

chez les mulâtres elle l'est un peu moins, mais sans être cependant aussi fréquente que chez les blancs. Meillon, Lovy, Heuyer, Scherb⁽¹⁾ ont également constaté l'extrême rareté du tabes chez les Arabes d'Algérie : ils l'attribuent à l'importation récente de la syphilis en Algérie et à l'absence chez les Arabes de tare nerveuse héréditaire. Matignon⁽²⁾ a de même remarqué la rareté des accidents nerveux de la syphilis chez les Chinois, Berman⁽³⁾ chez les Bosniaques, Goltzinger chez les Abyssins malgré la grande fréquence de la syphilis chez eux (elle frapperait 80 pour 100 de la population) : Raffray⁽⁴⁾ a vu à l'île Maurice un très grand nombre de syphilis graves et mal traitées sans un seul cas de tabes.

Il n'est pas jusqu'aux *professions* qui ne présentent, au point de vue du pourcentage du tabes, des différences appréciables. Cette affection est en effet infiniment plus fréquente chez les individus exerçant des professions libérales : militaires, artistes, écrivains, etc.... Suivant toute vraisemblance, la prédilection du tabes pour les individus appartenant à cette catégorie sociale tient d'une part à ce que, par leur séjour dans les grandes villes à l'époque de l'adolescence et des premières années de l'âge adulte, ils sont tout particulièrement exposés à contracter la syphilis, d'autre part à ce que le surmenage intellectuel est chez eux chose assez ordinaire et les prédispose aux manifestations de la syphilis sur le système nerveux. Il faut signaler la rareté du tabes chez les prêtres, rareté qui coïncide avec celle de la syphilis.

Diagnostic. — Le diagnostic du tabes est aujourd'hui grandement facilité dans la grande majorité des cas douteux par la recherche de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien; presque tous les auteurs ayant jusqu'ici trouvé des lymphocytes en grande quantité, sinon dans tous les cas de tabes, du moins dans presque tous. Ce diagnostic doit être fait surtout avec un groupe d'affections dont les analogies avec la maladie de Duchenne de Boulogne sont assez grandes pour qu'on les ait désignées sous le nom de *pseudo-tabes*, bien qu'en réalité les unes et les autres n'aient entre elles aucune autre relation que celle de simuler plus ou moins complètement le tabes par la réunion de quelques-uns des symptômes propres à celui-ci.

Ceux de ces symptômes qui se retrouvent dans les pseudo-tabes sont ordinairement des troubles de l'équilibre ou même de la coordination, assez souvent aussi des phénomènes parétiques donnant aux mouvements des malades un aspect d'incoordination quoique celle-ci fasse en réalité défaut. Il n'est pas rare de constater en outre la perte ou la diminution du réflexe rotulien, ou encore quelques troubles du côté des fonctions génitales.

Parmi les pseudo-tabes en présence desquels on se trouve le plus habituellement, en pratique, il faut citer ceux dus à l'intoxication par l'alcool ou par l'arsenic, le pseudo-tabes du diabète, celui de la neurasthénie.

Les différences qui, au point de vue purement symptomatique, permettent de distinguer les pseudo-tabes du tabes vrai, consistent en ce que dans les premiers il s'agit rarement, comme on vient de le voir, d'une incoordination véritable ou du moins en ce que chez eux l'incoordination est moins marquée que

(1) SCHERB. *Soc. de neurol.*, 5 juin 1901.

(2) MATIGNON. *Acad. de méd.*, 7 janvier 1902.

(3) BERMAN. *Wiener med. Wochenschr.*, 1900.

(4) RAFFRAY. Communication orale.

chez les tabétiques, en ce que les troubles réflexes de la pupille n'existent guère, en ce que le réflexe rotulien absent en apparence peut quelquefois être provoqué par l'emploi du procédé de Jendrassik, en ce que, enfin, les douleurs ne sont généralement pas aussi violentes que dans le tabes et ne revêtent pas à un égal degré le caractère fulgurant ni ne présentent une tendance aussi marquée à survenir par crises.

Les *scléroses combinées*, dans certains de leurs types, peuvent simuler de la façon la plus trompeuse, l'aspect du tabes vulgaire; nous renvoyons au chapitre qui leur est consacré pour tout ce qui a trait à l'exposé des caractères différentiels.

La *sclérose en plaques* peut, dans certains cas où la démarche est tabéto-cérébelleuse, soulever quelques difficultés au point de vue du diagnostic; mais la présence des autres symptômes, tels que le tremblement, le nystagmus, l'embaras de la parole, suffira à lever tous les doutes.

La *maladie de Friedreich* se distinguera du tabes par son début avant la vingtième année, par l'existence du nystagmus, des troubles de la parole, etc., ainsi que par l'absence de douleurs.

La *syringomyélie* présente des troubles trophiques (panaris, perte d'une ou plusieurs phalanges) et une dissociation de la sensibilité (anesthésie à la température et non à la piqure) qui ne se montrent guère dans le tabes.

Les *altérations du cervelet* (tumeurs, lésions en foyer) pourraient, dans certains cas, produire un complexe symptomatique un peu analogue à celui du tabes. Mais on ne tardera pas à constater que les troubles de la marche sont produits non par de l'incoordination vraie, mais plutôt par un état vertigineux spécial, par un manque d'équilibre. Babinski⁽¹⁾ a très soigneusement étudié les troubles de la motilité révélateurs de lésions cérébelleuses : le *syndrome cérébelleux de Babinski* se compose de la triade symptomatique suivante : asynergie cérébelleuse, perte de la diadococinésie, prolongation de l'équilibre statique volitionnel. L'*asynergie cérébelleuse* est la perturbation de la faculté d'association des mouvements; elle se rencontre souvent chez les cérébelleux et uniquement chez eux : elle est bien différente de l'ataxie vraie, le sens musculaire est très bien conservé, les mouvements ne sont pas ataxiques, pas excessifs et déréglés, l'occlusion des yeux n'exerce aucune action sur leur forme, ils sont seulement décomposés en mouvements élémentaires successifs des divers segments des membres, marche, acte de fléchir la jambe sur la cuisse, etc., il existe pour mettre en évidence ces troubles de la coordination toute une série d'exercices qui ont été imaginés par Babinski et dont nous parlerons à propos de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Plus récemment⁽²⁾, Babinski a indiqué que l'asynergie cérébelleuse s'accompagne d'une prolongation bien plus grande qu'à l'état normal du maintien des attitudes volontaires ou *équilibre volitionnel statique* (élévation des jambes dans le décubitus dorsal, par exemple), alors que ce maintien est à peu près complètement impossible dans l'ataxie tabétique. Il a enfin signalé⁽³⁾ l'impossibilité chez les cérébelleux d'accomplir rapidement des mouvements successifs, telles la pronation et la supination de l'avant-bras, qui nécessitent l'association d'une action excito-motrice à une action frénatrice : cette perte de la *diadococinésie*, ou fonction qui permet l'accomplissement de

(1) BABINSKI. *Revue neurol.*, 1899, p. 806.

(2) BABINSKI. *Soc. neurol.*, mai 1902.

(3) BABINSKI. *Soc. neurol.*, novembre 1902.

mouvements successifs, n'existerait pas dans le tabes. L'ensemble de ces signes facilite singulièrement le diagnostic différentiel des affections cérébelleuses et du tabes. De plus, chez les cérébelleux, les douleurs fulgurantes, les différents troubles viscéraux font ordinairement défaut.

Traitement. — **A. Médication interne.** — Parmi les agents de cette catégorie, ceux qui sont généralement employés depuis un bon nombre d'années sont le *nitrate d'argent*, le *chlorure d'or*, le *seigle ergoté*, ce dernier particulièrement recommandé par Charcot pour combattre les troubles génito-urinaires. La *strychnine* et les préparations strychniques ont joui également d'une certaine vogue, peu méritée, semble-t-il, peut-être même celles-ci sont-elles nuisibles.

Dans ces derniers temps, depuis qu'avec Fournier on a reconnu l'influence prépondérante de la syphilis dans l'étiologie du tabes, tous les efforts ont convergé vers l'emploi des traitements antisypilitiques. Les résultats de la *cure mercurielle* ont été parfois nuls ou mauvais. Cependant, lorsqu'on est en présence d'un tabétique non cachectique, cette cure (frictions ou injections) devra être instituée, non pas qu'on doive compter sur une rétrocession des symptômes (1) pourtant possible, mais plutôt en vue d'empêcher la progression de ceux-ci et l'apparition d'accidents plus graves. Un traitement par les injections beaucoup plus intensif que celui qu'on a préconisé jusqu'ici a donné de bons résultats à P. Marie, à Lemoine (2), à Leredde (3), etc. Comme l'a dit P. Marie, le traitement spécifique pour réussir devra, dans le tabes, être fait « assez tôt et assez fort ». On se méfiera que, chez les tabétiques présentant un début d'atrophie du nerf optique, l'évolution de celle-ci semble parfois accélérée par le traitement hydrargyrique; Babinski (4) aurait cependant constaté deux fois une action favorable du traitement mercuriel sur l'atrophie elle-même. L'administration de l'iode plutôt que des iodures semble être indiquée concurremment avec celle des mercuriaux.

L'*antipyrine*, la *phénacétine*, le *pyramidon*, l'*antifébrine*, etc., rendront des services contre les phénomènes douloureux et certaines crises viscérales. La *santonine* a été préconisée contre les douleurs fulgurantes (Combemale, Negro), l'*aspirine* a donné de bons résultats dans les arthropathies (P. Marie et Pécharmant), la *cocaïne*, l'eau chloroformée, l'extract gras de cannabis indica ont réussi à calmer certaines crises gastriques non influencées par l'alimentation; un traitement antidyspeptique est recommandé par J.-Ch. Roux contre certaines crises influencées par l'ingestion des aliments; on a calmé certaines crises gastriques par l'injection lombaire de cocaïne ou même, à titre exceptionnel, par une simple ponction lombaire; l'injection épidurale de cocaïne paraît donner d'aussi bons résultats en présentant moins d'inconvénients.

En résumé, si dans la médication interne il y a quelques agents pouvant exercer une influence favorable sur certains symptômes, nous n'en possédons encore aucun auquel on puisse attribuer une action véritablement curative sur la maladie elle-même.

B. Médication externe. — Il en est de celle-ci comme de la médication in-

(1) Voir cependant sur ce sujet un travail de Dinkler inspiré par Erb, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895.

(2) LEMOINE. *Revue neurol.*, juin 1902.

(3) LEREDDE. *Semaine méd.*, avril 1902.

(4) BABINSKI. *Soc. de neurol.*, 1900.

terne, il n'en faut attendre que des améliorations partielles, quelque nombreux et divers que soient les agents dont elle dispose.

Les *pointes de feu* superficielles, nombreuses, et répétées environ tous les huit jours, semblent donner d'assez bons résultats, surtout contre les douleurs fulgurantes et en ceinture, ainsi que contre les troubles urinaires.

La *suspension* agirait d'une façon particulièrement favorable sur l'incoordination et sur les troubles génitaux, les crises douloureuses seraient aussi avantageusement influencées par elle, mais on a rapporté quelques cas de mort subite pendant une séance de suspension et la méthode paraît être abandonnée. L'*élongation de la moelle* par flexion forcée au moyen de la table spéciale de Gilles de la Tourette et Chipault ou de l'appareil de Bechterew-Sprimon n'a pas donné d'excellents résultats; Chipault lui-même (1) a proposé de la remplacer par une « *élongation permanente* » au moyen d'un appareil plâtré appliqué la tête en bas.

L'*élongation des nerfs*, faite indirectement par des mouvements forcés ou directement après leur mise à nu, a semblé dangereuse parce qu'elle aurait produit des hémorragies médullaires, et inutile parce qu'elle n'a jamais été suivie que d'une amélioration douteuse et passagère des douleurs fulgurantes. Benedikt (2) est cependant encore partisan de l'élongation sanglante du sciatique contre les troubles de la marche et les douleurs et Chipault de l'élongation des nerfs plantaires contre le mal perforant. Nous ne citons que pour mémoire les tentatives néfastes d'élongation des nerfs optiques.

La *faradisation* cutanée a été vivement recommandée par Rumpf; la *galvanisation* du rachis a été également employée par de nombreux auteurs. Il ne semble pas que l'un ou l'autre de ces procédés ait répondu à ce qu'on en attendait. « Si Erb, Rrenner, Levandroski ont eu quelques cas de tabes très améliorés par le courant électrique, ces faits ont toujours été une rareté. L'électricité peut pourtant être utile dans le tabes en ce qu'elle peut combattre efficacement les phénomènes inorganiques assez souvent surajoutés. De plus, la galvanisation à 25 ou 50 milliampères a donné dans certains cas de bons résultats contre les douleurs fulgurantes et la faiblesse des membres inférieurs; la faradisation généralisée au pinceau de Duchenne ou l'électrisation statique avec étincelles peuvent aussi être utiles pour relever l'état général du malade et faciliter la circulation cutanée si souvent défectueuse chez les tabétiques (Delherm). »

Le *massage* et l'*électro-massage* peuvent, dans certains cas, rendre des services surtout contre l'élément douloureux; il en serait de même de la *nervo-vibration* par percussion des troncs nerveux.

La *gymnastique* raisonnée a été préconisée par S. Frenkel, R. Hirschberg, Léiden, pour combattre l'incoordination. La *rééducation des mouvements* préconisée par Frenkel (de Heiden) (3) est certainement la méthode qui a donné les plus beaux succès pour le traitement de l'incoordination; elle a été employée avec résultat favorable par Leyden, Hirschberg, Jacob, Eulenburg; en France par Raymond, Riche, Mesnard, Faure, Constensoux, etc.... Elle consiste à réapprendre au malade les mouvements les plus simples d'abord, puis les mouvements plus complexes, à lui redonner par une éducation lente et patiente

(1) CHIPAULT. Congrès intern., Paris, 1900.

(2) BENEDIKT. *Soc. méd.*, Vienne, 6 avril 1900.

(3) FRENKEL. *Münch. med. Wochenschr.*, 1890. — *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1895. — *Médecine moderne*, 1897.

l'adresse que lui ont enlevée les altérations de la sensibilité superficielle et surtout profonde, mais il ne faut pas perdre de vue que ce qui manque à l'ataxie, c'est l'adresse et non la force, et que transformer les exercices de rééducation en une séance de gymnastique violente mènerait certainement à l'encontre du but à atteindre. Les instruments compliqués de mécanothérapie sont pour cette cure un auxiliaire nullement indispensable. Mais la conservation suffisante de la vue et des fonctions intellectuelles est la première condition pour réussir; il faut que le malade contrôle par la vue tous ses mouvements et se rende compte de la force à déployer pour arriver à placer ses membres dans telle ou telle position, notion dont sa sensibilité musculaire altérée ne suffit plus à l'informer. Il faut encore que la maladie ne subisse pas de poussée aiguë ou subaiguë au moment du traitement, que la force musculaire soit suffisamment conservée, que l'hypotonie ne soit pas trop grande, qu'il n'y ait ni arthropathies, ni troubles trophiques, ni douleurs trop prononcées, que l'état général enfin ne soit pas mauvais. La cure doit être conduite avec beaucoup de précaution pour ne pas fatiguer le malade. Dans ces conditions on pourrait beaucoup espérer de la rééducation des mouvements chez les ataxiques; à son action réelle très efficace se joint souvent une action suggestive très favorable contre les phobies qui empêchent parfois les malades de marcher tout autant et plus que l'incoordination vraie.

L'hydrothérapie sous toutes ses formes constitue à elle seule dans le traitement du tabes un arsenal thérapeutique qui n'est pas à dédaigner, car les malades y trouveront souvent quelque amélioration. L'hydrothérapie froide est en général mal supportée; on évitera d'y avoir recours ou du moins d'en continuer l'usage lorsqu'il en sera ainsi. Les bains tièdes et chauds, simples ou médicamenteux, amèneront fréquemment une diminution des phénomènes douloureux. Une cure dans certaines stations thermales (Lamalou, Balaruc, Nérès, Uriage, Plombières, etc...) sera également recommandable. Frenkel recommande de ne pas faire simultanément la rééducation et la cure balnéaire; celle-ci étant fatigante par elle-même aurait un effet défavorable sur la cure de rééducation et devra de préférence alterner avec elle. Les médecins de Lamalou admettent actuellement que les deux cures peuvent être concomitantes.

Quant aux injections sous-cutanées, celles de morphine peuvent, dans les formes atrocement douloureuses ou dans quelques accidents aigus tels que les crises viscérales (gastriques, laryngées, etc...), rendre de grands services; mais on sait aussi que, par cela même qu'ils y trouvent un soulagement, les tabétiques ont une grande propension à en faire abus. Les injections de suc testiculaire ou de suc médullaire, les injections glycérinées, phosphatées, donnent quelquefois des résultats plutôt contre tel ou tel symptôme que contre la maladie elle-même; en tout cas l'influence de la suggestion semble être ici considérable. L'histoire des différentes tentatives thérapeutiques dirigées contre le tabes, montre d'ailleurs que les tabétiques jouissent d'une suggestibilité très marquée; on aura souvent lieu de faire appel à celle-ci.

MALADIE DE FRIEDREICH

Historique. — Cette maladie fut décrite pour la première fois en 1861, au Congrès de Spire, par Friedreich qui en avait observé plusieurs cas, mais cet auteur ne pensait pas, dès le principe, qu'il s'agit là d'une maladie particulière. Il croyait plutôt que ces cas appartenaient à l'ataxie locomotrice progressive, mais qu'ils présentaient ce caractère particulier d'être survenus dans l'enfance d'une façon héréditaire et de présenter quelques symptômes différents de ceux du tabes vulgaire.

La description de Friedreich resta pendant longtemps lettre morte, et beaucoup d'auteurs pensèrent même que les cas qu'il avait décrits appartenaient bien plutôt à la sclérose en plaques. Ce n'est qu'à partir de 1882 (thèse de Brousse) que l'existence de la maladie de Friedreich commença à être reconnue et que cette affection fit l'objet d'études particulières. Parmi les auteurs qui s'en sont particulièrement occupés, on peut citer les noms de Seeligmüller, de Hammond, de Charcot, de Rüttimeyer, de Schultze, de Massalongo, d'Ormerod, de Seguin, de Vizioli, de Gilles de la Tourette, Blocq et Huët, de Ladame, etc.; il faut en outre réserver une mention particulière à la thèse de Soca (1888), dans laquelle toute l'histoire clinique de cette affection a été très complètement exposée; plus récemment l'anatomie pathologique de cette affection a fait l'objet de travaux de Dejerine et Letulle, Vaquez et Auscher, Blocq et Marinisco, Paul Londe (1).

Symptomatologie. — L'aspect de la maladie de Friedreich est vraiment très caractéristique; les symptômes dont elle s'accompagne portent sur un grand nombre d'appareils.

A. Troubles de la motilité. — Ces troubles sont eux-mêmes d'ordres divers.

Les troubles de la marche ne sont entièrement développés que chez les sujets chez lesquels la maladie est déjà parvenue à un assez grand développement, mais alors la démarche du malade est tout à fait singulière. Il s'avance en festonnant, les jambes écartées, très lourdement, et jusqu'à un certain point ressemble à un ivrogne. On retrouve en outre dans cette démarche un élément d'incoordination, d'où le nom de démarche tabéto-cérébelleuse qui lui est donné par Charcot. Très souvent aussi, pendant qu'ils marchent, ces malades présentent une assez forte oscillation de la tête, analogue à celle qui s'observe dans la sclérose en plaques; pour y remédier on les voit souvent courber la tête et la maintenir ainsi volontairement fléchie pendant tout le temps qu'ils marchent.

Les troubles de la station ont été décrits par Friedreich sous le nom d'ataxie

(1) P. LONDE. Thèse de Paris, 1895.