

hydrothérapique. Dans les cas avancés, lorsque les troubles de la motilité et de la sensibilité ont acquis un degré tel qu'il semblerait impossible de les modifier, une cure à l'eau froide, conduite avec intelligence, peut encore rendre des services en relevant l'état général et le moral du malade.

Par contre, on fera bien de s'abstenir des bains chauds, des bains de vapeurs et des bains sudatoires, dont l'efficacité est au moins douteuse et qui ont souvent l'inconvénient de provoquer l'apparition des douleurs lancinantes. On ne peut malheureusement pas toujours les empêcher; souvent le malade met ses souffrances sur le compte du rhumatisme, et, de son propre chef, s'administre des bains pendant des mois et des années; plus d'un tabétique a pris de la sorte des centaines de bains sans en éprouver le moindre soulagement.

En général, les stations balnéaires sont peu favorables aux tabétiques, surtout lorsque la maladie est ancienne et qu'il existe de la paraplégie des membres inférieurs, des troubles graves du côté de la vessie, etc.; les fatigues du voyage, les privations, l'absence de confort que ces cures balnéaires entraînent, sont loin d'être compensées par les résultats qu'elles procurent, sans compter que les ressources matérielles ne répondent pas toujours aux frais provoqués par le séjour annuel dans ces villes de bains, même dans les conditions les plus modestes. Il ne faut pas oublier que la maladie est longue, que le patient doit abandonner d'un moment à l'autre sa profession et que c'est augmenter encore son malheur que de l'engager à dépenser inutilement un argent dont il aura si besoin plus tard. Chez bien des malades nécessiteux, ce point joue un rôle capital: les jeunes médecins n'y attachent souvent pas assez d'importance. Si cette question matérielle n'entre pas en ligne de compte, on pourra recommander en premier lieu les thermes salés; dans cette catégorie, ceux de Rehme-Oeynhaus en ont acquis, dans ces derniers temps, une certaine renommée dans le traitement du tabes; d'après mon expérience, ils n'offrent d'autre avantage sur les autres thermes salés, tels que ceux de Nauheim, par exemple, que celui d'avoir des installations parfaites, spécialement appropriées aux tabétiques. On peut également recourir sans inconvénient aux eaux chlorurées sodiques, riches en brome et en iode (Königsdorf-Jastrzemb, Kreusnach, Goczalkowitz, Krankenheim); les termes indifférents (Gastein, Teplitz, Johannisbad, Warmbrunn, Pfäfers) et les eaux sulfureuses chaudes (Landeck, Aachen, Trentschin, Pistyan, Baden, près de Vienne, et Baden, en Suisse) exigent beaucoup de prudence

et ne peuvent être employés qu'à une température de 22-26° R. Parmi les eaux ferrugineuses, il convient de citer, au premier rang, Cudowa, ensuite Pymont, Flinsberg, Schwalbach et St-Moriz (Engadine).

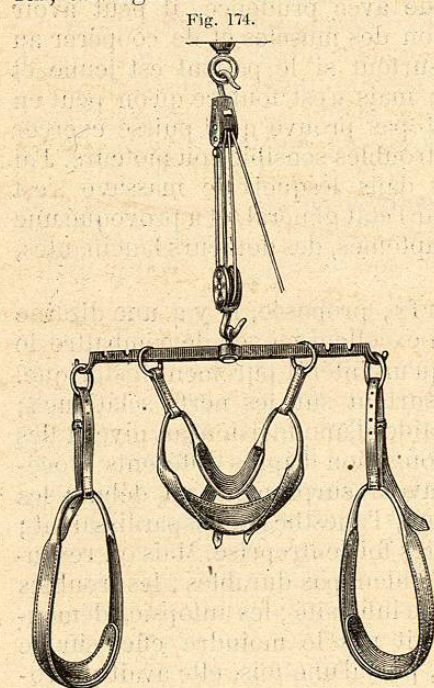
Le massage n'a guère procuré de bons résultats dans le traitement du tabes; pratiqué avec prudence, il peut avoir l'avantage d'activer la nutrition des muscles et de coopérer au maintien de l'état général, surtout si le patient est jeune et encore capable de résistance; mais c'est tout ce qu'on peut en attendre, l'expérience n'ayant pas prouvé qu'il puisse exercer une influence durable sur les troubles sensibles ou moteurs. J'ai même observé plusieurs cas dans lesquels le massage s'est montré plutôt défavorable pour l'état général, et a provoqué une recrudescence de certains symptômes, des douleurs lancinantes, par exemple.

L'élongation des nerfs, proposée, il y a une dizaine d'années environ, comme un excellent moyen de combattre le tabes, ne présente déjà plus qu'un intérêt purement historique. L'élongation était pratiquée surtout sur les nerfs sciatiques; après les avoir mis à nu à l'aide d'une incision au niveau des fessiers, on en pratiquait l'élongation d'après différents procédés. Les résultats étaient souvent surprenants au début; les douleurs, les troubles vésicaux, l'anesthésie, disparaissaient; aussi l'opération fut-elle maintes fois entreprise. Mais on reconnut bientôt que les résultats n'étaient pas durables: les troubles se reproduisaient avec la même intensité; les autopsies démontrèrent que l'élongation n'avait pas le moindre effet sur le processus de la moelle, et que, plus d'une fois, elle avait provoqué de la névrite qui, se propageant jusqu'à la moelle, déterminait une véritable myélite (*Strümpell, Rosenstein*); on renonça dès lors à l'opération, et, aujourd'hui, elle est complètement délaissée.

Enfin, dans ces derniers temps, on s'est adressé à la suspension; cette méthode de traitement, publiée il y a 6 ans déjà par *Motschukowsky* (Wratsch, 1883, 17-12) et vivement appuyée par *Charcot*, consiste à placer le malade, pendant quelques minutes, dans la même position que pour l'application d'un corset plâtré.

Les résultats que cette méthode avait donnés à la Salpêtrière étaient assez encourageants; on l'expérimenta partout, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, et, aujourd'hui les communications que nous possédons à son sujet sont assez nombreuses pour permettre de se former une opinion sur sa valeur. Ce sont, tantôt les symptômes cérébraux, tantôt les

symptômes spinaux qui s'amendent; la méthode n'offre aucun danger: une seule observation relate la mort du patient pendant la suspension faite, d'ailleurs, en l'absence du médecin. (*Gorecki*, Lyon, Med. 1889, 20). *Althaus* (v. bibl.) a cherché à expliquer anatomiquement l'action de la suspension. D'après lui, elle agirait en déchirant les adhérences méningitiques qui



Appareil à suspension pour le traitement du tabes.

entourent les cordons postérieurs; les fibres nerveuses, surtout les plus superficielles, recouvrent par là une partie de leur conductibilité; la névroglie, sclérosée, épaissie, est étendue et relâchée, la pression qu'elle exerce sur les tubes nerveux se trouve ainsi amoindrie. La suspension doit être réservée pour les cas anciens en plein développement; dans les cas récents, elle expose aux phénomènes inflammatoires. L'explication anatomique donnée par *Althaus* n'est pas inadmissible; cependant il est peu probable qu'on puisse invoquer dans les cas où l'amélioration s'est produite momentanément après un

nombre limité de séances, 1 à 10, par exemple.

Nous avons appliqué la suspension dans 103 cas de la pratique privée et dans 11 cas de la pratique hospitalière; parmi les 103 premiers tabétiques, on comptait 82 hommes et 21 femmes; parmi les autres, 7 hommes et 4 femmes. Le nombre de suspensions chez ces malades a varié de 3 à 87, leur durée de 1' à 5 1/2', la durée du traitement complet variant entre 3 et 116 jours. Il s'agissait de tabétiques aux différents degrés de la maladie: le cas le plus récent datait de 14 mois; le plus ancien, de 17 ans.

Chez aucun de ces malades, je n'ai pu constater d'amélioration notable et persistante, pas plus dans l'état général que dans les symptômes propres de l'affection. L'ataxie diminuait, mais momentanément;

par-ci par-là, j'ai pu obtenir quelque amélioration — mais toujours passagère — des crises douloureuses ou des troubles vésicaux; mais ces résultats ne duraient pas et le malade se retrouvait bientôt dans le même état qu'auparavant. Le tableau que traçaient de leurs souffrances les malades intelligents et consciencieux, après 30, 50 et 80 suspensions, correspondait assez exactement à leur état au début du traitement. Contrairement à ce qu'en pense *Althaus*, je crois pouvoir affirmer que la suspension n'exerce aucune influence sur les lésions anatomiques, et que l'amélioration passagère que l'on obtient est simplement un phénomène de suggestion: le malade apprend qu'il existe un nouveau mode de traitement pour son affection que l'on dit incurable; il s'y soumet avec joie et confiance, et par auto-suggestion, il se produit une amélioration dans les troubles fonctionnels, dans l'ataxie, par exemple, diminution qui est manifeste, mais non durable.

J'ai été témoin de quatre accidents désagréables survenus pendant la suspension; deux malades perdirent connaissance et ne furent ranimés qu'avec peine; chez deux autres, il se déclara de si violentes crises laryngées que la suspension dut être interrompue immédiatement. Ces accidents font une impression très défavorable sur le patient et compromettent encore davantage des résultats déjà très douteux. Il est absolument indispensable d'examiner minutieusement le patient avant la suspension; celle-ci est contre indiquée s'il existe une affection cardiaque ou vasculaire. Pendant la suspension, on ne doit pas perdre son malade de vue, ni le laisser seul un instant.

Bien qu'il ne soit pas encore possible de se prononcer définitivement sur la valeur de cette méthode que l'on expérimente depuis trop peu de temps, cependant, elle me semble destinée à retomber bientôt dans l'oubli.

Bibliographie.

I. Générale.

- Wattewille, de, Brit. med. Journ. 27. Dec. 1884.
 Hollis, Brit. med. Journ. 22. Nov. 1884.
 Althaus, Maladies de la moelle épinière. Traduit de l'anglais. Paris, 1885 (Ouvrage traitant de la sclérose médullaire et spécialement de l'ataxie locomotrice).
 Adamkiewicz, Die Rückenmarksschwindsucht. Wien 1885, Toeplitz u. Deuticke.
 Brieger, Berl. klin. Wochenschr. 1885, XXII, 20.
 Remak, Ibid. 1885, XXII, 7. (Le tabes dans l'enfance).
 Althaus, Brit. med. Journ. Jan. 1885, 10. 31.
 Basso, I disturbi funzionali del simpatico nella tabe dorsali. Ann. univ. 1886, Vol. 275, pag. 429.
 Oppenheim, Centralbl. f. Nervenheilk. 1886, IX, 11.

- White, Hale, Lancet. Dec. 1886, II, 24.
 Strümpell, A., Münch. med. Wochenschr. 1886, XXXIII, 31.
 Carlyle, Glasgow med. Journ. Oct. 1887, XXVIII.
 Tuczek, Centralbl. für klin. Med. 1887, VIII, 16.
 Jendrassik, Deutsches Arch. f. klin. Med. 1888, XLIII, 6.
 Oppenheim, H., Neue Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsal. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1888, XX, 1.
 Bernhardt, M., Zeitschr. f. klin. Med. 1888, XIV, 3.
 Pitres, Arch. de Neur. 1888, XV, pag. 337.
 Martius, Deutsche Med.-Ztg. 1888, IX, 7, pag. 87.
 Möbius, Neuere Beobachtungen über die Tabes. Schmidt's Jahrbücher. 1886, pag. 200 ff., der 4. in Bd. 203, 1884, pag. 283 ff.
 Berger, E., Die Sehstörungen der Tabes und der Versuch einer einheitlichen Erklärung des Symptomencomplexes. Arch. f. Augenheilk. 1889, XIX, 4.
 Kohler, O., Ueber die frühen Symptome der Tabes. Wien. klin. Wochenschr. 1890.

II. Littérature spéciale.

a) Symptômes.

- Oppenheim, Berl. klin. Wochenschr. 1885, XXII, 4. (Lésion du vague).
 Ross, James, Brain. 1886, XXXIII, pag. 24. (Crises laryngées).
 Erben, Wien. med. Bl. 1886, IX, 43. 44. (Tabes dorsal cérébral).
 Landgraf, Berl. klin. Wochenschr. 1886, XXIII, 38. (Crises laryngées).
 Krauss, E., Berl. klin. Wochenschr. 1886, XXIII, 46. (Paralyse des cordes vocales).
 Martius, Berl. klin. Wochenschr. 1887, XXIV, 8. (Paralyse de l'accessoire).
 Arnaud, Encéph. 1887, VII, 4. (Troubles de l'intelligence).
 Suckling, Brit. med. Journ. 1887, July 16. (Paralyse de l'oculo-moteur).
- Bernhardt, M., Zeitschr. f. klin. Med. 1886, XI, 4. (Diagnostic diff. entre l'alcoolisme, la poliomyélite, la paralysie de Landry et le tabes).
 Oppenheim, Berl. klin. Wochenschr. 1888, XXV, 53. (Maladies hyst. du système nerveux évoluant sous les apparences du tabes).
 Feré, Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux et en particulier dans l'ataxie locomotrice. Archives de Neur. 1884, VII, Nr. 20.
 Vierordt, Beitrag. zur Kenntniss der Ataxie. Berl. klin. Wochenschr. 1886, 21.
 Brouardel, Gaz. des Hôp. 1887, 1888, LX, LXI. (Sur l'impuissance provoquée par le tabes et autres affections).
- Rosenheim, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1884, XV, 4. (Recherches expérimentales sur les phénomènes tendineux).
 Zenner, Ueber das Kniephänomen bei Bewegungsataxie. Journ. of nerv. and ment. diseases. N. J. April, 1884, IX, 2.
 Delprat, Nederl. tijdschr. v. Geneesk. 1886, 51. (Persistance du phénomène du genou jusqu'aux dernières heures de la vie dans 3 cas de tabes).
 Westphal, Ueber Fortdauer des Kniephänomens bei Degeneration der Hinterstränge Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1886, XVII, 2.

- Mitchell, Weir et Moris, Tendon-jerk and muscle-jerk in disease, espec. with ref. to posterior sclerosis of the spinal cord. New-York med. Record. 1886, XXX, 1.
 Krauss, E., Beitrag zur Localisation des Patellarreflexes bei Tabes u. s. w. Neurol. Centralbl. 1886, V, 20.
 Hirt, Ueber Tabes mit erhaltenen Patellarreflexen. Berl. klin. Wochenschr. 1886, XXIII, 10.
 Westphal, 2 Fälle von Tabes mit erhaltenem Kniephänomen. Berl. klin. Wochenschr. 1887, XXIV, 5.
 Minor, Zur Frage über die Localisation des Patellarreflexes bei Tabes. Centralbl. f. Nervenheilk. 1887, X, 6.
 Westphal, Anatom. Befund bei einseitigem Kniephänomen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1887, XVIII, 2.
 Goldflam, Ueber die Ungleichheit des Kniephänomens bei der Tabes. Neurol. Centralblatt. 1888, VII, 19, 20.
 Warren Plympton, Lombard, The variations of the normal knee-jerk and their relation to the activity of the central nervous system. Amer. Journ. of Psychol. 1887, I, 4.
 Meyer, Berl. klin. Wochenschr. 1888, 2. (Influence de la physostigmine sur les réflexes tendineux).
 Benedict, Qualitative Veränderungen des Kniephänomens. Neurol. Centralbl. 89, 47.
- Portalier, Thèse de Paris 1884. (Troubles trophiques au stade préataxique du tabes).
 Rossolymmo, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1884, XV, 3. (Troubles trophiques de la peau).
 Janowsky, Wien. med. Presse. 1885, XXVI, 8. (L'exanthème des tabétiques).
 Hoffmann, Berl. klin. Wochenschr. 1885, XXII, 12.
 Browne and d'Arcy Power, St. Barthol. Hosp. Rep. 1886, XVIII. (Mal perforant du pied).
 Galippe, Gaz. des Hôp. 1886, 58. (Maladies des dents).
 Krönig, Wirbelerkrankungen der Tabiker. Deutsche Med.-Ztg. 1886, VII, 401.
 Hinze, Das Plantargeschwür und sein Verhältniss zur Tabes. Petersb. med. Wochenschrift, N. F. 1886, III, 26—28.
 Ménétrier, Ann. de Dermat. 1886, VII, 1. (Mal perforant aux mains).
 Mollière, Lyon méd. 1887, LV, pag. 377. (Tabes débutant par des troubles trophiques).
 Suckling, Brit. med. Journ. 6. April 1885. (Ulcère perforant, premier signe du tabes).
 Marshall J. G., Lancet, Jan. 1885, I, 4.
 Joffroy, Gaz. des Hôp. 1885, 133. (Pied tabétique).
 Richardière, Revue de méd. 2 Févr. 1886, VI. (Arthropathie des doigts).
 Anderson, J. Wallace, Brain. 1886, XXXIV, pag. 224. (Arthropathie).
 Kosinow, Med. Observ. 1886, 17.
 Löwenfeld, Münchener med. Wochenschr. 1887, XXXIV, 20. (Arthropathie).
 Rotter, Arch. f. klin. Chirurgie, 1887, XXXVI, 4. (Die arthropathie der Tabes).
 Kramer, Prager med. Wochenschr. 1887, XII, 33. (Pied tabétique).
 Kahlden, Virchow's Arch. 1887, CLX, 2. (Arthropathie).
 Porter, New-York med. Rec. Oct. 1887, XXXII, 48. (Arthropathie).

- Dana, Boston med. and surg. Journ. 17. Oct. 1887, CXVII. (Arthropathie).
 Paolidès, Des arthropathies tabétiques du pied. Neur. Iconogr. de la Salpêtr. 1888, 4, 5.
 Collier et Pitt, Transact. of the pathol. Soc. 1888, XXXIX, pag. 22. (Maladie de Charcot au genou).
 Kredel, Die Arthropathien und Spontanfracturen bei Tabes. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. 1888, 309, Chir. Nr. 96.
- Sakaky, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1884, XV, 2. (Dégénération des nerfs périphériques).
 Stern, Bolko, Ibid. XVII, 3. (Anomalies des sensations).
 Remak, Berl. klin. Wochenschr. 1887, XXIV, 19. (Atrophie névritique dans le tabes).
 Oppenheim et Siemerling, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1887, XVIII, 2. (Lésions des nerfs périphériques).
 Déjérine, Gaz. de Par. 1888, 10, 11, 12.
 Déjérine, Revue de méd. 1889, IX, 2, 3, 4.
 Déjérine et Sollier, Arch. de méd. expérim. 1889, 1, 2.

Complications.

- Oppenheim, Berl. klin. Wochenschr. 1884, XXI, 38. (Hémicranie).
 Leichtenstern, Deutsche med. Wochenschr. 1884, X, 52. (Anémie pernicieuse et tabes).
 Oppenheim, Berl. klin. Wochenschr. 1885, XXII, 49. (Diabète sucré et tabes).
 Reumont, Ibid. 1886, XXIII, 13. (Diabète sucré et tabes).
 Grasset, Arch. de Neurol. Juillet 1886, XII. (Tabes combiné, Myélite mixte).
 Fischer, Centralbl. f. Nervenheilk. 1886, IX, 18. (Diabète sucré et tabes).
 Leyden, Centralbl. f. klin. Med. 1887, VIII, 1. (Affections du cœur dans le tabes).
 Eulenburg, Deutsche med. Wochenschr. XIII, 35. (Combinaison avec une affection systématique de la moelle).
 Groedel, Deutsche med. Wochenschr. 1888, XIV, 25. (Affections du cœur dans le tabes).
 Stransky, Prager med. Wochenschr. 1888, XIII, 25. (Un cas de tabes compliqué d'atrophie musculaire).
 Eulenburg, Virchow's Archiv. 1885, XCIX, 1.
 Berger, O., Bresl. ärztl. Zeitschr. 1885, VII, 1, 3—5.
 Wilks, Brit. med. Journ. 6. Febr. 1886.
 Buzzard, Brit. med. Journ. 30. Jan. 1886.
 Strümpell, Neurol. Centralbl. 1886, V, 19.
 Rumpf, Deutsche med. Wochenschr. 1887, 36.
 Neumann, Berl. klin. Wochenschr. 1887, XXIV, 43.
 Déjérine, Contribution à l'étude de la paralysie radiale chez les tabétiques (paralysie radiale spontanée). Comptes-rendus de la Société de biologie, 1889.

b) Anatomie pathologique.

- Lissauer, Neurol. Centralbl. 1885, IV, 11.
 Kraus, E., Neurol. Centralbl. 1885, IV, 3.
 Adamkiewicz, Die anat. Veränderungen bei Tabes. Congr. internat. de Copenhague. III. Psych. u. Neurol. 1886, pag. 9.
 Mitchell, S. Weir, Locomotor ataxia confined to the arms; reversal of ordinary progress. Journ. of nerv. and ment. diseas. N. S. 4. April 1888, XIII.

- Déjérine, Contribution à l'étude de l'ataxie locomotrice des membres supérieurs. Arch. de Phys. 1888, 4. Sér., I, 3.
 Pick, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1889, XX, 3. (Lésions trouvées dans un cas où le phénomène du genou était absent d'un côté).
 Flechsig, Ist die Tabes dorsalis eine « système Erkrankung? » Neurol. Centralbl. 1890.

c) Etiologie.

- Eisenlohr, Deutsche med. Wochenschr. 1884, X, 52.
 Stephan, Nederl. Weekbl. 1885, 51.
 Straus, Faits pour servir à l'étude des rapports du traumatisme avec le tabes. Arch. de Phys. 8. Nov. 1886, XVIII.
 Minor, Contribution à l'étude du tabes. Arch. de Neurol. 1889, 50, pag. 183; 51, pag. 362.

d) Traitement.

- Rumpf, Allg. Wiener med. Ztg. 1886, 6, 7.
 Lehmann, Deutsche med. Wochenschr. 1886, XII, 4. (Guérison d'un tabes).
 Schurigin, Wratsch. 1886, 15. (Electricité statique).
 Eulenburg, Die Heilbarkeit der Tabes dors. Congr. intern. de Copenhague. III, Psych. u. Neurol. 1886, pag. 71.
 Rigal, Gaz. des Hôp. 1886, 74. (Cautérisations profondes de la colonne vertébrale).
 Benedikt, Ueber Prognose und Therapie der Tabes. Wiener med. Presse, 1887, XXVIII, 33, 34.
 Lyman, Journ. of nerv. and ment. dis. 7. July 1887, XIV. (Traitement par le scarificateur Jounod).
 Stembo, Berl. klin. Wochenschr. 1888, XXV, 44.
 Naunyn, Mitth. aus. d. med. Klinik zu Königsberg in. Pr. Leipzig 1888. (Injections sous-cutanées de strychnine).
 Benedikt, Wiener med. Blätter. 1889, XII, 8. (Elongation des nerfs).

Suspension.

- Charcot, De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux. Progr. méd. 1889, 3.
 Weir Mitchell, Med. News. 13. April. 1889.
 Chernel, Wiener med. Blätter. 1889, XII, 5.
 Dana, New-York med. Rec. 15. April 1889, XXXV.
 Gilles de la Tourette, Progr. méd. 1889, XVII, 8. (Technique de la suspension).
 Morton, New-York, med. Rec. 15. April 1889, XXXV.
 Althaus, Lancet. 13. April 1889, pag. 160.
 Wattlewille, On the treatment by suspension of locomotor ataxy. London 1888.
 v. Openchowski, Deutsche Uebersetzung der Motschukowski'schen Originalarbeit. Berl. klin. Wochenschr. 1889, 25.
 Ladame, Revue méd. de la Suisse romande, 1889, 6.
 Eulenburg und Mendel, Berl. klin. Wochenschr. 1889, 8.
 Bernhardt, Neurol. Centralbl. 1889, 11.
 Gilles de la Tourette, Archiv. de Neurol. Juillet 1889, XVIII, Nr. 52.
 Motschutkowsky, The treatment of certain Diseases of the spinal Cord by Means of suspension. Brain, vol. XII. 1890, pag. 326.