

*l'arrêt de développement n'y a aucune part.* La maladie dure quelques semaines; on peut lui voir prendre l'allure progressive du type Aran Duchenne. La mort résulte, exceptionnellement, soit du syndrome infectieux initial, soit de la paralysie du diaphragme.

**III. Poliomyélite antérieure subaiguë.** — Le début survient en pleine santé, par de la courbature et du malaise, puis la paralysie frappe une jambe ou les deux, parfois les quatre membres et le tronc; en même temps, les muscles, présentant des secousses fibrillaires et la réaction de dégénérescence, s'atrophient. Les réflexes tendineux sont abolis; la sensibilité et les sphincters sont intacts; les membres paralysés sont froids et cyanosés. Aux membres supérieurs, l'atrophie, moins rapide, est presque toujours incomplète. Rarement, on observe le début par les membres supérieurs et une marche descendante rapide. Les formes hémiplégiques ou croisées sont exceptionnelles; il en est de même de l'atteinte des noyaux bulbaires. Des rémissions de plusieurs années s'observent. La paralysie des muscles du cou, du tronc et de la respiration, peut entraîner la mort. Une grande amélioration ou même la guérison complète sont également possibles.

Sous le nom de *paralysie générale spinale à marche rapide et curable*, Landouzy et Déjerine décrivent une forme spéciale qui, en 15 jours ou un mois, frappe de paralysie tous les muscles du corps, sauf ceux de la face, commençant par les membres supérieurs. Complète, la paralysie est flasque; l'atrophie musculaire, massive; les réflexes sont abolis; sauf quelques fourmillements et l'altération du sens stéréognostique, la sensibilité subsiste. La paralysie disparaît complètement après quelques semaines.

#### X. — SYPHILIS MÉDULLAIRE

Les formes cliniques en sont aussi variées que les formes anatomiques.

**I. Paraplégie syphilitique.** — C'est la forme la plus commune (70 pour 100 des cas).

**Forme commune.** — Le premier phénomène morbide est la douleur, la paralysie ou les troubles sphinctériens. Les paralysies apparaissent, soit au bout de quelques heures ou de 4 à 8 jours, soit après des semaines ou des mois. Les *prodromes* (période méningée) consistent en *rachialgie*, surtout *nocturne*, dorsale, lombaire ou sacrée, irradiée autour de l'abdomen (*douleurs en ceinture*), vers les flancs, les membres; associée quelquefois à des vertiges, des vomissements, de la torpeur; en *fourmillements*, *engourdissements*, tiraillements, et en *rétenion d'urine* ou gêne de la miction.

Annoncée par de la lourdeur, de la fatigue, la *paralysie* s'affirme progressivement en plusieurs jours ou semaines. Le début apoplectiforme est plus rare. Complète ou incomplète, la paraplégie affecte divers modes, tantôt flasque (réflexes abolis), tantôt spasmodique (réflexes exagérés), avec ou sans contractures, accompagnée parfois d'incoordination, d'atrophie musculaire,

presque toujours de troubles sphinctériens, du signe de Romberg, de phénomènes douloureux, plus rarement d'anesthésie ou d'hyperesthésie, de priapisme ou d'impuissance. Les parties paralysées sont quelquefois œdémateuses et cyanosées. Des escarres larges et rapides, se forment dans les cas graves.

**Formes cliniques.** — La paraplégie syphilitique offre une curabilité absolue ou relative; elle est rebelle dans 14 pour 100 des cas.

**Paraplégie syphilitique aiguë.** — Généralement précoce, cette forme présente un début douloureux ou paralytique, graduel ou apoplectiforme; c'est une paraplégie complète, flasque; les réflexes sont abolis, la sensibilité et les sphincters très atteints, les escarres multiples et profondes; on constate surtout de la thermo-anesthésie et souvent des paresthésies; l'évolution est, soit suraiguë (2 à 19 jours), soit aiguë (30 à 40 jours), ou subaiguë (2 à 9 mois). Les malades succombent à une infection secondaire ou au marasme.

**Paraplégie syphilitique curable.** — Après des prodromes douloureux ou non, le début est brusque ou progressif; la paraplégie, plus souvent incomplète, est plutôt flasque que spasmodique; les troubles sensitifs et sphinctériens sont constants, les troubles génitaux fréquents; les troubles trophiques font défaut. Les effets du traitement sont rapides (semaines ou mois), plus ou moins complets; les complications cérébrales, les récidives (fréquentes) sont également curables.

**Paraplégie syphilitique chronique incurable.** — Cette forme est chronique d'emblée, ou fait suite à une poussée aiguë. Durant une première période, s'installe progressivement une paraplégie flasque, avec affaiblissement ou abolition des réflexes; la motilité revient ensuite plus ou moins, accompagnée d'état spasmodique, puis de contractures; les réflexes tendineux sont très exagérés; les jambes sont étendues l'une contre l'autre, les pieds en équin; on peut constater le clonus du pied; les sphincters sont généralement pris; l'anesthésie ou l'hyperesthésie existent à divers degrés; les escarres sont fréquentes; l'atrophie musculaire est peu marquée et inconstante. Les malades finissent par être confinés au lit, mais, la survie est très longue, quelquefois abrégée par l'infection des voies urinaires ou des escarres, ou par une maladie intercurrente (broncho-pneumonie, tuberculose). La *paraplégie spinale syphilitique de Erb* représente une forme atténuée. D'abord flasque, elle devient ensuite spasmodique, avec exagération des réflexes, mais sans contracture; la démarche est spasmodique; les troubles sensitifs sont légers; la miction est plus ou moins gênée; il n'y a pas de troubles trophiques. On constate une tendance à l'amélioration; la survie est longue. La syphilis peut encore reproduire fidèlement le syndrome du *tabes spasmodique* sans troubles sensitifs, ni urinaires.

**Syndrome de Brown-Séquard.** — La syphilis médullaire est capable de créer un syndrome de Brown-Séquard, simple ou double, plus ou moins complètement curable, laissant quelquefois un peu de raideur et quelques troubles sensitifs.

**Méningo-myélite envahissante.** — Elle est généralement précoce, quoique les prodromes puissent durer des jours et des mois; puis la paralysie débute par les membres inférieurs, pour envahir ensuite dans sa marche

ascendante, les membres supérieurs, et, dans les cas graves, le bulbe. On peut voir les quatre membres pris ensemble, ou les membres supérieurs, puis les inférieurs et le bulbe. Les réflexes, sont variables, parfois abolis; les douleurs, les troubles sphinctériens sont constants. La mort, par accidents bulbares, est fréquente; mais un traitement prolongé peut amener la guérison.

**Forme amyotrophique.** — Des paralysies oculaires ou des phénomènes douloureux (méningo-spinaux) ouvrent la scène, puis se développe une amyotrophie progressive rappelant le type Aran-Duchenne, par son début sur les petits muscles des mains et des pieds, par les contractions fibrillaires, les crampes, la réaction de dégénérescence, mais en différant par ce fait que la parésie semble précéder l'atrophie.

**II. Syphilis cérébro-spinale.** — Ici des phénomènes cérébraux sont plus ou moins associés aux phénomènes spinaux.

**Forme méningitique.** — Une céphalée violente apparaît d'abord, puis se constitue le syndrome de la *pachyméningite cervicale*: raideur douloureuse de la nuque; douleurs dans les épaules, les membres supérieurs, les espaces intercostaux, présentant des paroxysmes nocturnes; hyperesthésie. En même temps, ou plus tard se montrent des *troubles cérébraux*: ictus, troubles de la parole ou de la mémoire, troubles oculaires; des *troubles bulbares*: dyspnée, toux, vomissements. Ensuite se déclare une paralysie des quatre membres avec exagération des réflexes, et souvent une atrophie musculaire des membres supérieurs surtout (éminence thénar et hypothénar, avant-bras), curable par le traitement spécifique. Dans des cas, plus rares, la syphilis peut réaliser le tableau de la méningite cérébro-spinale aiguë fébrile<sup>(1)</sup>.

**Paraplégie et symptômes cérébraux associés.** — Dans ces cas, la syphilis cérébrale (hémiplegie) vient compliquer une paraplégie ou inversement.

**Formes disséminées.** — Elles compliquent d'une façon précoce les syphilis malignes. Le début est marqué par une céphalée extrême, de vives douleurs dans la nuque, le dos et les bras, des vertiges, de la diplopie. On constate: la titubation, le signe de Romberg, l'exagération des réflexes, l'inégalité pupillaire. En certains cas, un tremblement intentionnel et le nystagmus peuvent simuler la sclérose en plaques.

**Pseudo-tabes syphilitique.** — Ces cas sont assez disparates. On observe: soit une méningo-myélite avec un ou plusieurs symptômes tabétiques, mais avec exagération du réflexe rotulien et démarche spasmodique; soit un syndrome tabétique durable, ou faisant place, après un certain temps, à la paralysie spasmodique.

**Diagnostic.** — La syphilis médullaire n'offrant aucun signe typique, la notion d'une syphilis antérieure ou actuelle (accidents secondaires en activité), l'efficacité de la médication spécifique, permettent seuls d'être affirmatif.

**III. Syphilis héréditaire de la moelle.** — L'hérédo-syphilis frappe rarement la moelle sans le cerveau.

(1) DEBOVE, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 15 septembre 1901.

**Forme cérébro-spinale.** — On trouve associés dans cette forme: des troubles intellectuels, des crises épileptiformes, la paralysie faciale, des paralysies ou des contractures des membres; en résumé des formes multiples et variables.

**Forme cervicale supérieure.** — Précoce ou tardive, cette forme débute par des engourdissements, des douleurs faisant place ensuite à la paralysie des quatre membres ou des membres supérieurs seuls; les réflexes sont exagérés ou la contracture se montre; les escarres, les troubles sphinctériens sont inconstants; la raideur de la nuque est fréquente; on constate souvent des symptômes bulbares: vertiges, dysarthrie, vomissements. Les accidents sont curables.

**Forme dorso-lombaire.** — Identique à la forme similaire acquise, elle relève toujours de l'hérédo-syphilis tardive.

**Forme amyotrophique.** — Elle consiste en monoplégies ou paralysies disséminées, avec atrophie musculaire.

**Tabes hérédosyphilitique.** — Selon Fournier, le tabes vrai pourrait avoir pour origine la syphilis héréditaire.

#### XI. — TABES DORSALIS

**Signes étiologiques.** — La syphilis semble avoir dans le développement du tabes, une part prépondérante sinon exclusive. Le tabes débute entre 25 et 40 ans, 6 à 15 ans après le chancre; bien plus commun chez l'homme que chez la femme, il est favorisé, quelquefois par le neuro-arthritisme héréditaire, par le surmenage nerveux ou le traumatisme vertébral.

**Ataxie.** — L'ataxie, signe primordial du tabes confirmé, est plus marquée aux membres inférieurs, au tronc, accrue par l'occlusion des yeux, l'émotion, la fatigue, atténuée par l'attention et le contrôle de la vue.

Elle se révèle d'abord dans la marche; le sujet pose le pied en frappant brusquement du talon (il *talonne*); ou bien, il festonne, titube, fauche. L'incoordination se trahit dans quelques épreuves classiques.

1° Si, au malade assis, on ordonne de se lever et de marcher aussitôt, il oscille en se levant, hésite dans la direction et piétine;

2° Si on interrompt sa marche en commandant *halte*, l'arrêt est hésitant et titubant;

3° De même, le demi-tour au commandement est indécis, embarrassé, le croisement des pieds rend la chute imminente.

4° **Signe de l'escalier.** — Sur un escalier, le sujet montre de la lenteur et de l'hésitation, surtout dans la descente.

5° **Signe de Romberg.** — Le sujet est incapable de rester debout les talons joints, s'il ferme les yeux ou les lève en l'air, sous peine de chute.

6° **Cloche-pied.** — Il ne peut absolument pas se tenir sur une seule jambe, même les yeux ouverts. La marche et la station dans l'obscurité sont de même impossibles.

7° **Dérobement des jambes.** — Debout ou en marche, le sujet sent

brusquement ses jambes fléchir sous lui et tombe, ou ne se tient que grâce à un violent effort.

**Démarche.** — Elle est typique à une phase avancée; écartées, les jambes sont lancées comme celles d'un pantin et retombent lourdement, le corps est penché en avant, le regard fixé sur les pieds; la marche, devenue un acte voulu, n'est plus possible que grâce à une attention continue.

A la période terminale, le malade, incapable de se tenir et de marcher, est confiné au lit.

**Ataxie des membres inférieurs.** — Le malade étant couché, si étendant la main au-dessus du lit, on l'invite à la toucher du pied, celui-ci ne l'atteint que très difficilement et au prix de détours capricieux et saccadés. Le sujet ne parvient pas non plus à porter le pied sur le cou-de-pied ou sur le genou du membre opposé.

**Ataxie du tronc.** — Le malade debout ne peut incliner le corps en avant ni le redresser au commandement, qu'avec des oscillations ou de brusques saccades; il en est de même si, étant assis, on le prie de ramasser un objet devant lui ou sur le côté.

**Ataxie des membres supérieurs.** — Généralement tardive, elle n'est précoce que dans le tabes cervical; dans les métiers délicats, les mouvements professionnels sont les premiers atteints. On note de la difficulté : à porter, sans oscillations, l'index au bout du nez; à porter un verre à la bouche et à l'y

maintenir; à ramasser une allumette, une aiguille; à boutonner un vêtement. L'écriture est irrégulière, inégale, tremblée.

**Ataxie de la face, de la tête et du cou.** — Bien plus rare, elle se traduit par des mouvements irréguliers et saccadés de la tête dans les changements d'attitude du corps; par des grimaces dans la mimique et la parole, analogues à celles de la chorée.

**Hypotonie musculaire.** — Les muscles, mous et lâches, laissent aux extrémités et aux jointures une mobilité anormale. Le talon touche ainsi aisément la face postérieure de la cuisse par flexion forcée du genou; de même, les cuisses peuvent être écartées jusqu'à former l'angle droit avec l'axe du corps.

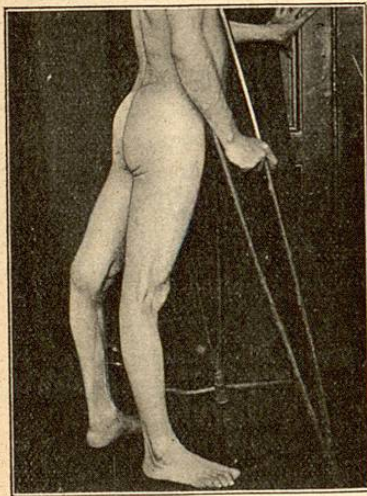


FIG. 85. — Genu recurvatum bilatéral. (P. Marie.)

Sur le sujet debout, on note une tendance à la subluxation du genou en arrière (*genu recurvatum*). De légères lésions des jointures s'associent probablement à l'hypotonie.

**Atrophie musculaire.** — L'atrophie musculaire, observée dans 1/5

des cas environ, frappe plutôt les extrémités, celles des membres inférieurs d'abord (muscles des pieds, de la région antéro-externe de la jambe); elle est l'origine du *pied bot tabétique* ou pied bot atonique par flaccidité, et des attitudes vicieuses des orteils.

Au membre supérieur, l'atrophie porte sur les éminences thénar et hypothénar, les interosseux et les muscles épitrochléens. Les muscles de la racine des membres ne sont atteints que très tardivement. Le début par les muscles scapulo-huméraux est exceptionnel. On ne note ni contractions fibrillaires, ni réaction de dégénérescence; la parésie est directement proportionnelle à l'atrophie. Généralement tardive et toujours lente, l'atrophie musculaire est rare à la période préataxique.

**Tabes amyotrophique.** — Cette forme spéciale est caractérisée par une amyotrophie diffuse et rapide, aboutissant à la paralysie et à une cachexie mortelle; le tabes n'est décelé que par le signe d'Argyll-Robertson. L'atrophie peut encore tenir à une myélopathie associée : poliomyélite ou syringomyélie.

**Atrophies musculaires bulbaires.** — L'hémiatrophie linguale accompagnée de contractions fibrillaires et de réaction de dégénérescence est fréquente, sans grand trouble fonctionnel.

**Paralysies.** — **Paralysies laryngées.** — Inconstantes, les crises laryngées s'observent à toutes les périodes du tabes. Complètes ou incomplètes, uni- ou bilatérales, les paralysies frappent les *dilatateurs* plus souvent que les *constricteurs* de la glotte. La paralysie des dilatateurs provoque le cornage et une dyspnée qui peut rendre la trachéotomie urgente; la paralysie des constricteurs se traduit par la voix bitonale. Les *crises laryngées* consistent soit en quintes de toux coqueluchoïde que juge une expectoration visqueuse, soit en accès de suffocation avec tirage, cyanose et aphonie, quelquefois en spasme glottique avec perte de connaissance suivie ou non de vertige et de crise épileptiforme (*ictus laryngé*). La crise laryngée peut être annoncée par de la dyspnée d'effort, une voix bitonale ou de la brûlure au-devant du larynx.

**Paralysies oculaires.** — Les unes sont constantes, les autres inconstantes.

**Signes constants.** — Les pupilles sont soit également, soit inégalement rétrécies (*myosis*) ou dilatées (*mydriase*). Elles réagissent à la convergence et à l'accommodation, mais ne réagissent plus à la lumière (*signe d'Argyll-Robertson*); au début du tabes, ce signe peut être incomplet (paresse à la

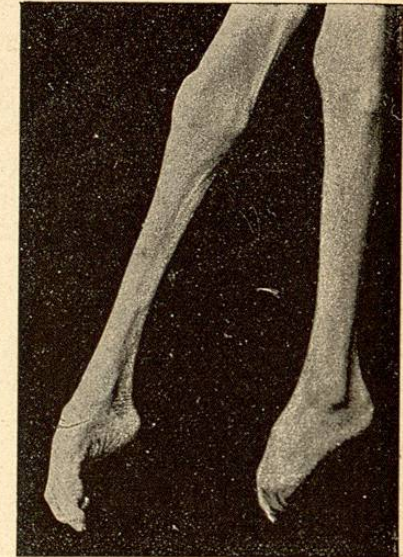


FIG. 86. — Femme atteinte de pied bot tabétique (Joffroy). (Collection Charcot.)

lumière) ou intermittent; le réflexe pupillaire à la douleur est également aboli.

**Muscles des yeux.** — Ils sont le siège : 1° de *paralysies précoces*, dissociées selon toutes les combinaisons possibles et généralement passagères (quelques semaines ou mois); 2° de *paralysies tardives* généralement définitives.

**Paralysie faciale.** — On constate quelquefois la paralysie faciale soit périphérique, soit prédominante sur le facial inférieur.

**Paralysie bulbaire.** — On peut observer une paralysie double du facial inférieur, de la langue et des masticateurs (*syndrome labio-glossolaryngé*).

**Hémiplégie et paraplégie.** — M. Debove a décrit les *hémiplégies tabétiques* (1). A. Fournier a signalé la *paraplégie précoce du tabes*. Ces paralysies sont, d'habitude, légères et fugaces.

**Réflexes.** — Le *réflexe patellaire est aboli* (signe de Westphal constant), seulement affaibli au début, rarement d'un seul côté, plus souvent des deux; en cas d'hémiplégie, le réflexe se réveille du côté paralysé.

Le *réflexe du tendon d'Achille* est en général affaibli ou aboli.

Le *réflexe des radiaux*, le *réflexe olécranien* sont abolis plus tardivement.

On constate en outre des troubles ou une tendance à la disparition des réflexes : *plantaire, crémastérien, bulbo-caverneux, abdominal, pharyngé, massétérin*, etc.

**Troubles sensitifs. — Sensibilité subjective.** — Les malades accusent : des sensations de *courbature*, de fatigue, de brûlure (à la plante du pied et sur le bord cubital de la main), de crampes; des *douleurs lancinantes* parcourant les membres de haut en bas, et surtout des *douleurs fulgurantes*, comparées à de fortes décharges électriques dans la profondeur des membres, symétriques, à sièges fixes, accompagnées de crampes, de contractures, de secousses musculaires, suivies de courbature très pénible et même parfois de paraplégie flasque (par inhibition). Généralement précoces, exaspérées par le séjour au lit, ces douleurs, très capricieuses, sont tantôt passagères, par crises, tantôt tenaces; elles apparaissent spontanément et ne sont influencées ni par le toucher, ni par la pression. Les douleurs lancinantes suivent la face interne des cuisses, des bras, des avant-bras, du petit doigt et de l'annulaire. Les sujets accusent encore : des *douleurs térébrantes, en clou*, des sensations de morsure; des *douleurs constrictives en étou, en brodequin, en jarretière, en bracelet, en ceinture* (sur le tronc), comparaisons qui indiquent leurs sièges; des sensations de poids sur la région précordiale, l'épigastre (crises gastriques). À la tête, les douleurs (névralgie du trijumeau, tic douloureux) sont rares et tardives, sauf dans le *tabes cervical*.

**Crises viscérales. — Crises gastriques.** — Elles consistent en une violente gastralgie à début brusque, irradiant vers les aines, les flancs, le dos, provoquant : une intolérance gastrique plus ou moins absolue; de l'hypersecretion et de l'hyperchlorhydrie; des vomissements alimentaires, muqueux,

(1) Progrès méd., 1881.

bilieux, ou même sanglants; du hoquet et souvent des efforts de vomissement à vide, extrêmement pénibles. Parfois s'y associent : de la dyspnée, de la tachycardie, des syncopes, des crampes et du collapsus. Les crises gastriques durent de deux à quinze jours ou plus et cessent brusquement. Souvent pré-ataxiques, elles sont parfois périodiques (menstruelles chez la femme), influencées ou non par le régime (dyspepsie, médicaments) et par les variations atmosphériques. En certains cas, les vomissements sont indolents. L'hyperchlorhydrie n'a du reste rien de constant. On a vu les crises gastriques coïncider avec l'ictus laryngé et le syndrome angineux (*tabes bulbaire*) (1).

**Crises entéralgiques.** — Ce sont des coliques très douloureuses accompagnées de débâcles diarrhéiques.

**Crises urinaires.** — Elles consistent en douleurs urétrales pendant la miction, en sensations de corps étranger (de l'urètre, de la vessie, du col vésical).

Les *crises testiculaires* se traduisent par des douleurs dans les bourses et le long du cordon. Les *crises néphrétiques* simulent les coliques néphrétiques.

**Sensibilité objective. — A distribution radiculaire,** les anesthésies (semblant dues comme à la section ou à la compression des racines postérieures) occupent surtout : la face interne des cuisses et des jambes, le talon et la plante du pied, les mamelles, la face postérieure de l'épaule et de la fesse; la face interne du bras et de l'avant-bras; le petit doigt et l'annulaire; les joues et la région sus-orbitaire. Quelquefois très précoces, les anesthésies ont une grande valeur diagnostique. À la période ataxique, l'*anesthésie des pieds* (plante et dos du pied) est presque toujours très nette. L'*anesthésie du trijumeau* entraîne : celle de la cornée, de la conjonctive, de la peau des paupières, des globes oculaires; l'abolition du réflexe conjonctival. Il arrive que les zones d'anesthésie douloureuse ou thermique soient plus étendues que celles d'anesthésie tactile. On peut encore observer une *hyperesthésie* très étendue, rendant insupportable le contact des vêtements. L'*anesthésie segmentaire* indique l'*hystérie associée* au tabes. L'analgésie est la première en date, puis vient l'anesthésie tactile et finalement la thermo-anesthésie.

Les *paresthésies* : erreurs de localisation ou de nature, retard des sensations tactiles ou douloureuses (piqûres), sont très fréquentes.

**Sensibilité profonde.** — La sensibilité du tissu cellulaire, des aponévroses, des tendons, des troncs nerveux, des os, des articulations, est émoussée dans le tabes; ce qui, sans doute, rend compte de la perte du *sens dit musculaire* composé de notions multiples : 1° *notion de position des membres* (pour l'apprécier, le sujet ayant les yeux fermés, on place l'un de ses membres dans une attitude donnée et on l'invite soit à la définir, soit à la reproduire avec le membre symétrique); 2° *notion du mouvement actif* (on l'apprécie en explorant les sensations éveillées par la contraction électro-musculaire); 3° *notion de résistance* (quand elle est perdue, le sujet ne distingue plus la

(1) DEBOVE, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 28 mars 1901.

différence de poids posés dans sa main ou suspendus à un membre). La sensibilité des os superficiels (tibia) aux vibrations d'un diapason posé sur eux est abolie dans le *tabes*.

Le sens *stéréognostique* est souvent aboli.

La *sensibilité des troncs nerveux*, appréciée en comprimant le cubital ou le sciatique poplité externe, est généralement émoussée.

La sensation de fatigue est parfois aussi abolie.

**Sensibilité viscérale.** — On constate fréquemment : l'anesthésie plus ou moins complète du *testicule* à la pression, de la *verge*, du *scrotum*, accompagnée ou non d'*impuissance* ou d'*atrophie testiculaire*.

La sensibilité de la *vessie* à la distension disparaît souvent, d'où la perte du besoin d'uriner, passagère d'abord, puis permanente.

La pression du *sein*, de la *trachée*, de l'*épigastre* peut ne plus éveiller de sensation douloureuse.



FIG. 87. — Double arthropathie tabétique du genou. (D'après Glorieux et Van Gehuchten.)

**Ouïe.** — Ce sens est tantôt *irrité* (bourdonnements, sifflements, vertiges), tantôt *paralysé* (diminution de l'ouïe, puis surdité incurable d'origine labyrinthique entraînant des troubles de l'équilibre). Le *signe de Romberg* est quelquefois d'origine labyrinthique.

**Goût.** — **Odorat.** — Les sensations gustatives et olfactives sont parfois

#### Troubles sensoriels. — Vision.

On peut observer l'affaiblissement progressif, puis l'abolition (en trois, sept ou huit ans) de l'acuité visuelle (*amblyopie*, *amaurose*). Le champ visuel subit des rétrécissements, de formes diverses (en général ni scotome, ni hémianopsie). Les tabétiques perdent successivement la perception du vert, du rouge et, bien plus tard, du bleu (*dyschromatopsie*). À l'*ophtalmoscope* on constate une décoloration entourant d'abord la papille qui n'est pas excavée.

**Ouïe.** — Ce sens est tantôt *irrité* (bourdonnements, sifflements, vertiges), tantôt *para-*

perverties, exagérées ou émoussées, finalement abolies, surtout dans le *tabes céphalique*.

**Troubles trophiques. — Arthropathies.** — Plus souvent précoces, les arthropathies, précédées par des crises de douleurs fulgurantes ou rhumatoïdes, se révèlent quelquefois uniquement par de la faiblesse, des craquements articulaires ou un œdème dur (sans godet) péri-articulaire. On en distingue une *forme aiguë*, avec épanchement abondant, mais sans rougeur ni douleur, et une *forme chronique*. Celle-ci est tantôt *atrophique*, usant alors les têtes osseuses et les épiphyses, relâchant les ligaments (surtout à la hanche et à l'épaule) et produisant ainsi des subluxations ou des luxations; tantôt *hypertrophique* (au genou et au coude), formant des ostéophytes et des bourrelets osseux, comme dans le rhumatisme déformant. Dans les deux types, on constate : l'atrophie des muscles qui entourent la jointure malade; l'amplitude extrême des mouvements passifs imprimés à l'articulation; des craquements produisant la sensation dite de *sac de noix*. Les arthropathies frappent d'habitude : le genou, la hanche, l'épaule, moins souvent le pied ou le coude.



FIG. 88. — Arthropathie tabétique récente de l'épaule. (Collection Charcot.)

**Fractures spontanées.** — Habituellement pré-ataxiques, ces fractures, dues à une ostéite raréfiante, surviennent sans motif ou sont occasionnées par un traumatisme insignifiant. Indolentes, sans ecchymose ni crépitation, plus fréquentes aux membres inférieurs, elles se consolident vite, souvent avec un cal exubérant.

**Pied tabétique.** — Produit de lésions articulaires, ligamenteuses et osseuses, le *pied tabétique* répond à deux types. Dans le premier, la voûte plantaire est effondrée et la tête du 1<sup>er</sup> métatarsien fait saillie en dedans; dans le second la voûte résiste, mais le calcaneum fait sur le dos du pied une saillie exagérée.

**Mal perforant.** — Habituellement précoce, il occupe soit la face plantaire ou dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne du *gros orteil*, soit la face plantaire de la 5<sup>e</sup> articulation métatarso-phalangienne. Il commence par un durillon qui peut être très sensible; une ulcération le remplace qui atteint les ligaments et les os (nécrose). La cicatrisation est possible par le repos.

**Ulcérations trophiques.** — Comparables au mal perforant, ces ulcérations attaquent les muqueuses nasale, palatine, buccale (*mal perforant buccal*). Un trouble analogue entraîne : la *chute des dents* souvent indolore, suivie de

la résorption du bord alvéolaire; la chute des ongles; la rupture spontanée des tendons (tendon d'Achille); diverses dermatoses; des gangrènes spontanées.

**Troubles viscéraux. — Troubles urinaires. — 1° Sécrétions. —** On observe parfois des crises de polyurie, d'hyperchlorurie, de glycosurie (dues à la syphilis ou à un diabète concomitant).

**2° Miction. —** Souvent pré-ataxiques, ces troubles sont variés : *besoins impérieux* suivis de jet immédiat ou retardé; *écoulement inconscient des dernières gouttes* (faux urinaires). Ces accidents sont fugaces et capricieux. On observe aussi : une *rétention complète* exigeant le cathétérisme pendant des semaines ou des mois; une *incontinence vraie* plus tardive, intermittente, nocturne seulement, ou également diurne.

**Troubles de la défécation. —** De cet ordre sont le *ténésme anal* ou la *sensation de corps étrangers dans le rectum*. La constipation et l'incontinence sont plus rares et plus tardives.

**Troubles génitaux. —** A la phase pré-ataxique appartiennent : les douleurs, l'*hyperesthésie des bourses et des testicules*; l'*excitation génitale*, l'éjaculation prématurée. A une phase plus tardive se constitue l'*impuissance* (avec ou sans atrophie testiculaire), associée à l'anesthésie des bourses, des testicules, de la verge, à l'abolition des réflexes bulbo-caverneux et crémasterien.

De même chez la femme, à des crises d'érection clitoridienne, à des crises douloureuses vulvo-vaginales, succèdent l'impuissance et l'anesthésie.

**Troubles cardiaques, circulatoires, respiratoires et vaso-moteurs. —** Les *palpitations*, la *tachycardie* (névrite du pneumogastrique), l'*angine de poitrine* (lésions de l'aorte ou du pneumogastrique), le *syndrome de Basedow* (surajouté ou dû aux lésions tabétiques du Bulbe) ne sont pas exceptionnels chez les ataxiques. L'*insuffisance aortique* est commune chez eux, peut-être d'origine syphilitique. La rougeur brusque de la face, le dermatographisme, les flux séreux tels que gastrorrhée, entérorrhée, sialorrhée, épiphora, traduisent le désordre des fonctions vaso-motrices.

**Évolution du tabes. —** Le tabes passe par les trois phases classiques : *pré-ataxique*, *ataxique* et *paralytique*, mais à travers mille variantes. Les troubles les plus précoces sont : le *signe d'Argyll Robertson*, le *signe de Westphal*, les *douleurs fulgurantes*, les *troubles sensitifs radiculaires*, les *troubles oculaires et génitaux*. A part de rares formes rapides, la marche est très lente, traversée de rémissions, d'exacerbations. Les causes de la mort sont multiples : cachexie nerveuse, tuberculose pulmonaire, pyélonéphrite, syncope, accidents bulbaires ou accidents syphilitiques (lésions cardio-artérielles, apoplexie, paralysie générale).

**Formes. — Tabes juvénile. —** Dû surtout à l'hérédosyphilis, il éclate avant 20 ans. On a vu des cas à 7 et même à 5 ans. L'ataxie y est tardive.

**Tabes tardif. —** Quelquefois consécutif à une contamination syphilitique tardive, il débute après 50 ans.

**Tabes rapide. —** La marche peut être rapide d'emblée, suivant le type

classique, ou suivant une forme où prédomine soit la paralysie, soit l'amyotrophie. En d'autres cas, l'évolution, d'abord lente, s'accélère subitement.

**Tabes lent. —** Dans ces cas, le syndrome est longtemps réduit à quelques symptômes pré-ataxiques.

**Tabes arrêté par la cécité. —** Le tabes compliqué d'atrophie du nerf optique n'arrive jamais à la phase ataxique; si celle-ci est commencée, ses signes rétrocedent quand apparaît l'atrophie optique.

**Tabes du cône terminal. —** Cette forme se caractérise par : l'incontinence des urines et des fèces; l'anesthésie du rectum, du périnée, de la vulve; l'intégrité fréquente ou l'exagération des réflexes patellaire ou achilléen; le tout associé au signe d'Argyll Robertson.

**Tabes cervical. —** Débutant par les membres supérieurs ou la tête, il affecte une évolution descendante. La fréquence des accidents bulbaires en fait une forme grave.

**Tabes associé. —** Le tabes peut être associé soit à l'*hystérie* (chez la femme), soit à la *syringo-myélie*, soit à la *paralysie générale* qui offre la même origine que lui (la syphilis), l'un et l'autre n'étant peut-être que deux formes d'un même processus. Habituellement, la paralysie générale est plutôt postérieure qu'antérieure au tabes. Tel ou tel syndrome prédomine, l'autre restant plus ou moins fruste.

**Diagnostic. — Signes essentiels. —** Ce sont ceux sur l'existence desquels reposera surtout le diagnostic. Tels sont : le signe d'Argyll Robertson, le signe de Westphal, les troubles sensitifs, les douleurs fulgurantes, le signe de Romberg, l'ataxie. L'un ou l'autre de ces symptômes est constaté isolément ou en même temps qu'un syndrome de premier plan : crises gastriques, crises laryngées, etc.

Le tabes demande à être distingué : des *pseudo-tabes toxiques, toxi-infectieux* (voy. *Névrites*) ou *diabétique*; de la *maladie de Friedreich* (voy. ce chapitre); de l'*ataxie cérébelleuse* (voy. *Maladies du Cervelet*); de l'*astasié-abasie*, de la *neurasthénie*. On saura dépister l'hystérie associée.

## XII. — MALADIE DE FRIEDREICH

Maladie souvent familiale ou rattachable à l'hérédité nerveuse, cette affection débute de 14 à 16 ans ou de 18 à 25, par de la faiblesse et de l'incoordination des membres inférieurs associées à des troubles de la station.

**Troubles de la station. —** Debout, les jambes plient, la tête et le tronc oscillent en divers sens, le sujet piétine, à la recherche d'un équilibre qu'il perd finalement pour tomber. Le *signe de Romberg* n'est pas constant.

**Troubles de la marche. —** Levés avec hésitation et brusquerie les pieds sont lancés en dedans ou en dehors, puis retombent violemment du talon ou de la pointe; les jambes s'entrecroisent souvent; la direction, incertaine, décrit des festons; les bras sont écartés du tronc, la tête est penchée en avant. Finalement, la marche devient impossible.