

Les *maladies syphilitiques du cerveau lui-même* se divisent en deux catégories ; d'abord celles qui sont dues au développement de *tumeurs gommeuses*, puis celles dont les symptômes relèvent des *altérations vasculaires* dont nous avons déjà parlé. Les *gommés*, qui souvent ont de grandes dimensions, se développent d'ordinaire à la périphérie, à la convexité du cerveau et sont immédiatement sous-jacentes à la pie-mère ; souvent on trouve en même temps une tumeur dans cette membrane. La périphérie de la gomme présente ordinairement des signes d'inflammation. Plus tard, le centre de la tumeur subit la *caséification* ; dans certaines circonstances favorables elle peut même se *résorber* complètement ; mais il est clair que la substance cérébrale au sein de laquelle elle a pris naissance, est irrémédiablement perdue et, même dans ces cas heureux, n'est remplacée que par du tissu conjonctif de nouvelle formation, par un nodule scléreux ou une cicatrice.

Bien différents sont les symptômes auxquels donnent lieu les *maladies syphilitiques des vaisseaux de l'encéphale*. La lésion consiste essentiellement, comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, dans un épaissement de la tunique artérielle avec rétrécissement du calibre du vaisseau. Ce rétrécissement peut aboutir, par épaissement continu de la paroi, à l'oblitération complète de l'artère ; mais cette oblitération peut encore se faire, l'artère étant perméable, par un autre mécanisme : il s'y forme une *thrombose* dont le développement est favorisé par la lenteur du courant sanguin et par les altérations de l'endothélium. Les conséquences de cette oblitération artérielle dépendent évidemment de l'importance qu'avait le tronc malade pour la circulation du territoire auquel il se distribuait : s'il existe de nombreuses voies collatérales, c'est au début seulement que l'oblitération détermine des modifications nutritives et fonctionnelles ; la circulation ne tarde pas à se rétablir et les symptômes morbides disparaissent. Mais, si le vaisseau obturé est une *artère terminale* (COHNHEIM), le territoire auquel il se distribue, privé de tout apport sanguin, est irrévocablement condamné ; il s'y produit de la *dégénérescence graisseuse*, du *ramollissement* ; plus tard un *kyste* finit par se former et, quand le tissu dégénéré est entièrement résorbé, il est remplacé par du *tissu scléreux*. Tandis que les artères qui se distribuent à l'écorce cérébrale communiquent entre elles par de nombreuses collaté-

rales, les artères de la tige du cerveau sont de véritables artères terminales : aussi voyons-nous l'oblitération des vaisseaux de l'écorce ne produire que des troubles fonctionnels passagers tandis que les autres parties de l'encéphale subissent le ramollissement, dans la portion irriguée par l'artère malade. Il est évident que les symptômes sont identiques quand une infiltration des méninges comprime les artères qui les traversent. — Il est probable que les lésions syphilitiques des artères peuvent provoquer d'une façon indirecte, des *hémorragies cérébrales* : comme nous l'avons déjà dit, la syphilis peut, dans certains cas, être une des causes de l'artériosclérose et nous savons que c'est à cette dernière lésion qu'on doit attribuer presque toutes les hémorragies cérébrales ; ces hémorragies peuvent aussi provenir de la rupture d'un anévrysme des artères du cerveau parfois consécutif à une artériosclérose syphilitique.

À la *moelle*, les symptômes sont identiques : ils résultent soit de *compression* par lésion du canal vertébral, soit d'*affection des méninges spinales* ou de la *substance nerveuse même*. Seulement les maladies syphilitiques de la moelle sont extrêmement rares, en comparaison de celles du cerveau. Il est vrai qu'elles sont beaucoup moins bien connues ; cela tient en partie au fait que souvent la combinaison d'une affection cérébrale avec l'affection médullaire obscurcit le diagnostic clinique de celle-ci.

Même en faisant abstraction des cas de syphilis galopante, on observe parfois les maladies syphilitiques des centres nerveux à une époque très voisine de l'infection, dans la deuxième ou la troisième année de la syphilis. Le maximum de fréquence se place entre la troisième et la dixième année ; bien que la syphilis cérébrale puisse encore se rencontrer après vingt ou même trente ans de maladie, elle devient beaucoup plus rare qu'avant cette époque. Dans chaque cas particulier, il est impossible de déterminer la *cause occasionnelle* qui a provoqué le développement de ces accidents nerveux ; il est cependant très vraisemblable que les *tares héréditaires*, les *traumatismes à la tête*, le *surmenage* cérébral dû au travail et aux excès, etc., donnent, aux syphilitiques plus qu'aux autres individus, une certaine prédisposition à contracter ces maladies ; en un mot, ici comme ailleurs, le processus syphilitique se localise de préférence aux organes dont la résistance vitale est amoindrie. Quant à la question de savoir si les maladies des centres nerveux sont plus

souvent consécutives aux syphilis légères qu'aux syphilis graves, c'est un point que nous étudierons plus loin dans le chapitre qui s'occupe de l'évolution de la syphilis. Les affections cérébrales sont une des manifestations les plus fréquentes de la syphilis tertiaire.

Les *symptômes* du tertiariisme cérébral présentent un aspect clinique des plus variés : ce fait est très compréhensible pour plusieurs motifs : d'abord les divers processus morbides que nous venons de décrire, tout en pouvant exister dans leur forme-type, présentent ordinairement les combinaisons les plus variées ; en second lieu, les territoires cérébraux, bien que rapprochés les uns des autres, ont des fonctions tellement différentes qu'un foyer morbide, même circonscrit dans d'étroites limites, peut donner lieu aux symptômes les plus divers. De plus, les syphilômes de la base du cerveau se compliquent encore de troubles dus à la compression des nerfs crâniens ou à l'envahissement de ces nerfs par la lésion qui siège dans leur voisinage.

Il est cependant possible de délimiter, du moins dans leurs grandes lignes, certains *ensembles symptomatiques* qui se retrouvent très souvent (STRUMPELL). Chez certains malades, à côté des signes généraux, constants, d'une affection cérébrale tels que la *céphalalgie*, les *insomnies*, la *dépression psychique*, on voit apparaître des symptômes de *foyer*, surtout des troubles fonctionnels dans certains territoires nerveux. Souvent ces symptômes s'accompagnent d'*accès épileptiformes* qui se distinguent de l'épilepsie secondaire principalement par l'existence de troubles cérébraux graves, de paralysies, etc. Les convulsions sont souvent limitées et n'atteignent que certains groupes musculaires ; de plus, on observe fréquemment la persistance de connaissance pendant la crise. Dans d'autres cas — et ce sont ceux dans lesquels c'est l'altération artérielle qui prédomine — la maladie se caractérise essentiellement par une *attaque apoplectiforme avec hémiplegie consécutive* ; cette attaque peut se répéter à plusieurs reprises après une amélioration passagère. — L'ictus apoplectique n'est souvent ni aussi brusque ni aussi grave que dans l'hémorragie cérébrale ; parfois la perte de connaissance est peu marquée et très passagère. — Enfin, dans d'autres cas, à côté de diverses manifestations paralytiques, on voit les symptômes psychiques occuper l'avant-plan ; l'ensemble des symptômes

rappelle la *démence paralytique*. — Dans toutes les formes que nous venons de décrire, il est fréquent d'observer des *troubles de la parole* qui vont depuis l'embarras le plus léger jusqu'à l'aphonie complète ; citons encore les troubles dans le domaine des *nerfs des sens*, l'abolition complète de leur fonction surtout au nerf optique et au nerf acoustique, c'est-à-dire la *cécité* et la *surdité* ; ce dernier symptôme est ordinairement unilatéral ; malheureusement le premier atteint assez souvent les deux yeux. — Dans quelques observations de syphilis cérébrale, on a signalé le *diabète insipide* (polyurie et polydipsie) ; chez un malade nous avons vu se produire une *augmentation énorme de la sécrétion salivaire*. — On a aussi observé le *diabète sucré*, à titre d'exception cependant.

Il est rare que l'**évolution** de la syphilis cérébrale soit rapide ; il est exceptionnel que la mort survienne dès la première attaque. Dans la majorité des cas, elle prend une marche *chronique*, seulement, si l'on n'intervient pas, l'aggravation est *progressive*. A la suite de prodromes ordinairement peu caractérisés, céphalalgie vive, altérations psychiques légères, apparaissent les premiers symptômes bien nets, soit sous forme de paralysie circonscrite ou d'une attaque apoplectiforme avec signes d'excitation ou de dépression psychique ; puis, sans qu'il se soit produit grande amélioration, de nouveaux troubles apparaissent ; des groupes musculaires, jusqu'alors intacts, sont frappés de paralysie, les accès apoplectiformes se répètent, les phénomènes psychiques s'aggravent, le malade tombe dans un coma profond et finit par succomber. — Assez souvent le tableau morbide de cette période finale se modifie : la maladie qui jusqu'alors avait été lentement progressive, s'aggrave brusquement et emporte le malade en très peu de temps ; à l'autopsie de ces cas, on découvre d'ordinaire, à côté d'anciens foyers morbides, une inflammation méningée diffuse, d'origine récente.

Telle est l'évolution spontanée d'un cas abandonné à lui-même ; mais, si l'on intervient par un traitement convenable, on arrive à lui faire subir de profondes modifications ; toutefois il est clair que le résultat dépendra, chez chaque malade, de conditions multiples, et surtout du temps au bout duquel on a commencé le traitement. En effet, s'il est vrai qu'on puisse obtenir les meilleurs résultats quand l'affection est prise au début et que même en présence de symptômes graves, on puisse provo-

quer la *guérison*, il n'est pas moins vrai, que dans les cas de syphilis cérébrale qui durent depuis des années, on n'arrive tout au plus qu'à une *amélioration*, une guérison relatives. Certaines parties du cerveau sont déjà anéanties et leur activité est, par conséquent, irrémédiablement perdue : si les malades se rétablissent, ils n'en conservent pas moins des paralysies, des troubles de la parole, des altérations des organes des sens et de l'intelligence. C'est toujours cela de gagné et le résultat n'est pas trop mauvais, car, si l'on ne guérit pas à fond le malade, on lui rend cependant une santé suffisamment bonne et on parvient à maintenir longtemps, si pas toujours, l'amélioration obtenue. Il est vrai que chez d'autres malades, les troubles qui persistent sont tellement grands que la santé en reste fortement compromise et que tout travail corporel ou intellectuel leur est tout-à-fait impossible; tôt ou tard surviennent les récidives, qui, peu à peu, amènent le dénouement fatal. Enfin, dans certains cas, la médication est impuissante ou à peu près, à enrayer les progrès du mal, et la mort survient à bref délai, parfois même au milieu du traitement.

Le **pronostic** dépend donc, dans chaque cas, d'abord du *temps* qui s'est écoulé depuis le début de l'affection, ensuite de la nature des lésions qu'elle a déjà entraînées. En tout état de cause, il est plus favorable que dans les autres affections du cerveau, et nous pouvons dire avec Fournier, que, pour un malade frappé d'une affection cérébrale, c'est toujours un bonheur quand c'est à la syphilis qu'il la doit. Il ne faut jamais poser, dès le début, un pronostic absolument défavorable : sous l'influence d'un traitement énergique on a vu assez souvent se déclarer les améliorations les plus surprenantes et les plus inattendues. Par contre, il est à peine nécessaire de dire, que, dans toutes circonstances, la lésion cérébrale la plus insignifiante est toujours un symptôme très grave, qui doit imposer au médecin la plus grande réserve et lui faire appliquer un traitement des plus attentifs.

Le **diagnostic** est difficile à faire d'emblée; il est très rare de trouver, en même temps que l'affection cérébrale, d'autres signes de syphilis; quant aux commémoratifs, leur importance est tout-à-fait secondaire. Heureux le malade qui, atteint d'une affection cérébrale, peut montrer une syphilide tertiaire ou une ulcération caractéristique, jetant le jour sur la nature réelle de

son mal. Dans certains cas, on peut, dans un ménage où l'un des époux est atteint d'une affection douteuse des centres nerveux, chercher à retrouver la syphilis chez l'autre époux. De plus, les troubles cérébraux n'ont, par eux-mêmes, rien de caractéristique et peuvent être symptomatiques des lésions les plus diverses. Cependant, l'*ensemble* de ces cas a une allure particulière; les symptômes se rapprochent assez de ceux des affections cérébrales vulgaires, mais la ressemblance n'est pas complète : ce qui caractérise la syphilis du cerveau c'est précisément ce manque de netteté du tableau morbide (HEUBNER). Ensuite, les combinaisons que forment les divers symptômes, le *polymorphisme* des manifestations morbides ne se présentent pas de la même façon dans l'apoplexie vulgaire, dans les lésions des méninges, etc. Un autre point qui a son importance, c'est l'*âge* des malades; les affections cérébrales non syphilitiques, surtout les apoplexies (sauf celles qui sont le fait d'une embolie suite de maladie de cœur et qu'on reconnaît aisément), ne se produisent qu'à un âge avancé, comme conséquence des altérations vasculaires qui prennent naissance à cette époque de la vie; la syphilis cérébrale, au contraire, est une maladie de l'âge adulte; elle s'observe déjà à la fin de la vingtième année; l'apparition précoce d'une affection cérébrale, alors qu'on peut exclure tout autre facteur étiologique, doit toujours faire soupçonner la syphilis. Dans tout cas douteux ou même dans tout cas dont l'étiologie n'est pas absolument claire, on doit songer à la syphilis et diriger son traitement en conséquence. Enfin, le signe diagnostic le plus important, le seul qui, en somme, soit réellement décisif, est le *résultat qu'on obtient par le traitement antisiphilitique*.

Il nous reste encore à parler dans ce chapitre de deux maladies des centres nerveux : la *paralysie progressive (démence paralytique)* et la *tabès dorsal*; pour cette dernière affection on peut regarder comme démontrée l'existence de certains rapports de dépendance envers la syphilis (ERB, FOURNIER). Néanmoins, il ne faut pas voir dans ces maladies des extériorisations directes de la syphilis; tout en dépendant de l'infection, elles n'en sont que des conséquences indirectes comme le prouve l'inefficacité presque absolue du traitement antisiphilitique. Il est probable que si la syphilis ne joue, pour ces maladies, que le rôle d'agent

*prédisposant*, son rôle n'en a pas moins une grande importance : car pour le tabès du moins, il est démontré que la grande majorité des malades sont syphilitiques et qu'ils ont été infectés de longues années avant le début de leur affection médullaire.

### CHAPITRE XIII

#### LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DE L'ŒIL ET DE L'OREILLE

Au cours de cet ouvrage nous avons déjà eu l'occasion d'étudier presque complètement les **affections syphilitiques des appareils de protection et des annexes de l'œil**. Nous rappelons que le *chancre primitif* peut, bien que le fait soit rare, siéger aux paupières et même à la *conjonctive*. Pendant les éruptions secondaires on a exceptionnellement observé des *papules* sur cette dernière muqueuse. On a aussi constaté sur les paupières des *ulcérations tertiaires*; c'est surtout à la paupière inférieure qu'on les rencontre; il est impossible de les distinguer du chancre primitif, qui leur ressemble beaucoup, sans tenir compte des autres symptômes qui les accompagnent. — Nous avons signalé les *paralysies oculaires* dues à la compression des nerfs à l'intérieur ou à l'extérieur du crâne ou à une lésion des centres; il ne nous reste plus qu'à citer l'*exophtalmie*, produite parfois par une gomme de l'orbite, dont le point de départ se trouve en général dans le périoste de cette cavité.

Parmi les **maladies du globe oculaire proprement dit**, c'est l'**iritis syphilitique**, qui, à beaucoup près, est la plus fréquente et la plus importante. Elle survient presque toujours pendant la période secondaire, quelques mois seulement après l'infection; parfois même elle constitue l'un des premiers symptômes de la généralisation; elle éclate rarement dans les périodes plus avancées de la maladie; d'ordinaire elle s'accompagne d'autres manifestations syphilitiques, en général d'un

exanthème papuleux généralisé. Cette combinaison se manifeste surtout dans les cas où l'infection syphilitique s'est produite à un âge avancé; chez le vieillard la coexistence de l'éruption papuleuse et de l'iritis s'observe avec une remarquable fréquence. Les données sur la *fréquence de l'iritis dans la syphilis* sont très peu concordantes : les chiffres varient de 1 % à 6 % des cas; ce qu'on peut affirmer avec plus de précision c'est que, sur le nombre total des cas d'iritis, un tiers à coup sûr, peut-être plus encore, reconnaît la syphilis pour cause. — Bien que l'iritis syphilitique puisse survenir sans la moindre *cause occasionnelle*, il est facile de comprendre que certaines influences adjuvantes, telles que le travail prolongé à la lumière, peut-être le refroidissement, peuvent en favoriser l'écllosion. Les deux yeux ne s'entreprennent presque jamais en même temps; souvent un seul d'entre eux devient malade; mais souvent aussi, ils sont frappés l'un après l'autre.

Les **symptômes** ressemblent à peu près, dans la majorité des cas, à ceux de l'iritis ordinaire, si ce n'est que, d'une façon générale, l'évolution de l'iritis spécifique est plus lente, moins tumultueuse. En même temps que la sclérotique et ordinairement aussi la conjonctive s'injectent, on remarque que la coloration de l'iris se modifie; il paraît terne, sans éclat; les rayons radiés deviennent indistincts; en même temps sa mobilité diminue. La pupille est rétrécie, devient paresseuse ou même ne réagit plus du tout, grâce surtout aux *adhérences* qui s'établissent très rapidement entre le bord pupillaire et la cristalloïde antérieure. Si l'on instille de l'atropine, ces adhérences donnent à la pupille les formes les plus inattendues : tantôt elle est allongée ou en forme de trèfle, tantôt elle est tout-à-fait irrégulière, à moins que les adhérences n'occupent toute la circonférence de l'iris. A la face postérieure de la cornée, sur la membrane de Descemet, on voit parfois apparaître de petits dépôts punctiformes; dans les cas très intenses, il se produit une *forte opacité cornéenne*. L'*hyopyon* est rare dans l'iritis syphilitique. — *Subjectivement*, le malade ressent d'ordinaire des douleurs d'intensité variable qui se réveillent par accès, la nuit surtout et s'accompagnent d'une sécrétion lacrymale surabondante; souvent, la gravité des symptômes objectifs n'est pas en rapport avec le peu d'intensité des phénomènes subjectifs; quand on constate cette disproportion il faut de suite penser à l'iritis syphilitique. Il existe