

au plus. L'amaurose évoluerait alors généralement suivant deux stades successifs : l'un, d'évolution aiguë, durant de quelques mois à deux ou trois ans au plus, pendant lequel le malade perd toute vision distincte, toute notion de la forme et de la couleur des objets; l'autre, d'évolution essentiellement chronique, durant au minimum trois, quatre ou cinq ans, mais souvent beaucoup plus, dix, vingt, trente ans et plus, pendant lequel le malade conserve la notion du jour et de la nuit, reconnaît la situation des fenêtres et des becs de gaz (P. Marie et Léri)⁽¹⁾.

L'aspect ophtalmoscopique correspondant à ces troubles fonctionnels montre une coloration grisâtre ou blanc bleuâtre de la papille surtout marquée à la partie nasale de celle-ci, coloration pouvant, suivant son degré, aller jusqu'au blanc nacré; malgré ces modifications, la papille conserve très nettement ses limites et la netteté de ses contours, ceux-ci ne sont pas diffus comme cela se voit dans les cas de tumeur cérébrale; cependant l'examen à l'image droite, en montrant la papille avec un fort grossissement, révèle parfois dans des cas récents des effilochures de son rebord et des dépôts pigmentaires à son pourtour qui font penser à l'existence antérieure d'un processus inflammatoire, d'une névrite (Poulard et Léri).

Ces différents phénomènes sont dus à l'existence d'une *névrite optique*. Celle-ci est généralement bilatérale, mais n'est pas toujours absolument symétrique.

Il ne faudrait pas croire que tous les tabétiques soient prédestinés à la névrite optique et se trouvent par conséquent menacés de cécité. La névrite optique ne se voit guère en effet que dans 10 à 20 pour 100 des cas, et, à cet égard, il convient de remarquer qu'elle ne constitue pas un accident tardif appartenant, comme on pourrait le supposer, aux périodes avancées de la maladie. Tout au contraire la névrite optique est une manifestation précoce, et, à de rares exceptions près, on peut affirmer que, lorsqu'un tabétique dont l'affection dure depuis plus de 3 ans (Berger) n'en a pas encore été atteint, il a bien des chances pour y échapper à jamais.

A ce propos plusieurs auteurs ont fait une remarque, c'est qu'il est rare de constater l'existence de la névrite optique chez les tabétiques qui présentent une incoordination marquée. On est parti de là pour admettre que ces deux phénomènes s'excluaient mutuellement. Il est beaucoup plus juste de voir dans le manque de concomitance de la névrite optique avec l'incoordination la preuve que l'une et l'autre correspondent à des processus tabétiques dont la localisation est différente; de telle sorte que la première répondrait surtout à une sorte de tabes supérieur, à un « tabes amaurotique », tandis que la seconde ne se produit que lorsque les régions inférieures de l'axe médullaire sont atteintes. La plupart des tabétiques aveugles ont un air de santé, ils sont bien nourris, n'ont pas de troubles trophiques, les symptômes classiques du tabes (douleurs, ataxie, troubles vésicaux) se montrent à un très faible degré. Heveroch a remarqué aussi l'incompatibilité ordinaire de la névrite optique avec les troubles génitaux et Foerster⁽²⁾ son incompatibilité avec les troubles vésicaux et le signe de Westphal; c'est ce que P. Marie a appelé l'« atrophie papillaire des tabétisants ». Léri a remarqué l'extrême fréquence de légers acci-

(1) P. MARIE et LÉRI. *Soc. neurol.*, février 1904.

(2) FOERSTER. *Monatschr. f. Psych.*, juillet et août 1900.

dents d'origine encéphalique chez ces amaurotiques dont les symptômes spinaux sont si minimes; ces troubles (troubles oculo-pupillaires et oculo-moteurs, troubles de l'ouïe, troubles sensitifs céphaliques, troubles psychiques) complètent le tableau spécial du « Tabes amaurotique ». En dehors de ces cas qui répondraient à un tabes supérieur pur, il est des tabétiques classiques avec ataxie, signe de Romberg, troubles de la nutrition générale, etc., qui peuvent présenter de l'atrophie papillaire.

La cécité n'exerce en réalité sur l'évolution des symptômes du tabes spinal aucune action. Quand elle est un symptôme précoce de l'atteinte des centres nerveux, cas le plus fréquent, elle n'exerce aucune action empêchante sur le développement des symptômes spinaux, car on voit parfois se développer tardivement les symptômes du tabes vulgaire le plus caractérisé. Quand, cas beaucoup plus rare, la cécité apparaît tardivement, elle n'exerce sur les troubles déjà développés du tabes (douleurs, troubles moteurs, etc...) aucune action atténuante; ces symptômes ne sont nullement toujours progressifs dans le tabes vulgaire, sans cécité, les douleurs suivent le plus souvent au bout d'un certain temps une marche régressive, les troubles moteurs quelquefois; la même évolution se retrouve, que le tabes soit ou non accompagné de cécité. En réalité il s'agit à notre sens de deux localisations différentes d'un même processus, la localisation spinale et la localisation optique, qui peuvent soit s'associer, soit rester isolées, mais qui évoluent chacune pour leur compte, indépendamment l'une de l'autre (P. Marie, Léri).

2. **Troubles de l'appareil auditif.** — Ils sont loin d'être rares et consistent dans :

La *diminution de l'acuité auditive*. Celle-ci peut survenir d'une façon progressive ou d'une manière tout à fait brusque; elle est ordinairement bilatérale, mais non parfaitement symétrique; elle peut aller jusqu'à la surdité absolue, parfois même en quelques jours; elle serait due à une névrite du nerf auditif (?).

Des *bruits subjectifs* variables: sifflements, bourdonnements, etc..., sans caractères bien déterminés.

Le *vertige auriculaire* (vertige de Ménière) signalé par Charcot, Pierret⁽¹⁾, étudié par P. Marie et Walton⁽²⁾, A. Marina⁽³⁾, etc.... Ce vertige peut être tout à fait analogue à celui que l'on rencontre dans les affections auriculaires vulgaires. Parfois les tabétiques qui en sont atteints présentent des lésions catarrhales ou scléreuses de l'oreille moyenne, parfois celles-ci font défaut et il semble que dans ces cas on puisse invoquer une altération de ces fibres du nerf auditif qui sont désignées par quelques auteurs sous le nom de nerf de l'espace (P. Marie et Walton). On peut d'ailleurs dans le tabes observer des *phénomènes vertigineux* de différentes espèces, et notamment J. Grasset⁽⁴⁾, qui a fait une étude spéciale de ceux-ci, considère le signe de Romberg comme un véritable vertige. C'est sans doute dans un état vertigineux prononcé qu'il faut chercher la cause de véritables basophobies qui ont été observées chez certains

(1) PIERRET. Contribution à l'étude des phénomènes céphaliques du tabes dorsualis. Symptômes sous la dépendance du nerf auditif. *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1877, p. 101.

(2) P. MARIE et WALTON. Des troubles vertigineux dans le tabes (vertige de Ménière tabétique). *Revue de méd.*, 1885, p. 42.

(3) AL. MARINA. Zur Symptomatologie der Tabes dorsualis mit, etc.... *Arch. f. Psych.*, XVI, p. 156.

(4) J. GRASSET. Du vertige des ataxiques. *Arch. de neurol.*, 1895, n° 75-74.

tabétiques névropathes (Parisot⁽¹⁾, Donnadiou⁽²⁾, P. Marie). Bonnier⁽³⁾ admet l'existence d'un « Tabes labyrinthique » et d'une phase labyrinthique du tabes que caractériseraient la tendance aux vertiges, l'enjambement intermédiaire des excitations, le signe de Romberg, l'agoraphobie, l'anxiété produite par le silence, le nystagmus et les troubles oculo-moteurs, tous symptômes diversement combinés d'une affection labyrinthique.

L'*hyperexcitabilité du nerf auditif* aux courants électriques, dont on doit particulièrement l'étude à A. Marina. Cette hyperexcitabilité consiste en ce que les réactions du nerf acoustique se produiraient avec des intensités de courant inférieures à 15 milliampères, alors que chez l'individu sain elles ne commencent à se montrer qu'à partir de ce chiffre. — Ce phénomène serait assez fréquent; Marina dit l'avoir trouvé dans 8 cas sur 11 tabétiques qu'il a examinés à ce propos.

5. **Troubles de l'appareil olfactif.** — Ils sont peu connus; on a dans quelques cas signalé des sensations olfactives anormales ou de l'anosmie. Klippel⁽⁴⁾, Julian⁽⁵⁾ ont noté de véritables « crises nasales ».

4. **Troubles de l'appareil gustatif.** — Également peu connus; sauf l'existence de sensations gustatives anormales et de l'agueusie dans des cas d'ailleurs assez rares. Les troubles olfactifs et gustatifs se trouvent parfois combinés: les « crises sensorielles » signalées par Ueber (de Strasbourg)⁽⁶⁾ consistent en sensations anormales pénibles du goût et de l'odorat survenant à l'approche des crises gastriques.

E. **Troubles trophiques.** — Il y a lieu de distinguer les troubles de la nutrition générale et les troubles trophiques locaux (peau, os, articulations, tissus fibreux, muscles, etc...).

Les *troubles de la nutrition générale* ont été jusqu'à présent peu étudiés. Au point de vue des échanges chimiques, nous n'avons, comme on le verra au chapitre des Troubles urinaires, que des renseignements fort incomplets. Au point de vue clinique, au contraire, on sait que les tabétiques présentent souvent un aspect de *misère physiologique* vraiment particulier. Ces malades sont amaigris, et avec leurs traits tirés, leurs yeux enfoncés, l'accentuation des plis et des sillons de la face, la pâleur de leurs téguments, ils donnent bien la sensation d'individus atteints d'une maladie consomptive.

Tel est l'aspect du plus grand nombre des tabétiques; il en est cependant quelques-uns, parmi eux, qui conservent leur embonpoint ainsi qu'une apparence de santé très satisfaisante. Il semble qu'au point de vue du pronostic on doive tenir compte de ces cas exceptionnels, car chez ces malades l'affection se montre d'ordinaire beaucoup moins progressive, parfois même elle est tout à fait stationnaire.

Les *troubles trophiques cutanés* sont parmi les plus fréquents. Celui qu'on rencontre le plus souvent est le *mal perforant*. On désigne sous ce nom une lésion cutanée qui tout d'abord commence par un épaississement de l'épiderme; peu à peu dans la partie centrale de celui-ci se montre une ulcération qui, gagnant en profondeur, ne tarde pas à intéresser le derme; parfois même cette

(1) PARISOT. Congrès d'Angers, 1898.

(2) DONNADIEU-LAVIT. *Nouveau Montpellier méd.*, 1900.

(3) BONNIER. *Iconogr. Salpêtr.*, mars-avril 1899 et *Revue neurol.*, 1899, p. 689.

(4) KLIPPEL. *Arch. neurol.*, 1897.

(5) JULLIAN. *Revue de méd.*, 10 juillet 1900.

(6) UEBER (de Strasbourg). *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1900.

ulcération finit par atteindre les articulations et les os sous-jacents; dans ces cas, l'amputation peut devenir nécessaire. Il n'est pas rare, ainsi que l'ont montré Tuffier et Chipault, qu'il existe déjà à la première période du mal perforant une arthropathie de l'articulation immédiatement voisine de celui-ci (notamment de l'articulation métatarso-phalangienne).

Le siège ordinaire du mal perforant est à la plante du pied, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, parfois aussi du cinquième orteil. Le mal perforant peut exister sur un seul pied, ou sur les deux, quelquefois il y en a plusieurs sur un même pied.

Ce serait une erreur de croire que l'ulcération du mal perforant gagne toujours en profondeur, il n'est pas rare d'en observer la guérison spontanée sous l'influence du repos; le mal perforant laisse alors une cicatrice évidente entourée d'un épaississement de l'épiderme; ces cicatrices sont fréquentes chez les tabétiques hospitalisés.

Pour le plus grand nombre des auteurs, le mal perforant tient à une altération des nerfs cutanés amenant la suppression de leur action trophique sur la peau; mais on ne saurait nier que les influences extérieures exercent une action importante sur la production de ce trouble trophique, qui n'est en somme qu'un durillon ulcéré, or le durillon est amené par la contusion chronique que produisent sur la plante du pied la station prolongée, la marche, les chaussures grossières, etc...; c'est pour cette raison que le mal perforant est plus fréquent et plus intense dans les classes pauvres de la société.

Le mal perforant a été signalé aussi à la main (Peraire); il faudrait se garder de confondre à ce sujet le tabes et la syringomyélie; dans cette dernière affection, en effet, les troubles trophiques cutanés sont fréquents du côté des membres supérieurs. On l'a encore signalé dans la bouche (Hudelo⁽¹⁾, Letulle, Baudet⁽²⁾); les dents peuvent tomber, le rebord alvéolaire se résorber, la voûte palatine se perforer et finalement les fosses nasales communiquer avec la cavité buccale (Baudet, Barrs). P. Marie et Guillain⁽³⁾ ont constaté chez 5 sujets une ulcération unilatérale de l'aile du nez qu'ils ont dénommée « rhinécose ». Or chez ces 5 sujets ils ont constaté une lésion, légère il est vrai, des cordons postérieurs: cette ulcération, comme beaucoup de celles qu'on rencontre chez les tabétiques, est probablement d'origine syphilitique.

En outre du mal perforant, on a décrit d'autres troubles trophiques cutanés dans le tabes, notamment « une hyperproduction de l'épiderme épaissi et desquamant avec hypertrophie des corps papillaires et souvent aussi de toute la profondeur de la peau » que Ballet et Dutil⁽⁴⁾ désignent sous le nom d'*état ichthyosique*; cette lésion siègerait particulièrement au dos des mains.

On trouve encore mentionnée dans quelques observations l'existence d'*éruptions lichénoïdes, herpétiformes, ecthymateuses, érythémateuses, ortiées pemphigoïdes*, dont les relations avec le tabes sont loin d'être toujours bien nettes.

Pour le *zona* ces relations semblent mieux établies, elles existeraient également pour le *vittiligo* (Leloir, Ballet, Marie et Crouzon, Souques).

Les *escarres* ne sont pas très fréquentes dans le tabes, du moins dans leur

(1) HUDELO. Ulcère de la bouche d'origine tabétique. *Soc. de dermat.*, 18 mai 1892.

(2) BAUDET. *Arch. de méd.*, 1895.

(3) P. MARIE et GUILLAIN. *Soc. méd. des hôp.*, 21 février 1902.

(4) BALLET et DUTIL. Note sur un trouble trophique, etc. *Progrès méd.*, 1885, p. 579.

forme maligne; lorsqu'elles existent, il y a lieu de se demander si c'est directement des altérations tabétiques qu'elles procèdent.

On peut encore observer la *gangrène*, non seulement de la peau, mais encore des orteils (Pitres)⁽¹⁾ ou d'un membre tout entier (Fournier).

Un phénomène qui semble bien être sous la dépendance de cette affection nerveuse est celui de l'apparition des *ecchymoses spontanées*. Celles-ci ont été signalées et étudiées par I. Straus⁽²⁾; cet auteur a montré qu'à la suite des crises de douleurs fulgurantes, et surtout au moment où elles sont sur le point de disparaître, on constate quelquefois des extravasations sanguines siégeant un peu au-dessus des points occupés par ces douleurs. C'est donc aux membres inférieurs qu'on les rencontre le plus fréquemment.

Parmi les autres troubles trophiques ou vaso-moteurs du côté de la peau, on peut citer encore l'*hyperidrose* et l'*anidrose* existant soit des deux côtés, soit seulement d'un côté du corps; parfois l'un de ces phénomènes précède l'autre, et un malade qui était tourmenté par des sueurs excessives peut fort bien dans la suite présenter une disparition complète de la transpiration. Il est à remarquer que, parmi les cas où les troubles de la sudation ont été considérés comme tabétiques, il en est un certain nombre qui appartiennent, non pas au tabes, mais à la syringomyélie.

La *chute des ongles* est assez fréquente; en général elle ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux, parfois cependant elle est précédée de douleurs ful-



FIG. 227. — Tabétique chez lequel s'est fait une résorption des maxillaires après chute de toutes les dents.

gurantes dans les extrémités. Quelquefois il n'existe qu'une simple dystrophie des ongles caractérisée par des striations anormales et par une fragilité et un épaissement plus grands (Fournier).

La *chute des dents* a été signalée par Labbé et par Dolbeau, étudiée par Vallin, Demange, Galippe, David, etc.... Cette chute des dents s'opère sans douleur et le plus souvent sans hémorragie notable; quelquefois, en même temps que la dent, on voit se détacher un fragment plus ou moins grand du rebord alvéolaire correspondant. Il s'agirait là, d'après Demange, David, etc., d'un trouble trophique dépendant directement de la lésion du trijumeau ou de celle des fines ramifications nerveuses de la pulpe dentaire; d'après Galippe, la véritable cause de cet accident serait simplement une périostite

(1) PITRES. Gangrène spontanée des orteils chez un tabétique. *Revue neurol.*, 1895, p. 202.
(2) I. STRAUS. Des ecchymoses tabétiques à la suite des crises douloureuses. *Arch. de neurol.*, 1880-1881.

P. Marie et Guillain)⁽¹⁾. D'une façon générale, on n'est pas complètement fixé sur la manière dont se produisent les troubles trophiques cutanés. Comme pour tous les autres troubles trophiques du tabes, se pose toujours la même question qui est loin d'ailleurs d'être résolue, c'est celle de savoir s'ils sont dus à une lésion de la substance grise de la moelle ou à une altération des nerfs périphériques.

L'*atrophie musculaire* n'est pas rare dans le tabes, surtout dans les cas parvenus à un stade assez avancé. Elle se présente avec des aspects très différents et peut être divisée en deux classes assez distinctes. Dans l'une l'amyotrophie est tardive, symétrique, et ne s'accompagne généralement pas de contractions fibrillaires; dans l'autre elle est plus précoce, moins souvent symétrique, s'accompagne plus fréquemment de contractions fibrillaires et de la réaction de dégénération.

Parmi les amyotrophies appartenant à la première classe, on peut citer tout d'abord le *ped bot* tabétique

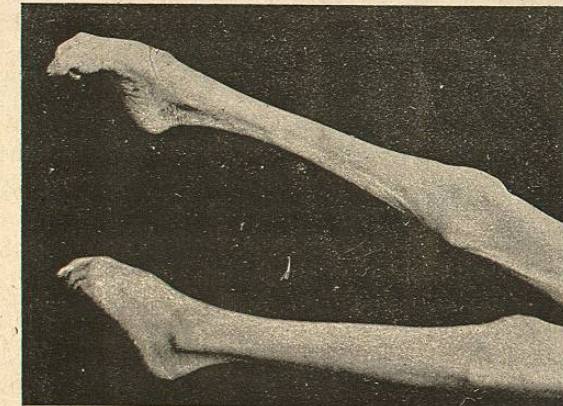


FIG. 228. — Femme atteinte de pied bot tabétique (Joffroy). (Collection Charcot.)

qui a été particulièrement étudié par Joffroy. — « Ce pied bot consiste dans une position permanente du pied en extension exagérée; en outre, la pointe du pied s'incline en dedans, son bord interne se creuse et se relève, de sorte qu'il existe en réalité un pied bot varus équin, et, comme le plus souvent la lésion est symétrique, il en résulte que si le malade est couché dans le décubitus dorsal, ses talons étant éloignés d'une dizaine de centimètres, les deux gros orteils, en se rapprochant, laissent entre les deux pieds un espace ogival. — Puis dans un degré plus accentué, les orteils se fléchissent d'une façon très prononcée; on ne peut alors ni redresser les orteils, ni fléchir le pied sur la jambe..., la palpation des muscles du mollet montre qu'ils sont dans le même état de mollesse et de flaccidité que les muscles antéro-latéraux de la jambe, et du reste, en soulevant la jambe et en l'agitant, on obtient facilement le ballotement latéral du pied....

« Ce n'est ni un pied bot par contracture, pour la raison citée plus haut, ni un pied bot par atrophie comme ceux de la paralysie spinale infantile, ni un pied bot de nature osseuse, mais bien un pied bot par flaccidité, un pied bot atonique. »

Quant à la raison de cette déformation, il faudrait, d'après Joffroy, la rechercher dans ce que, chez les tabétiques confinés au lit, sous le poids des couvertures, le pied se trouvant constamment en flexion, il se fait un allongement du ligament antérieur de l'articulation tibio-tarsienne, ou plutôt des gaines fibreuses renfermant les tendons et tenant lieu de ligament. Cet allongement serait facilité par la flaccidité, par l'atonie des muscles de la jambe. En tout cas, il ne

(1) P. MARIE et GUILLAIN. *Soc. méd. des hôp.*, mai 1901.