

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 bénignité 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.

moelle; il est de fait que dans cette affection les lésions médullaires comptent parmi les plus prononcées et les plus faciles à constater, mais ce serait une grave erreur d'en inférer que ces lésions constituent à proprement parler la base du tabes. Ces réserves étant faites, il faut reconnaître que les traditions ayant cours en nosographie sont telles, à l'heure actuelle, qu'il serait impossible, dans un traité de Pathologie interne, de ne pas décrire le tabes parmi les maladies de la moelle et comme une maladie de la moelle.

Dans la description de l'anatomie pathologique de cette affection, nous devrions donc passer en revue séparément les lésions d'un certain nombre d'organes, tout en rappelant que, quoiqu'elles appartiennent bien au cadre de cette affection, elles sont loin de se trouver chez tous les tabétiques. Mais comme ces lésions des différents organes ont déjà été étudiées à propos des symptômes constatés sur chacun de ces organes, il devient inutile d'en donner de nouveau la description, et nous n'aurons en vue ici que le processus tabétique proprement dit évoluant dans le système nerveux.

I. Moelle. — A l'examen macroscopique, dans les cas où le tabes existe depuis un temps suffisamment long, on constate souvent très nettement un certain degré d'atrophie de la moelle, parfois une augmentation dans la consistance de celle-ci, et même, au niveau du cordon postérieur, un peu de rétraction.

Quelquefois on peut déjà, à travers les méninges, apercevoir une modification dans la coloration de cette région; elle est grise ou d'un gris tirant sur le jaune, d'où le nom, souvent employé pour désigner le tabes, de *dégénération grise* des cordons postérieurs.

Cette même coloration grise se retrouve le plus souvent sur les *racines postérieures*; celles-ci sont, dans les cas suffisamment avancés, minces et atrophiées, contrastant ainsi beaucoup avec les racines antérieures, qui ont conservé leur coloration et leurs dimensions normales. C'est sur les racines des régions inférieures de la moelle et surtout sur celles de la queue de cheval que ces altérations sont le plus prononcées.

Du côté des *méninges*, il faut citer tout particulièrement l'opacité de la pie-mère; cette opacité n'existe d'ailleurs que dans la région postérieure de la pie-mère et surtout dans le segment dorsal (P. Marie et Guillain). La dure-mère est en général indemne, sauf lorsque la pie-mère est elle-même fortement intéressée, et alors la surface interne de la dure-mère peut présenter avec elle quelques adhérences, surtout à sa région antérieure. Au microscope, on voit la pie-mère et l'arachnoïde infiltrées de petites cellules rondes à gros noyau opaque qui sont des lymphocytes; ces cellules forment un manchon autour des vaisseaux et surtout dans la paroi des veines superficielles (Nageotte).

Le *liquide céphalo-rachidien* serait toujours plus abondant que normalement, souvent même d'une façon très marquée (Erb); ses principaux caractères physiques et chimiques sont peu modifiés, sa transparence est normale, son point cryoscopique, son contenu en chlorure de sodium et en albumine demeurent à peu près normaux d'après Léri⁽¹⁾; d'après Guillain et Parant⁽²⁾ la quantité d'albumine augmenterait sensiblement dans le tabes et la paralysie générale; de plus Wolff, Widal et Sicard, Guillain et Parant ont constamment

(1) LÉRI. *Archives de médecine*, avril 1902.

(2) GUILLAIN et PARANT. *Revue neurolog.*, avril 1905.

trouvé dans le liquide de ces malades une certaine quantité de sérine qui n'existe pas normalement. Seul l'examen cytologique du liquide céphalo-

rachidien a acquis dans ces dernières années une importance capitale pour le diagnostic du tabes à la suite des examens de Widal, de R. Monod, de Sicard et Ravaut (*Soc. méd. des hôp.*, janvier 1904); ces auteurs ont toujours trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques centrifugé un très grand nombre de lymphocytes, et cela dès les premières périodes; ces recherches ont été confirmées par de très nombreux auteurs, entre autres par Babinski et Nageotte (26 cas), par Sicard (15 cas), par Marie et Crouzon, par Laignel-Lavastine, etc., etc.; seuls Armand-Delille et Camus, Ballet (*Soc. de neurol.*, février et mars 1905) ont trouvé des cas nombreux de tabes sans lymphocytose.

Quand on examine au microscope des coupes de la moelle, on constate que le cordon postérieur est, de chaque côté, le siège d'altérations manifestes. Dans certains cas, le processus est tellement prononcé, que presque toute l'étendue de ce cordon est atteinte, et l'on comprend que quelques auteurs aient cru que

les lésions du tabes sont tout à fait diffuses. — En réalité, si l'on examine avec soin les cas types de cette affection, on ne tarde pas à se convaincre qu'il s'agit

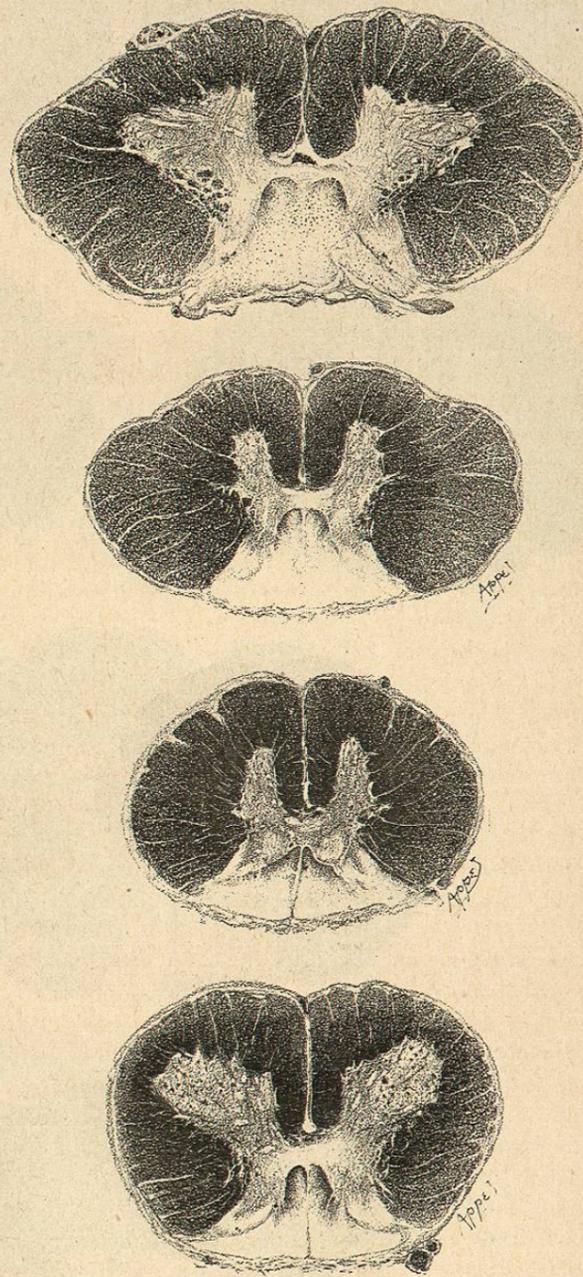


FIG. 248. — Coupes de la moelle dans un cas de tabes très ancien avec lésions scléreuses très prononcées (Léris...).

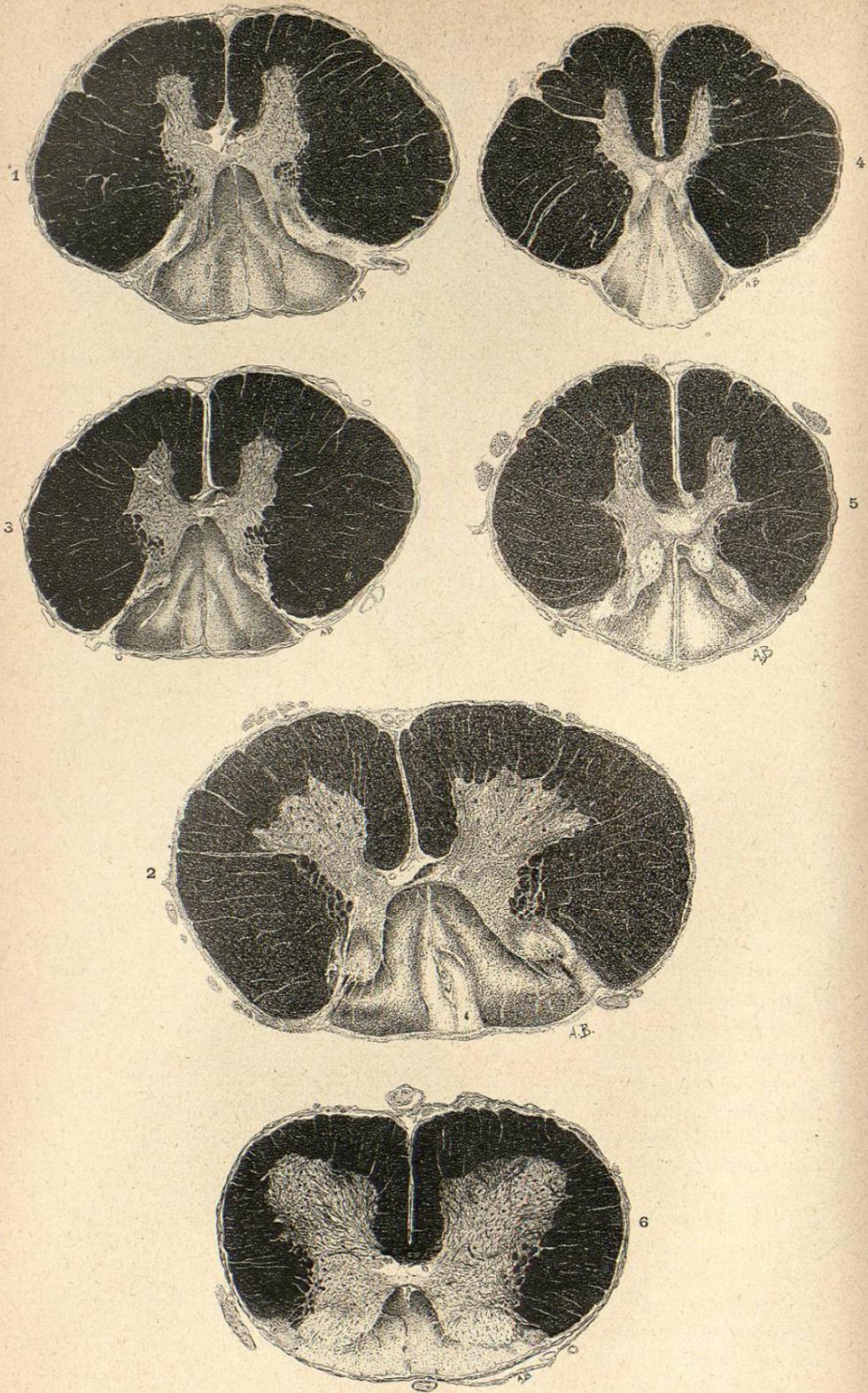


FIG. 249. — Coupes de la moelle dans un cas de tabes où les lésions scléreuses n'ont atteint qu'une intensité moyenne (Fig...).
 (Les nécessités de la mise en pages ont obligé à transposer ces coupes de moelle, les numéros placés à côté de chacune rétablissent l'ordre de succession en allant de haut en bas.)

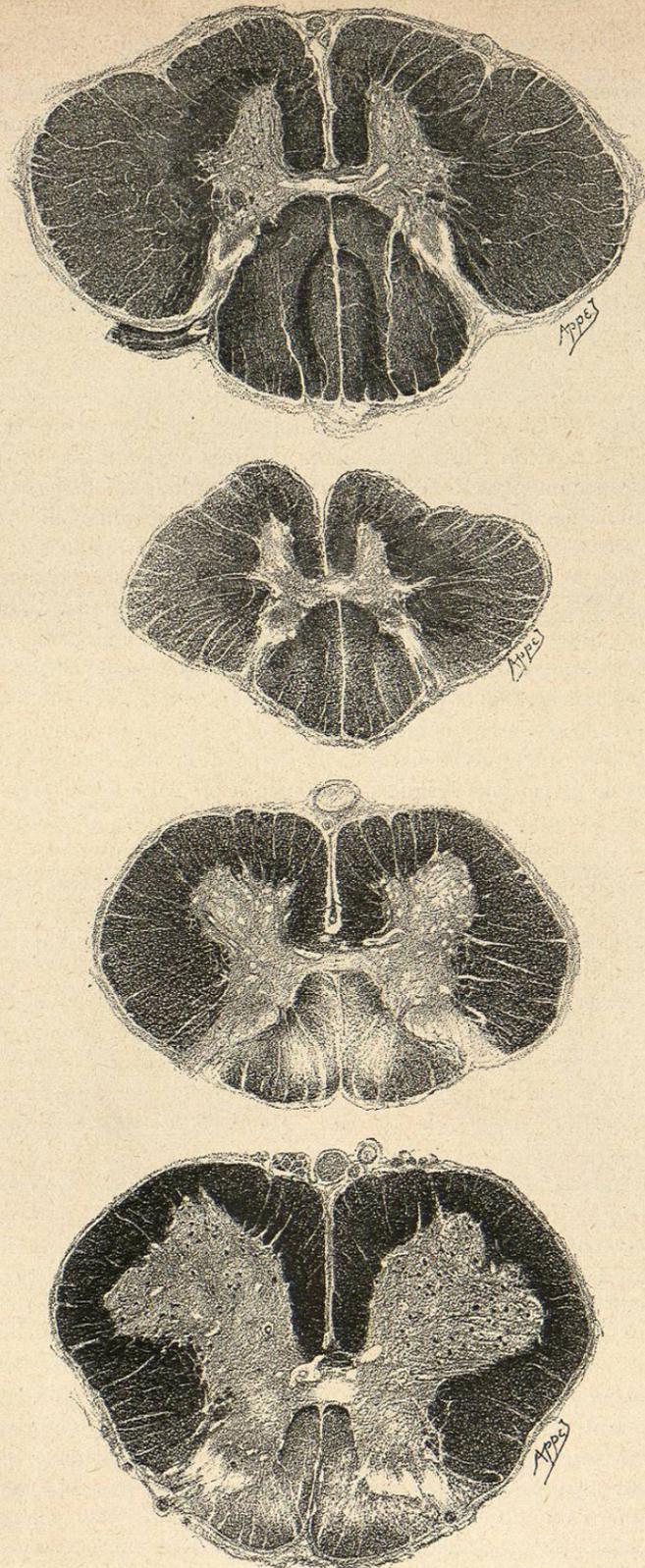


FIG. 250. — Coupes de la moelle dans un cas de tabes avec cécité (Souch...); suivant la règle presque générale les lésions du cordon postérieur sont ici extrêmement légères bien que le tabes eût eu dans ce cas une longue durée.

[P. MARIE.]