ment un scalpel, et le tissu osseux disparu est remplacé par du tissu fibreux mêlé de vaisseaux. Ces lésions osseuses s'étendent jusqu'au diploé. Le périoste est épaissi dans les points correspondant aux altérations de l'os, et s'enlève facilement. A la face interne du crâne, la dure-mère adhère à la portion du frontal qui correspond aux altérations de la face superficielle de l'os ; lorsqu'elle est décollée, on voit la même raréfaction du tissu osseux qu'à la face externe de cet os. Les dépressions sont très-irrégulières à la face externe comme à la face interne. Les plus petites sont étoilées, les plus grandes ont une forme très-variée. Leur grandeur ne dépasse pas $0^m,01$ et demi dans tous les sens. Autour de ces dépressions et dans une grande étendue de la voûte du crâne, l'os est parsemé d'éminences et de sillons qui donnent à sa surface l'aspect d'une coupe de testicule. Le cerveau est sain dans toutes ses parties. A la base du crâne, il n'existe aucune tumeur, ni dans les os, ni dans les enveloppes fibreuses. La moelle épinière, les nerfs et les organes des sens n'ont pas été examinés

Le corps thyroïde offre un aspect qu'on peut comparer à du lard légèrement coloré par du sang. La trachée et les bronches sont saines. Les poumons présentent des adhérences des deux côtés, ils sont hépatisés aux bases et engoués dans le reste de leur étendue. A droite, au sommet, noyau scléreux du volume d'une noix ; à la base, épanchement de pus circonscrit par des adhérences. Les ganglions bronchiques, hypertrophiés, indurés et noirâtres, contiennent dans leur épaisseur des dépôts d'une matière jaunâtre plus ou moins ramollie et semblable à du pus. L'estomac est légèrement dilaté. La muqueuse de l'intestin grêle et d'une partie du gros intestin est noirâtre, ramollie, surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale. Les nombreux ganglions lymphatiques qui reçoivent leurs vaisseaux de cette partie de l'intestin sont hypertrophiés ; ils renferment dans leur intérieur des masses enkystées, semblables à des foyers purulents. C'est exactement la même altération que celle des ganglions bronchiques. Le lobe droit du foie est un peu moins volumineux qu'à l'état normal ; le lobe gauche offre à sa partie supérieure une petite tumeur de la grosseur d'un pois, sa coupe est jaunâtre et rugueuse, sa consistance est friable. On observe, sur la face concave, plusieurs tumeurs du volume d'un grain de millet et une cicatrice froncée, dirigée d'avant en arrière, de la vésicule du fiel au bord postérieur de l'organe, d'une longueur de $0^m,07$; blanchâtre, fibreuse, déprimée, cette cicatrice a une épaisseur, de $0^m,01$ et plus. Elle adhère par le milieu de sa longueur à une masse volumineuse et pierreuse située dans l'épaisseur du foie, et qui a le volume et la forme d'une grosse noix. Elle est constituée par deux moitiés qui glissent l'une sur l'autre. Sa coloration est blanchâtre et sa dureté est telle qu'il est impossible de l'attaquer avec le scalpel. Autour de cette masse le foie est dur, comme fibreux en certains points ; ailleurs il renferme de petites tumeurs jaunâtres, grosses comme des grains de millet, pressées les unes contre les autres et tout à fait semblables à celles qui existent à la surface du foie. La face inférieure du foie ne présente rien d'anormal ; la vésicule est saine et remplie de bile verdâtre. Le tissu du foie paraît sain.

Le péricarde renferme dans son intérieur cinq ou six cuillerées de sérosité purulente. Le cœur est volumineux et très-ferme. Il n'y a aucune lésion aux orifices, mais la substance musculaire est profondément altérée. Cette substance a une coupe lisse, brillante, décolorée, jaunâtre, d'aspect lardacé. Les fibres musculaires sont infiltrées d'une grande quantité de granulations. Les reins ont leur volume ordinaire, ils sont mamelonnés à leur surface et parsemés de sillons. La substance sécrétante a une coloration jaunâtre lardacée. Les capsules surrénales elles-mêmes contiennent des dépôts de matière jaunâtre de la grosseur d'un grain de millet, les uns durs, les autres ramollis. Tous ces dépôts sont semblables les uns aux autres, ils ne diffèrent entre eux que par la grandeur.

La marche des affections syphilitiques de l'encéphale est lente, progressive. La céphalée, l'insomnie, les vertiges et les étourdissements sont assez ordinairement les premiers symptômes ; plus tard, il survient des paralysies, des troubles de l'intelligence et quelquefois des désordres de la sensibilité et des accès convulsifs. Après un temps plus ou moins long, l'encéphalite syphilitique devient stationnaire ou s'améliore peu à peu. Sa durée varie entre quelques semaines et plusieurs années. Sa guérison spontanée est rare, mais en général elle subit vite l'influence d'un traitement spécial ; sa disparition complète n'est toutefois possible qu'autant que les éléments nerveux ont conservé leur intégrité. Comme la tendance de la syphilis tertiaire est la destruction des tissus normaux, il arrive presque toujours, si l'altération a un peu de durée, que les éléments nerveux sont profondément modifiés ou même détruits, d'où la persistance indéfinie de certains symptômes, parmi lesquels se place en première ligne la paralysie. Ajoutons que ce symptôme, dans certains cas, se lie à un ramollissement de la substance encéphalique, par artérite syphilitique, et on comprendra mieux encore sa ténacité. Astruc avait déjà noté la difficulté de la guérison de la paralysie syphilitique, mais il n'en connaissait pas la raison.

Les faits qui témoignent de cette difficulté ne sont pas extrêmement rares. Nous pourrions rapporter plusieurs exemples de ces guérisons difficiles ou même impossibles, qui dès l'abord avaient donné les plus belles espérances ; nous nous contenterons d'en citer un seul, que nous a communiqué autrefois un médecin de Tongres, désireux d'avoir notre avis.

Obs. LII. — X..., brasseur, âgé de soixante-neuf ans, d'une bonne constitution, avait toujours joui d'une belle santé, quand à trente-deux ans il fut atteint d'une affection syphilitique qu'il ne décrit pas exactement. Il sait qu'il a eu des chancres pour lesquels il a pris beaucoup de mercure. Un an environ après les premiers accidents, il est atteint d'une paralysie des muscles moteurs de l'œil droit et de cécité. Ces symptômes disparaissent promptement ; mais peu après il ressent de la faiblesse des membres inférieurs, et plus tard se montre une paralysie incomplète de cette partie du corps. On employa successivement les vésicatoires, les moxas, les bains sulfureux, le seigle ergoté, la strychnine. etc., moyens qui restèrent tous inefficaces. La paraplégie persistait, et de plus une douleur violente au pied gauche rendait l'existence de cet homme très-pénible depuis trente ans. L'iodure de potassium fut prescrit d'abord à la dose de 1 gramme, et successivement jusqu'à 2 grammes et demi. Pendant les huit premiers jours, il y eut une amélioration notable ; mais plus tard, les médicaments se trouvant mal supportés, les effets devinrent très-peu sensibles et l'amélioration ne continua pas.

Dans ce fait et dans beaucoup d'autres du même genre, la longue durée du mal indique suffisamment que l'altération avait fini par atteindre et détruire les éléments nerveux, et ainsi une guérison complète n'était plus possible. Les troubles qui tiennent à l'excitation ou à la compression disparaissent ; mais ceux qui, comme la paralysie, sont liés à la modification anatomique des cellules et des tubes nerveux, persistent nécessairement. C'est un phénomène du genre de celui qu'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale, où le caillot sanguin déchire et comprime tout à la fois les éléments nerveux. La mort peut être la conséquence des lésions syphilitiques de l'encéphale lorsqu'elles sont étendues ou que, circonscrites, elles occupent une région, comme la moelle allongée, dont l'intégrité est essentielle au maintien de la vie. Il est

des cas aussi où des accès épileptiformes qui jusque-là n'avaient présenté aucune gravité redoublent tout à coup de fréquence et sont suivis du coma et de la mort, sans que l'autopsie fasse toujours connaître la raison de cette terminaison subite et rapidement fatale (obs. XXX).

Diagnostic. — Le diagnostic de l'encéphalite syphilitique est difficile à cause des nombreuses formes symptomatiques qui peuvent se présenter. Pourtant la succession et la modalité des symptômes peuvent mettre sur la voie de la cause spécifique. Une céphalalgie intense, persistante et opiniâtre, avec paroxysmes nocturnes, étourdissements et vertiges, cédant rapidement à l'emploi du mercure ou de l'iodure de potassium, est un signe d'une grande valeur diagnostique. L'insomnie, qu'elle soit ou non liée à ce symptôme, est un signe non moins important et non moins fréquent (1). La paralysie syphilitique est remarquable par l'irrégularité de sa distribution et sa marche saccadée. L'hémiplégie n'a ni le début soudain ni la stabilité de l'hémiplégie symptomatique d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral consécutif à une oblitération artérielle, excepté dans le cas où cette oblitération est venue s'ajouter au processus syphilitique. Des attaques épileptiformes sans aura, des accès convulsifs cloniques ou toniques sans perte absolue de connaissance, précédés et suivis d'une céphalalgie plus ou moins violente, constituent d'autre part des modes symptomatiques qui font justement soupçonner la syphilis.

Mais il importe de ne pas s'arrêter à l'examen d'un seul système ; chaque organe doit être interrogé avec soin, et ainsi, s'aidant des commémoratifs et tenant compte des affections concomitantes cutanées, osseuses ou viscérales, et de l'état de cachexie qui fait rarement défaut, le médecin parviendra le plus souvent à reconnaître, avec le siége et l'étendue de la lésion, la source d'où elle dérive. C'est ainsi qu'une certaine déformation du foie coïncidant avec une albuminurie légère peut avoir dans l'espèce une grande importance diagnostique. Enfin, dans le cas où l'ensemble phénoménal vient à constituer l'un des syndromes connus sous le nom d'épilepsie, d'hémiplégie avec ou sans aphasie, ou même de paralysie généralisée, l'âge des malades et cette circonstance que le désordre maladif ne remonte pas au delà de l'apparition de la syphilis, seront des indications précieuses. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'encéphalite tertiaire reste toujours localisée à une partie du cerveau.

Les troubles cérébraux engendrés par les boissons spiritueuses sont faciles à différencier de ceux qui appartiennent à la syphilis. Dans l'alcoolisme, en effet, le malade est tourmenté par des rêvasseries, des illusions et même des hallucinations ; la sensibilité est toujours troublée et la céphalée nulle. De même les accidents paralytiques produits par le plomb se distinguent par leur localisation spéciale aux muscles extenseurs des membres. La paralysie générale progressive, telle que l'ont décrite les médecins français, n'est jamais, comme l'ont pensé quelques auteurs, un effet de la syphilis, dont le caractère, dans sa phase avancée, est de se traduire invariablement par des lésions uniques ou multiples, mais limitées, toujours partielles et peu étendues. A la vérité les désordres symptomatiques de la syphilis cérébrale peuvent offrir

(1) Consultez, sur ce symptôme, Fracastor, *loc. cit.*; Sigmund, dans *Arch. de méd.*, 1857, t. II, p. 225 ; Reynaud, dans *Ann. des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 312.

une grande ressemblance avec ceux de la paralysie générale ; mais, lorsqu'on y regarde de près, on s'aperçoit que cette ressemblance est plus fictive que réelle, et qu'elle tient à la localisation de l'altération sur un centre particulier à la motilité ou à certaines facultés intellectuelles, et non à la lésion de toute la périphérie de l'encéphale. En somme, il existe entre l'encéphalite syphilitique et l'encéphalite de la paralysie générale la différence que nous avons constatée entre la cirrhose de la syphilis et la cirrhose de l'alcoolisme ; l'une est générale, tandis que l'autre est toujours partielle, aussi, peut-on différencier ces affections. Céphalée intense au début, blépharoptose, strabisme, accès apoplectiformes, suivis d'hémiplégie et de troubles divers de la motilité ayant pour caractère spécial de disparaître rapidement ou instantanément ; tels sont les principaux symptômes pouvant faire reconnaître les paralysies syphilitiques qui se rapprochent le plus de la paralysie progressive des aliénés. L'évolution des symptômes est, dans l'espèce, de la plus grande importance.

Logées dans le cerveau ou situées à la surface des méninges, les tumeurs tuberculeuses et sarcomateuses de l'encéphale donnent lieu à des troubles qu'il n'est pas toujours facile de séparer de ceux qui appartiennent aux tumeurs syphilitiques ; mais, en tenant compte de l'âge des malades, de leurs antécédents morbides, de l'évolution du mal, on parviendra le plus souvent à soupçonner, sinon à diagnostiquer sûrement la nature de chacune de ces altérations. Les tubercules sont en effet l'apanage à peu près exclusif du jeune âge, et le cervelet est un de leurs principaux lieux d'élection. Le sarcome, au contraire, est l'effet d'un âge plus avancé. Il se fait remarquer par la lenteur de son développement et par une marche progressivement croissante, tandis que le néoplasme syphilitique s'arrête le plus souvent à un moment donné de son évolution. L'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement ischémique se distinguent par une hémiplégie persistante, tenace, peu susceptible d'amélioration. Le diagnostic de la localisation syphilitique ressort nécessairement de l'étude symptomatique. La différence des symptômes, selon que les hémisphères, le cervelet ou le bulbe sont affectés, n'a ici rien de spécial ; mais il importe de savoir que les accès épileptiformes indiquent une lésion des méninges ou de la périphérie de l'encéphale.

Localisée dans l'encéphale, la syphilis doit être regardée comme une maladie grave, non-seulement en raison de l'importance des fonctions lésées, mais encore à cause de la fréquence des rechutes. Il arrive trop souvent de voir une amélioration ou même une guérison rapide être suivie d'accidents plus intenses que les premiers et plus difficiles à combattre (obs. XLV). Une statistique due au docteur Gjör nous apprend que, sur 30 malades, 5 furent guéris, 12 obtinrent une amélioration, 6 n'éprouvèrent aucun changement, 7 moururent (1). Sur 147 cas réunis par Lagneau fils, on compte une terminaison plus ou moins heureuse 83 fois, une terminaison funeste 57 fois, c'est-à-dire dans les deux cinquièmes environ des cas. La mort fut 7 fois l'effet d'une maladie incidente.

(1) Gjör, *Norsk Magazin*, t. XI, p. 694. — *Schmidt's Jahrb.*, t. CI, p. 794 (*Arch. de méd.*, mai 1859, p. 615).

L'examen des faits, d'accord avec les données de la physiologie, indique que les lésions les plus graves sont celles qui portent sur les parties les plus essentielles à la vie. Les lésions osseuses ou méningiennes, celles qui n'occupent que la périphérie et la convexité de l'encéphale, sont beaucoup moins graves que celles qui atteignent les parties plus profondes et la base. Relativement aux symptômes, on peut dire que la céphalalgie et l'insomnie sont sans gravité. Les vertiges, les accès convulsifs, ne permettent pas toujours de préjuger sûrement l'issue de la maladie ; mais ils sont moins à redouter que les symptômes paralytiques et les troubles des facultés intellectuelles (idiotie, hébétude, torpeur, somnolence), qui, de tous les désordres syphilitiques de l'encéphale, sont certainement les plus graves. Ces accidents sont d'autant plus sérieux qu'ils sont plus anciens, parce qu'il y a à craindre une destruction plus ou moins considérable des éléments nerveux circonvoisins. Cette destruction est à peu près certaine quand une contracture permanente vient s'ajouter à la paralysie. Quoi qu'il en soit, les localisations syphilitiques de l'encéphale sont moins redoutables, même en l'absence d'un traitement spécifique, que toutes les affections d'une provenance différente ; c'est surtout lorsqu'on sait les reconnaître et les traiter assez tôt que ces manifestations peuvent être avantageusement combattues.

§ 3. — Myélite syphilitique.

Bibliographie. — S. Wilks, dans *Med. Times and Gaz.*, t. II, p. 85, 1861. Art. de Hutchinson et Jackson. — Mac Dowel, Dublin quarterly Journal, N. S. XXXII, p. 321. — E. Wagner, *Das syphilom*, etc. Archiv de Heilkunde, 1863, p. 173. — W. Moxon, *On syphilitic disease of the spinal cord*. Guy's Hospit. Reports, S. III, vol. XVI, p. 217, 1871. — J. M. Charcot et Gombault, *Sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique*. Archives de Physiologie normale et patholog., t. V, p. 143, 1873. — L. Hale, *Cas de paralysie syphilitique*, The American Journ. of syphilogr. and dermatology, oct. 1872.

La moelle épinière, d'une composition histologique peu différente de celle du cerveau, est, comme ce dernier organe, sujette à l'action du virus syphilitique. Certains faits de guérison de paraplégie sous l'influence d'un traitement spécifique attestent cette action que rendent indubitable les caractères de l'altération constatée dans quelques cas suivis de mort. Les affections médullaires syphilitiques appartiennent surtout à la période tertiaire, mais on peut aussi les rencontrer avec des caractères un peu différents dans la période secondaire ; la lésion qui les constitue alors est plus étendue et se rapproche davantage du processus phlegmasique ordinaire.

Étude anatomique. — Les lésions syphilitiques de la moelle épinière occupent, comme celles de l'encéphale, tantôt les enveloppes et plus particulièrement la dure-mère spinale, tantôt la substance nerveuse. Un épaississement plus ou moins considérable des méninges avec adhérences aux parties voisines, des dépôts gommeux situés sur la face interne ou externe de ces membranes, telles sont les altérations des enveloppes spinales. Plusieurs cas de syphilis viscérale mentionnent l'une ou l'autre de ces dispositions. Le docteur Voillemier nous a montré autrefois un dessin figurant

la présence de néoplasmes gommeux à la surface interne de la dure-mère rachidienne ; un exemple analogue se rencontre dans l'ouvrage de Zambaco (1). Le pourtour de la moitié inférieure de la région dorsale de la moelle et de toute l'étendue de la région lombaire était envahi par un épanchement gélatineux de consistance gommeuse. Une femme paraplégique qui succomba à l'âge de cinquante-trois ans et qui se disait infectée de syphilis par son mari, fut examinée par Wilks qui trouva dans la région lombaire de la moelle épinière du côté droit un dépôt dur du volume d'une noix et d'une étendue de trois quarts de pouce, entouré par les racines postérieures des nerfs auxquelles il adhérait entièrement. Incisée, cette masse parut composée d'une substance opaque jaune, amorphe, en tout semblable à la substance qui constituait les nodules trouvés dans les poumons et le foie. A la surface de ce dernier organe existait du reste une cicatrice (2).

Les lésions de la substance propre de la moelle épinière ont été jusqu'ici peu étudiées. De même que les altérations syphilitiques des viscères, elles sont les unes diffuses, les autres circonscrites. Dans les lésions diffuses, dont nous rapportons plus loin (voyez *Syphilis héréditaire*) deux exemples particuliers à des nouveau-nés, la moelle épinière est plus ou moins indurée, l'épendyme est épaissi, des éléments nouveaux de tissu conjonctif avec ou sans corpuscules amyloïdes existent entre les éléments nerveux, qui sont consécutivement lésés ou détruits. Le fait que voici peut donner une idée de cette sorte de sclérose. Un homme de cinquante-sept ans, mort des suites d'une paraplégie, présenta, en même temps qu'une myocardite et des cicatrices profondes à la surface du foie, un ramollissement peu étendu avec faible exsudation sanguine vers la partie moyenne de la région cervicale de la moelle épinière. Cette altération se trouvait constituée par des faisceaux de fibres conjonctives, des cellules embryonnaires, des granulations graisseuses, des capillaires graisseux et des détritus d'éléments nerveux. Malheureusement ce fait manque des antécédents du malade ; mais il est permis de soupçonner la nature syphilitique de la lésion médullaire d'après sa coexistence avec les cicatrices hépatiques.

L'observation très-intéressante récemment publiée par Charcot et Gombault donne, avec les détails les plus complets, la description d'une myélite diffuse partielle coexistant avec des plaques de sclérose encéphalique dont l'origine syphilitique paraît peu contestable. A la partie supérieure de la région dorsale, sur une étendue d'un centimètre environ, la portion latérale gauche de la moelle est légèrement renflée et indurée. L'arachnoïde épaissie englobe les racines nerveuses correspondantes, qui sont grises et manifestement atrophiées. Au niveau de cette altération, dans la moitié gauche de la moelle et dans les cordons postérieurs, le tissu a pris une couleur gris rose uniforme et paraît très-vasculaire, sa consistance est grande ainsi que son élasticité ; il est impossible de distinguer la substance grise qui est envahie par le produit morbide. Au-dessous, la coloration grise se limite de plus en plus exactement au cordon latéral. Au-dessus, elle occupe les cordons postérieurs jusqu'à la partie supérieure de la région cervicale. Au niveau du point renflé, on voit

(1) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1862, p. 251.
(2) Voy. Hutchinson et Jackson, *Med. Tim. and Gaz.*, 1861, t. II, p. 85.

que la tuméfaction de l'organe est constituée en partie par l'épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde, qui enveloppent les racines des nerfs altérées à ce niveau et les appliquent sur le cordon latéral. Celui-ci n'a pas augmenté de largeur, son tissu se colore par le carmin, sa partie postérieure et externe, transformée en gros faisceaux fibreux verticaux, est confondue avec la face profonde de la pie-mère. Les éléments nerveux ont à ce niveau disparu ; d'épais tractus conjonctifs, partis de ce point, traversent toute la largeur du cordon pour gagner la substance grise ; ils servent de support à des vaisseaux couverts de noyaux et dont la gaîne est remplie de corps granuleux cellulaires. Dans cet espace, le tissu est en grande partie formé de corps étoilés entre lesquels on distingue à grand'peine çà et là un cylindre d'axe. On y rencontre quelques corps volumineux munis de prolongements multiples, abondants surtout au niveau de la substance grise. Il existe en même temps une dégénérescence secondaire descendante du cordon latéral gauche et ascendante des cordons postérieurs. Après ce que nous savons des manifestations syphilitiques des viscères, il y a lieu de penser qu'il s'agissait d'une modification analogue dans la plupart des observations de paraplégie syphilitique sans lésion appréciable rapportées par les auteurs : on est d'autant plus porté à le supposer, qu'aucun examen microscopique n'a été fait (1). Une semblable supposition peut être faite pour quelques cas de paraplégie suivie de guérison (2). Rappelons que dans notre cas de tumeur gommeuse du bulbe, une des moitié de la moelle épinière était le siége d'un foyer inflammatoire.

La tumeur gommeuse constitue la lésion caractéristique de la forme circonscrite. Quelques faits seulement indiquent l'existence de cette lésion. L'un d'eux, rapporté par Mac-Dowel, signale, avec l'intégrité des méninges, l'existence, au centre de la portion dorsale de la moelle épinière, d'une tumeur s'étendant à droite de la ligne médiane, de consistance ferme et de couleur jaunâtre. Cette tumeur, du volume d'un gros pois, est parfaitement ronde, lisse à sa surface extérieure, et, sur une coupe, elle offre une apparence fibro-gélatineuse. Le tissu nerveux qui l'entoure est très-ramolli, fortement injecté, tacheté de jaune à son centre. Il n'y a pas trace de tubercules dans les poumons. Le foie est cirrhosé, la rate grosse et ramollie ; les reins sont sains. Une observation qui fait partie du mémoire de Wagner mentionne l'existence d'une tumeur du volume et de la forme d'une noisette, d'une coloration blanc bleuâtre, avec noyau jaunâtre, occupant le centre de la moitié gauche de la moelle allongée. Une autre tumeur du volume d'une noix, d'un aspect lardacé à la coupe, siégeait en même temps dans l'hémisphère gauche du cervelet. Le foie adhérait partout aux organes voisins ; mais avec l'auteur lui-même on ne peut s'empêcher, ainsi que le fait remarquer le docteur Jaccoud (3), de conserver quelques doutes sur l'origine syphilitique de cette dernière altération.

(1) Voy. Gjör, *Norsk Magazin*, XI et XIX, 1856. — Ricord, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*. — Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862.

(2) Follet, *Paraplégie syphil.; guérison*, Bulletin de thérapeutique, t. LXXIII, p. 90. 1867. — Chevalet, *Paralysie aiguë ascendante guérie par les onct. merc.*, Ibid., 77, p. 328. — O. Bayer, *Heilung einer acut. ascend. spinal Paralysie unter antisyphil. Behandl.*, Archiv d. Heilkunde, vol. IX, p. 105, 1869.

(3) *La paraplégie et l'ataxie des mouvements*. Paris, 1864.

Hale signale la présence d'une gomme de la moelle au niveau de la troisième vertèbre lombaire d'un nègre qui avait eu d'abord une paralysie de la jambe droite, puis une paraplégie complète avec rétention d'urine. Chez un homme mort de paraplégie à l'âge de trente-cinq ans, et qui, sept ans plus tôt, avait été atteint de chancre et d'éruption syphilitique, Moxon constata l'existence, dans la moitié inférieure de la moelle épinière, au-dessous de la pie-mère, de plusieurs taches brunes ou noirâtres variant depuis l'étendue d'un grain de mil jusqu'à celle d'un pois. Ces taches étaient manifestement plus fermes que les parties voisines de la moelle, qui était indurée dans son quart supérieur, molle dans ses trois quarts inférieurs. Elles étaient formées par une masse foncée, peu ferme et résistante, au centre de laquelle se trouvait une substance molle, gommeuse, jaunâtre, élastique, différente par sa consistance de la substance voisine, et qui présentait à la coupe une forme semi-circulaire. Cette altération occupait surtout les cordons postérieurs et les cordons latéraux de la moelle ; elle présentait à l'examen microscopique, dans la zone extérieure, du tissu conjonctif fibrillaire, à noyaux très-nombreux, parsemé de masses de myéline ; au centre se trouvait un tissu jaunâtre de même structure, sauf que ses éléments étaient en voie de dégénérescence. La zone extérieure renfermait des vaisseaux sanguins ; on observait un grand nombre de corpuscules granuleux dans le tissu médullaire du voisinage ; les os de la voûte crânienne étaient sclérosés.

Ces différents faits mettent hors de doute l'action de la syphilis sur la moelle épinière ; ils montrent que les productions syphilitiques de cet organe ne diffèrent pas sensiblement de celles du cerveau. Mais, à côté des lésions qui intéressent primitivement le centre médullaire ou ses enveloppes, il existe des altérations secondaires résultant d'une modification de la colonne vertébrale. Ces altérations, peu différentes de celles que produirait un corps étranger venant comprimer le centre médullaire, sont évidemment subordonnées au désordre anatomique du système osseux et au degré de compression qui en est la conséquence. Elles sont constituées par des phlegmasies avec ramollissement et destruction plus ou moins considérable des éléments nerveux.

Les lésions vertébrales dont ces myélites dépendent se montrent sous forme d'exostoses, de caries ou de nécroses. Chez un soldat dont Minich de Padoue a publié l'observation, il y avait au milieu de la deuxième vertèbre dorsale une saillie douloureuse qui fut à bon droit considérée comme une exostose syphilitique, lorsqu'on vit l'iodure de potassium amener la guérison d'une paraplégie concomitante. Un fait analogue a été observé par Piorry. Dupuytren, Montfalcon, Leprestre (de Caen), ont rapporté des observations de carie vertébrale syphilitique (1).

Étude symptomatique. — Les symptômes particuliers des lésions syphilitiques de la moelle épinière présentent des différences nécessairement en rap-

(1) Voy. Léon Gros et Lancereaux, *Des affections nerv. syphilitiques*, 1861, obs. CCXXXV, CCXL, CCXLI, CCXLII, CCXLIII. — Comparez : Allain, *Compression de la moelle épinière par une ou plusieurs exostoses syphilitiques*, dans *Monit. des hôpit.*, 1858. — Passavant, *Syphilitische Lahmungen* Virchow's Archiv, XXV, 1862.

port avec le siége de la localisation anatomique sur tel ou tel point de l'enveloppe ou du centre spinal. Vouloir indiquer ces différences, ce serait nous mettre dans l'obligation de parler de tous les faits connus ; aussi nous bornerons-nous à faire connaître les phénomènes le plus généralement observés. L'un des plus importants, dans le cas d'altération des enveloppes, est une rachialgie localisée, parfois intense et plus violente dans la nuit, quand sans doute il existe en même temps une lésion du canal rachidien. Ainsi un malade observé par Ch. Bernard accusait la sensation d'une barre ou constriction autour des reins et du ventre. C'est d'autres fois à l'extrémité des cordons nerveux des membres que se fait sentir la douleur, qui n'a jamais ni l'intensité ni la rapidité des douleurs de l'ataxie locomotrice franche. Les malades accusent en outre des sensations diverses de froid, d'engourdissement, qui ont pour siége plus spécial les extrémités (1). La sensibilité tactile est quelquefois altérée : elle était très-affaiblie chez un malade de Houstet, dont les extrémités inférieures étaient d'ailleurs froides et avaient perdu le mouvement; il en était de même chez d'autres malades, soignés par Sandras, Allain, Lagneau père, Pétrequin, etc.

Un symptôme plus commun et qui fait rarement défaut, lorsque la moelle est affectée, c'est la paralysie. J. Frank va même jusqu'à considérer la vérole comme étant l'une des causes les plus fréquentes de la paraplégie. Depuis Houstet (2), qui, en 1733, guérissait à l'aide de frictions mercurielles un individu atteint de paralysie complète des deux membres inférieurs, de rétention des urines et des matières fécales, d'impuissance virile, plusieurs observations plus ou moins analogues (3) ont été rapportées; mais elles n'ont pas toutes un cachet d'absolue certitude au point de vue d'une liaison causale avec la syphilis. Or, si l'on s'en tient aux faits les mieux observés, la paraplégie survient presque toujours longtemps après l'apparition de la diathèse syphilitique, elle a un début lent et progressif plutôt que brusque ; caractérisée dès l'abord par de l'incertitude et de la faiblesse dans la marche, elle présente, avant d'être complète, des oscillations fréquentes, ce qui est le propre d'un grand nombre de manifestations syphilitiques. Le plus souvent limitée aux membres inférieurs, cette paralysie envahit parfois les membres supérieurs (obs. Landry), assez rarement elle est accompagnée de contractures ou de convulsions. Un malade de Cirillo et un autre de Portal avaient bien des mouvements convulsifs dans les extrémités inférieures; mais il n'est pas parfaitement établi que ces deux malades dussent leur affection à la syphilis. Ces symptômes, du reste, lorsqu'ils existent, font ordinairement partie des premiers ou des derniers désordres qui viennent révéler l'existence d'une affection médullaire syphilitique.

De même que les encéphalites, les myélites syphilitiques ont des moments d'arrêt dans leur marche, et lorsque par l'emploi d'un traitement approprié

(1) Voy. une observ. de Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1855, p. 486, et une autre de Landry cité par Zambaco, p. 231.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 224. Paris, 1810.

(3) On trouvera ces observations et leur indication bibliographique dans l'ouvrage de G. Lagneau et dans le nôtre.

on arrive à produire une amélioration qui est presque la guérison, il n'est pas rare de voir survenir une rechute. De cette façon les affections syphilitiques de la moelle épinière peuvent avoir une durée assez longue; leur guérison est tantôt complète, tantôt incomplète. Quelques faits établissent la possibilité d'une cessation définitive de tout trouble fonctionnel; mais il en est d'autres qui se sont terminés par la mort.

Diagnostic. — Le diagnostic de la myélite syphilitique présente de grandes difficultés, et s'il arrive que cette affection passe quelquefois inaperçue, par contre, il n'est pas rare de voir attribuer à la syphilis et traiter en conséquence des paraplégies qui ne sont rien moins que spécifiques. Il importe de ne pas oublier que les lésions syphilitiques tertiaires de la moelle épinière ont pour principaux caractères, de même que les lésions cérébrales, hépatiques et pulmonaires, d'être circonscrites, lentes dans leur évolution, insidieuses dans leur début, et ainsi on comprendra que ces lésions, tout en paralysant le mouvement volontaire, laissent quelquefois persister, du moins en partie, la sensibilité et les mouvements réflexes des membres. Les affections qui simulent les désordres fonctionnels liés aux lésions syphilitiques de la moelle épinière sont la myélite partielle chronique ou sclérose médullaire, et certaines tumeurs endothéliales et fibreuses, dont l'évolution est lente et dont les symptômes sont quelquefois peu différents de ceux que causent les dépôts syphilitiques. Or, comme il n'existe aucun signe propre à ces altérations, il en résulte que les antécédents du malade et les affections concomitantes sont à peu près les seules bases du diagnostic. Une paraplégie incomplète, accompagnée de sensations douloureuses sur le trajet des cordons nerveux et de contracture, indique plus particulièrement une lésion des enveloppes ; au contraire, une paraplégie complète avec mouvements réflexes est plutôt le signe d'une lésion primitive de la moelle épinière.

Si l'on s'en tient aux faits connus, il est difficile d'indiquer avec précision le degré de gravité des myélites syphilitiques, et d'ailleurs leur pronostic varie nécessairement avec le siége et l'étendue de l'altération. Comme une guérison complète peut avoir lieu dans certains cas, lorsqu'un traitement intervient avant la destruction des éléments nerveux, les lésions syphilitiques de la moelle épinière sont relativement moins sérieuses que celles de la plupart des affections de ce même organe. La destruction une fois produite, les désordres symptomatiques sont irrémédiables, et peut-être y a-t-il lieu de rattacher à la syphilis certains cas de paraplégie ancienne sans atrophie sensible des muscles et avec conservation du pouvoir réflexe.

§ 4. — Affections syphilitiques des nerfs.

De même que l'encéphale et la moelle épinière, les cordons nerveux sont passibles des lésions syphilitiques, soit que celles-ci envahissent primitivement une plus ou moins grande partie de leur étendue, soit que secondairement elles les affectent par suite de la compression résultant des altérations des organes de voisinage et surtout des os. Les exostoses, les hyperostoses, les lésions des tissus fibreux, etc., sont en effet autant de causes capables de modifier