

l'intégrité des cordons nerveux et de déranger leurs fonctions. Déjà nous avons rattaché à une altération de ce genre les hémiplégiés faciales qui surviennent au début de la période secondaire; mais ces lésions indirectes fixeront peu notre attention, et nous nous arrêterons de préférence aux lésions tertiaires, à celles surtout qui intéressent directement la substance même des cordons nerveux.

Étude anatomique. — Envisagées au point de vue où nous nous plaçons, les modifications anatomiques que présentent les nerfs sont de deux ordres, et se traduisent, soit par l'épaississement de la trame de tissu conjonctif (névrite interstitielle, hyperplasie diffuse), soit par la présence de nodules comparables aux névromes, mais qui en réalité ne sont que des tumeurs gommeuses. Chez une malade affectée de syphilis constitutionnelle, de paralysie complète de la cinquième paire, et sujette à des accès d'épilepsie, Todd (1) trouva le ganglion de Gasser et les nerfs qui en émanent atrophiés par suite d'une compression exercée par des fausses membranes (*in consequence of pressure from adherent membranes*). Une observation déjà signalée de Bayle et Kergaradec note la destruction des nerfs olfactifs, le ramollissement et la diminution de volume des nerfs optiques. Ces mêmes nerfs, le gauche surtout, sont, dans un cas rapporté par Meyer (obs. VIII), petits et manifestement atrophiés. Dans un fait de Esmarek et Jessen (2), les nerfs oculo-moteurs, nouveaux à leur sortie du crâne, présentent une épaisseur triple de leur volume normal, et sont transformés, ainsi que le névritisme, en une masse homogène, lardacée, constituée par une substance finement grenue. Le trijumeau gauche est hypertrophié, les nerfs acoustiques du même côté ont une coloration d'un jaune pâle. Un cas d'amaurose syphilitique rapporté par Dittrich (3) fait mention d'une transformation du nerf optique en une masse d'un gris sale, flasque, vilieuse et fibreuse. Virchow a observé à la place du nerf oculo-moteur droit une masse épaisse, rougeâtre et calleuse; l'oculo-moteur gauche était tuméfié et infiltré d'un tissu rougeâtre, et les nerfs olfactifs se perdaient dans un tissu pathologique de nouvelle formation. Il serait difficile de ne pas voir dans quelques-uns de ces faits, malgré des détails anatomiques assez incomplets, une altération primitive du nerf dont la trame unissante serait le point de départ. Notons cependant que, dans la majorité des cas, les lésions syphilitiques des nerfs crâniens coexistent avec l'altération des artères du voisinage et l'épaississement circonscrit des méninges molles (4). Cette circonstance, en même temps qu'elle indique la marche du processus phlegmasique de la circonférence vers la profondeur du nerf, rend compte de la localisation spéciale de cette altération, et explique la disparition parfois rapide, sous l'influence d'un traitement spécifique, des troubles particuliers à ce genre d'affection. Cependant, même dans ces cas, les tubes nerveux peuvent être atrophiés par l'infiltration de jeunes cellules semblables à celles des dépôts gommeux (5).

(1) Voy. Hutchinson et Jackson, *loc. cit.*, p. 133.

(2) Esmarek et Jessen, dans *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1857, p. 20 et suiv.; L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 288.

(3) *Prager Vierteljahrschr.*, 1849, t. I, p. 23.

(4) Voy. J. Hughlings Jackson, *Cases of disease of the nervous system*, London hosp. Reports, vol. IV, p. 314, 1857.

(5) Voyez Fr. Robinson, dans *Transact. of the path. Soc. of London*, vol. XX, p. 17.

Dixon (1), dans deux cas de syphilis tertiaire, a constaté, en partie dans l'enveloppe, en partie dans la propre substance des nerfs optiques, oculo-moteur, droit externe et trijumeau, de petites masses rougeâtres ou jaunâtres très-fermes. Des dépôts analogues occupaient en même temps les membranes cérébrales et s'étendaient autour de la carotide interne et de l'artère basilaire. Rayney fit l'examen d'un de ces dépôts qui était d'un jaune pâle, dur et presque cartilagineux, et le trouva formée d'un tissu fibreux mélangé de matière granuleuse. Portal (2) rapporte qu'une femme depuis longtemps atteinte de syphilis (exostose) présentait au fond de l'orbite une tumeur fongueuse de la grosseur d'une fraise, adhérente au bulbe du nerf optique. Le sphénoïde était carié près du trou optique. La dure-mère adhérait aux os. La substance cérébrale était ramollie vers les éminences mamillaires; il y avait un épanchement rougeâtre dans les ventricules.

Les nerfs cérébraux sont le siège le plus habituel des localisations syphilitiques, qui se montrent surtout à leur point d'émergence. Plus rares sont les lésions des nerfs rachidiens. Le sciatique, en raison sans doute de son volume et de sa vascularité, les cordons nerveux du plexus brachial sont parmi ces organes ceux dont les désordres ont été le plus souvent rattachés à la syphilis; mais les caractères anatomiques de ces désordres n'ont pas encore été, que je sache, vérifiées par l'autopsie. Cependant, à en juger par l'atrophie musculaire qui les accompagne quelquefois, les altérations de ces nerfs ne différencieraient pas sensiblement de celles des nerfs cérébraux, de sorte que la description anatomique qui précède peut s'appliquer aux cordons nerveux en général.

Étude symptomatique. — Une étude collective des symptômes qui correspondent aux lésions syphilitiques des nerfs est difficile en raison de la différence de fonction physiologique propre à chacun de ces organes. Effectivement, à ne prendre que les nerfs cérébraux qui sont le plus souvent affectés, on voit qu'il en est, comme le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, le grand oblique, dont l'altération amène presque invariablement la paralysie des muscles moteurs de l'œil; tandis que le trijumeau révèle sa souffrance par des phénomènes douloureux, et que les nerfs optiques déterminent des troubles de la vision. Ainsi il importe d'étudier séparément les désordres fonctionnels relatifs à chaque paire nerveuse.

NERFS DE LA TROISIÈME PAIRE, OU MOTEURS OCULAIRES COMMUNS.

La paralysie des nerfs oculo-moteurs communs ou de la troisième paire est tellement fréquente dans le cours de la syphilis, que son existence seule doit toujours éveiller l'idée de cette maladie. Les faits observés jusqu'ici se sont présentés tantôt dans le cours de la période secondaire, ainsi qu'il arrive pour certaines hémiplégiés faciales; tantôt, et le plus souvent, dans la période tertiaire. La paralysie occupait rarement les deux côtés, quelquefois même elle

(1) *Med. Times and Gaz.*, 23 oct. 1858.

(2) *De la nature et du traitement de l'épilepsie*. Paris, 1827, p. 48.

était limitée à une seule branche ou à un seul rameau nerveux; mais alors les centres plutôt que les cordons nerveux étaient lésés. Un des premiers phénomènes de cette paralysie, c'est l'abaissement ou prolapsus de la paupière supérieure, sans épiphora, ce qui tient à la persistance d'action du muscle orbiculaire. Dans certains cas, la branche du muscle releveur se trouvant seule altérée, ce phénomène est unique. Mais le plus souvent les autres branches prennent part à l'altération, il existe alors un strabisme externe, et l'œil subit autour de son axe un mouvement de rotation de bas en haut et de dehors en dedans; en même temps la pupille est dilatée et l'iris a perdu sa mobilité. Quelques malades accusent en outre de la diplopie et un certain degré de faiblesse visuelle, par défaut d'accommodation de l'œil (1).

Tels sont les symptômes de la paralysie syphilitique de la troisième paire. Cette paralysie n'est pas toujours isolée, quelquefois elle coexiste avec des désordres encéphaliques (2); et ceux-ci sont d'une grande utilité au point de vue étiologique, car, le plus souvent, cette paralysie n'ayant aucun caractère spécial, les manifestations qui l'accompagnent viennent seules dévoiler son origine.

NERFS PATHÉTIQUES OU DE LA QUATRIÈME PAIRE.

La paralysie des nerfs pathétiques, si l'on s'en rapporte aux faits publiés, reconnaît rarement une origine syphilitique. Il est vrai qu'elle a été peu observée. Mackensie (3) et de Græfe (4) en ont rapporté chacun un cas. Le symptôme capital de cette affection est une diplopie à laquelle s'ajoute en général un léger abaissement de la cornée du côté paralysé. Un caractère de cette diplopie, c'est que les deux images sont placées l'une au-dessus de l'autre, et qu'elles persistent, quel que soit le point vers lequel les yeux convergent. Selon Follin, pour faire disparaître la seconde image, il suffit de faire décliner la tête à gauche si le grand oblique droit est paralysé, et à droite si c'est le muscle grand oblique gauche.

NERFS MOTEURS OCULAIRES EXTERNES OU DE LA SIXIÈME PAIRE.

Les affections syphilitiques des nerfs moteurs oculaires externes, ont été observées par Rayet, Badin d'Hurtebise, Sandras (5), Mackensie, Knorre (6), Foville, Moissenet, Landry, Beyran (7), Luton (8), A. Maunier (9); elles se mani-

(1) Voy. Ebrard, *Gaz. méd. de Paris*, 25 févr. 1843, p. 221. — Rayet et Badin d'Hurtebise. Thèse de Paris, 1849, p. 17-22. — G. Lagneau, *loc. cit.*, p. 242. — V. de Méric, *Cases of syphilitic affection of the third nerve, producing mydriasis, with and without ptosis*, British med. Journal, 1870.

(2) Voy. les observations de Ebrard, Schutzenberger, Sandras, Ricord, Yvaren, Deval, Dupré, Hérard, etc., dans Léon Gros et Lancereaux, *loc. cit.*

(3) *Traité des maladies de l'œil*, trad. franç. par Warlomont et Testelin, Paris, 1856, p. 519.

(4) *Archiv für Ophthalmologie*, t. I, p. 313, 318.

(5) *Journ. de méd. et de chirurg. prat.* Paris, 1851, p. 338, et *Gazette des hôpitaux*, 30 oct. 1854.

(6) *Deutsche Klinik*, 1849, p. 60.

(7) *Union méd.*, juillet 1860, Paralysie syphilitique du nerf moteur oculaire externe.

(8) *Union méd.*, 20 sept. 1860.

(9) *Paralysie syphilitique de la sixième paire* (*Union méd.*, 1861, t. II, p. 394).

festent généralement par la perte du mouvement de ces muscles. Quelquefois associée à d'autres paralysies, comme dans un cas de Ramskill (1) où les cinquième, sixième et septième paires nerveuses étaient simultanément affectées, la paralysie des moteurs oculaires externes est souvent précédée de douleurs ayant leur siège habituel dans les régions temporale, sus-orbitaire et frontale du même côté, ou même dans la région temporale du côté opposé. Strabisme interne ou convergent, diplopie et un certain degré de faiblesse visuelle, tels sont les principaux symptômes de la paralysie syphilitique de ces nerfs. Beyran a noté en outre le rétrécissement de la pupille avec persistance de sa contractilité, ce que Luton a voulu expliquer par une anomalie en vertu de laquelle la racine motrice du ganglion ophthalmique serait fournie par le moteur oculaire externe. L'œil se trouve porté dans l'adduction, et si la paralysie est incomplète, les efforts du malade se manifestent par de petites secousses qui rejettent le globe oculaire en dehors sans pouvoir l'y maintenir; mais si la paralysie est complète, l'œil retenu en dedans ne laisse apercevoir qu'une partie de la cornée, l'autre partie étant cachée dans le grand angle de l'œil. La diplopie n'existe qu'autant que les malades fixent les deux yeux sur un objet; avec un seul œil la vue est toujours nette. Les deux images sont parallèles ou superposées, suivant la disposition de l'objet. La guérison, qui est la terminaison ordinaire de cette paralysie, ne se fait pas attendre, en général, plus de quinze à trente jours, sous l'influence d'un traitement antisiphilitique. Il est à remarquer que toute autre médication reste sans résultat. Le pronostic est sans gravité.

NERFS FACIAUX OU DE LA SEPTIÈME PAIRE.

C'est ordinairement par des troubles paralytiques que se traduit l'affection tertiaire du nerf de la septième paire. Cette variété de l'hémiplégie faciale syphilitique n'est pas très-rare, puisque Ladreit de Lacharrière en signale treize cas presque tous survenus dans la période tertiaire. La lésion qui en est la cause est jusqu'ici fort mal connue, en raison de la rareté des autopsies. Quelques observateurs, il est vrai, ont admis sans preuve directe, une lésion du tissu fibreux (inflammation du névrilème) ou des os (exostose ou périostose). Ménière, au rapport de Bedel, aurait constaté, sur des individus syphilitiques dont le temporal paraissait hypertrophié, le gonflement du rocher et l'altération du nerf de la septième paire; mais il est vraisemblable que cette paralysie est le plus souvent produite par des dépôts syphilitiques siégeant à l'origine des nerfs. Ordinairement précédée de douleurs vives, la paralysie faciale a un début tantôt brusque, tantôt lent et en quelque sorte progressif, ce qui semble déjà dénoter que des lésions diverses peuvent lui donner naissance. Ses caractères sont bien connus: tous les muscles de la face, d'un même côté, sont généralement paralysés, d'où la déviation de la commissure labiale, la difficulté du sifflement, de la mastication, etc., comme aussi l'impossibilité de fermer l'œil. L'orbiculaire des paupières est le plus souvent atteint dans cette forme de paralysie, qui est le fait ordinaire d'une altération du nerf lui-même. L'excitabilité

(1) Ramskill, dans *Medical Times and Gaz.*, 1868, p. 934.

électrique des muscles diminue ou se perd complètement, et la persistance ou l'absence de ce phénomène indique si l'altération occupe l'encéphale ou le nerf facial. La déviation du voile du palais est le symptôme d'une lésion voisine de l'origine de ce nerf. Dans certains cas, des troubles concomitants de la sensibilité ont donné lieu de croire que la cinquième paire était en même temps affectée.

La paralysie faciale syphilitique n'atteint en général qu'un seul côté de la face. Davaine (1) rapporte, d'après Ch. Bell, un seul cas de paralysie faciale syphilitique double. Ordinairement plus rebelle que les paralysies des nerfs moteurs de l'œil, cette affection finit néanmoins par céder le plus souvent à un traitement approprié : c'est dire que son pronostic est sans gravité. Le nerf peut toutefois s'atrophier et subir une destruction plus ou moins complète ; alors la paralysie devient persistante.

NERFS PNEUMOGASTRIQUES ET SPINAUX OU DIXIÈME ET ONZIÈME PAIRES.

Il n'est jusqu'ici, à notre connaissance du moins, aucun fait positif qui indique que les nerfs pneumogastriques aient jamais été le siège réel d'une localisation syphilitique. Cette lacune semble tenir à la grande facilité de confondre avec des désordres pulmonaires les troubles qui résultent de l'altération de ces nerfs, comme aussi au peu de soin que l'on met à rechercher les lésions dont ils peuvent être affectés. Pourtant, il y a lieu de se demander si ce n'est pas à l'altération des nerfs pneumogastriques ou des nerfs spinaux que l'on doit attribuer certaines paralysies du pharynx, certaines affections asthmiques (2) ou gastralgiques (3), qui ont paru céder assez rapidement à l'emploi d'un traitement spécifique. Ajoutons que des cas d'aphonie ont pu être rattachés à une altération syphilitique située au niveau de l'artère basilaire et s'étendant jusqu'à ces nerfs (4).

NERFS HYPOGLOSSES ET GLOSSO-PHARYNGIENS.

L'existence d'une lésion syphilitique des nerfs hypoglosses n'est jusqu'ici nullement établie, et si, dans certains cas de syphilis, il est fait mention de la difficulté ou de l'impossibilité d'articuler les sons, ce trouble se rattache à une altération tout à fait indépendante de ces nerfs (5). Aucun fait, que je sache, n'indique de lésion ou de troubles syphilitiques avérés du côté des nerfs glosso-pharyngiens. Mais on conçoit que les nerfs en question soient, à cause de leur voisinage avec les artères vertébrales, susceptibles d'être compris dans

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, t. IV, année 1852. — Comparez. O'Conor, *Paralysie double de la face*, dans *Union méd.*, 1861, t. II, p. 160, et *Dubl. quarterly Journ.*, févr. 1861. — Maunier, *Hémiplégie faciale*, dans *Gaz. des hôp.*, 1862, p. 27. — J. Lane, *Cas de paralysie syphilitique de la septième paire de nerfs*, *The Lancet*, 11, p. 47, July 1870.

(2) Voy. B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, Paris, 1802, p. 638. — L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*

(3) Trousseau et Andral, cités par Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 67.

(4) Hughl. Jackson, *Cases of disease of the nervous system*, London hosp. Reports, vol. IV, p. 316 et 320.

(5) Voy. Lagneau, *Affect. nerveuses syphilitiques*, Paris, 1860, p. 322.

un dépôt syphilitique, et l'on se demande si notre défaut de connaissance n'est pas le simple résultat du peu de soin que nous apportons dans nos recherches.

NERFS TRIJUMEAUX.

Les symptômes propres aux lésions du nerf trifacial varient non-seulement avec le degré de compression ou d'altération de ce nerf, mais encore avec la branche nerveuse affectée. Des sensations diverses, des douleurs plus ou moins violentes, parfois de l'anesthésie, tels sont, avec des troubles musculaires du côté des mâchoires, les désordres observés en pareil cas. Une malade de Lallemand (1) conserva, à la suite d'une hémiplégie syphilitique momentanée, des fourmillements et des engourdissements dans tout le côté droit de la face, comme si une toile d'araignée eût été appliquée sur sa peau. Une sensation semblable existait dans la moitié droite de la langue et dans le pouce droit. Un cas rapporté par Hérard et Baudot (2) fait mention d'un engourdissement de l'aile droite du nez et des parties voisines de la joue et de la lèvre supérieure. La douleur, qui est le phénomène le plus constant, occupe en général l'une des moitiés latérales de la tête (Waton, Rayer, Badin d'Hurtebise, Yvaren). Tantôt elle est mobile, comme chez une malade de Guérard, où elle passa de gauche à droite ; ou bien elle se manifeste en même temps des deux côtés (Benj. Bell, Graffenauer, Cruveilhier, Yvaren). Tantôt elle reste limitée à l'une des branches du trijumeau, ou même à l'un des rameaux de ces branches, au rameau frontal de l'ophtalmique. Quelques auteurs enfin, comme Plenck, Meckel, J. Frank, etc., ont admis une odontalgie syphilitique, mais sans aucun fait à l'appui. Plus violente au niveau de quelques points, cette douleur s'irradie dans des directions variées ; chez une malade de Rayer, elle eut d'abord son maximum d'intensité à la tempe gauche, plus tard sur le front, puis sur le côté gauche de la racine externe du nez, suivant le trajet du rameau externe du nerf nasal qui est une émanation de l'ophtalmique de Willis. Sans vouloir insister plus longuement sur le siège de ces douleurs, disons qu'elles présentent parfois des paroxysmes nocturnes (Frank), et qu'elles sont, dans certains cas, accompagnées de désordres indiquant que la petite racine, ou racine motrice du même tronc nerveux, participe à l'altération. Au sujet d'une malade observée par Ozia-Aimar, et qui guérit par un traitement spécifique, il est dit : « Mandibulas frequenter agitabat (morbus), ita ut lintea continuo intra dentes habere cogeretur, quæ identidem mordebat ac dentibus conterebat. » Dans deux cas rapportés, l'un par Waton (3), l'autre par Schutzenberger (4), il est également fait mention d'un tremblement de la mâchoire inférieure. L'anesthésie et l'analgésie succèdent parfois à ces désordres : c'est l'indice de la destruction plus ou moins complète des racines ou du tronc nerveux (5).

(1) *Rech. anat. path. sur l'encéph.*, t. III, p. 101.

(2) *Union médicale*, 2 janvier 1859.

(3) Deux observ. de tic douloureux de cause vénérienne. *Rec. périod. de la Société de médecine de Paris*, t. IV, p. 178.

(4) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 20 mars 1850. — Lagneau, *loc. cit.*, p. 258.

(5) Hughlings Jackson, dans *London hosp. Reports*, vol. IV, p. 120, 1867. — Hutchinson,

Le diagnostic des lésions syphilitiques du trijumeau repose à peu près entièrement sur les commémoratifs et les antécédents des malades. Il importe aussi de tenir compte des manifestations concomitantes. Le pronostic n'est pas grave, pourvu que l'on n'intervienne pas trop tard.

NERFS RACHIDIENS.

Moins exposés que les nerfs crâniens à l'influence de la syphilis, les cordons nerveux rachidiens manifestent des troubles de la motilité et de la sensibilité qu'il est parfois difficile de ne pas rattacher à cette maladie. Ces troubles se montrent sous forme de contracture et de paralysie, ils simulent des névralgies, l'analgésie ou l'anesthésie. Schutzenberger signale chez un de ses malades une douleur de l'épaule droite et de l'extrémité correspondante, survenant sans cause connue; cette douleur est accompagnée de crampes qui font incliner la tête vers la droite et d'une contracture des fléchisseurs des doigts. Si les nerfs intercostaux sont lésés, les douleurs occupent les côtés de la poitrine, comme cela s'observait chez un malade de Ebrard, qui ne pouvait dormir à cause d'une constriction et d'une pesanteur dans les parois du thorax. Piorry guérit à l'aide d'un traitement spécifique un individu qui souffrait de douleurs dans les plexus lombaire et sciatique. Notre Traité des affections nerveuses syphilitiques (1) contient trois cas de névralgie sciatique depuis longtemps rebelles à toute médication et qui cédèrent comme par enchantement, quand, venant à soupçonner une syphilis, on prescrivit un traitement mercuriel et ioduré. Vandekeere (2) a relaté un cas de névralgie ilio-scrotale qui fut combattue avec succès par la liqueur de Van Swieten.

De même il est un certain nombre de cas de paralysie partielle qui paraissent reconnaître une origine spécifique. Un homme âgé de quarante ans, traité pour des douleurs rhumatismales dans le dos, le cou et les bras, eut plus tard une atrophie de la région supérieure du cou et du membre supérieur gauche avec affaiblissement des muscles de ces régions. Les eaux d'Aix en Savoie avaient dissipé les douleurs; l'atrophie et la paralysie résistèrent aux moxas et aux vésicatoires, quand une éruption de syphilis conduisit à administrer l'iodure de potassium, et cet agent fit cesser tous les accidents (3). Semblable fait se trouve rapporté par Vidal, de Cassis (4). Nous savons d'ailleurs qu'un certain nombre de paralysies partielles avec atrophie et perte de l'excitabilité électrique des muscles, dont la cause avait pu rester

Paralysie de la cinquième paire, quinze ans après le début de la syphilis, Ophthalmic hospital Reports, VI, 2, 1868.

(1) *Loc. cit.*, p. 63. Comparez : Cirillo, *Traité complet des malad. vénér.* Paris, 1803. — J. J. Plenck, *Doctrina de morb. vener.*, Vienne, 1779. — Zambaco, *Affect. nerv. syph.*, 1862. — Bruneau, *Sciatique syphil.* (*Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 118).

(2) *Mém. sur les formes insolites de la syphilis*, dans *Journ. génér. de méd. et de chirurg.* de Sédillot, t. CII, p. 310. — E. Vaulpré, *Quelques faits de la névralgie syphilitique* (*Bullet. de thérapeutique*, 30 janv. 1852, et *Ann. des malad. de la peau*, t. IV, p. 137). — Franceschi, *Cas de syphilis tertiaire*, dans *Il Raccoglitore medico*, 1848, et *Gaz. méd. de Paris*, 1848, p. 614. — Leubuscher, *Deutsche Klinik*, n° 6, 1861.

(3) Niepce, *Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 383.

(4) *Traité des malad. vénér.*, p. 441. Paris, 1855.

méconnue, provenaient en réalité de la syphilis. Le fait suivant, que nous a communiqué l'un de nos meilleurs amis (1), vient appuyer notre observation. Une femme âgée de trente-cinq ans a contracté un chancre, il y a sept ans (1857); elle a eu depuis une roséole, et pendant trois mois elle fut soumise à un traitement par des pilules, après quoi il y eut disparition complète des premiers accidents. Un an plus tard, douleurs et gonflement du genou droit; pendant toute l'année, souffrances nocturnes; frictions inutiles. (Traitement des accidents tertiaires : 3 grammes d'iodure de potassium par jour, et guérison après trois mois.) Les douleurs revenant quelques années plus tard, la malade reprend l'iodure de potassium. En novembre 1864, nouvelles douleurs au niveau de l'épaule gauche, l'humérus est volumineux et déformé par la présence des périostoses. Les muscles des régions sus-épineuse et sous-épineuse sont atrophiés, les muscles deltoïde et grand pectoral ont subi la même altération, ils répondent à peine à l'excitabilité électrique. Il y a exorbitisme et grande difficulté de mouvoir les mâchoires; l'œil droit, sorti de l'orbite, paraît plus ferme; les tissus se dépriment sous les doigts, et laissent une dépression comme dans l'œdème dur; les urines contiennent de l'albumine. Le traitement ioduré est repris, et plus tard l'état s'améliore.

En consultant les faits de paralysie partielle rapportés par Duchenne (de Boulogne), dans son *Traité de l'électrisation localisée*, je me suis demandé si la syphilis n'était pas quelquefois en cause, et j'ai été porté à croire qu'il en était vraisemblablement ainsi dans plusieurs cas.

Au résumé, la plupart des troncs nerveux peuvent subir l'influence de la syphilis; mais, malgré une altération à peu près identique, chaque nerf traduit sa souffrance par des symptômes particuliers en rapport avec la fonction qui lui est dévolue. Les nerfs encéphaliques, par suite de leurs rapports avec les artères cérébrales, sont ceux dont l'altération est la plus fréquente; viendraient ensuite le nerf sciatique, puis les autres troncs nerveux.

Les désordres qui se lient à ces altérations n'ont aucun caractère distinctif; ainsi il importe pour le diagnostic de s'appuyer sur les commémoratifs des malades et de tenir compte de l'exacerbation nocturne des douleurs. Tant qu'il n'y a pas de destruction des éléments nerveux, ces affections peuvent guérir. Plus tard, la guérison doit être regardée comme difficile; elle n'est peut-être pas impossible, puisque les tubes nerveux sont susceptibles de reproduction, ainsi que l'ont établi les belles recherches de Philipeaux et Vulpian (2).

NERFS SYMPATHIQUES.

Ces nerfs n'échappent pas à l'influence pernicieuse de la syphilis sur la nutrition des tissus et des organes. Ils sont, suivant Petrow (3), passibles d'une double altération : l'une porte sur les cellules nerveuses, et se traduit par une

(1) Le docteur Paul Rousseaux, aujourd'hui médecin distingué à Vouziers (Ardennes).

(2) *Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux*, dans *Mém. de la Société de biologie*, année 1859.

(3) P. Petrow, *Ueber die Veränderungen des sympat. Nervensyst. bei constit. Syphilis*, *Archiv f. path. Anat.*, t. LVII, p. 121, 1873.

dégénérescence pigmentaire et colloïde de ces cellules; l'autre consiste dans une modification hyperplastique du tissu interstitiel peu différente de celle que la syphilis détermine au sein des autres organes, elle entraîne secondairement l'atrophie des cellules et des fibres nerveuses. Enfin l'endothélium qui entoure les cellules nerveuses peut participer au processus pathologique; au début on observe une abondante prolifération cellulaire endothéliale, plus tard une métamorphose régressive et granulo-graisseuse des éléments de nouvelle formation.

Nous avons autrefois réuni six faits de viscéralgie (gastralgie, entéralgie, hépatalgie), que l'observation clinique portait à rattacher à la syphilis. Ces faits, empruntés à des auteurs recommandables (Trousseau et Pidoux, Andral, Portal, Baumès), font mention de désordres qui, en l'absence de toute démonstration anatomique, paraissent devoir être attribués à une modification des branches nerveuses sympathiques, plutôt qu'à une lésion matérielle de l'organe souffrant. Il faut convenir, en tout cas, que les viscéralgies syphilitiques ne constituent pas des affections graves et sérieuses, puisqu'elles ont guéri la plupart du temps avec rapidité (1).

ART. IX. — APPAREILS DES SENSATIONS SPÉCIALES.

§ 1. — Appareil de l'olfaction.

La membrane muqueuse, les os, les cartilages, les nerfs olfactifs, tous les tissus, en un mot, qui concourent à la formation de cet appareil, peuvent être isolément ou simultanément affectés de syphilis tertiaire. Fidèle à notre plan, nous étudierons les lésions propres à ces diverses parties.

RHINITE SYPHILITIQUE ULCÉREUSE, OZÈNE SYPHILITIQUE.

Une forme des plus graves parmi les inflammations ulcéralives des membranes muqueuses est la rhinite syphilitique, affection d'autant plus sérieuse qu'elle est fréquemment méconnue et qu'on ne s'aperçoit souvent de son existence que lorsqu'elle a fait des ravages irréparables. Dans le principe, le malade ressent de l'embarras dans l'une des narines avec sensibilité et douleur fixe sur un point particulier; il présente les symptômes de l'enchifrènement et de l'état catarrhal, il expulse de temps en temps une croûte poreuse, noirâtre, teinte de sang à la surface; un liquide séreux, inodore, à peine coloré, est sécrété en même temps que du mucus. Plus profonde et plus étendue, cette altération donne lieu à l'écoulement permanent d'un liquide séro-sanieux d'autant plus fétide que des parties plus profondes sont affectées. Vient-elle à occuper l'orifice antérieur des fosses nasales, on aperçoit, sur la cloison ou à la face interne des ailes du nez, une croûte jaunâtre qui recouvre un ulcère arrondi et comme fongueux. Est-elle plus élevée, l'emploi du rhinoscope devient nécessaire pour

(1) Voy. L. Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*, p. 65. Paris, 1861. — Laboulbène, *Des viscéralgies*. Thèse d'agrégation. Paris, 1860.

l'examen des ulcérations et des végétations de l'orifice postérieur des fosses nasales et de la paroi supérieure de l'espace naso-pharyngien. Dans trois cas observés par Türk, les ulcérations de l'espace naso-pharyngien étaient accompagnées d'une lésion analogue de la paroi postérieure du pharynx.

Que l'altération de la membrane de Schneider entraîne la destruction de l'os et du cartilage sous-jacent, ou que ces parties soient primitivement lésées, on voit trop souvent des portions considérables d'os ou de cartilages dénudés se détacher et être expulsées. Le liquide qui s'écoule dans ces conditions est d'un noir sale et de la plus grande fétidité, l'odorat est affaibli ou totalement perdu, les parties qui avoisinent les ulcères se tuméfient, deviennent rouges et douloureuses, le nez change de forme, il s'affaisse et s'aplatit (nez de punais) si la cloison est attaquée. Dans d'autres circonstances, la peau qui recouvre les cartilages du nez s'enflamme, et reste quelque temps rouge et sensible, puis surviennent de petits ulcères qui par leur réunion ne font bientôt plus qu'une seule plaie; les cartilages sont à peu près détruits, et le nez prend une forme effilée un peu crochue, qui lui a valu la dénomination de nez de mouton. Ces diverses altérations, qui finissent par l'élimination des os et des cartilages, étaient déjà connues de Baillou qui écrivait (1): « Il est une espèce d'anosmie qui vient dans le troisième temps de la vérole, lorsque l'intérieur des narines a été rongé et ulcéré. » C'est à ces altérations que l'on a donné le nom de nécrosie syphilitique (2). Signalons encore des tumeurs gommeuses analogues à celles que l'on observe dans le larynx; ces tumeurs, à part les désordres directs qu'elles déterminent, sont une cause d'altération secondaire des tissus osseux et cartilagineux (3).

Les affections dépendantes de la morve, du farcin et de la scrofuleuse, se rapprochent, par quelques-uns de leurs caractères, des lésions syphilitiques des fosses nasales. La rhinite morveuse se distingue toutefois à son début par la présence, sur la muqueuse nasale voisine de l'orifice antérieur, de petites pustules arrondies, entourées d'un cercle rosé, et plus tard par des ulcérations sanieuses différentes de celles qu'engendre la syphilis. Les lésions spéciales à la scrofuleuse, lentes dans leur évolution comme les accidents syphilitiques, sont plus difficiles à distinguer de ces dernières manifestations. Les commémoratifs et ce fait que les ulcérations scrofuleuses des fosses nasales succèdent le plus souvent au ramollissement de dépôts tuberculeux, sont des circonstances qui viendront en aide au diagnostic. Déjà, par les douleurs qu'elle détermine, la céphalée qui l'accompagne ordinairement (4) et l'odeur infecte qu'exhalent les fosses nasales, la rhinonécrosie syphilitique ne peut être confondue avec la rhinonécrosie typhique, dont elle diffère du reste par sa marche et par la nature des manifestations antécédentes ou concomitantes. Ces manifestations constituent à peu près la seule donnée qui puisse servir à reconnaître l'anosmie syphilitique provenant d'une altération des nerfs olfactifs.

Les affections nasales syphilitiques ne mettent pas par elles-mêmes l'exis-

(1) Baillou, *Paradigma*, n° 47, et Sauvages, trad. franç., t. II, p. 243.

(2) G. Lagneau, dans *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, p. 441. Paris, 1860.

(3) Saint Arroman, Thèse de Paris, 1858, p. 18.

(4) Fréd. Hoffmann, t. III, p. 442 et p. 498. — B. Bell, t. II, p. 146. — Lagneau, *Gaz. hebdom.*, p. 441, 1863.