue baisse depuis assez longtemps. Le jour de son entrée à l'hôpital, elle voit les objets comme à travers un nuage épais; elle ne distingue pas ceux qui sont un peu petits.

Chez cette malade, il existait une dilatation énorme de la crosse de l'aorte, avec un double souffle à la base du cœur. L'autopsie a montré qu'il s'agissait de lésions athéromateuses. La moelle présentait les lésions classiques de l'ataxie locomotrice. Les deux papilles étaient grisâtres, sinueuses sur leur contour, excavées à leur centre. Les deux nerfs optiques, grisâtres, étaient manifestement atrophiés; cette atrophie se prolongeait au delà du chiasma; les deux corps genouillés, internes et externes, avaient leur volume normal.

M. Charcot, à la Salpêtrière, a bien des fois insisté devant moi sur la fréquence des lésions aortiques chez les ataxiques. Elles sont, avec les lésions des reins, des poumons, un des accidents qui tuent le plus fréquemment les malades.

— L'observation CLIV est presque analogue à la précédente. Chez le malade qui en est l'objet, il y a eu peu, relativement, d'ataxie du mouvement; les yeux, les paupières ont été particulièrement atteints dès le début de l'affection. Souvent, les symptômes oculaires sont transitoires; dans le cas actuel, ils ont été permanents; aujourd'hui encore, il existe

une paralysie évidente des deux muscles droits externes.

Ce malade a présenté des troubles trophiques intéressants. Sur la face antérieure du thorax s'est produite une éruption de très-petites vésicules arrondies, pâles, remplies de sérosité transparente; elles occasionnaient de vives démangeaisons; cette éruption occupait la région qui, autrefois, a été hyperesthésiée à un point tel que le frottement léger de la chemise ne pouvait être supporté.

— La malade de l'observation CLV présente comme phénomène intéressant ce fait relativement rare: la prédominance de l'ataxie du mouvement dans les membres supérieurs, celle-ci étant comparée à celle des membres inférieurs.

Chez elle, il n'y avait pas, au moment de son entrée à l'hôpital, de troubles de la vision, et il ne semble pas qu'il en ait existé quelquefois, malgré des douleurs violentes ayant eu pour siège le front et la cavité péri-orbitaire.

L'ouïe est également normale. Les autres phénomènes observés ont été ceux qui existent d'habitude dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive.

OBSERVATIONS

Obs. CLI. — *Ataxie locomotrice chez un malade amputé de la jambe droite une quinzaine d'années auparavant. — Phénomènes ataxiques limités à la jambe gauche.*

Le nommé S..., Antoine, militaire retraité, âgé de 47 ans, surveillant aux travaux publics.

Entré à la Charité au mois de juillet.

Renseignements. — Ce malade, en 1855, eut le pied droit emporté par un boulet devant Sébastopol. Il subit une pre-

mière amputation dans les ambulances anglaises, au-dessus des malléoles, puis une deuxième, à vingt et un jours d'intervalle, à la partie supérieure de la jambe.

Cette seconde opération, pratiquée dans les ambulances françaises, fut nécessitée par la présence d'esquilles dans la plaie. Au bout de vingt-cinq jours, la cicatrisation était opérée. Il a fait autrefois des excès de boisson, alors qu'il était marchand de vin; cependant on ne trouve pas de signes d'alcoolisme évidents.

Il buvait de l'eau-de-vie le matin et une grande quantité de vin dans la journée.

Depuis 1873, il remarque que sa jambe gauche s'affaiblit; l'articulation tibio-tarsienne a un certain degré de laxité; le pied se déjette en dedans; il est obligé de porter une chaussure plus large, afin d'élargir la base de sustentation. Depuis ce moment, il éprouve un froid continu au pied, et les sueurs habituelles qui y existaient auparavant ont disparu.

Dès l'année 1867, il avait remarqué que toute la face externe du membre inférieur gauche était moins sensible. Le contact des objets lui paraissait se faire comme si une étoffe était interposée.

En 1874 ont commencé à se manifester des démangeaisons et des douleurs au pied.

A la même époque, des douleurs fulgurantes, qui devinrent bientôt très-fréquentes, occupèrent tout ce membre inférieur. Ensuite elles apparurent sur la face antérieure du thorax et dans le dos. Vers la même époque, il éprouvait des soubresauts de tendons.

Etat actuel. — C'est un homme assez bien constitué. Il est intelligent: vue, ouïe normales. Il lui est absolument impossible de marcher sur le carreau de la salle. Sa jambe ne lui suffit plus, avec son pilon et son bâton, pour se maintenir debout sur ce sol relativement glissant.

Son membre inférieur gauche paraît un peu grêle; mais

il a toujours été maigre, dit-il, et il ne saurait dire si sa jambe a diminué de volume. Il marche en élevant fortement le pied: il frappe le sol du talon; si on lui ferme les yeux, il marche en hésitant; il ne peut faire que quelques pas; il porte la jambe de côté, et il tomberait si l'on prolongeait l'expérience. La force musculaire est conservée. Douleurs fulgurantes et en ceinture, très-intenses. La contractilité électrique est intacte. Les muscles entrent énergiquement en action sous l'influence de cet excitant. Tous les muscles y répondent bien.

La sensibilité est considérablement affaiblie dans toute l'étendue du membre inférieur gauche. Le malade y sent à peine le courant électrique porté à son maximum, transmis par la peau au moyen du pinceau métallique.

Lorsqu'on le pince, il n'éprouve la sensation qu'au bout d'une seconde environ.

Rien aux membres supérieurs, rien dans le moignon: il n'y a pas d'anesthésie cutanée dans la cuisse droite; le malade n'y a point éprouvé de douleurs fulgurantes.

La miction et la défécation s'opèrent d'une façon normale; cependant il faut ajouter que quelquefois, lorsque le malade a envie d'uriner, il est obligé de se presser, parce qu'il ne peut garder ses urines comme avant sa maladie.

Les autres organes ne présentent rien de particulier à considérer. Santé générale bonne.

Traitement. — M. Vulpian ordonne: trois pilules de nitrate d'argent de 1 centigr.; vin de quinquina. Application de compresses de chloroforme sur les régions douloureuses. On lui recommande d'augmenter le nombre des pilules jusqu'à 5 par jour, au bout de quinze jours, et de continuer cette dose pendant quatre ou cinq semaines.

Le malade se soigne chez lui. Il est impossible de savoir s'il a suivi régulièrement le traitement prescrit. Toujours est-il qu'au bout de deux mois il n'existait aucune amélioration.

OBS. CLII. — *Gastralgie extrêmement violente comme symptôme principal d'un tabes dorsalis. — Vérification à l'autopsie du diagnostic porté pendant la vie.*

La nommée J..., Emilie, âgée de 32 ans, lingère.

Entrée le 27 février 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 14.

Renseignements. — Son père est bien portant et vigoureusement constitué. Sa mère est assez robuste, mais elle aurait eu fréquemment des attaques de nerfs. La malade se rappelle avoir vu sa mère étendue à terre, se débattant, tordant ses membres et l'écume à la bouche.

Dans son enfance, la malade ne se souvient pas d'avoir été malade. Étant jeune fille, elle était très-nerveuse et facilement portée, presque sans transition et sans cause, du rire aux larmes, et *vice versa*. Elle a fait une fausse couche il y a huit ans.

Il y a trois ans et demi, étant en bonne santé, sans indisposition aucune les jours précédents, elle fut prise de vomissements répétés; elle rendit d'abord les aliments de la veille, puis de la bile.

Ces vomissements, accompagnés de douleurs épigastriques très-vives, durèrent trois jours, presque sans interruption. Au bout de ce temps, ils se calmèrent un peu, en laissant ainsi des intervalles de repos à la malade. Elle resta encore trois mois avec des crises et des vomissements alimentaires ou bilieux, se renouvelant de huit à quinze fois par jour environ.

Pendant la même période de temps, elle éprouva une céphalalgie fréquente, de médiocre intensité, douleurs très-vives dans les membres inférieurs. Ces douleurs, au dire de la malade, étaient continues, avec exacerbations; elle les compare à la souffrance qu'occasionneraient des couteaux enfoncés dans la chair.

A cette période de souffrance succéda une complète rémission d'une durée de trois mois. Au bout de ce temps, alors que la malade avait presque entièrement oublié ses maux passés, elle fut prise, aussi brusquement que la première fois, des mêmes symptômes de vomissements et de douleurs.

Cette récidive date de trois ans.

Cessation de la menstruation à 30 ans.

Depuis trois ans, la malade éprouve les phénomènes précités, avec des alternatives de mieux et de plus mal. Son caractère a subi de profondes modifications; elle a d'ailleurs éprouvé de grands chagrins. Elle aurait eu, à certains moments, l'idée de suicide. Son sommeil, quoiqu'elle n'ait pas fait d'excès alcooliques, est troublé par des hallucinations; dans la nuit, elle voit des bêtes informes, des serpents, des ennemis qui se la disputent comme une proie. Elle a maigri beaucoup.

La malade a eu, plusieurs fois, de la diplopie; elle voyait double, en effet, surtout au début de sa maladie. Ce phénomène, d'abord transitoire, s'est bientôt établi en permanence. Chute des paupières, qui dura assez longtemps; strabisme, qu'on lui fit remarquer à deux ou trois reprises; sa vue, de temps à autre, et pendant un instant seulement, était obscurcie comme par des nuages.

Crampes douloureuses, assez fréquentes, d'une durée d'un quart d'heure à une heure, dans les muscles des membres inférieurs.

Alternatives de constipation et de débâcle. Jamais de relâchement involontaire des sphincters.

La malade s'est mise à la diète lactée depuis trois semaines; ses vomissements sont presque arrêtés.

D'ailleurs ses attaques gastralgiques, toujours très-violentes, se sont reproduites depuis trois ans, à des intervalles variés. Il était rare toutefois qu'il y eût plus de quinze jours entre deux attaques consécutives. Leur durée