

des modifications qui consistent surtout dans l'infiltration de ces tuniques par des cellules de petites dimensions.

Plus souvent peut-être que par prolifération simple de l'endothélium, le vaisseau s'oblitére par thrombose; celle-ci finit toujours par se produire, et s'explique par la diminution considérable de calibre qu'à subie le vaisseau, par le ralentissement du courant sanguin que cause l'étranglement du passage; peut-être aussi les altérations de l'endothélium jouent-elles un certain rôle. HEUBNER a, le premier, établi ces faits par des recherches précises; remarquons toutefois que d'autres causes encore peuvent donner naissance à des altérations artérielles identiques: c'est ainsi, par exemple, qu'on les rencontre, d'une manière presque constante, dans la tuberculose pulmonaire (E. FRIEDLANDER). Aussi les caractères anatomo-pathologiques de la lésion ne suffisent-ils pas pour lui assigner une origine syphilitique.

Il est facile de comprendre que ces altérations empruntent surtout leur gravité aux lésions secondaires qu'elles provoquent dans les organes auxquels les artères malades se distribuent: d'abord ce sont des *troubles fonctionnels* dus à l'insuffisance de l'apport nutritif puis, tout à la fin, quand le courant sanguin est complètement interrompu, la *nécrose* des territoires vasculaires correspondants. Il va de soi que dans chaque cas particulier, la gravité de l'affection au point de vue de la santé et de l'existence, dépend de l'organe qui est le siège de l'altération vasculaire ainsi que des dispositions anatomiques de la partie atteinte. Parmi ces dispositions, la plus importante est celle qui permet l'établissement d'une circulation collatérale suffisante. L'étude de l'endartérite la plus fréquente, celle des artères cérébrales, sera faite plus loin, lorsque nous parlerons des affections syphilitiques du système nerveux.

Nous devons admettre que la prolifération spécifique de l'endothélium peut, comme les autres néoformations syphilitiques, subir la régression; aussi le traitement peut-il amener une amélioration lorsqu'il est possible de l'appliquer à temps. Cependant il ne faut pas songer à rendre à l'artère sa structure tout-à-fait normale: comme après la résorption des autres infiltrations spécifiques, il persiste une cicatrice ou une induration qui donne naissance au rétrécissement définitif de la lumière du vaisseau. Toutefois, s'il existe des voies collatérales suffisantes, un rétrécissement très accentué ou même l'oblitération

complète d'un tronc artériel n'entraîne aucune conséquence fâcheuse.

Le **diagnostic** précis de l'endartérite syphilitique ne peut évidemment se faire qu'à l'autopsie; cependant, surtout dans certaines affections du système nerveux central, on arrive à reconnaître, avec grande probabilité, l'existence d'une affection spécifique des artères.

On n'a pu établir qu'avec beaucoup moins de certitude les rapports qui unissent la syphilis à deux autres altérations vasculaires très voisines, l'*artériosclérose* et l'*anévrisme*. Ces deux affections, qui, d'ordinaire, ne surviennent qu'à un âge avancé, s'observent chez les syphilitiques, déjà dans la jeunesse, dès l'âge de vingt ans; ce fait nous permet de conclure que, dans certains cas du moins, la syphilis joue un rôle important dans l'étiologie de ces affections; c'est surtout pour les anévrysmes des artères cérébrales qu'on a démontré l'extrême probabilité de ces rapports étiologiques. La formation de la dilatation anévrysmale n'est que la conséquence de l'altération vasculaire primitive: quand la tunique moyenne a été détruite par une infiltration syphilitique et remplacée par du tissu conjonctif, la résistance du tube artériel diminue considérablement à cet endroit et la pression du sang finit peu à peu par faire céder la paroi et produire une dilatation.

CHAPITRE XII

LES AFFECTIONS SYPHILITQUES DU SYSTÈME NERVEUX

I. — AFFECTIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Les affections que présentent les troncs nerveux au cours de la syphilis sont ordinairement dues à la compression qu'exerce sur le nerf, une lésion spécifique d'un organe voisin. Ce sont d'abord les *périostites*, aussi bien celles des périodes précoces

que celles des périodes avancées de la syphilis, puis les *gommés* des centres nerveux et de leurs enveloppes, qui, le plus souvent, sont les agents de cette compression; il en résulte au début des *troubles fonctionnels* et plus tard, des altérations de structure, des modifications régressives, l'*atrophie du nerf*. On a observé des cas, dans lesquels une gomme d'un organe voisin avait envahi le tronc nerveux lui-même et en avait déterminé l'atrophie. Il est facile de comprendre que les tuméfactions périostiques intéressent surtout les nerfs qui parcourent des canaux étroits ou qui sont, sur de longs trajets, en rapport immédiat avec les os; tels sont les *nerfs crâniens*, et un peu aussi les *nerfs intercostaux*; parmi les nerfs crâniens, ce sont le *trijumeau*, les *nerfs de l'œil* et le *facial* qui sont atteints de préférence. D'ordinaire les gommés des centres nerveux et de leurs enveloppes, grâce à la prédilection qu'elles ont pour la base du cerveau, donnent aussi naissance à des troubles dans les nerfs crâniens; si la lésion siège aux méninges spinales, les nerfs médullaires subissent évidemment les mêmes modifications; quant aux symptômes qui résultent de la compression de la moelle, nous ne nous en occuperons pas ici, puisqu'il est impossible de les distinguer de ceux que produit sur le nerf efférent la compression exercée par la tumeur.

Les **symptômes** dépendent de la fonction du nerf malade; ils se traduisent tantôt par des *névralgies* auxquelles succède parfois de l'*anesthésie*, tantôt par la *paralysie* des muscles innervés par le nerf. Comme nous l'avons déjà dit, c'est aux branches du trijumeau et aux intercostaux que surviennent de préférence les névralgies; les paralysies, elles, s'observent surtout aux *muscles de l'œil* et dans le territoire innervé par le *facial*; quand on ne peut assigner à ces paralysies aucune étiologie nettement reconnaissable, on a le droit de penser à la syphilis. C'est à l'*oculo-moteur commun* qu'on les observe le plus souvent; le premier symptôme de compression se traduit d'ordinaire par la chute de la paupière supérieure (*Ptosis*); plus tard seulement survient la paralysie des muscles du globe; il en résulte une *impuissance à mouvoir le globe* dans certaines directions, du *strabisme* (strabisme divergent) et de la *diplopie*. Nous ne pouvons ici décrire en détail tous ces symptômes et nous renvoyons le lecteur aux traités d'ophtalmologie. — On voit aussi les nerfs de la sensibilité spéciale présenter des trou-

bles semblables; ainsi, il est fréquent d'observer de l'*amblyopie* ou de l'*amaurose* par compression ou atrophie du nerf optique; la région du chiasma est du reste une localisation de choix des néoplasmes syphilitiques.

Les lésions syphilitiques des troncs nerveux appartiennent à *toutes les périodes de la syphilis*; déjà, au chapitre qui traite des symptômes de la période éruptive, nous avons parlé des névralgies qui accompagnent la généralisation du virus; on a aussi vu des paralysies, surtout du facial, survenir déjà pendant la période d'éruption (FOURNIER). Mais ces paralysies s'observent aussi en même temps que les manifestations osseuses et cérébrales de la syphilis ancienne.

Le **pronostic** est en général favorable; principalement dans les altérations nerveuses précoces, il est toujours possible d'obtenir une guérison complète, si l'on institue un traitement convenable, destiné à provoquer la résorption de la tuméfaction périostée, cause de tout le mal. Il n'en est pas de même dans les lésions nerveuses tardives, quand des altérations profondes des organes voisins ont fini par provoquer des lésions définitives du tronc nerveux; mais même alors, on voit assez souvent le nerf récupérer toute son intégrité fonctionnelle. Dans ce cas, la lésion du nerf présente ordinairement moins d'importance que l'affection cérébrale ou osseuse qui en est la cause.

Il est beaucoup plus rare d'observer des manifestations syphilitiques *primitives* du tronc nerveux, telles que l'infiltration gommeuse du nerf, avec l'atrophie et l'induration qu'elle laisse. — Récemment on a signalé quelques cas de *névrite radiculaire multiple* d'origine syphilitique; dans cette affection un certain nombre de racines nerveuses présentaient une tuméfaction fusiforme due à une infiltration spécifique dans la substance nerveuse. Les symptômes constatés pendant la vie consistaient en paralysies progressives à marche insidieuse, dans le territoire de divers nerfs crâniens, en névralgies, douleurs en ceinture, hypéresthésie des nerfs spinaux; quand les racines antérieures sont envahies, on a observé des paralysies dans les muscles correspondants (BUTTERSACK, KAHLER).

2. — AFFECTIONS DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Parmi les **affections syphilitiques précoces** du

système nerveux central, nous rencontrons d'abord l'*épilepsie secondaire* (FOURNIER) qui éclate dans les premiers mois de la période secondaire: elle se caractérise par des accès épileptiformes, souvent graves, qui se succèdent parfois à de courts intervalles; sauf les accès, il n'existe aucun trouble de fonctionnement cérébral. Cette dernière circonstance démontre que ces accès convulsifs ne reposent sur aucune altération grossière du tissu nerveux; si l'on fait un rapprochement avec ce qui se passe à d'autres parties du squelette, il devient très probable que ces accès épileptiformes reconnaissent pour cause la compression exercée sur la surface du cerveau par une *tuméfaction du périoste intra-crânien*, c'est-à-dire de la dure-mère (*épilepsie corticale*). Cette pathogénie explique aussi comment un traitement approprié arrive à faire disparaître complètement ces crises convulsives sans qu'il persiste, après la maladie, le moindre trouble fonctionnel. L'épilepsie secondaire a donc constamment un *pronostic tout-à-fait favorable*. Pour le *diagnostic*, il faut surtout tenir compte de l'apparition des accès convulsifs à un âge où d'habitude l'épilepsie vulgaire, dont le début remonte ordinairement à l'enfance, ne se manifeste jamais pour la première fois. Abstraction faite de ces cas, on a essayé d'expliquer beaucoup d'autres troubles nerveux de la période secondaire par un état congestif et peut-être aussi par une inflammation des méninges (*irritation méningée*, LANG); cette opinion semble avoir trouvé une confirmation dans la constatation de processus analogues observés en même temps dans la rétine et dans la choroïde (SCHNABEL).

Les **affections tertiaires du système nerveux** nous sont beaucoup mieux connues, grâce aux recherches de Virchow, dont les travaux ont une importance capitale surtout au point de vue de l'anatomie pathologique de ces lésions. Nous devons établir une distinction entre les *affections des méninges cérébrales et spinales* et celles de la *substance nerveuse elle-même*; mais souvent on ne peut maintenir cette division d'une façon absolue; il arrive fréquemment qu'une lésion d'abord localisée aux méninges ou au cerveau, envahisse la partie primitivement saine au point que souvent il devienne impossible, même à l'autopsie, de déterminer quel a été le foyer initial de l'altération morbide.

A la *dure-mère*, les infiltrations tertiaires sont diffuses ou

circonscrites: sous cette dernière forme elles ressemblent absolument aux nodules gommeux des autres organes; quand ces infiltrations envahissent la pie-mère elles déterminent des modifications pathologiques tant dans cette membrane que dans la substance cérébrale elle-même; d'autre part, comme la dure-mère fait l'office de périoste pour la face interne du crâne, les lésions de cette membrane entraînent à la surface interne de la cavité crânienne des modifications identiques à celles que produit la périostite dans les autres os: ce sont des néoformations

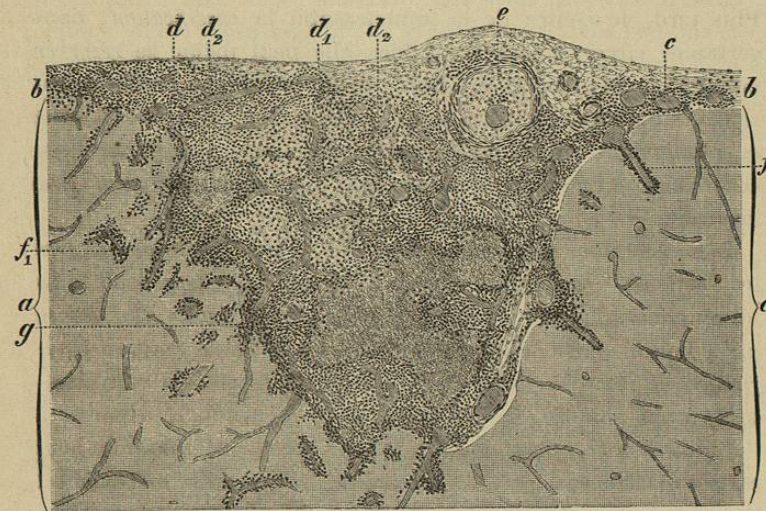


Figure 13.

Méningo-encéphalite gommeuse d'origine syphilitique. — a Ecorce cérébrale. b Arachnoïde. c Veine entourée d'exsudat cellulaire. d Tissu de granulation frais, cellulaire. d₁ cellulo-fibreux, d₂ caséux. e Artère avec couche interne très épaissie et adventice infiltrée par des cellules. f Infiltration cellulaire de l'enveloppe de la pie-mère autour de vaisseaux cérébraux, f₁ infiltration cellulaire péri-vasculaire de la substance cérébrale. g Infiltration cellulaire diffuse à la surface de l'écorce cérébrale. — Durci dans le liquide de MÜLLER et l'alcool, coloré au carmin aluné, monté au baume. — Grossissement, 25.

osseuses, *exostoses* ou, au contraire, la *carie sèche* et la *nécrose*. Ces processus peuvent provoquer des lésions cérébrales très graves, soit directement, soit indirectement en *comprimant les vaisseaux* et en produisant du ramollissement cérébral par privation d'apport nutritif. — A la *pie-mère*, les infiltrations gommeuses sont diffuses ou circonscrites; dans cette dernière forme elles atteignent de grandes dimensions et donnent lieu à de graves symptômes de *compression cérébrale*. A la surface externe il s'établit d'ordinaire des *adhérences* limitées ou diffuses avec la dure-mère.