

Modalité de l'épilepsie secondaire. — *Durée.* — Une seule forme d'accidents a été observée jusqu'ici comme expression clinique de cette épilepsie secondaire, à savoir la *forme convulsive*, constituant ce qu'on appelle le grand mal (1); — forme le plus souvent exclusive et purement épileptique, quelquefois cependant associée à des incidents hystériques (jactitation tumultueuse des membres et du tronc, angoisse épigastrique, strangulation, sanglots, mobilité d'attitudes, etc.), de façon à rappeler la variété de crise dite hystéro-épileptique.

Jamais, pour ma part, je n'ai vu l'épilepsie secondaire se traduire par des symptômes de petit mal.

Jamais non plus — ce qui a une portée bien autre — je ne l'ai vue se compliquer de troubles cérébraux, ce qui constitue, comme on le sait, la gravité propre de l'épilepsie tertiaire.

J'ajouterai, enfin, ce qui est le point capital en l'espèce, que cette épilepsie secondaire, si terrifiante rien que de nom, n'est, en réalité, qu'absolument *benigne* comme terminaison. Que deviendrait-elle, si elle était méconnue comme nature et abandonnée à son évolution propre? Cela, je l'ignore et n'ai nulle envie de l'apprendre par expérience. Mais, ce que je sais, c'est que toujours, alors qu'elle a été soumise au traitement spécifique, elle a été enrayée rapidement et s'est évanouie pour ne plus reparaitre (à preuve le malade précité, qui n'a plus eu quoi que ce soit d'épileptique depuis vingt-six ans).

Il n'est même pas rare que la médication spécifique coupe court immédiatement aux premiers accès et n'en laisse pas se reproduire d'autres.

Nature. — Au total, qu'est-ce donc que cette épilepsie secondaire? Faut-il la considérer comme une épilepsie vraie ou n'en faire qu'une *névrose épileptoïde*, c'est-à-dire une sorte de névrose spécifique empruntant le masque comitial? J'avoue que cette dernière interprétation me séduirait fort. Car il n'est guère possible d'assimiler à l'épilepsie, maladie si chronique d'essence et tellement inexorable

symptômes développés sous l'influence de la diathèse et se liant à la diathèse comme un effet se relie à sa cause.

— Tout récemment, M. le Dr A. Rubino vient d'aborder la même question au Congrès de Naples (1897) et de conclure à l'authenticité d'une épilepsie syphilitique secondaire. « ... L'épilepsie, dit-il, peut être une manifestation de syphilis tertiaire ou même secondaire. Tertiaire, elle dérive de lésions graves du crâne et de l'encéphale; secondaire, elle ne reconnaît pour origine que des altérations superficielles et fugaces des centres épileptogènes ou l'action directe du sérum sur ces centres... Le syndrome d'épilepsie secondaire n'a pas de caractères particuliers qui le distinguent de l'épilepsie essentielle ou symptomatique. On pourrait seulement faire remarquer, avec Fournier, la *grande rareté de l'aura et du cri initial*... Le traitement spécifique triomphe facilement et rapidement de cette épilepsie secondaire. »

(1) Je signalerai que je n'ai pas encore observé dans l'épilepsie syphilitique secondaire le *cri initial* de l'accès convulsif, symptôme si habituel (non constant toutefois) des crises de l'épilepsie vraie. Mais le nombre de cas dont je dispose est trop restreint pour me permettre autre chose qu'une simple remarque à ce sujet.

comme terminaison, une affection purement temporaire et facilement influencée par le mercure. Mais notre expérience en la matière est encore trop limitée pour servir de base à une discussion aussi délicate, et je crois prudent, quant à présent, de décliner toute conclusion.

IX

NÉVROSES DU SYSTÈME SYMPATHIQUE.

Il n'est pas que le système cérébro-spinal sur lequel réagisse la syphilis. Le système sympathique ou ganglionnaire peut également être éprouvé par elle, et il l'est même assez fréquemment au cours de la période secondaire. C'est de son fait, bien sûrement, qu'apparaissent en scène, à cette étape de l'infection, divers symptômes plus ou moins étranges, peu remarquables cependant jusqu'ici quoique très remarquables, ou du moins restés méconnus quant à leur origine. De ce nombre, à ne parler que des principaux, sont les troubles de caloricité et les hyperhidroses.

I. — **TROUBLES DE CALORICITÉ.** — Ces troubles sont de deux ordres. Ils consistent, en effet, soit en des refroidissements partiels, en des sortes d'algidités locales, soit en des sensations générales de refroidissement.

1° **Algidités périphériques.** — Le premier de ces troubles de caloricité est constitué par un abaissement de la température normale des extrémités.

Nombre de femmes, à la période secondaire, présentent ce curieux phénomène d'avoir les extrémités des membres notablement refroidies. Si vous leur touchez les mains, vous les trouvez froides à des degrés divers, quelquefois glacées, voire, à un degré extrême, littéralement cadavériques. Et de même pour les pieds qui, bien que protégés par les draps et les couvertures, restent quelquefois absolument froids et algides.

C'est là le phénomène que j'ai décrit de vieille date sous le nom d'*algidités secondaires*.

Ces algidités secondaires (qui, disons-le immédiatement, ne s'observent guère que chez les femmes nerveuses et au cours des syphilis nerveuses) sont naturellement variables d'intensité. On peut leur reconnaître trois degrés.

Dans le premier, les extrémités sont simplement *franches*; — dans le second, elles sont *froides*; — dans le troisième, elles sont *glacées*, cadavériques.

Comme siège, ces algidités se circonscrivent généralement aux

mains et aux *pieds*. — Parfois elles se continuent; en s'atténuant, sur le segment inférieur de l'avant-bras et de la jambe. — Quand elles sont très intenses, elles peuvent se prolonger un peu plus haut vers la racine des membres, mais toujours en s'atténuant de plus en plus à mesure qu'elles s'éloignent des extrémités.

Légères ou moyennes, elles ne constituent qu'une singularité sans la moindre importance. C'est là le cas usuel.

Mais, s'exagérant, atteignant un haut degré, elles créent une incommodité réelle, pénible même, et s'accompagnent alors de certains troubles. Les mains deviennent *gourdes* et comme percluses par le froid; elles perdent leur agilité habituelle et ne sont plus capables d'un travail délicat. C'est ce dont témoignent nos malades, en nous disant « qu'elles ne peuvent plus ni coudre, ni enfiler leurs aiguilles, que leurs mains sont comme mortes, qu'elles sentent à peine ce qu'elles ont entre les doigts, etc. ».

D'ailleurs, l'exploration thermométrique *in situ* démontre la réalité de cet abaissement de la température périphérique et confirme en cela l'impression perçue par le simple toucher. Elle atteste même que la chute de la température peut être considérable en certains cas.

2° **Sensation générale de froid.** — A ces refroidissements locaux s'ajoute parfois un autre phénomène consistant en une sensation générale de froid.

Ce second phénomène n'est pas moins simple que le premier. Il se réduit à un sentiment de froid interne et général, ayant tout le corps pour siège, et n'offrant en somme rien de plus spécial qu'un refroidissement vulgaire, que le refroidissement, par exemple, qu'on éprouve à la suite d'un changement de temps ou d'un abaissement subit de température.

Souvent léger et éphémère, le phénomène est peu remarqué ou passe même inaperçu. Mais, s'accroissant davantage, il devient une incommodité réelle dont se plaignent les malades. « C'est singulier, vous disent-elles, depuis quelque temps j'ai toujours froid; j'ai beau me couvrir, me chauffer, me tenir au coin du feu, je me sens toujours glacée. » Bien des fois j'ai constaté ce fait sur des malades de mon service qui, même en été, se couvraient comme en hiver, s'enveloppaient frileusement de châles et de couvertures, gardaient constamment le lit « pour avoir moins froid », se refusaient à descendre au jardin « par peur de l'air », réclamaient des boules d'eau chaude, etc.

En quelques cas bien plus rares, disons même exceptionnels, cette sensation de froid peut s'exagérer encore, jusqu'à devenir un véritable *état algide*, avec complication de frissons, de tremblements, de claquements de dents. J'ai eu dans mon service de Lourcine une malade affectée de ce symptôme bizarre à un degré vraiment extra-

ordinaire. Par une température tropicale dont tout le monde souffrait, elle se disait *gelée* et grelottait du matin au soir. Ses extrémités étaient froides, cholériques. Pendant une quinzaine de jours, elle resta dans cet état sans parvenir à se réchauffer.

Troubles circulatoires connexes. — Les troubles de calorité que je viens de décrire ne se produisent bien manifestement que par l'intermédiaire de la circulation. Ils impliquent donc *à priori* des troubles circulatoires, que révèle en effet la clinique par des modifications du pouls soit au palper, soit surtout à l'exploration sphygmographique.

Au palper, on trouve que le *pouls* a perdu de son ampleur, de sa force normale, et cela proportionnellement au degré des phénomènes algides. Il est mou, faible, petit, comme si l'artère avait subi un retrait.

Il en arrive même, dans les cas d'algidité bien accentuée, à devenir filiforme, difficilement perceptible, presque misérable.

Mais, bien mieux que le toucher digital, le sphygmographe traduit ces modifications du pouls. Des graphiques du pouls, recueillis en de telles conditions, montrent un abaissement plus ou moins notable de la ligne d'ascension correspondant à la systole ventriculaire. Cette ligne ascensionnelle, au lieu de mesurer, comme d'usage, 6, 7, 8 millimètres, s'abaisse à 4, 3, 2 millimètres, comme le montrent les figures suivantes.

Voici, d'abord, un cas où le pouls normal (figuré dans la planche 14) se modifia de la façon représentée dans la planche 15 dès l'invasion des phénomènes algides.

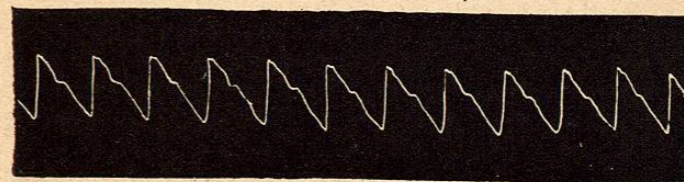


Fig. 14.

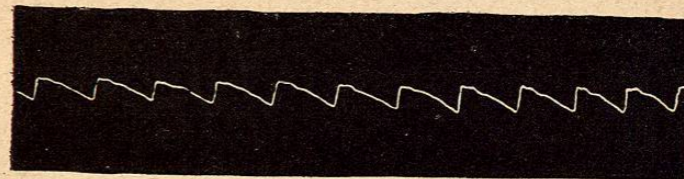


Fig. 15.

Dans trois autres cas, le pouls se modifia davantage encore (fig. 16, 17, 18).

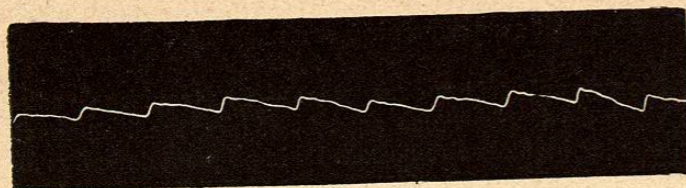


Fig. 16.

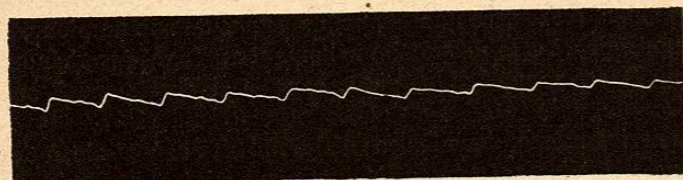


Fig. 17.

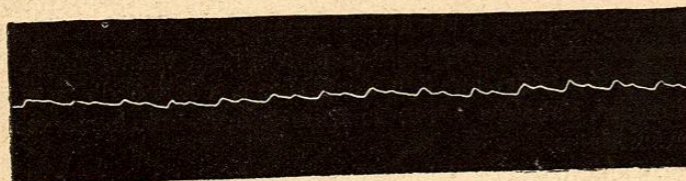


Fig. 18.

Enfin, lorsque l'algidité devient intense avec pouls petit et misérable, la ligne d'ascension se déprime encore au point d'être presque nulle, comme dans la figure 19.

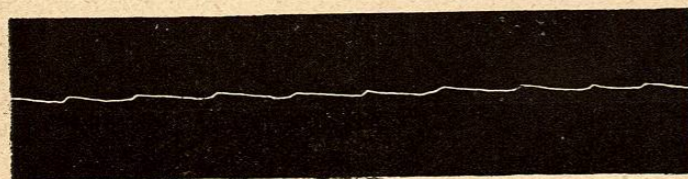


Fig. 19.

Inutile, d'ailleurs, d'ajouter que ces modifications du pouls n'ont rien de spécial. On sait, en effet, qu'elles se produisent dans tous les états algides, quelle qu'en soit l'origine.

Durée. — Les phénomènes d'algidité syphilitique sont généralement assez rebelles. Il est rare qu'ils se dissipent en moins de quatre à six semaines; le plus habituellement, ils se prolongent, avec des

rémissions ou des intermissions irrégulières, pendant deux à trois mois et même davantage.

La médication spécifique n'exerce sur eux qu'une action assez lente et ne les modifie qu'au prix de doses élevées, bien supérieures à celles qui suffisent à influencer les manifestations extérieures et communes de la diathèse.

Pronostic. — Ces accidents ne sont pas graves; car, d'une part, ils n'aboutissent jamais à rien autre qu'un certain état de malaise, et, d'autre part, ils finissent toujours par disparaître.

Toutefois, ils ne laissent pas de comporter indirectement, par rapport à la diathèse, un pronostic (au moins actuel) assez défavorable. Il est d'observation, en effet, qu'ils ne se produisent guère que dans certaines formes de syphilis secondaire fécondes en déterminations multiples et rebelles, affectant d'emblée les fonctions splanchniques et éprouvant les malades bien plus rudement, bien plus sérieusement que ne le fait une vérole vulgaire à symptômes extérieurs. En autres termes, les malades sur lesquels on les rencontre sont presque toujours des femmes affectées de syphilis *nervetuses*, à désordres nerveux profus (céphalée, douleurs névralgiformes, troubles de sensibilité, asthénie des divers systèmes, fièvre spécifique, éréthisme généralisé, etc.), par conséquent sous le coup de syphilis sinon malignes et graves, tout au moins importantes, pénibles, et durables.

Pathogénie. — Des plus simples, me semble-t-il. Chacun connaît les mémorables expériences de Pourfour du Petit et de Claude Bernard sur la section des filets sympathiques, section se traduisant par des congestions locales, des ectasies vasculaires, une augmentation de l'abondance du sang, une élévation de température, etc. Chacun sait qu'inversement une excitation portée (après section) sur le segment périphérique de ces mêmes nerfs détermine une réduction du calibre des vaisseaux, un abondance moindre du sang, une anémie locale, une chute de la température, etc. Donc, c'est le grand sympathique qui préside aux fonctions de circulation locale et qui règle, par ses filets vaso-moteurs, la température propre de chaque partie du corps. Eh bien, à mon sens, c'est faire une application légitime de ces données expérimentales que de dire ceci: « Suivant toute vraisemblance, les algidités syphilitiques secondaires ont leur origine dans un état morbide du grand sympathique. » Quant à présent, du moins, on ne saurait mieux les expliquer qu'en les considérant comme les effets probables d'une *névrose du grand sympathique*.

Divers symptômes de même origine, mais de modalité très différente, s'observent encore dans les mêmes conditions, à savoir :

1° Des **frissons** passagers, s'ajoutant quelquefois à la sensation de froid général que je viens de décrire, mais se produisant d'autres fois en dehors de tout trouble de ce genre; — apparaissant d'une

façon inopinée, sans cause, et cela de jour ou de nuit; — peu intenses, à la vérité, et ne consistant le plus souvent qu'en des horripilations passagères; — mais sujets à répétitions.

2° Des phénomènes précisément inverses, consistant en des véritables **bouffées de chaleur**, qui se portent tout à coup à la tête, puis se répandent « comme des vapeurs » en différents points du corps. Ces sortes de « congestions », comme les appellent les malades, se produisent d'une façon tout aussi inattendue et aussi peu motivée que les frissons dont je parlais à l'instant, et cela soit dans la marche, soit au repos. — Bien que très passagères, elles n'en inquiètent pas moins les patientes en raison de leurs retours fréquents.

II. — **HYPERIDROSES SECONDAIRES.** — Ces hyperidroses affectent deux formes qui consistent en ceci :

A. Des *sueurs générales et intermittentes*, survenant pour quelques instants soit à l'état de veille, à propos d'un léger exercice ou même au repos, soit surtout pendant la nuit. Nombre de nos jeunes malades affectées de syphilis nerveuses nous racontent, à la visite du matin, qu'elles ont été réveillées la nuit par des « poussées de sueurs extraordinaires », assez abondantes parfois pour mouiller le linge et les draps.

B. Des *sudations partielles et continues*. — Celles-ci affectent d'une façon exclusive les extrémités des membres, notamment la face palmaire de la main et antérieure des doigts. — Elles sont permanentes. — Elles comportent divers degrés. Tantôt elles ne consistent qu'en une simple moiteur tégumentaire. Tantôt elles humectent véritablement les mains et les pieds. Enfin, dans un degré extrême, mais exceptionnel, elles constituent une véritable rosée qui baigne incessamment la peau. J'ai vu une de mes malades avoir en permanence la face palmaire de la main et la face antérieure de la dernière phalange exactement *trempées*, comme si elle venait de retirer sa main de l'eau.

Cette *hyperidrose secondaire* coïncide quelquefois avec des phénomènes d'algidité périphérique; en sorte que, dans cette forme qui est loin d'être rare, les extrémités sont à la fois *froides et mouillées*.

La durée de tels phénomènes est toujours assez longue, de plusieurs mois en moyenne.

Pathogénie. — Ces états sudoraux sont-ils, comme on l'a prétendu, un résultat de la chloro-anémie ou de la cachexie? Je n'en crois rien. Et, en effet, on les observe couramment chez des femmes qui ne sont ni anémiques ni (moins encore) cachectiques. Pour moi, ce sont là des troubles dépendant, comme tous ceux du même groupe, du système nerveux et, très vraisemblablement, du système nerveux ganglionnaire.

SYPHILIS SECONDAIRE SPLANCHNIQUE.

La vie fonctionnelle des grands systèmes organiques (un seul réservé) n'est influencée quelque peu sérieusement que d'une façon assez rare au cours de la période secondaire. Et, en effet, la plupart des malades conservent intactes, durant cette période, leurs fonctions de respiration, de circulation, de digestion et de nutrition générale; ou bien, quand ces fonctions viennent à être touchées, ce n'est, le plus souvent, que par des troubles d'ordre dynamique ou nerveux, dont plusieurs auraient pu rentrer dans le paragraphe précédent.

Un seul de ces systèmes est constamment et profondément influencé par la diathèse, sinon dans l'exercice de ses fonctions, du moins dans leur résultat; c'est le système reproducteur. J'aurai, dans ce qui va suivre, à insister longuement sur les néfastes conséquences de la syphilis secondaire à ce point de vue tout spécial.

I

SYSTÈME RESPIRATOIRE.

De tous les systèmes que nous avons à passer en revue, c'est celui de la *respiration* qui est le plus épargné au cours de l'étape secondaire. En ce qui le concerne, en effet, je n'ai à signaler que deux manifestations tout à fait rares.

1° **Dyspnée secondaire.** — Cette manifestation consiste en des sensations passagères de gêne respiratoire. — On ne l'observe guère que dans certaines conditions spéciales, à savoir : chez les femmes presque exclusivement, ou bien chez les sujets présentant cet ébranlement général du système nerveux que j'ai qualifié de *nervosisme secondaire*.

Cette dyspnée se produit par accès intermittents, irréguliers comme apparition, n'affectant jamais qu'une intensité médiocre, et simplement éphémères le plus souvent. — On a cru remarquer en certains cas (peu fréquents, à la vérité) qu'ils se manifestaient de préférence vers le soir.

L'origine de ces troubles respiratoires a pu être rattachée quelquefois (on le sait par ce qui précède) soit à l'état chloro-anémique des malades, soit à une gêne mécanique apportée à la libre expansion du thorax par une douleur quelconque (pleurodynie osseuse ou musculaire, périostite ou périostose costale, sternalgie, etc.). Mais, en d'autres cas, elle ne peut être expliquée par rien de matériel, d'autant que la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal vers le