

Gilles de la Tourette n'a jamais vu survenir d'accidents sérieux sur un total de plus de 10 000 suspensions pratiquées à la Salpêtrière; il a seulement constaté quelques cas de syncope passagère, deux cas de paralysie radiale par compression. Cependant, on a constaté des cas de mort par syncope ou par hémorragie cérébrale, des paraplégies, des rétentions d'urine, etc. : aussi ne devra-t-on pas suspendre les personnes atteintes d'artério-sclérose, d'obésité ou d'affection cardiaque, d'emphysème, d'anémie prononcée avec tendances aux lipothymies, de tuberculose pulmonaire (la suspension pouvant provoquer l'hémoptysie), les tabétiques ayant eu des attaques apoplectiques ou épileptiformes ou simplement ceux qui présentent des dents en mauvais état, car la rupture d'une dent peut déterminer la syncope.

Nous ne pouvons décrire ici le manuel opératoire de la suspension; bornons-nous à rappeler que l'on doit s'assurer du parfait fonctionnement de l'appareil, qu'il faut avoir soin de capitonner les aisselles du sujet pour éviter des accidents comme la rupture d'une artériole de la région axillaire et les paralysies par compression d'un membre supérieur.

La plus grande prudence doit être apportée lors des premières séances; on doit procéder graduellement et n'augmenter le temps de suspension que très lentement. La première séance ne doit pas dépasser une demi-minute, et trois minutes constituent le terme moyen de la suspension. Pendant la durée de la séance, on doit tenir l'esprit du malade constamment en éveil; lorsque la suspension est terminée, il faut le descendre lentement, éviter les brusques secousses. En observant ces précautions, on prévient la syncope. Habituellement les séances de suspension ne sont répétées que tous les deux jours. Quant à la durée du traitement, il est impossible de la préciser à l'avance.

L'élongation de la moelle a été proposée par MM. Gilles de la Tourette et Chipault (*Acad. de médecine*, 1897); brutale et dangereuse, cette méthode thérapeutique n'a pas été adoptée.

L'observation d'une hygiène rigoureuse est, pour les tabétiques, une impérieuse nécessité. L'influence de l'hygiène est certes plus appréciable que celle des médications!

Les malades qui mènent une existence paisible ont de grandes chances de pouvoir vivre pendant de longues années sans aggravation notable de leur mal; tous ceux, au contraire, qui se surmènent, brûlent rapidement les étapes pour arriver à la période ultime.

On doit donc défendre aux malades les rapports sexuels, les fatigues musculaires très prolongées, les veillées, les émotions du jeu, l'alimentation trop azotée, l'abus de l'alcool et du tabac, etc. La vie au grand air, à la campagne, en assurant un repos complet, est recommandable à tous égards, lorsque les exigences sociales le permettent. « Vivez donc comme un vieillard! dit Erb aux tabétiques jeunes. Le mieux pour vous, c'est de vivre paisiblement, loin de tout surmenage et de tout excès. »

#### B. — Traitement symptomatique.

En l'absence d'un traitement général du tabes capable de convenir à tous les cas et d'améliorer tous les symptômes, le médecin a pour devoir, chez chaque

malade, de combattre les symptômes prédominants par les moyens qui vont être exposés.

A la période pré-ataxique, ce sont les douleurs fulgurantes, les crises viscérales, les troubles génito-urinaires qui réclament particulièrement l'intervention du médecin.

Contre les douleurs fulgurantes, tous les antalgiques ont été mis à contribution; on a eu recours successivement à la morphine, à l'antipyrine, à l'exalgine, l'acétanilide, la phénacétine, le salol, le salicylate de soude, l'hyosciamine, le chloral, le sulfonal. Les injections de morphine constituent encore, à l'heure actuelle, le meilleur moyen, sinon de supprimer radicalement, du moins d'atténuer les tortures endurées par les malheureux tabétiques. Elles ont un inconvénient presque inévitable, c'est de conduire rapidement les malades à la morphinomanie; le médecin devra faire tous ses efforts pour éviter la juxtaposition de cette seconde maladie à la première, et n'user de la morphine que dans les cas où les souffrances seront réellement intolérables.

En dehors de ces cas, il prescrira l'extract thébain, l'antipyrine, l'acétanilide qui exerce une action incontestable sur les douleurs fulgurantes (Lépine) et que l'on peut donner par prises de 25 à 50 centigrammes sans redouter les accidents de la cyanose, à la condition de ne pas dépasser la dose moyenne de 1 gramme à 1 gr. 50 en vingt-quatre heures et de ne pas en prolonger l'emploi.

On peut encore faire usage contre les douleurs fulgurantes, outre la suspension déjà mentionnée, de toute une série de moyens externes: bains chauds prolongés et douches, pulvérisations d'éther, de chlorure de méthyle, applications de baumes calmants, enfin électrisation et radiothérapie (Raymond et Zimmermann).

Parmi les crises viscérales, les plus fréquentes et les plus douloureuses sont les crises gastriques.

Nous avons indiqué, au chapitre des affections de l'estomac, le traitement, d'ailleurs très précaire, qu'il convient de leur opposer: la diète lactée, les injections de morphine, résumant le traitement.

Le protoxalate de cerium, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 15, répétée trois ou quatre fois par jour, paraît diminuer la fréquence des vomissements (Cache, *Thèse de Paris*, 1898).

On peut encore faire des pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle au creux épigastrique ou appliquer, *loco dolenti*, soit des pointes de feu, soit un vésicatoire (Charcot). On a signalé également, dans quelques cas, l'heureuse influence de la suspension et même celle de la ponction lombaire (Debove).

Dans ces dernières années, on a fait quelques recherches sur le chimisme stomacal des tabétiques atteints de crises gastriques. S'appuyant sur la constatation faite à plusieurs reprises (Sahli, Soupault, Lyon, etc.) de l'hyperchlorhydrie chez ces malades, on a employé la médication alcaline intensive, c'est-à-dire le bicarbonate de soude à hautes doses (plusieurs cuillerées à café par jour). En ce qui concerne l'état gastrique habituel des tabétiques, des recherches de contrôle ont montré que l'hyperchlorhydrie était l'exception et que l'état gastrique habituel est l'hypo-pepsie (Babon, *Thèse de Paris*, 1896). Il n'en est pas moins vrai, ainsi que nous avons pu le constater, que l'adminis-