

PARALYSIE DES NERFS SENSORIAUX.

On observe quelquefois l'abolition de l'olfaction; c'est ordinairement, sinon toujours, un signe d'affection intracrânienne. L'invasion en est très lente et hésitante, et elle cède rapidement au traitement antisypilitique. Chez beaucoup de malades l'olfaction n'est perdue que d'un côté.

L'anosmie peut être due à une lésion de la septième ou de la cinquième paire. Dans la paralysie du facial, les muscles de la narine correspondante sont immobiles et constituent un obstacle mécanique à la perception des odeurs. Quand les nerfs nasaux ou maxillaires supérieurs sont atteints, la muqueuse des fosses nasales peut souffrir dans sa nutrition, ce qui peut complètement entraver les fonctions olfactives.

On a cité des cas d'abolition du sens du goût.

La vision peut être compromise par des lésions siégeant au niveau des racines des nerfs optiques (1).

Cliniquement, la perte de la vue, soudaine ou graduelle, accompagnée de sensations subjectives (mouches volantes, bluettes bleues ou rouges, ou cercles de feu), est souvent partielle seulement. Le malade ne peut distinguer qu'une portion seulement d'un objet, ou bien de deux objets il n'en voit qu'un. Un autre malade n'aperçoit que le haut et le bas d'un objet placé en face de lui, la partie moyenne restant invisible. Dans quelques cas d'amaurose, le premier effet du traitement est de rendre la cécité purement partielle. On cite un cas dans lequel la perception de chaque couleur reparut l'une après l'autre.

On a noté dans quelques cas une intermittence dans les symptômes singulière et encore inexplicable, régulière ou irrégulière. Dans un cas, la vision était abolie tous les jours entre midi et deux heures; cette abolition était précédée d'une céphalalgie frontale intense. L'accès durait ordinairement d'un quart d'heure à une demi-heure, et se répétait plusieurs fois.

Le pronostic de ces troubles visuels dépend de la promptitude avec laquelle ils sont reconnus et traités avec l'iodure de potassium. Quand les tissus sont atteints secondairement (atrophie par compression, etc.), il est trop tard pour attendre beaucoup du traitement.

(1) Pour plus de détails sur ces troubles sypilitiques de la vision, voir Jullien, *op. cit.*, p. 950.

OÛË.

On peut observer divers troubles de l'audition dus à la présence de néoplasmes situés au voisinage des centres auditifs et des nerfs de la huitième paire, soit sur leur trajet, soit dans leurs parties intrabulbaires. Très fréquemment la surdité sypilitique est précédée d'une période d'excitation, caractérisée par de l'hyperesthésie auditive, ou par la production de sensations subjectives diverses. Il est à peine nécessaire de dire que ce trouble auditif d'origine centrale, caractérisé comme il l'est par son irrégularité, son caractère parfois intermittent et sa curabilité, doit être soigneusement distingué de cette variété de surdité permanente qui est occasionné par des affections sypilitiques locales de l'appareil auditif.

PARALYSIE DES NERFS MOTEURS.

Les trois nerfs moteurs de l'œil, traversant un canal osseux, et situés dans une partie du crâne particulièrement sujette à des accidents sypilitiques tardifs, sont très exposés à être endommagés par la compression de quelque néoplasme ou d'un gonflement inflammatoire du périoste, en un point ou en un autre. En fait, une paralysie soudaine et inopinée de ces nerfs peut être regardée comme un signe presque certain de syphilis, en l'absence même de tout autre.

Les nerfs moteurs oculaires communs, moteurs oculaires externes et pathétiques peuvent présenter isolément ou simultanément de l'affaiblissement ou de la paralysie, une ou deux des branches du côté droit étant quelquefois atteintes en même temps que d'autres branches du côté gauche sont atteintes d'une manière similaire. Le degré de l'affection de ces nerfs varie dans les différents cas, et quelquefois à différentes époques dans le même cas, circonstance qui rend souvent le diagnostic extrêmement difficile. Il faut soumettre à une analyse attentive les muscles atteints, puis se demander quelles branches nerveuses animent ces muscles; on peut ainsi, en réunissant les faits observés, arriver souvent à localiser les lésions. Ces affections, comme les autres affections sypilitiques, sont très variables d'une période à l'autre, et sont également, il faut l'ajouter, ordinairement très modifiables par l'administration opportune des spécifiques.

HÉMIPLÉGIE.

L'hémiplégie sypilitique a été particulièrement étudiée par Van Buren et Keyes (1). Elle apparaît chez des individus plus jeunes que les autres formes d'hémiplégie: dans quatre-vingts pour cent des cas publiés, elle s'est montrée avant l'âge de quarante ans, tandis que quarante-six pour cent seulement des hémiplégies apoplectiques se produisent avant cet âge. Une autre particularité de l'hémiplégie sypilitique est la coïncidence de cet accident avec une céphalalgie fixe et persistante, laquelle est constante. Les autres signes diagnostiques sont l'absence de perte de connaissance, et l'existence concomitante d'autres symptômes, en particulier une dilatation de la pupille, qui se montre soit du côté paralysé, soit du côté sain, sans paralysie du moteur oculaire commun.

PARAPLÉGIE.

La *paraplégie* sypilitique est rare. Elle dépend ordinairement de lésions primitives ou secondaires de la moelle ou de ses enveloppes. Quelquefois elle est due à un néoplasme intéressant les centres moteurs cérébraux. Mauriac et d'autres auteurs ont rapporté des cas de myélite aiguë avec paraplégie chez des sypilitiques, et attribuée à la syphilis précoce.

Parmi les traits les plus importants de la paraplégie sypilitique, on peut mentionner les suivants. Contrairement à ce qui s'observe dans l'hémiplégie, dans laquelle la contractilité vésicale est toujours intacte, la dysurie est souvent l'un des premiers symptômes. Le malade expulse son urine difficilement, et s'imagine souvent qu'il a un rétrécissement urétral. L'imperfection des érections avec émission prématurée du sperme dans les tentatives de copulation est également commune. L'affection a une marche rapide, elle atteint vite son plein développement, puis demeure sans changement pendant longtemps, quelquefois indéfiniment; il est rare pourtant d'observer une paralysie complète des membres inférieurs; ordinairement il n'y a rien de plus que de la difficulté des mouvements, de la parésie. Au nombre des symptômes concomitants les plus importants au point de vue du diagnostic, se trouvent la céphalalgie et la rachialgie, symptômes très fréquents et très

(1) Van Buren et Keyes, *Syphilis du système nerveux* (*N.-Y. Med. Journ.*, nov. 1870

Encycl. de chirurgie.

significatifs de l'affection sypilitique, surtout quand ils se montrent ou s'exaspèrent pendant la nuit.

La paraplégie sypilitique n'est aucunement l'affection légère qu'on a représentée quelquefois. Bien que le mercure et l'iodure de potassium aient souvent une influence merveilleuse sur elle (1) et soient les véritables critères du diagnostic, ils sont loin de guérir invariablement. La règle est que le tissu morbide disparaît seulement pour laisser derrière lui quelque trace indélébile de son existence, et que le malade, non seulement ne guérit pas complètement, mais est sujet à des rechutes, chacune plus grave que la première attaque. Abandonnée à elle-même, la paraplégie peut donner naissance à des complications sérieuses, la rétention d'urine peut conduire à des lésions incurables de la vessie et des reins, et la position que le malade est obligé de garder peut déterminer la production d'ulcères du sacrum, avec possibilité d'infection purulente.

ÉPILEPSIE.

L'*épilepsie*, ou plutôt les attaques épileptiformes, sont au nombre des phénomènes les plus communs de la syphilis cérébrale, fait qui n'est pas surprenant quand on se rappelle que l'écorce du cerveau, qui est le siège de prédilection de la syphilis, est en même temps le siège des centres moteurs. Les attaques épileptiformes peuvent survenir au début de l'affection cérébrale, ou pendant son cours, comme épiphénomène grave et présageant ordinairement de nouvelles complications. Nous n'étudierons pour le moment que l'épilepsie à l'état isolé.

Le diagnostic entre l'épilepsie sypilitique et la non sypilitique a la plus grande importance, surtout au point de vue thérapeutique. Les principaux caractères de la variété que nous étudions sont les suivants: d'abord, il n'y a rien de particulier en ce qui concerne la fréquence des attaques; elles peuvent survenir tous les jours ou tous les mois, ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Quelquefois elles se produisent toujours aux mêmes heures. Elles sont volontiers nocturnes, de même que les attaques d'épilepsie vulgaire. On a assigné des causes variées comme provoquant immédiatement les attaques, mais ces causes sont si nombreuses et dans bien des cas si insigni-

(1) Alf. Fournier et Buzzard ont cité des cas de guérison de paralysies des quatre membres.

fiantes, que je ne pense pas qu'on puisse les prendre au sérieux. Quant à l'attaque elle-même, elle est quelquefois soudaine : le malade tombe comme frappé d'un coup de feu ; plus fréquemment pourtant il y a une aura, consistant souvent en une sensation extrêmement pénible en un point, qui envahit rapidement le corps tout entier. *Le cri du début de l'attaque de l'épilepsie ordinaire est rarement poussé par le malade, point important pour le diagnostic.*

Bien que les attaques d'épilepsie syphilitique soient ordinairement exactement semblables, il existe pourtant quelquefois certaines différences dans le caractère des convulsions ou des troubles de l'idéation qui peuvent aider au diagnostic dans les cas douteux. D'abord les symptômes sont moins généralisés, durent moins longtemps et sont moins intenses. Les convulsions sont seulement partielles. La conscience reste intacte dans beaucoup de cas, ou est à peine atteinte ; en un mot, l'attaque d'épilepsie syphilitique n'est qu'une faible représentation, une ombre, pour ainsi dire, de l'épilepsie ordinaire.

Dans la forme la plus bénigne, le malade ressent dans un ou plusieurs membres une douleur soudaine suivie de torpeur. Une phase plus marquée est caractérisée par du tremblement. Un groupe curieux de symptômes qu'on observe quelquefois comprend des spasmes de certains muscles du tronc et des membres. Un individu peut être frappé soudainement, en se promenant dans la rue, d'un spasme des muscles postérieurs du cou ; il lui semble que sa tête soit enfoncée entre ses épaules. Quelquefois l'un ou l'autre des orifices des voies digestives ou respiratoires est atteint, et le malade est pris soudain d'une dyspnée horrible, de pharyngo-laryngisme ou d'œsophagisme. Parfois on observe l'émission instantanée de l'urine ou des matières fécales.

Les convulsions de l'épilepsie syphilitique sont irrégulières dans leur apparition et leurs caractères. Une variété toute particulière est celle dans laquelle les convulsions sont limitées à un seul membre, généralement à un des bras et à la jambe du même côté.

La conscience n'est pas toujours abolie, et le malade peut, comme dit Jullien, assister en spectateur terrifié à sa propre attaque épileptique. Quelquefois il y a deux périodes dans l'attaque : le malade est conscient pendant la première, et inconscient dans la dernière. Dans quelques cas, un état de torpeur durant de une à deux heures peut succéder à l'attaque. Dans ces cas la paralysie est menaçante.

On observe quelquefois des sensations dou-

loureuses subjectives. Elles peuvent se montrer en un point quelconque du corps et des membres. Dans un cas on a noté une douleur intense du testicule compliquant ces attaques.

L'épilepsie syphilitique, contrairement à l'épilepsie commune, ne reste pas stationnaire. Abandonnée à elle-même, elle peut s'améliorer davantage par la guérison de la lésion qui la provoque, que par le ramollissement et l'évacuation au dehors d'une gomme du crâne. Beaucoup plus souvent, les attaques deviennent de plus en plus fréquentes, et d'autres symptômes nerveux apparaissent. Cette tendance à l'aggravation et à la production de désordres psychiques est tellement caractéristique de l'épilepsie syphilitique, qu'elle fournit un signe diagnostique de la plus grande valeur. Le danger de l'épilepsie syphilitique ne réside pas tant dans les attaques elles-mêmes que dans les conditions morbides permanentes qui leur succèdent si souvent.

1° Il peut se produire, en premier lieu, des troubles de l'idéation, le *petit mal* des Français, caractérisés par des vertiges, des absences momentanées ou courtes, de l'extase, et même un délire passager, pendant lequel le malade, en proie à des impulsions irrésistibles, peut faire du mal à lui ou aux autres. Ces faits sont importants au point de vue médico-légal.

Indépendamment de ces symptômes, on peut observer une *diminution graduelle et de la perversion des facultés intellectuelles*. Benjamin Bell cite une femme de 26 ans qui fut prise d'épilepsie après avoir souffert de violents maux de tête. Les attaques acquirent rapidement une fréquence et une intensité extraordinaires (de quatre à six par jour). Elles cessèrent tout d'un coup, et la malade devint aliénée. Elle était dans cet état depuis deux ans, quand Bell, qui avait été appelé pour la traiter pour des ulcérations et de l'ostéite crâniennes, lui administra du mercure, et vit, à son grand étonnement, l'aliénation mentale disparaître entièrement au bout de quelques semaines.

2° Dans sa statistique, fondée sur l'examen de 306 malades atteints de *haut mal*, sans distinction du caractère des accidents, Echeverria (1) a noté la paralysie dans 68 cas, chez environ 22 p. 100 des malades. Il est certain que cette proportion serait plus forte, si on excluait les épilepsies non syphilitiques. Rien n'est plus fréquent, en fait, que de voir l'épilepsie syphilitique compliquée par de la paralysie. D'abord les

(1) Echeverria, *Épilepsy*. New-York, 1870.

convulsions laissent les membres dans un état de faiblesse qui dure un certain temps. Cette période d'affaiblissement devient de plus en plus longue, et la faiblesse de plus en plus marquée, jusqu'à ce qu'il s'établisse graduellement une paralysie complète. On connaît des cas pourtant, dans lesquels la paralysie s'est produite tout d'un coup après une attaque. La paralysie des nerfs moteurs de l'œil et des nerfs de la face est très commune dans cette forme de syphilis nerveuse. Des troubles sensoriels, surtout visuels, s'accompagnant de signes ophthalmoscopiques, ne sont pas rares comme résultat de la syphilis cérébrale.

APHASIE.

L'aphasie de la syphilis cérébrale a été étudiée avec soin dans ces dernières années, sans que, pourtant, une bien vive lumière ait été jetée sur les points obscurs de la pathogénie de cette affection. Les recherches ont montré que l'aphasie résulte presque toujours d'une lésion de la troisième circonvolution gauche antérieure. Les exceptions à cette règle sont rares et obscures. Le symptôme lui-même peut revêtir une quelconque des formes et présente une quelconque des manifestations qu'on observe dans l'aphasie commune.

Le pronostic de l'aphasie syphilitique est très variable. Se montrant peu après le début des accidents cérébraux, et traitée immédiatement, elle peut guérir presque complètement : quelques jours de traitement par l'iodure de potassium déterminent des changements merveilleux dans les symptômes. Pourtant des rechutes d'une gravité croissante surviennent fréquemment. L'aphasie non accompagnée d'hémiplégie implique un pronostic moins défavorable que si le contraire existe. La discontinuité des symptômes constitue un signe favorable. Quand ils commencent à se régulariser et à devenir continus, c'est un signe d'aggravation.

ANÉMIE, CONGESTION CÉRÉBRALE ; ATTAQUES APOPLECTIFORMES ; COMA.

Des gommés du cerveau sont souvent le centre et l'origine d'une congestion plus ou moins localisée. Elles peuvent également donner lieu à de l'anémie, en comprimant directement un vaisseau important, ou en augmentant la pression intra-crânienne, en général, et en déterminant ainsi l'occlusion de quelques-uns des petits vaisseaux. Il peut se faire également de

l'épanchement par suite de la compression. Il est naturellement impossible d'isoler ces différentes conditions pathogéniques, et de décider laquelle dans un cas donné est la cause des symptômes observés.

Les symptômes précoces qui se développent graduellement, sont ceux des troubles cérébraux ordinaires de caractère similaire, troubles passagers des organes sensoriaux, étincelles dans les yeux, bourdonnements d'oreille, diminution de la sensibilité tactile. A une époque plus avancée, il se produit de l'affaiblissement intellectuel.

Plus tard, les désordres sensoriels peuvent se transformer en hallucinations. Un des malades de Fournier voyait les gens qui l'entouraient se tenir sur la tête, et les réverbères dansaient autour de lui quand il marchait dans la rue. Il y a de la difficulté dans la coordination des mouvements et une perte du sens musculaire : le malade ne peut marcher sur un parquet poli ou descendre un escalier sans des précautions extraordinaires et sans anxiété ; les symptômes sont, en fait, semblables à ceux de l'ataxie.

Ces symptômes présagent trop souvent un accident plus grave, l'*apoplexie*, qui se produit ordinairement tôt ou tard (1). Maurice Mercier (voir la thèse de Ganul) est le premier qui ait attiré l'attention sur l'apoplexie syphilitique : le diagnostic de cette affection est de la plus haute importance pratique, car elle est curable dans bien des cas, si elle est traitée à temps. On peut lui reconnaître les caractères suivants : 1° Elle peut survenir chez de jeunes sujets ; 2° l'attaque est soudaine, survenant au milieu de la plus parfaite santé, sans être précédée des moindres prodromes, comme on en observe dans les affections cérébrales graves ; 3° on observe pendant l'attaque les symptômes suivants : coma absolu, les yeux fermés, les membres dans le relâchement mais non paralysés ; la sensibilité n'est que diminuée, les réflexes persistent, l'ouïe est intacte ; le malade entend, mais il ne peut répondre, ou, si on le presse, il répond faiblement par un signe, montrant de la torpeur plutôt qu'une abolition de l'intelligence ; ordinairement la vision est entravée par une atrophie pupillaire, les lésions sont inégalement développées des deux côtés ; les iris présentent leur maximum de dilatation, les paupières supérieures

(1) Voir l'excellente thèse de Ganul, *Les tumeurs gommeuses du cerveau*. Paris, 1875 ; elle contient des faits nouveaux.