

de nouveaux et intéressants documents à l'étude de cette question. Parmi les nombreux auteurs qui se sont occupés de celle-ci on peut citer : Ball, Joffroy, Vulpian, Blum, Debove, Talamon, Clifford-Albutt, Buzzard, v. Volkmann, Weizsäcker<sup>(1)</sup>, Kredel<sup>(2)</sup>, Pavlidès<sup>(3)</sup>, etc.... Les arthropathies sont si fréquentes dans le tabes qu'on peut presque les considérer, non pas comme un accident, mais comme un symptôme de cette affection; les statistiques dressées par Erb à cet égard montrent que sur 100 tabétiques il y en a bien 4 ou 5 qui présentent des arthropathies.

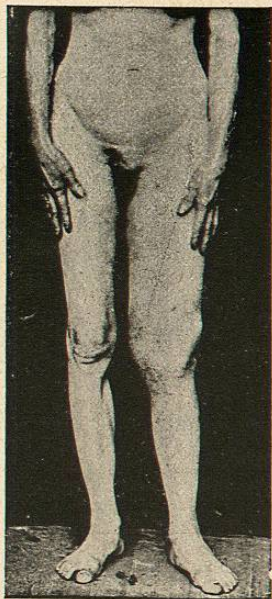


FIG. 257.

Le sexe féminin semble être beaucoup plus enclin à cette affection que le sexe masculin; on a vu qu'il en était de même pour les fractures spontanées tabétiques; bien entendu il ne s'agit que d'une fréquence relative, en tenant compte de la rareté du tabes chez la femme.

La date d'apparition des arthropathies est variable, et, à proprement parler, celles-ci peuvent se montrer dans toutes les phases du tabes; elles sont notamment assez fréquentes dans la période préataxique. Elles peuvent même survenir tout à fait au début du tabes (Charcot)<sup>(4)</sup>. D'après une statistique de Kredel, elles

seraient encore plus fréquentes après la dixième année de durée du tabes.

Quant à leurs causes, les auteurs sont loin d'être d'accord; pour Charcot, et son opinion est appuyée par les résultats d'un certain nombre d'autopsies, (Charcot et Joffroy, Pierret, Liouville, Seeligmuller), la véritable cause doit être recherchée dans l'existence de l'affection médullaire. Suivant toute vraisemblance, ce n'est pas la lésion des cordons postérieurs qui en est responsable, c'est une lésion concomitante de la substance grise des cornes antérieures, lésion probablement produite par la propagation à cette substance des lésions scléreuses du cordon postérieur (Charcot). Massalongo et Vanzetti<sup>(5)</sup> ont signalé des lé-

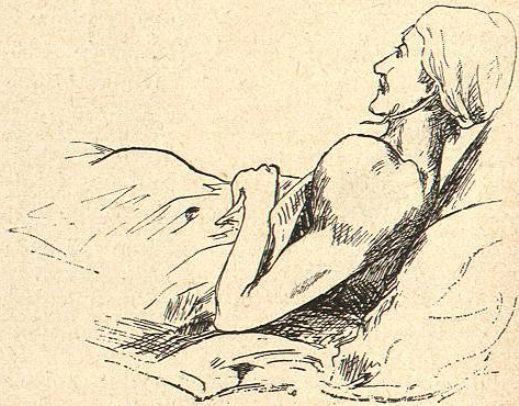


FIG. 258. — Arthropathie tabétique récente de l'épaule (Collection Charcot). Gonflement considérable de la région scapulaire (même malade que dans la fig. 92).

<sup>(1)</sup> WEIZSÄCKER. Die Arthropathie bei Tabes. *Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1887.

<sup>(2)</sup> KREDEL. Die Arthropathien und Spontanfracturen bei Tabes. *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1888.

<sup>(3)</sup> PAVLIDÈS. Thèse de Paris, 1887.

<sup>(4)</sup> J.-M. CHARCOT. Arthropathies coxo-fémorales au début du tabes. *Nouvelle Iconographie*, 1892, p. 121.

<sup>(5)</sup> MASSALONGO et VANZETTI. Acad. de méd. de Turin, 26 janvier 1900.

sions des cellules des cornes antérieures dans un cas d'arthropathies multiples.

Pour Buzzard, c'est à une altération du bulbe qu'il faudrait rapporter les troubles trophiques tabétiques qui se traduisent par une arthropathie; cet auteur édifie sa théorie sur la coïncidence qu'il a souvent remarquée chez un même malade d'une arthropathie avec des crises laryngées.

Enfin pour les auteurs qui font jouer dans la production des symptômes tabétiques un rôle primordial aux altérations des nerfs périphériques, les arthropathies seraient dues à des névrites frappant les nerfs des os et des articulations.

En somme, toutes ces opinions ne sont que des variantes de la théorie assignant aux arthropathies une origine nerveuse. Pour d'autres auteurs, et von Volkmann a été l'un des premiers parmi eux, les affections articulaires du tabes seraient absolument indépendantes des altérations du système nerveux, c'est la diathèse arthritique et surtout le traumatisme qui joueraient le principal rôle.

On a prétendu en effet que l'arthropathie tabétique était due uniquement aux chutes, aux tiraillements imprimés aux articulations par l'ataxie des mouvements, et J. Hutchinson a pensé que l'analgésie qui accompagne parfois le tabes pouvait également exercer ici une certaine action en permettant une intensité des traumatismes plus grande que chez un individu normal. Il est certain qu'en effet les tabétiques sont, plus que les individus sains, exposés aux chutes et aux heurts divers; mais si l'on interroge avec soin les arthropathiques, on acquiert cette conviction que bien rarement les tabétiques attribuent leur affection articulaire à un traumatisme véritable, et cependant les malades ne sont d'ordinaire que trop enclins à faire des rapprochements de ce genre.

D'autre part, on s'aperçoit qu'un certain nombre d'entre les individus atteints d'arthropathie ne présentent aucune incoordination, ou tout au moins que celle-ci est insignifiante; ces raisons indiquent donc que le traumatisme ne suffit nullement à déterminer l'accident en question; c'est tout au plus si quelquefois il peut, dans une certaine mesure, contribuer à le provoquer. L'existence des fractures spontanées intra-articulaires, souvent multiples, sont probablement au contraire une des causes les plus fréquemment méconnues des arthropathies; c'est ce que confirmeront sans doute les examens radiographiques ultérieurs.

Strümpell est d'un avis différent: d'après lui, ce serait la syphilis qui directement produirait l'affection articulaire.

Pour un certain nombre d'auteurs anglais, l'arthropathie des tabétiques ne serait autre chose qu'une arthrite chronique rhumatismale; de même pour Virchow ce serait une des formes de l'*arthritis deformans*.

Quant à la localisation des arthropathies, le maximum de fréquence semble être pour le genou, puis par ordre descendant, pour le pied, pour la hanche, l'épaule, le coude, la main, les doigts, le maxillaire inférieur; les arthropathies du pied présentent des caractères assez singuliers pour motiver une description spéciale sous le nom de « pied tabétique ».

D'une façon générale les arthropathies tabétiques se présentent cliniquement avec l'aspect suivant:

Le début peut être tout à fait subit, mais le plus souvent il n'est que rapide,



et, c'est en 12, 24, 56 heures que l'arthropathie se produit, presque toujours d'une façon à peu près indolore. (Cependant, dans quelques cas, l'affection prend un aspect franchement aigu, rougeur, chaleur, douleur.)

L'absence de douleur est d'ailleurs un des caractères essentiels de l'arthropathie tabétique, quelle que soit l'étendue des lésions articulaires, aussi peut-on voir des malades porteurs de subluxations très accentuées du genou ou de

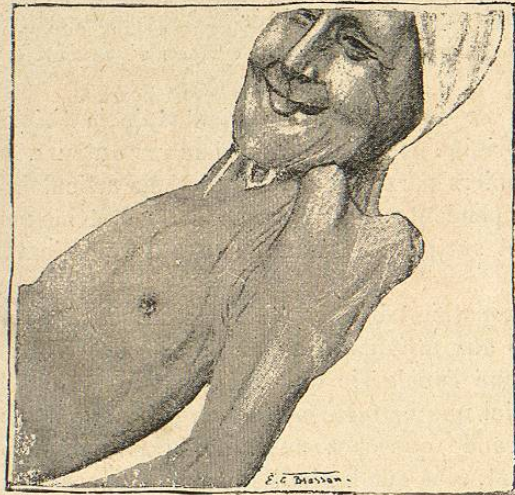


FIG. 239. — Même malade que celle de la fig. 238, à une époque ultérieure. La tête de l'humérus, qui a perdu tout rapport avec l'acromion, vient faire saillie sous la peau et se voit au-devant de l'angle du maxillaire inférieur.

la hanche, marcher cependant sans manifester aucune espèce de sensation pénible.

Le gonflement est un des symptômes ordinaires. Ce gonflement a ceci de particulier, que non seulement il est extrêmement prononcé, mais que de plus il s'étend à tout le segment du membre voisin de l'articulation, ou même au membre tout entier.

Il ne s'agit pas là d'ailleurs d'un œdème vulgaire, car il est dur, résistant, et ne laisse pas de godet quand on le comprime avec le doigt; à ce niveau, la coloration de la peau est pâle, les veines sont dilatées, on ne constate ni rougeur, ni cha-

leur, ni douleur, il n'y a aucune espèce d'apparence inflammatoire. En outre, la durée de ce gonflement est habituellement beaucoup plus grande que pour les autres affections articulaires, elle est parfois de plusieurs mois.

Ces remarquables particularités du gonflement nous confirment dans l'hypothèse que les fractures intra-articulaires sont souvent l'origine des arthropathies.

Quant aux déplacements articulaires, ils sont infiniment plus prononcés que dans une autre arthropathie, ce qui tient en partie à la tendance destructive de cette affection par rapport aux surfaces articulaires; d'où la production de déformations tout à fait extraordinaires, ainsi que d'une mobilité anormale. Cette mobilité anormale est telle que des articulations, dont, chez les individus sains, les mouvements de latéralité sont à peine appréciables, peuvent être littéralement tordues ou placées à angle droit par rapport à l'axe du membre, le tout sans que le malade éprouve aucune espèce de douleur.

D'après Charcot, il y aurait lieu de distinguer deux formes d'arthropathies tabétiques: l'une *benigne*, dans laquelle au bout de quelques jours ou de quelques semaines tous les symptômes disparaissent<sup>(1)</sup>, l'autre *grave*, permanente, qui donne naissance à l'évolution des altérations ostéo-articulaires qui nous restent à décrire.

Celles-ci sont surtout caractérisées par une destruction plus ou moins com-

<sup>(1)</sup> Jürgens admet même pour presque toutes les articulations des formes d'arthropathies obscures, ou même complètement latentes à l'examen clinique, reconnaissables facilement à l'examen anatomique.

plète du cartilage et des extrémités osseuses articulaires. Cette destruction peut être telle qu'une longueur assez grande de l'épiphyse disparaît entièrement comme par une véritable résorption: c'est ainsi qu'on peut voir la tête du fémur être réduite à une moitié seulement (la moitié supérieure): ou bien disparaître entièrement, le col même peut être complètement résorbé et alors il ne reste plus de l'extrémité supérieure du fémur que le grand trochanter.

Mêmes altérations du côté des cavités articulaires: amincissement et dispari-

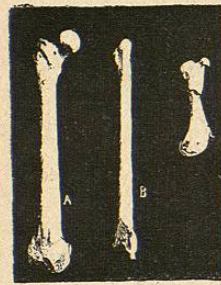


FIG. 240. — A, fémur normal; — B, fémur dans un cas d'arthropathie tabétique. La tête articulaire de l'extrémité supérieure a complètement disparu, il ne reste plus que le grand trochanter. Les condyles de l'extrémité inférieure ont également disparu; — C, fémur dans un cas de fracture tabétique. La résorption des fragments a été telle que c'est à peine si ce fémur atteignait une longueur égale à la moitié de celle d'un fémur normal (Collection Charcot).



FIG. 241. — Arthropathie tabétique de la hanche (Collection Charcot). — La partie inférieure A de la tête articulaire du fémur est complètement usée et a disparu; il n'existe plus à ce niveau qu'une surface plane.



FIG. 242. — Arthropathie de l'épaule (Collection Charcot). — La cavité glénoïde du scapulum n'est presque plus visible; quant à la tête articulaire de l'humérus, elle a presque entièrement disparu.

tion du cartilage, destruction du tissu osseux sous-jacent, et, lorsque le fond de l'articulation est peu épais, comme cela se voit pour la cavité cotyloïde, perforation de celui-ci.

Dans d'autres cas, à côté de ces lésions atrophiques de l'os, on voit sur certaines articulations (genou, coude) se produire des lésions à caractère hypertrophique, telles que formation de bourrelets osseux, dissociation velvétique du cartilage, aspect éburné de l'os, corps osseux intra-articulaires, etc....

Du côté de la capsule, on note une laxité, une dilatation parfois considérables et en rapport avec l'étendue des déplacements articulaires; de même pour les ligaments intra-articulaires. Quant à la synoviale, elle est tantôt amincie au point de disparaître, tantôt épaissie et plus ou moins adhérente aux parties voisines. Assez souvent, elle contient un épanchement séreux, transparent et filant plus ou moins abondant; il est extrêmement rare que cet épanchement soit purulent; il est parfois plus ou moins purement hémattique (Raymond, Debove, Sonnenberg, Brissaud, etc.). On a vu très exceptionnellement la synoviale se tuberculiser (Parisot et Spillmann). Dupré et Devaux<sup>(1)</sup> ont constaté par l'étude radiographique de volumineuses productions ostéofibreuses de la capsule et de la synoviale avec très peu de lésions des épiphyses osseuses; aussi à côté de l'ostéo-arthropathie tabétique, Gibert<sup>(2)</sup> admet-il une périarthropathie tabétique.

<sup>(1)</sup> DUPRÉ et DEVAUX. *Soc. neurol.*, 5 juillet 1900.

<sup>(2)</sup> GIBERT. *Leonog. Salpêtr.*, 1900.



Le  *pied tabétique*  constitue une localisation spéciale de l'arthropathie tabétique décrite tout d'abord par Charcot et Féré, puis étudiée par Page, Boyer,

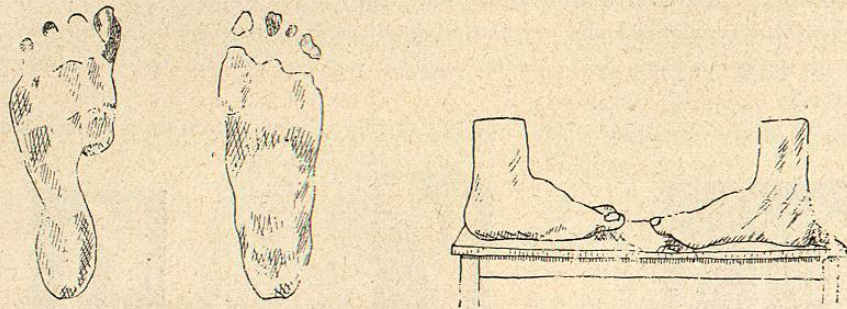


FIG. 245. — Empreintes et profils des pieds d'un sujet présentant un « pied tabétique » du côté droit.

Chauffard, Bernhardt, Troisier, Pavlidès, etc..., et offrant un certain nombre de caractères spéciaux qui rendent nécessaire sa description à part. Ces caractères sont :

La tuméfaction du pied, qui est surtout marquée au niveau de l'articulation

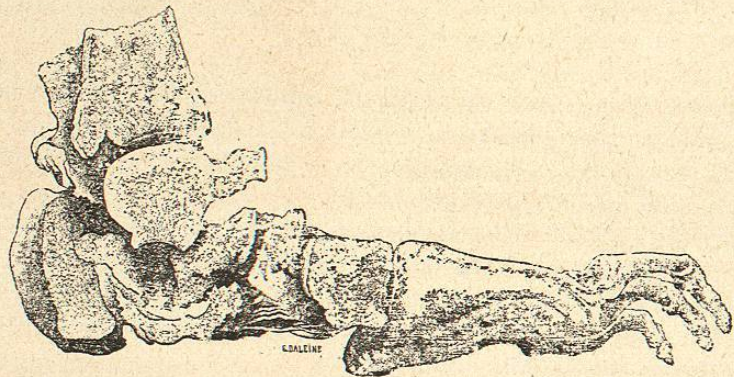


FIG. 244. — Arthropathie tabétique du pied. — Le calcanéum forme une véritable cuvette osseuse amincie en bas et en avant dans laquelle est descendu l'astragale. (D'après Tuffier et Chipault.)

tarso-métatarsienne, tuméfaction dure ne permettant la production d'aucun godet;

L'épaississement du bord interne du pied, qui est arrondi et présente quelquefois une saillie assez marquée répondant à l'apophyse du scaphoïde et au premier cunéiforme;

L'affaissement de la voûte plantaire, de telle sorte qu'il n'est pas rare de voir celle-ci être absolument plate ou même légèrement convexe; dans d'autres cas, au contraire, le pied présenterait une cambrure exagérée, « pied de Chinoise » (Damaschino, Pavlidès).

Il faut encore citer la déviation du métatarse en dehors; le raccourcissement du pied, d'où l'aspect « cubique » que présente souvent cet organe; l'immobilité des différents segments du pied par rapport les uns aux autres.

J. Teissier<sup>(1)</sup> (de Lyon) a insisté sur les différences caractéristiques qui existent entre l'empreinte plantaire des tabétiques et l'empreinte du pied des sujets sains ou atteints de maladies nerveuses quelconques : le caractère capital de l'empreinte du « pied tabétique » est le rétrécissement de la plante; de plus l'empreinte du gros orteil se continue sans interruption avec celle de la tête des métatarsiens par suite de l'effacement de la voûte que forme la première avec la deuxième phalange du gros orteil; enfin il existe une saillie angulaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil avec déviation de l'orteil en dehors : ces caractères se voient très nettement sur la figure 245.

Parfois aussi les malléoles participent aux arthropathies des os du pied [Gaucher et Duflocq<sup>(2)</sup>], le cou-de-pied se trouve alors considérablement élargi et épaissi.

L'absence de douleurs et de phénomènes inflammatoires est la même pour le pied tabétique que pour les arthropathies des autres articulations; dans quelques cas cependant on a signalé une certaine rougeur et un peu d'élévation de la température.

Les lésions du pied tabétique procèdent à la fois du processus des fractures et de celui des arthropathies, tous les os du métatarse et du tarse offrent un aspect spongieux, une friabilité, une légèreté inusitées, quelques-uns sont fracturés; quant aux surfaces articulaires inférieures de l'astragale et aux surfaces articulaires du calcanéum, elles sont érodées, usées, et présentent des végétations sur leurs bords; en résumé, comme le dit A. Chauffard, « dans le pied tabétique, il y a plus d'ostéopathie que d'arthropathie ».

Les troubles trophiques des tissus fibreux comprennent non seulement les altérations des capsules et des ligaments articulaires, mais aussi celles des tendons; dans certains cas, en effet, on a, dans le tabes, constaté des ruptures tendineuses qui semblaient bien être sous la dépendance de la lésion du système nerveux (Hoffmann, Lépine, Löwenfeld, etc...).

C'est le tendon du quadriceps fémoral qui serait le plus fréquemment atteint. Le tendon d'Achille pourrait également présenter des altérations du même genre.

F. Troubles viscéraux. — I. Appareil digestif. — Les différentes parties de cet appareil peuvent être affectées dans le cours du tabes.

A) *Pharynx*. — On observe assez souvent au niveau du pharynx des troubles de la sensibilité (14 fois sur 36, Fano). Ces troubles consistent en anesthésie ou en hyperesthésie; tantôt le réflexe pharyngien est exagéré, tantôt il est diminué.

<sup>(1)</sup> TEISSIER. *Lyon médical*, 12 juillet 1885, p. 571, et thèse Couturier, Lyon, 1885.

<sup>(2)</sup> GAUCHER et DUFLOCOQ. Arthropathie tibio-péronéo-tarsienne gauche tabétique. *Revue de méd.*, 1884.

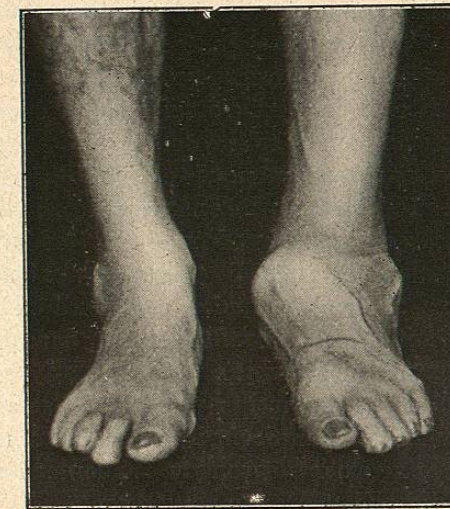


FIG. 246. — Arthropathie tabétique du pied gauche.