

spéciale de démence chez les tabétiques, distincte de la paralysie générale et caractérisée par l'affaiblissement marqué des facultés intellectuelles, de la mémoire, de la volonté, du jugement, de l'attention, par la perte en un mot de toute activité mentale. Il est en effet incontestable que certains tabétiques présentent des troubles psychiques qui semblent indépendants de la symptomatologie ordinaire de la paralysie générale et peuvent être très accentués. Quant aux changements d'humeur, à l'irritabilité des tabétiques, ils ne semblent pas être très différents de ceux que l'on constate chez les autres malades atteints d'affections chroniques.

La partie la plus intéressante de cette question est celle qui a trait aux rapports du tabes et de la paralysie générale. Ces rapports ont été remarqués depuis de longues années; c'est surtout Baillarger (1862), au point de vue clinique, Westphal (1867) (1), au point de vue anatomique, qui les ont particulièrement signalés. Depuis lors de nombreux travaux (2) ont paru sur ce sujet, et il est bien établi que d'une part, chez certains tabétiques, on voit survenir les symptômes de la paralysie générale; d'autre part, chez certains paralytiques généraux, on voit survenir les symptômes du tabes. En outre, on constate dans un bon nombre d'autopsies de paralytiques généraux des lésions des cordons postérieurs plus ou moins analogues à celles qui s'observent dans le tabes. Parmi les auteurs qui ont rapporté des faits de ce genre, il faut particulièrement citer dans ces dernières années, Joffroy, Raymond, Flechsig (3), Fürstner (4), qui ont contribué à établir dans ces cas la localisation exacte des lésions médullaires. Rabaut (5), élève de Joffroy, a soutenu l'opinion que la sclérose médullaire que l'on rencontre parfois dans la paralysie générale est différente de la sclérose tabétique, que la lésion primitive siège non sur les racines postérieures ou la méninge, mais sur les neurones de la substance grise; aussi les zones de sclérose seraient-elles discontinues et sur une même coupe, la sclérose serait diffuse et irrégulière avec intégrité relative ou absolue des racines postérieures ou des zones de Lissauer. Enfin, inversement, Jendrassik a constaté, dans le cerveau de quelques tabétiques ne présentant aucune espèce de troubles psychiques pouvant faire penser à la paralysie générale, des lésions des circonvolutions cérébrales fort analogues à celles de cette affection. Plus récemment, Nageotte (6) a observé des faits analogues.

De tous ces faits il résulte que la combinaison des lésions des cordons postérieurs avec celles de la paralysie générale est fréquente. On ignore quel est le pourcentage des cas de tabes dans lequel existent des lésions cérébrales, mais on a trouvé que le nombre des cas de paralysie générale dans lesquels se montrent des lésions médullaires est de près de 75 pour 100. Quant à la question de savoir comment survient cette combinaison, elle est loin d'être entièrement

(1) WESTPHAL. Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. *Archiv. für pathologische Anatomie*, XXXVIII, XXXIX et XL, et *Mémoires in Archiv. f. Psych.*, VIII et XV.

(2) Voir notamment la discussion à ce sujet à la *Soc. méd. des hôp.*, en 1892, entre RAYMOND, BALLEET, JOFFROY, etc.

(3) FLECHSIG. Ist die Tabes dorsualis eine System Erkrankung? *Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 2 et 3.

(4) FÜRSTNER. Zur Pathologie und Pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse insbesondere über die Veränderungen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven. *Arch. für Phys.*, 1892, XXIV, p. 85.

(5) RABAUT. Thèse Paris, 1898.

(6) NAGEOTTE. *Soc. de biol.*, 28 janvier 1895, et thèse de Paris, 1895.

résolue. Pour quelques auteurs, il s'agirait d'une propagation des lésions, suivant le cas du cerveau à la moelle ou de la moelle au cerveau. Si l'on adopte l'opinion d'après laquelle le tabes, de même que la paralysie générale, est une lésion d'origine syphilitique, il devient inutile de faire intervenir une semblable propagation (hypothèse en somme peu satisfaisante); on comprend en effet que l'une et l'autre lésions (le tabes et la paralysie générale étant, non pas des maladies, mais seulement des lésions) sont, non pas consécutives, mais pour ainsi dire contemporaines. Elles sont parallèles et non reliées l'une à l'autre par des relations réciproques de cause à effet; ces deux sortes de lésions sont toutes deux sous la dépendance directe du processus syphilitique, c'est le principal lien qui existe entre elles: les données récentes de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, en révélant la méningite avec prolifération lymphocytaire qui existe dès le début de l'une et de l'autre de ces affections, ont apporté, ce semble, à cette opinion un nouvel appui. Un fait doit être signalé au point de vue anatomo-pathologique, d'après Pierre Marie, c'est que la lésion des cordons postérieurs montre des corps granuleux beaucoup plus souvent dans la paralysie générale que dans le tabes.

Quelle que soit la fréquence relative de la coïncidence des lésions tabétiques et de celles de la paralysie générale, il ne faudrait pas croire que tous les tabétiques soient exposés à devenir des paralytiques généraux. Loin de là, le plus grand nombre d'entre eux conservent tout à fait intactes leurs facultés intellectuelles, et il est exceptionnel que dans les services d'hôpital où se trouvent un grand nombre d'anciens tabétiques, on soit obligé d'en faire passer dans les services d'aliénés. Au contraire, parmi les tabétiques au début, cette nécessité survient quelquefois. Il semble qu'il y ait là quelque chose d'analogue à ce qui s'observe pour la névrite optique du tabes, qui comme on l'a vu, lorsqu'elle doit survenir, se montre dès les premières périodes de l'affection et rarement dans les périodes tardives. Des troubles mentaux, paralytiques ou non, semblent se montrer tout particulièrement dans le tabes avec cécité d'après Léri; il semble que l'amaurose dite « tabétique » soit aussi proche de la paralysie générale que du tabes dorsal: paralysie générale, tabes dorsal et amaurose tabétique seraient trois localisations d'un même processus.

**Marche et formes.** — Quelque tranchée que semble être la symptomatologie du tabes, on est bien obligé d'admettre, quand on a un peu étudié cette affection, qu'il n'y a pas deux cas de tabes qui soient identiques l'un à l'autre, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique; c'est dire que si les formes sont innombrables, la marche est tout aussi loin d'être unique. D'une façon générale, on a cependant l'habitude de distinguer dans l'évolution du tabes au moins trois périodes: la période préataxique, la période ataxique, la période de confinement au lit. Chacune de ces périodes peut avoir une durée extrêmement variable; il faut même admettre que le tabes peut commencer directement par l'une de ces trois périodes, de même que son évolution reste parfois limitée à l'une d'entre elles seulement. C'est ainsi par exemple que, dans certains cas, la paraplégie survient dans la période initiale du tabes, les malades se trouvent donc dès le début confinés au lit.

D'autre part, il n'est pas rare de rencontrer des tabétiques qui, pendant dix, quinze ans et plus, ne présentent que des douleurs fulgurantes et la perte des

réflexes tendineux sans que jamais se montre une incoordination véritablement gênante.

Même quand les malades arrivent à la période d'incoordination, ce trouble des mouvements peut fort bien rester indéfiniment stationnaire et ne les empêcher nullement d'aller et venir comme tout le monde et de jouir d'une santé à peu près parfaite, les différents symptômes viscéraux du tabes faisant défaut ou n'existant qu'à l'état de vestige. Ces faits ne sont d'ailleurs pas aussi rares qu'on le croit, ce sont eux qui constituent la *forme bénigne* du tabes (Charcot, Babinski, Benedikt).

Il est à peu près impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de tabes au début, de dire de quelle manière celui-ci évoluera. On peut cependant, jusqu'à un certain point, mettre à profit les remarques faites par certains auteurs, remarques d'après lesquelles les cas où les douleurs sont très vives ne présenteraient généralement pas, dans la suite de leur évolution, des accidents médullaires trop intenses (E. Remak); il en est de même pour les cas quidès le début s'accompagnent d'une névrite optique. A cette règle on citerait d'ailleurs un certain nombre d'exceptions.

A côté des formes bénignes, il faut signaler les *formes graves* dans lesquelles, malgré tous les traitements, on ne parvient pas à empêcher la maladie de suivre une marche rapidement progressive, au point qu'en quelques années on voit se dérouler les plus pénibles accidents du tabes. On a d'ailleurs vu des tabes bénins brusquement *aggravés* : la grossesse jouerait assez souvent ce rôle (J. Heitz). Au point de vue de la prédominance de tels ou tels symptômes, Brissaud distingue une forme commune sensitivo-motrice, une forme motrice pure et une forme sensitive pure : c'est dans la forme sensitive qu'on rencontrerait d'ordinaire le plus de troubles trophiques; Rispal et Bauby (1) admettent cependant une forme trophique.

Au point de vue de la localisation des lésions et par conséquent des symptômes, il y a lieu également de distinguer plusieurs formes.

Dans le *tabes cérébro-bulbaire*, il y a prédominance des manifestations du côté des nerfs crâniens, notamment du côté des yeux; ce n'est d'ailleurs pas à dire que dans cette forme les troubles psychiques se montrent avec une prédilection particulière.

Le *tabes supérieur* ou *cervical* est celui qui frappe surtout les membres supérieurs et beaucoup moins les membres inférieurs (Weir Mitchell, Martius, Bernhardt, Eichhorst, etc...); ces derniers peuvent même être à ce point indemnes que dans certains cas le réflexe rotulien demeure conservé.

On pourrait même peut-être, au moins au début, distinguer d'autres variétés de tabes suivant la localisation du processus dans l'axe médullaire. Déjerine et Ingelrans (2), Jean Heitz (3) ont rapporté des cas de tabes dont le début s'est fait sous l'aspect d'une lésion du cône terminal. Labbé et Sainton (4) ont décrit un type bulbaire inférieur caractérisé par la prédominance des crises gastriques et laryngées.

Il faut évidemment tenir un grand compte des variétés de tabes, au point de vue de l'évolution de cette maladie; comme on l'a vu, un certain nombre de

(1) RISPAL et BAUBY. *Toulouse méd.*, 1902.

(2) INGELRANS. Thèse de Paris, 1897.

(3) J. HEITZ. *Gaz. hebdomadaire de méd.*, 13 juillet 1902.

(4) LABBÉ et SAINTON. *Soc. méd. des hôp.*, 1901.

cas restent stationnaires, d'autres progressent plus ou moins vite; il est un fait remarquable, reconnu aujourd'hui par la plupart des neurologistes et sur lequel Brissaud, Marie, ont attiré l'attention (1), c'est la diminution dans ces dernières années de la gravité du tabes; il semble certain que le tabes évolue plus lentement, quelle qu'en soit la forme, tabes fruste ou tabes classique, que son évolution s'arrête souvent et qu'il se fixe comme une infirmité plus ou moins sérieuse, qu'il est même parfois *régressif* et peut aboutir à une sorte de guérison clinique par l'amélioration progressive des crises douloureuses et de l'ataxie, qu'enfin il aboutit rarement au tableau du tabes complet, de l'ataxie locomotrice progressive de Duchenne. P. Marie et Mocquot ont récemment établi une statistique curieuse à cet égard (2); ils ont trouvé que sur 66 tabétiques décédés dans le service de Bicêtre, 54, soit plus de la moitié, 51,5 pour 100, étaient morts après 60 ans; sur 58 tabétiques vivants, 25, soit 45,1 pour 100, ont plus de 55 ans, et 40, soit 68,9 pour 100, ont plus de 50 ans; ces chiffres montrent d'une façon frappante la faible gravité du tabes quoad vitam; l'âge moyen qu'atteignent les tabétiques n'est pas moindre que l'âge terminal moyen des sujets normaux. C'est sans doute à l'application précoce et énergique du traitement spécifique qu'il faut attribuer cette atténuation de la gravité du tabes, bien plus qu'à une modification heureuse de la maladie ou du terrain; Babinski pense qu'en outre nous savons mieux reconnaître aujourd'hui les tabes frustes et que cette benignité n'est en partie que relative. Quoi qu'il en soit, la mort, quand elle arrive, survient rarement comme suite directe d'accidents tabétiques (crise laryngée, accidents bulbaires aigus de Hanot et Joffroy, accidents apoplectiformes ou épileptiformes, etc...). Le plus souvent, la mort est due à un processus tout différent, ne présentant guère de relation avec le tabes : pneumonie, tuberculose pulmonaire, affection cardiaque, artério-sclérose, affections rénales ou vésicales, maladies infectieuses diverses, hémorragie cérébrale. C'est ce qui explique que la durée du tabes soit dans un bon nombre de cas aussi longue, car il n'est pas rare d'observer des malades chez lesquels l'affection dure pendant 15, 20, 25 ans et davantage. Dans ces cas, l'évolution du tabes semble, à partir d'un certain moment, s'être complètement arrêtée.

**Anatomie pathologique.** — Dans le tabes, on peut observer des lésions multiples du côté non seulement des centres nerveux, mais encore des différents nerfs; il est donc de toute nécessité de passer ici en revue le système nerveux tout entier. Pour être exact, il faut ajouter que les lésions que l'on trouve chez les tabétiques ne siègent pas uniquement sur le système nerveux, mais que bien d'autres organes encore peuvent être atteints. Le fait n'a rien d'étonnant, si l'on veut bien accepter la manière de voir qui consiste à considérer le tabes, non pas comme une maladie dans le sens propre du mot, mais comme le résultat d'une action spéciale de la syphilis sur le système nerveux. Rien n'empêche, en effet, que cette même influence de la syphilis s'exerce sur d'autres organes indépendants de ce système.

A une certaine époque, le tabes a été considéré comme une maladie de la

(1) BRISSAUD, MARIE, RAYMOND, JOFFROY, BABINSKI, BALLET. *Soc. de neurol.*, 9 janvier 1902. — Discussion à la *Berlin. Gesellsch. f. Psych. und Nerven.*, septembre 1902 : OPPENHEIM, BERNHARDT, REMAK, JOLLY, etc.

(2) P. MARIE et MOCQUOT. *Semaine médicale*, 28 octobre 1905.