

La *motilité* est plus ou moins atteinte; la préhension est normale, mais la marche est tardive (1 an 1/2 à 6 ans), lourde, trainante, dandinée, la tête en avant. La sensibilité générale est souvent émoussée. La *vue* est fréquemment défectueuse, troublée par un strabisme continu ou intermittent. La nutrition est ralentie, comme le prouve l'hypothermie (36°). On constate assez souvent : des convulsions, des vertiges, des absences, des accès de colère, des poussées congestives ou méningitiques, des tics coordonnés.

L'*état mental* est celui des idiots complets ou des arriérés. On note une instabilité mentale, une vanité assez marquées. L'affectivité est souvent, suffisante; la mémoire est mauvaise, la volonté presque nulle, l'entêtement fréquent. Le langage est tardif (15 mois à 5 ans). Les troubles intellectuels ne sont pas toujours proportionnels au degré de l'épanchement.

Hydrocéphalie chronique symptomatique. — Elle peut se développer à la suite des méningites, des méningo-encéphalites, des tumeurs cérébrales et surtout cérébelleuses.

XI. — PARALYSIE GÉNÉRALE

Signes étiologiques. — La paralysie générale frappe surtout les hommes de 50 à 55 ans, plus souvent dans les grandes villes. L'*hérédité névropathique*, l'*hérédité congestive arthritique* semblent parfois jouer un rôle dans sa genèse; mais l'influence prédominante de la *syphilis* se confirme de plus en plus.

Signes cliniques. — **Signes psychiques :** 1° **Début.** — Inconsciement ou non, la mémoire et l'attention se lassent vite. L'observation, la réflexion, la critique subissent une dépréciation progressive; l'initiative devient nulle ou maladroite, la crédulité excessive; la faculté d'association est diminuée ou dérégulée. On note: l'apathie ou l'irascibilité; des colères puériles, des voies de fait, l'oubli des convenances, l'absence de tenue. La personnalité antérieure disparaît; l'affectivité s'efface ou fait place à la sensiblerie. L'altération ou la perversion du sens moral se traduit par des vols aux étalages, des propos ou des actes licencieux, des indécrotesses; l'affaiblissement de la volonté, par des aumônes ou des achats inconsidérés, par des excès alcooliques ou vénériens. Sur ce fond de déchéance psychique se greffent très fréquemment des *conceptions délirantes* variées prenant la forme: *hyperbolique* (*délire des grandeurs*), *mystique*, *mélancolique*, *hypocondriaque* ou *maniaque*. Elles revêtent constamment, dans la paralysie générale, un cachet de polymorphisme, d'absurdité, de mobilité et d'incohérence qui facilitera le diagnostic avec les états délirants d'une autre origine. Le délire prend plus rarement la forme hallucinatoire ou systématisée.

2° **Phase d'état.** — Les troubles précédents s'accroissent; la perte de la mémoire est telle que le sujet oublie sa propre adresse, son âge, le quantième du jour. Tout effort intellectuel devient pénible. Le faciès est hébété, impassible ou satisfait. Les actes sont niais ou absurdes. La crédulité et la suggestibilité ne font que croître. Le malade écoute et comprend mal les questions,

auxquelles il répond par monosyllabes (oui ou non), ne gardant nul souvenir du passé, n'ayant aucun souci de l'avenir; son optimisme inaltérable le rend alors assez docile.

3° **Phase terminale.** — Le champ des idées se borne de plus en plus aux sensations et aux besoins actuels; toute notion du milieu, du temps disparaît; le vocabulaire est rudimentaire; l'indifférence affective est complète. Bientôt le malade ne peut plus se lever, s'habiller, ni manger seul; tombé dans le gâtisme, il pousse des cris inarticulés. La cachexie finit par amener la mort.

Signes physiques. — **Embarras de la parole.** — D'abord se produisent sur certains mots ou certaines syllabes, de légers arrêts, puis un *achoppement* plus marqué, qui peu à peu se change en balbutiement et, à la fin, en bredouillage. Le trouble est d'abord passager, occasionné par la fatigue, l'émotion; on le met alors en évidence en faisant lire le malade à haute voix et en lui faisant répéter hâtivement certains *mots d'épreuve* (*artilleur d'artillerie*) qui, d'abord prononcés correctement, sont vite défigurés (*atrillerie* ou *altrillerie*). Le tremblement des lèvres et de la langue (ondulations vermiculaires ou tremblement en masse) exagère encore l'embarras de la parole.

Tremblement. — Le *tremblement des mains* est fréquent, vibratoire, à oscillations rapides (8 à 10 p. seconde); il peut se généraliser mais prédomine toujours aux mains.

Écriture. — Grosse, irrégulière, enfantine, tremblée, elle frappe par : des omissions de lettres, de mots; des ratures, des lignes irrégulières.

Motilité. — Les mouvements délicats ou précis (se boutonner, ramasser une épingle) deviennent impossibles.

Marche. — Elle est troublée par l'incoordination, la trémulation ou l'état spasmodique des membres intérieurs (réflexes exagérés, clonus du pied provoqué ou spontané); plus tard, par l'impotence musculaire qui se généralise.

Sphincters. — Le *gâtisme* résulte de la paralysie des sphincters; la *rétention*, par paralysie de l'intestin ou de la vessie, est plus rare.

Pupilles. — On peut constater soit l'inégalité pupillaire, soit la mydriase, soit le myosis double; mais l'*altération constante et progressive des réflexes à la lumière et à la convergence* est surtout à noter. La paralysie des oculomoteurs, le nystagmus, la névrite optique s'observent aussi.

Ictus cérébraux. — Des *attaques apoplectiformes* éclatent assez fréquemment, suivies d'élévation thermique (39°, 40°), d'hémiplégie, de contracture ou d'aphasie, habituellement transitoires; plus communes à la dernière période, elles aggravent toujours la situation et peuvent être terminales.

Crises convulsives. — Des attaques vertigineuses ou épileptiformes, généralisées ou partielles, quelquefois en série (*état de mal*), suivies de coma prolongé, contribuent aux progrès de la déchéance mentale. En d'autres cas, se produisent des attaques d'épilepsie sensitive, des crises hystériques ou hystéroides.

Les *mouvements automatiques* tels que grincements de dents, mâchonnements; les *tics convulsifs* (des yeux, des paupières), sont fréquents. On observe plus rarement : les *contractures* à type hémiplégique, paraplégique

ou étendues aux quatre membres; les *mouvements choréiformes* (hémichorée, athétose), de la main, de l'avant-bras, du pied, de la jambe (lésions corticales irritatives).

Sensibilité. — On peut constater à la phase prodromique et à la période d'état: de la céphalée frontale, la migraine ophtalmique, des douleurs fulgurantes, des névralgies, des hyperesthésies; d'autres fois, ce sont des anesthésies, de la thermo-anesthésie, le retard ou l'erreur de localisation des perceptions, l'*abolition de la douleur à la pression du nerf cubital* (Babinski).

Sens. — L'*odorat*, le *goût* sont souvent émoussés ou abolis; il en est de même de l'ouïe. La *vue* peut être plus ou moins affaiblie d'un côté; la cécité même est possible.

Appareil génital. — L'impuissance est commune; les règles sont irrégulières ou supprimées; les malades sont portés à des excès vénériens, dans les phases d'excitation.

Nutrition. — L'embonpoint est normal ou exagéré (voracité) à la première période; l'amaigrissement, par contre, est rapide à la phase de gâtisme.

Sécrétions. — Le ptyalisme, les sueurs profuses, la polyurie s'observent à la seconde période; la glycosurie est fréquente.

Troubles trophiques. — Les *escarres* (sacrum, fesse, talon, grand trochanter) sont communes à une phase avancée; on observe aussi parfois des *gangrènes* à marche rapide (du doigt, du scrotum, de la verge); des *amyotrophies*, des *arthropathies*, des *fractures spontanées*; plus rarement, le *zona* et l'*othématome*.

Circulation. — On constate surtout des troubles vaso-moteurs; tels sont: les ictus apoplectiformes et épileptiformes, les congestions de la face, la cyanose des extrémités; la raie méningitique, les crises de diarrhée profuse, le dermatographisme, et (anatomiquement) les suffusions sanguines des poumons, du foie, du rein, du cœur.

Respiration. — Les paralytiques généraux peuvent présenter des crises dyspnéiques, avec rythme de Scheine Stokes, ou avec arythmie et saccades respiratoires.

Température. — On peut, en dehors de toute affection intercurrente, noter des élévations de 1°, 1°,5 (58, 59°,5); le fait est habituel après les ictus apoplectiformes ou épileptiformes. C'est l'hypothermie qu'on observe à une phase avancée.

Associations morbides possibles. — Lésions bulbaires. — Le syndrome de Basedow; des troubles de la déglutition, de la respiration, de la sécrétion urinaire indiquent l'atteinte du bulbe, quand elle se produit.

Troubles spinaux. — Ils reproduisent les signes du tabes (dont l'origine est du reste identique), ou de la sclérose latérale amyotrophique.

Névrites. — On constate parfois: des troubles olfactifs ou visuels; des paralysies des nerfs moteurs de l'œil; des névralgies, des crises d'angine de poitrine, de la paralysie faciale, du zona, troubles qui reconnaissent une origine névritique.

Associations diverses. — La *sclérose en plaques*, la *syphilis cérébrale*, la *dégénérescence mentale*, l'*alcoolisme*, l'*hystérie*, l'*épilepsie* peuvent coexister avec la paralysie générale.

Formes. — Suivant les prédominances symptomatiques, l'âge, etc., on distingue: une *forme spinale*, la *démence paralytique simple*, la *paralysie générale à double forme*, une *forme hallucinatoire* et une *forme juvénile*.

XII. — SYPHILIS CÉRÉBRALE

Signes étiologiques. — La syphilis cérébrale éclate de deux à dix-sept ans après le chancre (cinq mois et trente-sept ans, limites extrêmes). Plus commune chez l'homme, elle peut compliquer l'hérédosyphilis et n'épargne pas les syphilis à début bénin. Le nervosisme héréditaire ou non, le surmenage cérébral, l'alcoolisme, les traumatismes crâniens sont des causes adjuvantes; la principale est l'insuffisance du traitement.

Prodromes. — Les accidents sont annoncés par une douleur de tête constrictive ou gravative, plus ou moins étendue, profonde et tenace, continue ou paroxystique, troublant le sommeil et accompagnée de dépression psychique, d'asthénie et d'anémie. Eux-mêmes diffèrent suivant que la lésion causale intéresse les artères, les méninges ou la substance cérébrale. A ce moment, on constate dans le liquide céphalo-rachidien extrait par ponction lombaire une *lymphocytose* typique qui permet d'affirmer l'origine des accidents (P. Ravaut) (1).

Artérites syphilitiques. — L'artérite peut se traduire, chez des sujets jeunes dont la syphilis est récente, par une *apoplexie* brusque quelquefois mortelle, généralement annoncée par quelques prodromes, et relevant soit d'une *hémorragie* (anévrisme syphilitique), soit d'une *thrombose* cérébrale (sylvienne). L'*hémiplegie*, avec ou sans ictus est une autre conséquence de l'artérite; elle est l'expression soit d'un ramollissement cérébral par thrombose, soit d'une ischémie due à une oblitération artérielle incomplète, en ce dernier cas, elle est transitoire. La constance des prodromes, l'évolution lente et progressive la séparent de l'hémiplegie vulgaire. L'*aphasie* est fréquente, associée ou non à des paralysies ou à des crises épileptiformes; précédée de céphalée, elle est très souvent fugace (heures ou jours), récidivante. On n'observe ni troubles sensitifs, ni contractures.

Méningite syphilitique. — Rarement *aiguë*, elle se traduit alors par des phénomènes, soit d'*excitation* (syndrome délirant ou ataxo-dynamique, crises épileptiformes), soit de *dépression* (révasseries, coma), isolés ou successifs, accompagnés de fièvre. Sur la *convexité*, la méningite détermine une épilepsie partielle curable, mais dont les accès tendent à se multiplier en l'absence d'intervention; ceux-ci sont isolés ou associés à des accidents révélateurs. Les *méningites de la base*, englobant un ou plusieurs *nerfs crâniens*, provoquent dans leurs domaines des paralysies variées, simples ou complexes. Le *moteur oculaire commun* est le plus souvent pris; puis viennent: les autres

(1) *Ann. de Dermatol. et de Syphiligr.*, 1904 (Doc.).

oculo-moteurs, le *nerf optique* (amblyopie, cécité; rétrécissement concentrique et irrégulier du champ visuel; stase papillaire, ou atrophie blanche visible à l'ophtalmoscope); le *trijumeau* (névralgies) et le *facial* (paralysie à type périphérique, souvent précoce). On peut constater, dans ces conditions, le syndrome de la *paralysie bulbaire* (labio-glosso-laryngée), mais unilatéral et sans réaction de dégénérescence. Les lésions du mésocéphale peuvent avoir pour expression le *syndrome de Weber*, ou les divers types de *paralysie alterne*.

Encéphalopathies syphilitiques. — Elles réalisent diverses formes cliniques.

Les *lésions circonscrites* donnent lieu à des signes de tumeur cérébrale: accidents d'hypertension intra-crânienne, céphalée, symptômes spasmodiques ou paralytiques en foyer, variables suivant le siège.

Les *lésions diffuses* engendrent des paralysies multiples: diplégies, parésies disséminées, convulsions, déchéance intellectuelle, démence, réalisant le syndrome dit: *pseudo-paralysie générale syphilitique*.

La *paralysie générale vraie* que certains auteurs considèrent comme un produit direct de la syphilis, est pour d'autres le résultat d'un *processus secondaire* sur un terrain syphilitique (*para-syphilis*).

Folie syphilitique. — Des vésanies véritables, telles que *manie, mélancolie*, etc., pourraient avoir une origine syphilitique.

Éléments du diagnostic. — Le diagnostic de la syphilis cérébrale se base sur: la notion d'une *syphilis antérieure*; la coexistence d'*accidents spécifiques* cutanés ou autres; l'*âge* peu avancé (*adultes*) des malades; les caractères du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose); la constatation habituelle de *prodromes* et de paralysies des *oculo-moteurs*; la *marche* capricieuse et intermittente des accidents; enfin sur l'*influence* rapidement favorable du *traitement* spécifique intensif.

XIII. — TUMEURS CÉRÉBRALES

I. Signes communs à toutes les tumeurs cérébrales. — Le premier signe révélateur et capital, souvent précoce, est la *céphalalgie*, d'une intensité progressive, profonde et fixe, répondant au siège de la tumeur, lancinante ou donnant la sensation d'éclatement des os du crâne. Elle procède par crises et s'accompagne: de *vertiges*, avec ou sans perte de connaissance; de *vomissements*, sans efforts ni nausées (vomissements cérébraux) et parfois de constipation.

Motilité. — Les centres moteurs réagissent par des signes soit d'irritation (épilepsie partielle), soit d'épuisement (paralysie) de siège et d'étendue en rapport avec ceux de la tumeur. L'*hémiplégie*, quand elle survient, se complète en deux temps: 1° apparaissent des crampes, des spasmes, des fourmillements, une parésie, passagère d'abord; 2° se montrent: de la contracture, succédant parfois à une crise épileptiforme, puis une paralysie complète. Les troubles moteurs peuvent revêtir d'autres formes: *titubation, incoordination, démarche spasmodique, strabisme*.

Sensibilité. — L'*hyperesthésie* est peu commune; les *paresthésies*, telles que sensations de picotement, de fourmillement, de constriction, sont moins rares, quelquefois unilatérales, procédant par accès rappelant l'aura.

L'*odorat* peut être exalté; l'*ouïe* également (bourdonnements, vertiges).

Les *troubles de la vue* sont fréquents, sous forme de: *vertige* giratoire, diplopie fugace, cécité passagère (sorte d'équivalents convulsifs); le plus important est représenté par la *stase papillaire* (à l'ophtalmoscope: papille mal limitée, puis saillante, grisâtre, entourée de stries spéciales, veines tortueuses, artères rétrécies), indice d'*œdème cérébral* et d'*œdème du nerf optique* capable d'entraîner lui-même la *névrite optique* (perte passagère, puis définitive de la vue).

État psychique. — Des troubles intellectuels existent, une fois sur deux, sous forme soit de délire maniaque (rare) avant ou après les convulsions, soit d'aphasie (divers types), soit de démence progressive résultant de crises épileptiformes en séries.

Signes physiques. — L'*hydrocéphalie* est habituelle, trahie chez les jeunes sujets par des déformations crâniennes. Les *douleurs*, quand la tumeur est superficielle, peuvent quelquefois être localisées par la percussion crânienne méthodique. Il arrive aussi que la tumeur fasse saillie à l'extérieur. S'agit-il d'un gros anévrisme, le stéthoscope fait quelquefois percevoir un *souffle*. La *radiographie* ne fournit pas encore, en la matière, de renseignements concluants.

II. Signes selon le siège. — Certaines tumeurs, occupant la *zone dite tolérante*, demeurent absolument latentes. D'autres se manifestent par des signes qui, souvent, permettent d'en préciser le siège.

Convexité. — Rappelons qu'elle contient les *centres psychiques* et *psycho-moteurs*.

Centres psychiques ou d'association. — Les tumeurs de cette zone sont, tantôt latentes, tantôt déterminent: de l'irritabilité, de la tristesse (lobes frontaux), de la difficulté de parole par incoordination psychique.

Centres psycho-moteurs, sensitifs ou sensoriels. — 1° Une tumeur *fronto-pariétale* se révélera par les troubles suivants: aphasie motrice, épilepsie ou hémiparalysie de la face, de la nuque et du tronc; monoplégie ou hémiplégie des membres, précédées souvent d'épilepsie partielle; crampes ou contractures (lésion progressive, irritante puis destructive);

2° Un néoplasme *temporal* se traduira par de la surdité verbale, de l'aphasie ou des paralysies (par propagation).

Région occipitale. — A cette localisation correspond: l'hémianopsie, des scotomes ou des sensations lumineuses.

Tumeurs profondes. — Couronne rayonnante. — Les tumeurs de cette région, si elles se bornent à dissocier la substance blanche, donnent fort peu de signes; par contre, la destruction et la dégénérescence de ces faisceaux peut donner lieu: au tabes spasmodique, à des paralysies, à du tremblement, de l'hémichorée, de l'hémiathétose (capsule interne, couche optique).

Tubercules quadrijumeaux. — Un néoplasme de cette zone se traduira par de la titubation, une ophtalmoplégie externe et des vomissements.

Base du crâne. — Les tumeurs de la base provoquent des paralysies combinées des nerfs crâniens.

Une tumeur *antérieure* retentira sur l'*olfactif*.

Une tumeur *médiane* déterminera : des *névralgies du trijumeau* associées parfois à de l'anesthésie, du zona, de la *paralysie faciale*.

Une tumeur *postérieure* agira sur la sphère de l'*acoustique*, des *oculomoteurs*, du *glossopharyngien* et du *pneumogastrique*.

Une tumeur du *chiasma* se traduira par de l'*hémianopsie latérale* (voy. p. 64, fig. 52, 55).

Pédoncules. — Les néoplasmes pédonculaires déterminent, outre les vomissements et les maux de tête : la paralysie alterne, le syndrome de Weber, parfois la propulsion latérale et des troubles vésicaux.

Protubérance et bulbe. — Cette localisation peut donner lieu : au *syndrome de Millard Gubler*; à la paralysie de la langue et de la déglutition; à des *paralysies bulbaires* (glycosurie, albuminurie, troubles respiratoires et cardiaques, hémorragies pulmonaires d'origine vaso-motrice) quelquefois associées à des paralysies des membres.

Cervelet. — Les tumeurs cérébelleuses se traduisent par des signes complexes : démarche ébrieuse (lobe moyen); marche impossible dans l'obscurité; réflexes plutôt exagérés, asthénie musculaire, vomissements; *œdème papillaire*; nystagmus; parole lente, scandée; troubles de la déglutition, parfois de la respiration et du cœur. L'intelligence est intacte; on constate en certains cas seulement un peu d'hébété.

Corps calleux. — Les tumeurs de cette région provoquent de la somnolence, de la stupeur et des troubles de la parole.

Glande pinéale. — Les néoplasmes de cet organe donnent lieu à des signes peu précis de compression et d'actions à distance : paralysies, aphasie, céphalée; plus rarement, à des anomalies de développement et à des spasmes laryngés.

Glande pituitaire. — Dans ces cas, les signes communs manquent souvent; l'hémi-anopsie temporale (lésion du chiasma), l'amaurose sont possibles; plus rarement on a observé : l'infantilisme ou le féminisme, un accroissement de la face et des extrémités (par une sorte d'œdème) rappelant l'*acromégalie*.

III. Signes pouvant révéler la nature de la tumeur. — Le plus souvent, la nature de la tumeur ne se révèle par aucun signe spécial; on est pourtant parfois renseigné : par la présence de tumeurs dans d'autres organes, par des signes de généralisation ou de cachexie cancéreuse, de tuberculose (tubercule du cerveau) pulmonaire, ganglionnaire ou autre; par la constatation d'exostoses ou de lésions syphilitiques évidentes, par la notion d'une syphilis antérieure ou les effets du traitement spécifique; par l'existence évidente d'hydatides du foie ou du poumon, la perception d'un souffle à l'auscultation du crâne (anévrisme).

CHAPITRE III

SÉMIOLOGIE DU CERVELET

I. — SYNDROME CÉRÉBELLEUX

Les lésions du cervelet, pour peu qu'elles soient bien limitées à l'organe et embrassent au moins l'une de ses moitiés, comprenant le vermis, font naître en général un *syndrome spécial* (*ataxie cérébelleuse*), tantôt pur, tantôt mêlé à des signes de compression ou d'excitation. Son élément essentiel est le *manque d'équilibre* pendant la marche et la station debout ou assise. Debout, le malade doit, pour se maintenir, écarter les pieds et étendre les bras sur les côtés, à la recherche d'un appui contre les oscillations de la tête et du tronc. Ce trouble est exagéré, non par l'occlusion des yeux, mais par la parole et le mouvement. Le sujet marche à petits pas, en zigzag, les jambes écartées et légèrement fléchies, comme ivre (*démarche ébrieuse*); à un degré de plus, il est étourdi, bute et tombe. Les mouvements de la tête et du cou peuvent persister, que le malade soit assis ou couché. Pour saisir un objet, la main hésite et tremble. Dans la marche, la moitié supérieure du corps se laisse devancer par l'inférieure. Debout le sujet perd l'équilibre, si on lui fait pencher la tête et le tronc en arrière, sans fléchir les genoux. La *parole* est scandée et explosive, ou balbutiée et traînante. On constate en outre une légère asthénie musculaire et, habituellement, l'exagération des réflexes. Les troubles oculaires, tels que nystagmus, strabisme sont fréquents, de même le vertige giratoire; la tristesse, la tendance à tourner de gauche à droite sont plus rares.

II. — ATROPHIE ET SCLÉROSE

La lésion peut demeurer latente. Plus souvent elle se traduit par un développement intellectuel imparfait; par des crises épileptiques, des troubles de la marche et de la parole, et plus tard, par un syndrome cérébelleux plus ou moins complet, associé à des accidents provoqués par les complications (dégénérescences secondaires, hydrocéphalie, lésions cérébrales).

Les scléroses limitées ou tardives donnent lieu à des accidents moins marqués et plus tardifs : épilepsie isolée, ou débilité intellectuelle, faiblesse, démarche incertaine. Le début peut être lent; l'asthénie des membres et le tremblement sont d'abord passagers puis persistants; de la dysarthrie, des troubles de la marche et de l'équilibre s'y joignent ensuite.