

affection cérébrale de longue durée. De tous les symptômes, ce sont les *convulsions épileptiformes* qui se rencontrent le plus souvent, ce qui tient évidemment à ce que les cysticerques occupent la couche corticale. Ces convulsions à l'instar de rares attaques d'épilepsie peuvent se déclarer au milieu des apparences de la meilleure santé et à certains moments, à moins que, à part les convulsions, il n'y ait d'autres symptômes généraux persistants du côté de la tête : douleurs, état vertigineux, anomalies du moral et ainsi de suite. Dans un cas observé par nous, les manifestations morbides consistaient exclusivement en un mal de tête revenant par accès et accompagné de vomissements incoërcibles. Le diagnostic portait présument sur l'existence d'une tumeur. L'autopsie révéla la présence d'un cysticerque de la grosseur d'une cerise occupant le quatrième ventricule avec hydrocéphalie secondaire. — Des *symptômes* de foyer sont rares en cas de cysticerque du cerveau.

Le *diagnostic* ne se pose quasi jamais avec une certitude entière. On est admis à soupçonner la présence de cysticerques dans le cerveau quand les symptômes graves mentionnés ci-dessus se rencontrent chez un individu dont la profession (boucher, etc.) tend à faire croire à la possibilité d'une infection, qui actuellement est porteur d'un ténia ou qui notoirement en a hébergé un jadis, ou bien encore quand on a découvert des cysticerques dans d'autres organes et en particulier à la peau.

Nous ne connaissons aucun remède qui soit capable de détruire ces cysticerques sur place. Le *traitement* doit donc se borner à s'adresser aux symptômes.

CHAPITRE SEPTIÈME.

SYPHILIS CÉRÉBRALE.

Étiologie. Dans les chapitres qui précèdent, nous avons rappelé à diverses reprises le grand rôle que joue la syphilis en tant que facteur étiologique dans un grand nombre de maladies chroniques du système nerveux central. Ainsi que nous l'avons également fait voir, l'influence de la syphilis sur la production de ces maladies se manifeste de *deux* manières foncièrement différentes l'une de l'autre. L'une consiste en simples processus de dégénérescence systématique de faisceaux de fibres et de cellules ganglionnaires (tabes, paralysie progressive, dans l'autre il s'agit de la formation de véritables *néoplasmes (gommeux) syphilitiques tertiaires*. Il ne sera question dans ce chapitre que de cette dernière forme de maladies cérébrales syphilitiques.

La syphilis cérébrale se développe presque toujours pendant les *derniers stades* du processus syphilitique général. Ce n'est que par exception que des symptômes cérébraux existent dès la fin de la première année qui suit l'inoculation du chancre infectant. Le plus souvent plusieurs années, parfois même 10 à 20 se sont écoulées depuis le début de la maladie, avant que les premiers signes de l'affection cérébrale se montrent. C'est pourquoi on place généralement la syphilis cérébrale parmi « les symptômes tertiaires ».

L'*âge* et le *sexe* n'apportent de différence dans la fréquence de la maladie que dans la mesure que cela dépend du degré d'extension de la syphilis en général. Dans la *syphilis héréditaire* on a également signalé l'existence d'affections du système nerveux. Par contre on ne saurait refuser une certaine influence sur le développement de la syphilis cérébrale, à tous ces éléments divers qui jouent le rôle de causes *prédisposantes* dans toutes les maladies quelconques du système nerveux central. De même par exemple que la localisation des syphilides cutanées peut dépendre de certaines irritations extérieures qui portent constamment sur une partie déterminée de la peau, pareillement un cerveau, atteint originairement d'une faiblesse de résistance vis-à-vis de toutes les causes morbides (nervosité héréditaire) ou débilité par une succession d'influences morales dépressives, par des agents traumatiques ou toxiques, offre un champ plus propice au développement et à la propagation du poison syphilitique, qu'un cerveau sain et bien conditionné. Il va sans dire pourtant que ce dernier ne possède jamais une immunité complète à l'endroit de la maladie.

Anatomie pathologique. La syphilis cérébrale, aussi loin que s'étendent nos connaissances actuelles, se présente sous deux formes principales, d'abord à l'état de tuméfaction *néoplasique syphilitique* circonscrite ou étendue en surface (*gomme, syphilome*) et en second lieu sous forme d'*affection des artères cérébrales*, ayant ordinairement assez d'extension. Il n'existe pas de différence fondamentale entre ces deux formes morbides qui peuvent d'ailleurs se combiner entre elles; aussi bien l'affection artérielle est due également à une néoformation syphilitique spécifique dans les parois des artérioles.

Les *néoplasmes syphilitiques* sont représentés par des tumeurs jaunâtres ou gris rougeâtres, parfois caséifiées au centre, qui se développent d'ordinaire sur la dure-mère ou dans l'espace sub-arachnoïdien et se propagent de là à la substance même du cerveau ou aux vaisseaux avoisinants et aux nerfs mêmes; il est beaucoup plus rare qu'ils se mettent de prime abord dans la trame cérébrale. Histologiquement ils consistent en un tissu de granulation plus ou moins riche en vaisseaux et ayant subi la nécrose de coagu-

lation (caséification) aux endroits qui, à l'œil nu, paraissent jaunes et d'une plus grande densité. Des gommes cérébrales circonscrites et globuleuses se développent dans la substance cérébrale et présentent à l'extérieur une grande ressemblance avec les tubercules solitaires. Les néoplasmes syphilitiques aplatis qui émanent des méninges (*méningite gommeuse*) ont une importance clinique beaucoup plus grande. Ils se développent le plus souvent à la base du cerveau, notamment dans la région du chiasma, plus rarement aux régions latérales (Fosses de Sylvius) et à la convexité du cerveau. En cas de néoformations celluleuses plus étendues on rencontre aussi l'un à côté de l'autre communément tous les différents stades du processus : du tissu de granulation de formation récente, des endroits caséifiés et enfin la transition au *tissu cellulaire cicatriciel raccorni* (formation de callosités).

L'affection *syphilitique des artères* a été correctement interprétée et exactement décrite, premièrement par HEUBNER. Elle est ordinairement le plus prononcée aux *artères de la base*, surtout aux artères sylviennes et leurs ramifications. À l'œil non armé, on reconnaît aussitôt l'aspect gris et opaque des artères, devenues plus fermes et plus rigides au toucher et montrant à la coupe un épaississement uniforme ou çà et là plus fortement marqué de leurs parois. Il suit de là que la lumière des vaisseaux est considérablement rétrécie, et finit par s'oblitérer en beaucoup d'endroits, surtout quand un thrombus vient les boucher complètement. L'*examen histologique* poussé à fond démontre que la néoplasie végète de préférence sur la membrane interne des vaisseaux, que là s'opère une prolifération de cellules endothéliales, laquelle petit à petit se transforme en un tissu connectif dense. Il se fait en outre et parallèlement un épaississement notable de l'*adventice*. Quant à trouver à l'endartérite syphilitique des caractères histologiques propres, il n'y en a pas ; elle ne peut être envisagée positivement comme spécifique que si elle se présente en compagnie d'autres affections syphilitiques, soit du cerveau, soit d'organes divers, ou quand le commémoratif et la marche morbide antérieure indiquent l'existence de la vérole.

La grande signification clinique de l'endartérite syphilitique réside en ce que le segment du cerveau, dont les artères afférentes sont malades, est sevré de son afflux sanguin habituel. Si cette privation est complète, il doit en résulter un *ramollissement de la substance cérébrale*, tout comme dans l'encéphalomalacie commune d'origine embolique ou thrombotique. Or comme il est admis que c'est l'artère sylvienne qui s'affecte de préférence, il s'ensuit qu'on rencontre le plus souvent les ramollissements syphilitiques dans le champ d'irrigation de ce vaisseau.

Symptômes cliniques et marche morbide. A raison de la multiplicité des processus anatomiques et de la diversité de leur siège, il est évi-

dent que le tableau morbide sous lequel apparaît la syphilis cérébrale doit varier beaucoup. C'est pour ce motif que, dans ce qui suit, nous ne pouvons qu'esquisser brièvement quelques-unes des *marches typiques* qu'HEUBNER a décrites pour la plupart et qui dans beaucoup de circonstances constituent un tableau morbide très caractéristique de la syphilis cérébrale.

1. *La méningite gommeuse basilaire, syphilis cérébrale basilaire.* La néoplasie syphilitique dont nous avons donné plus haut une courte description comme étant constituée dans ses éléments anatomiques par une production aplatie développée à la base du cerveau, donne lieu à un tableau morbide, qui, sous beaucoup de rapports, s'accorde avec celui d'une tumeur basilaire proprement dite (v. p. 438) mais provoque quelquefois aussi certaines particularités caractéristiques. Les premiers symptômes morbides consistent en *douleurs de tête* persistantes et s'aggravant souvent la nuit, en *vertiges, vomissements*, une certaine *faiblesse intellectuelle*, qui toutefois atteint rarement le profond degré de stupeur si fréquent dans les tumeurs cérébrales proprement dites. De véhéments *états d'exaltation maniaque* se présentent aussi quelquefois. Souvent se remarque une considérable *polydipsie* et *polyurie* chez les malades. A ces genres de symptômes viennent se joindre bientôt des phénomènes qui dépendent de l'extension du processus aux divers *nerfs de la base du cerveau* et notamment presque toujours au *nerf optique* et aux *nerfs des muscles de l'œil* (en particulier le nerf oculomoteur commun) qui sont entraînés dans la sphère morbide. Des *troubles de la vue* (rétrécissement du champ de la vision, occasionnellement des troubles hémianopsiques, cécité unilatérale ou totale) *modifications de la pupille, troubles de la motilité des bulbes et des paupières* se produisent alors manifestement de la manière la plus diverse. En même temps il *peut* y avoir de la névrite optique et de l'œdème de la papille ; en général cependant les altérations ophtalmoscopiques sont évidemment plus rares dans la syphilis cérébrale que dans les tumeurs proprement dites. Un fait très caractéristique encore c'est que tous les symptômes du côté des nerfs cérébraux (en particulier comme *Oppenheim* l'a signalé surtout, les modifications du champ de la vision) subissent de *grandes oscillations*, ce qui incontestablement concorde avec les changements de pression qui se produisent à l'occasion de retractions, etc. Parmi les autres nerfs cérébraux ce sont tout d'abord le facial, l'acoustique, l'olfactif, le trijumeau qui s'entreprennent. Néanmoins il faut toujours une investigation circonstanciée pour émettre un jugement correct sur la marche extensive du processus.

La marche ultérieure de la maladie peut avoir lieu en différents sens. Dans les cas récents, qui sont reconnus et traités en temps utile, des *améliorations* notoires, même des *guérisons totales*, ou du moins des arrêts du

processus morbide sont susceptibles de se produire. D'autre part les symptômes peuvent aussi s'aggraver. Quand la syphilis est artérielle en même temps (v. plus bas) l'hémiplégie à marche lente ou apoplectique, des états épileptiques, des phénomènes bulbaires, etc. viennent compliquer la scène, bref, on est témoin d'un tableau morbide cérébral complexe qu'il n'est plus possible d'amender.

2. *Méningite gommeuse et développement d'un syphilome à la convexité, dans la région de la fosse de Sylvius.* Dans cette localisation un peu rare du néoplasme syphilitique, des prodromes semblables à ceux que nous venons de décrire devancent également d'un temps considérable les symptômes graves. Ensuite se montrent, parfois très soudainement, de violentes convulsions épileptiformes circonscrites ou générales, qui se succèdent à de longs intervalles ou parfois rapidement les unes aux autres. Outre les crampes se déclarent ordinairement encore d'autres symptômes corticaux : des parésies mono- ou hémiplégiques, puis très souvent des troubles corticaux de la parole (aphasie motrice, etc.) et des signes d'affaiblissement intellectuel. L'œdème de la papille n'existe généralement pas. Très fréquemment en cette occurrence une issue assez rapidement funeste peut s'ensuivre. Les attaques épileptiformes se précipitent, de graves troubles du sensorium ont lieu et les malades succombent dans un profond coma. Par un traitement énergiquement opportun on peut cependant dans ces cas obtenir des résultats très avantageux.

3. *Syphilis cérébrale avec participation prédominante des artères cérébrales.* Un troisième en ordre de fréquence et important mode de manifestation de syphilis cérébrale a lieu principalement quand l'affection syphilitique des artères constitue l'altération anatomique essentielle. Après un stade prodromique parfois susceptible d'être déterminé, mais pas très développé, il se produit, à l'occasion de l'oblitération subite d'un vaisseau, une attaque franchement apoplectique suivie le plus souvent d'une paralysie unilatérale. Les caractères de l'ictus offrent tous les degrés d'intensité ; tantôt ils ne consistent qu'en un simple vertige, tantôt en un coma d'un jour de durée. L'ictus est quelquefois suivi d'un état d'hébétéude et d'incohérence intellectuelle qui persiste plusieurs semaines. Dans les cas graves la mort arrive en peu de temps, communément à la faveur d'une forte hyperthermie. Dans d'autres cas il survient une amélioration plus ou moins rapide, surtout si les malades sont traités opportunément.

Ces attaques apoplectiques peuvent se reproduire fréquemment à la suite d'un amendement passager, et se combiner avec toutes les manifestations nerveuses possibles.

4. *Cas compliqués de syphilis cérébro-spinale. Combinaison de syphilis gom-*

meuse avec dégénérescence syphilitique des nerfs (tabes, paralysie). Abstraction faite des trois types morbides décrits ci-dessus de syphilis cérébrale, il se rencontre encore de nombreux cas qui en partie du moins appartiennent à une des formes susdites, mais qui, d'autre part, par l'extension beaucoup plus considérable du processus anatomique, présentent des symptômes infiniment plus compliqués. D'abord il y a lieu de mentionner à cet égard l'association des symptômes cérébraux et spinaux. Ces derniers dépendent souvent d'une méningite spinale gommeuse qui a son siège de préférence dans la région de la moelle cervicale et peut donner lieu à des troubles paraplégiques, la parésie des bras, les signes de la lésion semi-latérale (p. 320), des douleurs radiculaires rayonnantes, des désordres vésicaux. A ces manifestations, dont les particularités changeantes ne sauraient toutes être signalées ici, se joignent le plus souvent des symptômes cérébraux qui de leur côté correspondent de nouveau aux conditions citées plus haut. — Ce qu'il y a de particulièrement digne d'intérêt, ce sont les faits anatomiques récemment examinés à diverses reprises et dans lesquels les signes de la syphilis gommeuse se rencontrent avec le *tabes véritable* ou dans lesquels se manifestent des symptômes cérébraux qui rappellent le tableau morbide de la *paralysie progressive* (l'affaiblissement de la mémoire, troubles spéciaux de la parole, contraction des muscles de la face, accès de paralysie, etc.). Ici la multiplicité des particularités possibles est inépuisable ; mais dans cette irrégularité typique gît précisément le cachet caractéristique de l'image morbide qui fait sûrement reconnaître la syphilis du système nerveux central, et qui, grâce à l'attention indispensable qu'elle attire sur la nature de la maladie, permet par là-même de saisir sa signification clinico-anatomique.

Diagnostic. Les marques diagnostiques les plus importantes ont été discutées déjà à l'occasion de la description des symptômes. Ici également le diagnostic a été topographique d'abord, et ensuite seulement étiologico-anatomique. La plus grande difficulté consiste dans la distinction entre la syphilis et les tumeurs véritables. L'absence d'œdème papillaire, la variation marquante dans l'intensité des symptômes, la multiplicité de ceux-ci, notamment l'association éventuelle de symptômes diversement localisés, sont en faveur de la syphilis. Il importe naturellement toujours d'être fixé sur la découverte d'une infection syphilitique antérieure. Nous ne pouvons nous étendre longuement sur la voie à suivre pour aller à la recherche de cette infection. Les données anamnétiques ne sont pas seules à fournir des indications à cet égard (en dehors des maladies spécifiques antérieurement parcourues, en particulier encore chez la femme, en dehors des avortements, des accouchements prématurés et ainsi de suite); ce sont surtout les altérations syphilitiques objectivement appréciables et encore subsistantes ou les traces

qu'elles ont laissées (cicatrices de la peau et des muqueuses, adénopathies, syphildes ulcéreuses, périostites du tibia, affections testiculaires) qui sont des indices précieux. L'âge du malade a aussi de l'importance, des attaques apoplectiques chez les jeunes gens éveillant, beaucoup plus que chez les vieillards, l'idée de la syphilis cérébrale. Enfin, le diagnostic gagne beaucoup en s'aidant de la méthode *ex juvantibus*. Comme il n'y a rien à perdre par là, mais considérablement à gagner, on n'hésitera pas à instituer un traitement spécifique (v. y), quand le diagnostic est douteux. Un résultat, si léger qu'il soit, contribue à fortifier le diagnostic.

Pronostic et traitement. Il y a peu de maladies aussi graves et aussi dangereuses, où un traitement approprié et appliqué au moment opportun soit suivi d'autant de succès que la syphilis cérébrale. Pour comprendre ces succès et aussi pour ne pas se faire illusion sur les mécomptes auxquels on doit s'attendre, il importe de savoir à quelles conditions le traitement antisiphilitique peut être efficace. Il ne l'est que pour autant que le néoplasme syphilitique (la gomme, la néoformation de la membrane interne des vaisseaux) se désagrège et se résorbe sous son influence; ce but atteint, la pression que le syphilome exerce sur son voisinage cesse, la lumière des vaisseaux redevient perméable et le sang afflue de nouveau vers les segments du cerveau qui étaient coupés de leurs communications vasculaires. Si le tissu n'a pas perdu ses *aptitudes fonctionnelles*, il reprend ses fonctions et tous les symptômes morbides se dissipent. Mais il en est autrement quand il a déjà subi des altérations profondes, par suite de la compression ou de la privation de sang. Les troncs nerveux de la base, atteints de dégénérescence, sont, dans ces conditions, encore susceptibles de se régénérer; mais des ramollissements qui affectent la substance cérébrale entraînent une perte irréparable des éléments nerveux fonctionnels. Dès lors la médication antisiphilitique n'a plus aucune utilité.

Il suit de là que la première condition de succès, c'est une *intervention aussi précoce que possible*. Plus le diagnostic est établi promptement, plus tôt on aura raison des phénomènes morbides existants, et mieux on préviendra les conséquences graves de la maladie. La méthode thérapeutique qui donne les plus prompts résultats, consiste en *frictions énergiques avec l'onguent gris*. Pour commencer, on emploiera tous les jours de cette manière au moins 4 à 5 gr. du remède. Ce n'est que chez les individus « sanguins » et de forte complexion qu'il faut combiner cette pratique avec une diète tenue. Chez les anémiques et les gens débilités, l'alimentation doit être toujours forte et abondante. On associe d'ordinaire aux frictions l'usage interne de l'*iodure de potassium* (2 à 3 gr. par jour et dans les cas graves de 4 à 6). L'onguent doit être continué pendant 1 à 2 semaines après la cessation des

symptômes. On poursuit également l'emploi de l'iodure à doses moindres pendant un temps considérable. Quand, après 20 à 30 frictions, il n'y a pas d'amélioration, il ne reste plus guère d'espoir de réussir dans la suite. Dans les cas favorables, l'effet du mercure commence déjà à se faire sentir après 5 ou 6 frictions, et réalise quelquefois des progrès d'une rapidité étonnante. L'usage exclusif de l'iodure ne suffit que dans les cas de moindre intensité (céphalée, névralgies du trijumeau, paralysies isolées des muscles de l'œil, etc.).

Indépendamment de la médication *spécifique*, il faut souvent instituer le traitement des *symptômes*. Les narcotiques, les applications locales à la tête, l'électricité, les cures balnéaires, etc. se prescrivent d'après les mêmes règles et suivant les mêmes indications que dans les autres affections chroniques du cerveau, et complètent quelquefois d'une manière étonnante le traitement causal.

CHAPITRE HUITIÈME.

PARALYSIE PROGRESSIVE DES ALIÉNÉS.

(*Démence paralytique.*)

Remarques préliminaires. Quoiqu'il n'entre pas proprement dans le plan de ce livre de donner un exposé des maladies mentales, il convient néanmoins d'excepter de cette proscription *une seule* maladie, à savoir la *paralysie dite progressive des aliénés* ou *démence paralytique*, parfois tout simplement désignée dans le langage médical du nom de « paralysie générale ». Nous estimons qu'il y a lieu de le faire, d'abord parce que la plupart des symptômes de la paralysie générale sont, à vrai dire, de nature purement somatique et surtout parce que la connaissance de cette maladie si fréquente et si funeste dans ses résultats, est de la plus grande importance pour le médecin praticien.

Nous sommes redevables aux aliénistes français, BAYLE (1822) et CALMEIL (1826), des premières descriptions cliniques de la paralysie progressive, grâce auxquelles cette maladie a été séparée plus nettement qu'elle ne l'était jusqu'alors, d'autres affections d'allures semblables. Cependant ce n'est qu'en ces dernières années et à la faveur de meilleures méthodes d'exploration, qu'on est parvenu à en connaître plus exactement les symptômes en particulier et les altérations anatomiques dont ils dépendent. Disons tout d'abord que la paralysie progressive est une maladie qui a son point de