

chaque côté de la moelle : deux de ces zones sont dégénérées, ce sont les cordons de *Goll* et une partie des cordons cunéiformes, celle qui a reçu le nom de zone radulaire et qui est traversée par les fibres venant directement des racines postérieures; les deux autres sont indemnes : elles sont situées l'une en avant et latéralement, l'autre en arrière et en dehors (champs postéro-externes *Strümpell*) (fig. 171, 172, 173). Cette disposition des lésions, bien qu'elle ne soit pas constante, s'observe certainement très souvent. Nous avons dit plus haut que la substance grise postérieure pouvait prendre part au processus; c'est à *Lissauer* que revient le mérite d'avoir démontré qu'il y avait lieu de distinguer les altérations des fibres de la colonne de *Clarke*, de celles qui intéressent les fibres radulaires, fines et grosses, dans la corne postérieure; il est vrai que cette découverte n'a pu encore être contrôlée physiologiquement.

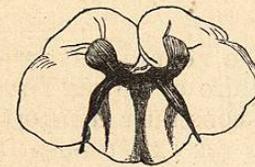
Les lésions que le tabes détermine dans la moelle allongée et le cerveau affectent, d'une part, les noyaux et le trajet périphérique des nerfs crâniens — nous avons examiné antérieurement les différentes altérations qu'on peut y rencontrer, et les symptômes par lesquels elles se traduisent — d'autre part, l'écorce du cerveau, dont la participation ne peut faire l'objet d'aucun doute dans un grand nombre de cas. Nous savons déjà, sans cependant pouvoir nous expliquer ce fait, que les lésions tabétiques se localisent à certains noyaux plutôt qu'à d'autres; c'est ainsi que les noyaux de l'oculo-moteur, du vague et de l'hypoglosse sont atteints beaucoup plus souvent et plus gravement que ceux du facial, de l'acoustique et du glosso-pharyngien, par exemple. D'après *Jendrassik* (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1888, XLIII, 6), le cerveau est intéressé le premier dans le tabes, de sorte que les troubles de sensibilité, et l'ataxie doivent être interprétés comme des phénomènes corticaux, la dégénérescence des cordons postérieurs et, dans l'occurrence, celle des cordons latéraux cérébelleux, devant être considérée comme des dégénérescences secondaires. Aussi longtemps que l'examen microscopique de l'écorce cérébrale, dans les cas de tabes au début, ne sera pas venu démontrer l'existence d'altérations constantes, l'opinion de *Jendrassik*, qui n'est en somme qu'une pure hypothèse, ne pourra être ni condamnée ni approuvée — bien qu'elle soit passible de certaines objections, rien n'autorise à la rejeter comme inadmissible.

Enfin, *Basso* (*Ann. univers. di med. et chir.* Juni 1886) considère le tabes comme une maladie du sympathique, sous l'influence de laquelle il se développe des lésions cérébro-

spinales; les altérations du système nerveux seraient dues, au début, à une affection fonctionnelle des vaisseaux; plus tard, cette affection vasculaire deviendrait organique: traitée à temps, elle serait curable.

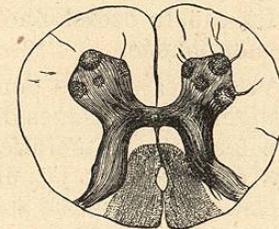
Dans l'étiologie du tabes, il faut distinguer avant tout si l'affection est, ou non, d'origine syphilitique. Lorsque la syphilis peut être écartée, on doit tenir compte, en premier lieu, de l'hérédité, en tant qu'elle assure les prédispositions congénitales nécessaires pour le développement de la maladie. Le tabes n'est certes pas une maladie héréditaire dans le sens

Fig. 171.



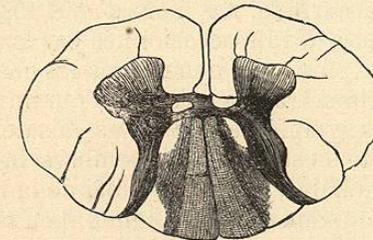
Moelle cervicale dans un cas de tabes au début.

Fig. 172.



Moelle lombaire dans le tabes.

Fig. 173.

Moelle cervicale dans un cas de tabes très avancé.
(D'après *Strümpell*).

habituel du mot; bien au contraire, l'hérédité directe est ici chose rare. Mais nous entendons par hérédité toute tare névropathique générale, quelle qu'elle soit; dans la famille d'un tabétique, on rencontre fréquemment soit une névrose, soit une psychose; chez les ascendants directs ou chez un grand parent, un oncle, etc., on trouvera, par exemple, un cas de paralysie progressive, d'épilepsie, de mélancolie, d'hystérie, de migraine, etc., et cette tare héréditaire suffira pour ouvrir la voie au processus tabétique, si les causes occasionnelles s'y prêtent. Les travaux de *Charcot* (*Arch. génér. de méd.* septembre 1883), appuyés des statistiques de *Ballet* et *Landouzy* (*Arch. de neurol.* 1886, VII, 20) ont jeté sur ces faits une lumière nouvelle; par eux, s'est vue confirmée l'opinion de *Trousseau*, qui, le premier, considérait le tabes comme une maladie

héréditaire dans le sens spécial que nous lui attribuons. Parmi les auteurs allemands, citons *Möbius*, qui s'est occupé de cette question d'une manière très approfondie (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1885, XL, 1. 2).

Les causes occasionnelles capables de provoquer le développement du tabes, la prédisposition héréditaire aidant, sont les suivantes : a) le refroidissement, le froid humide, tout changement de température, un séjour prolongé dans une habitation humide ; b) le traumatisme ; c) le travail professionnel, surtout le surmenage, les efforts corporels. L'opinion répandue autrefois que les excès *in venere* pouvaient compter parmi les causes occasionnelles du tabes, doit être considérée comme non fondée.

Il ne me paraît pas douteux que le refroidissement, les changements brusques de température et surtout l'imprégnation forte par l'humidité puissent constituer d'importants facteurs étiologiques ; je puis citer un cas extrêmement probant, relatif à un agent de Société d'assurances contre la grêle ; cet homme, âgé de 58 ans, avait contracté la syphilis, vers l'âge de 39 ans ; jamais, depuis lors, il n'avait présenté le moindre symptôme morbide. Au mois d'août 1885, il fut appelé à expertiser différents dégâts occasionnés par la grêle, et, de ce chef, dut parcourir plusieurs lieues dans les champs, les pieds mouillés et les habits transpercés par l'humidité : trois mois après, les premiers symptômes du tabes faisaient leur apparition, paresthésie et anesthésie des membres inférieurs, abolition du réflexe patellaire, etc. A la Noël de la même année, il était franchement ataxique et dut abandonner sa profession au commencement de 1886 ; pendant l'été 1886, il souffrit de crises intestinales et de violents accès de douleurs lancinantes ; 18 mois après le début de l'affection, la paraplégie des membres inférieurs était complète — le patient succomba en 1887 à la suite d'une pneumonie intercurrente. Pour que le tabes se développe chez l'homme après 50 ans, il doit exister une cause occasionnelle toute spéciale ; ici cette cause avait été probablement le refroidissement : les cas de cette nature seraient probablement moins rares si l'on prenait soin de déterminer exactement chaque fois l'étiologie.

Le traumatisme peut jouer, dans l'apparition de l'affection, un rôle tout aussi indiscutable. Un de mes clients, haut employé de l'Administration, qui, 29 ans auparavant, avait contracté la syphilis, fut un jour précipité, en faisant une ascension, sur la pente d'un glacier et roula, avec une très grande rapidité, sur un espace assez considérable, sans

cependant en éprouver ni fracture ni luxation. Ceci se passait pendant l'été de 1884. Quelques mois après, il ressentait les premières atteintes du tabes, et, à l'heure présente, l'affection existe dans son plein développement. Une chute d'une hauteur peut aussi occasionner l'apparition du tabes (*Oppenheim*). *Straus* rapporte également différents exemples de traumatisme ayant déterminé l'éclosion de la maladie (*Faits pour servir à l'étude des rapports du traumatisme avec le tabes. Arch. de physiol.* novembre 1886). Ces différentes communications semblent prouver : 1° qu'il peut s'écouler plusieurs années entre le traumatisme et les premiers symptômes de l'affection ; 2° que le traumatisme exerce une influence déterminante sur la localisation des symptômes primaires, surtout pour les douleurs lancinantes : ainsi ces douleurs se montreront en premier lieu dans la jambe gauche, où il y a eu fracture antérieurement. On trouve, dans un travail de *Spillmann* et *Parisot* (*Traumatisme périphérique et tabes. Revue de médecine*, 1888, 3), un tableau indiquant les différents traumatismes à la suite desquels apparut le tabes.

Dans notre ouvrage sur les maladies professionnelles, nous avons fait remarquer que le travail professionnel pouvait, en certaines occasions, jouer le rôle de cause occasionnelle du tabes ; le surmenage à la machine à coudre et, en général, tous les travaux corporels pénibles, peuvent, chez les gens prédisposés, devenir la cause de l'éclosion de la maladie : cependant ici, la proportion en pour cent, est relativement faible. L'observation de *Hoffmann* présente un certain intérêt, car elle sert pour ainsi dire de transition entre le traumatisme et le travail professionnel (*Archiv. f. Psych. etc.*, 1888, XIX, 2, 439) ; son malade était un ouvrier employé à découper des plaques métalliques, travail qui lui procurait, par jour, de 6 à 10,000 secousses de tout le corps.

Le tabes syphilitique a été étudié de main de maître par *Fournier* et *Erb*. La syphilis, disons-le d'abord, peut servir, à elle seule, de cause prédisposante et de cause occasionnelle au tabes.

On ignore la proportion des syphilitiques qui deviennent plus tard tabétiques, mais on sait exactement que le plus grand nombre des tabétiques (60 % d'après *Erb*, 90 % d'après *Fournier*) sont syphilitiques. La syphilis constitue à elle seule, une cause beaucoup plus fréquente du tabes, que tous les autres facteurs réunis, hérédité et causes occasionnelles. Sur 247 cas de tabes que j'ai pu voir dans ces dernières années, je compte 29 sujets non syphilitiques, et 218 sujets syphilitiques avérés, ce qui correspond à peu près au chiffre de *Fournier*, 90 %.

Minor fait remarquer que dans sa statistique (*Wyestnik psichiatry i nervopatologii* 1888, VI), les russes fournissent un contingent beaucoup plus fort que les israélites, fait qu'il met sur le compte de la rareté relative de la syphilis chez ces derniers. La statistique de *Nägel* renseigne, sur un premier groupe de 1,403 tabétiques, 46 % de syphilitiques, et, sur un second groupe de 1,450, une moyenne de 9,5 % seulement.

L'intervalle qui sépare l'infection spécifique de l'apparition des premiers symptômes du tabes, varie de quelques mois à 1, 2, 5, 15 ans et plus. Il n'existe aucune proportion entre la gravité de l'infection syphilitique et celle du tabes qui y fait suite : une syphilis primaire, légère et rapidement guérie, peut être suivie de symptômes tabétiques particulièrement graves, de même qu'une infection spécifique maligne peut provoquer un tabes tout à fait bénin.

L'influence de l'âge et du sexe sur la fréquence de la maladie ne peut être envisagée, bien entendu, que pour les cas où la syphilis n'est pas en cause. Tout bien considéré, cette influence est de peu d'importance ; en effet, si le sexe masculin fournit une plus forte proportion de tabétiques — 7 : 2 femmes, environ — et si l'âge moyen de la vie paraît le plus exposé, c'est qu'en réalité les causes occasionnelles dont il a été question plus haut se trouvent surtout réalisées chez l'homme et à l'âge moyen.

Il est cependant incontestable qu'en certains cas, exceptionnels à la vérité, on ne parvient à découvrir aucune cause étiologique : ni l'hérédité, ni les causes occasionnelles, ni la syphilis. La pathologie reste alors forcément en défaut.

Le **pronostic** du tabes est facile à déduire des considérations qui précèdent. Bien qu'il ne soit pas absolument défavorable *quoad vitam* — l'affection pouvant traîner pendant des années, pendant 10, 20 et même 30 ans — il ne faut pas oublier que les symptômes en sont généralement fort pénibles, que le patient peut, pendant un certain temps, avoir à souffrir horriblement et que, en règle générale, le tabétique doit tôt ou tard renoncer à vivre de son travail. Pour ce qui regarde le pronostic *quoad valet. complet.* il y a lieu de se poser cette question : Le tabes est-il guérissable ? Existe-t-il seulement une possibilité de guérison ? La réponse est affirmative dans le cas où l'on peut intervenir à temps et par des moyens convenables : en réalité, il est possible de guérir le tabes dans les cas tout à fait récents, lorsque la syphilis est en cause ; plus tard, lorsque la dégénérescence de la moelle est chose accomplie, lorsque les symptômes caractéristiques ont

fait leur apparition, le mal est incurable ; nous ne possédons aucun moyen capable d'arrêter les lésions ou de les faire disparaître. Les chances de succès dans les cas récents sont d'autant plus grandes que le patient est plus robuste et plus jeune ; lorsqu'un névropathe vient à contracter le tabes, le pronostic est relativement plus défavorable que dans les cas récents de tabes spécifique. En général, on peut estimer que, sur 250 tabétiques, un seul a la chance de recouvrer complètement la santé.

Lorsqu'on entreprend le **traitement** d'un tabétique, on doit se rendre compte tout d'abord de ce que l'on peut obtenir, et faire connaître au patient ce que l'on pourra pour lui ; exceptionnellement, les circonstances seront assez heureuses pour permettre de poser un pronostic favorable ; le plus souvent, on se verra obligé d'exposer au malade, tout en l'épargnant, la gravité de la situation, ce dont il n'a souvent nulle idée. On se gardera bien de lui faire espérer le rétablissement complet ; on pourra lui promettre d'arriver à soulager certains symptômes et de le maintenir le plus longtemps possible en état de continuer sa profession : ici moins qu'ailleurs, il n'est pas permis de donner au patient, des espérances qui ne se réaliseront jamais.

Le traitement, en lui-même, dépend de la période à laquelle la maladie est arrivée, et de son ancienneté. On ne devra agir qu'avec une extrême prudence à l'égard des cas anciens, en se rappelant qu'une intervention non motivée peut faire plus de tort que de bien au malade : si l'efficacité de nos moyens thérapeutiques est la plupart du temps fort problématique, leur nocivité en pareil cas, devient souvent manifeste ; des mesures hygiéniques, une diététique bien ordonnée, certaines précautions, les soins de propreté, des injections de morphine dans les cas douloureux, de temps à autre un bain froid, et, avec cela, toujours et toujours des consolations et des encouragements, tel est, abstraction faite de la suspension dont nous nous occuperons plus tard, le seul traitement qui convienne dans les cas anciens, le seul qu'ils puissent supporter. Les cas nouveaux demandent également de la prudence et de l'attention ; étant donnée la longueur du traitement, on doit tenir compte d'une foule de considérations, de la constitution, de l'âge, de la profession, et avant tout, des ressources pécuniaires du patient.

En présence de l'extrême fréquence du tabes syphilitique, on peut se demander si l'on est en droit d'attendre quelque résultat du traitement spécifique ; les succès en sont malheureusement très rares, on ne peut guère en espérer que si

les accidents syphilitiques proprement dits n'ont pas encore complètement disparu, ou si l'infection est récente, c'est-à-dire ne remonte pas à plus d'un an. Ces conditions se rencontrent rarement; d'ordinaire, plusieurs années, 20 ans peut-être, séparent les accidents primaires de l'écllosion du tabes, et pendant cette période, le patient a paru jouir d'une santé parfaite: le traitement spécifique n'a alors plus le moindre objectif. Si, pour une raison quelconque, pour satisfaire le malade, par exemple, on veut l'instituer quand même, on devra recourir aux doses énergiques d'iodure de potassium, 4 à 8 gr. par jour, en y joignant les frictions avec 3 à 6 gr. d'onguent gris: la cure comprendra 2 à 300 gr. d'iodure et autant d'onguent mercuriel.

Parmi les moyens internes, on n'en connaît aucun qui soit capable de modifier favorablement l'élément nerveux atteint par l'affection. On commencera par le nitrate d'argent, que l'on donnera en pilule de 1 centigr., 3 fois par jour, pendant six semaines. On ajoutera alors l'ergotine (arg. nitr. 0,3. Extr. secal. corn. 3,00. Pulv. et Extr. quass. q. s. ut f. pil. Nr. 30), on pourra également administrer 3 de ces pilules par jour. Enfin, on s'adressera au salicylate de physostigmine, chaudement recommandé dans ces derniers temps, en pilules de 1 milligr., 1 à 3 par jour, pendant un mois (v. *Meyer*, Ueber den Einfluss des Physostigmins auf den Patellarreflex. *Berl. klin. Wochenschrift*. 1882, 2). Avec ces remèdes, on est du moins à peu près sûr de ne faire aucun tort au malade. Il arrive souvent que, pendant leur administration, l'état du patient subisse une certaine amélioration, sans toutefois pouvoir assurer que ce mieux est vraiment dû aux médicaments; nous les recommandons avant tous les autres, même avant la strychnine, que l'on administre sous forme d'injections sous-cutanées, en commençant par 3 à 5 milligr., pour augmenter ensuite jusqu'à injecter 1 centigr. par jour. Pour combattre certains symptômes, les douleurs lancinantes, par exemple, on s'adressera aux moyens que nous avons vus usités contre les névralgies; il serait difficile de ne point recourir à l'antipyrine et à l'antifébrine, préconisées récemment par *Lépine*, *Suckling*, *G. Sée*, *G. Fischer*, et d'autres, mais on pourra se convaincre sans peine que la morphine est seule en état de calmer les douleurs violentes du tabes et de rendre la vie du malade un peu supportable; on peut d'ailleurs ici en faire largement usage. On combat symptomatiquement les crises gastriques et laryngées, la céphalalgie, etc., par les moyens déjà décrits antérieurement.

Outre le traitement interne, nous devons signaler, en seconde ligne, le traitement par l'électricité: appli-

qué assez tôt, dans les cas récents, il donne de bons résultats; il peut, par lui-même, amener la guérison complète, ou tout au moins, arrêter le processus morbide. D'un autre côté, si l'on n'y prend garde, si l'on confond, par exemple, des cas anciens avec de nouveaux, l'électricité peut être plus nuisible qu'utile — son application peut provoquer des douleurs violentes et avoir pour conséquence de faire perdre au malade, dont l'état était jusque là supportable, toute confiance dans l'intervention du médecin. Le courant électrique rend des services lorsqu'on l'oppose aux troubles de la motilité, surtout contre la faiblesse parétique des membres inférieurs, moins contre l'ataxie; il combat aussi avantageusement l'anesthésie et la paresthésie des mains et des pieds; par contre, il se montre inefficace contre les douleurs lancinantes et rhumatismales, ou du moins ne les soulage que momentanément. Les méthodes d'électrisation ne peuvent être exposées en quelques mots; elles diffèrent d'ailleurs suivant les auteurs; les uns donnent la préférence au courant constant, les autres au courant faradique; l'un préconise le courant ascendant le long de la moelle, l'autre, le courant descendant; certains praticiens emploient l'électrode humide, d'autres se servent d'électrodes sèches, et en particulier du pinceau faradique: chacun, en un mot, s'est formé sa méthode, fondée sur de longues années d'expériences. Pour nous, nous avons retiré de bons résultats de la faradisation générale de *Beard* et *Rockwell* et de l'application du pinceau faradique sur la colonne, conseillée par *Rumpf* et adoptée par beaucoup de médecins: c'est le traitement électrique qui nous a paru le meilleur jusqu'ici. Pour plus de détails, on consultera avec fruit le traité d'électrothérapie de *Erb*. — L'application de ventouses sèches, recommandée par *Lyman* (*Journ. of nerv. and mental diseases*, juillet 1887, XIV, p. 409) a l'avantage d'améliorer la nutrition des muscles et des os, grâce à la raréfaction de l'air; elle combat également les troubles de sensibilité; on pourra y recourir, dans certains cas, lorsque la maladie est peu avancée.

Les cures à l'eau froide se montrent très efficaces dans un grand nombre de cas; l'eau exerce une influence favorable sur les terminaisons nerveuses; les douches froides, les enveloppements, les enveloppements humides de *Priessnitz*, les bains froids, etc., activent la circulation cutanée, et agissent, par là, sur la nutrition des plus fines ramifications nerveuses; aussi n'est-il pas rare de constater une amélioration réelle chez le malade après un séjour dans un établissement