

du moteur oculaire commun se combine à d'autres symptômes : on rencontre dans une proportion assez élevée l'hémiplégie croisée (syndrome de Weber) par lésion pédonculaire. Plus rarement, l'hémiplégie est du même côté.

On a noté aussi la coexistence de plusieurs paralysies oculaires : troisième et sixième paires du même côté, par exemple. Fournier a vu, paralysés en même temps : l'oculo-moteur, le moteur oculaire externe droit et le moteur externe du côté gauche.

Le *facial* et le *trijumeau* sont, après les nerfs moteurs de l'œil, ceux que la syphilis atteint le plus fréquemment. Leurs lésions paraissent à peu près aussi communes que celles du moteur oculaire externe, et plus fréquentes que celles du pathétique. La *paralysie faciale*, envisagée seulement ici, est la paralysie *périphérique* avec participation de l'orbiculaire; elle est parfois durable et s'accompagne alors, à la longue, d'atrophie musculaire, d'abolition des réactions électriques (Ziemssen, Heubner), de réaction de dégénérescence (deux cas d'Oppenheim, Charcot et Gombault). Elle peut se montrer tout d'abord sans autre symptôme, et cela quelquefois d'une façon précoce. Dans un cas, dû à Gilles de la Tourette et Hudelo, elle se déclara en même temps que la roséole. On aurait pu croire à une paralysie faciale vulgaire, mais elle n'était que le prélude d'une série d'accidents : céphalée terrible, état demi-comateux et finalement hémiplégie. Il en fut de même dans un cas de Gilbert où l'autopsie fit découvrir une méningite gommeuse de la base⁽¹⁾. Les paralysies faciales observées chez les syphilitiques dans la période secondaire sont-elles toujours dues à des lésions intracrâniennes du nerf? On ne saurait l'affirmer; mais il est à retenir qu'un certain nombre de ces paralysies s'accompagnent de céphalées violentes, de phénomènes de somnolence étrangers à la paralysie faciale ordinaire. Thibierge et Ravaut, en pratiquant l'examen du liquide céphalo-rachidien dans un cas de paralysie faciale survenu au 6^e mois, n'ont-ils pas constaté l'existence d'une lymphocytose très abondante, qui se montra beaucoup plus discrète 5 semaines plus tard, alors que la paralysie était en voie de guérison⁽²⁾?

On pourrait faire les mêmes remarques à propos des anomalies dans le domaine du *trijumeau*. On les trouve mentionnées dans quelques cas, sous forme d'anesthésie d'une moitié du visage (Leudet, von Graefe, etc.), de phénomènes d'excitation, fourmillements, hyperesthésie; de tic douloureux de la face (Huguenin); ou encore de troubles trophiques graves du côté de l'œil (Leudet, Oppenheim).

Les troubles de la vision sont intimement liés aux altérations des conducteurs de la base; il est rare qu'ils reconnaissent pour cause une lésion des centres cérébraux. Fournier leur assigne une fréquence de 15 pour 100, proportion bien inférieure à celle des paralysies de la troisième paire; les lésions sont rencontrées avec une fréquence bien supérieure, si l'on tient compte des altérations histologiques (12 fois sur 17 cas, Uthoff).

La diminution de l'acuité visuelle est relativement fréquente; on la trouve généralement inégale d'un côté à l'autre. Elle peut s'aggraver jusqu'à l'amblyopie, la cécité même. Traités dès le début, ces troubles de la vision, si

⁽¹⁾ E. BOIX. *Archives gén. de Médecine*, février 1894, p. 152.

⁽²⁾ THIBIERGE et RAVAUT. *Soc. méd. des hôp.*, 21 novembre 1902.

sevères soient-ils, peuvent disparaître plus ou moins complètement avec les accidents cérébraux généralement graves qui les accompagnent; mais le champ visuel peut n'être pas recouvré dans sa totalité. Rarement la cécité demeure définitive et l'*atrophie optique* est constatée à l'ophtalmoscope.

Les modifications partielles du *champ visuel* présentent ici un intérêt tout particulier. Elles s'observent sous les formes suivantes : rétrécissement concentrique irrégulier, échancrures irrégulières, hémianopsie temporale; enfin, très exceptionnellement, hémianopsie homonyme. Souvent la vision n'est abolie qu'en partie dans les régions du champ visuel lésées, de même qu'elle n'a pas son acuité normale dans celles qui sont conservées. Les intéressantes recherches d'Uthoff⁽¹⁾ ont montré que ces différents changements d'étendue dans le champ de la vision étaient en rapport avec le mode d'infiltration gommeuse du nerf optique.

L'*hémianopsie temporale* a été vue par Gehrhardt, Oppenheim, Siemerling, Uthoff : elle s'est montrée constamment en rapport avec l'infiltration de l'angle antérieur du chiasma. L'*hémianopsie homonyme* n'a été rencontrée que 2 fois sur 150 observations dépouillées par Uthoff; sur 17 cas personnels, cet auteur ne l'a observée qu'une fois : l'autopsie révéla, dans l'hémisphère du côté opposé, des lésions très étendues dont le symptôme hémianopsie dépendait vraisemblablement. Oppenheim a également vu l'hémianopsie homonyme d'une façon transitoire; il n'hésite pas, dans le cas observé par lui, à rapporter ce symptôme à une lésion gommeuse des bandelettes.

Les variations parfois considérables auxquelles sont sujettes ces déformations du champ visuel constituent leur caractère le plus spécial. Nous n'en voulons pour exemple que l'intéressante observation d'Oppenheim⁽²⁾; suivi pendant deux ans, le malade présenta successivement : un rétrécissement concentrique irrégulier, puis une hémianopsie bilatérale homonyme gauche typique; celle-ci s'améliora dans la suite par le traitement, et le champ visuel s'étendit de nouveau vers la gauche avec irrégularité. Chez un malade de Gehrhardt, une hémianopsie du même genre succéda à une amaurose complète.

A ces altérations multiples de la vision correspondent, mais non toujours, des modifications du fond de l'œil. Celles-ci ne manquent pas de se produire lorsque les troubles visuels persistent longtemps. Inversement, elles peuvent exister, au début surtout, sans anomalie apparente de la fonction : aussi l'examen de la papille s'impose-t-il chaque fois que la syphilis cérébrale est soupçonnée. On trouve signalées : la *stase papillaire* (15 fois sur 150 observations, Uthoff) — la *neuro-rétinite* (7 fois) — l'*atrophie simple* (10 fois). Oppenheim fait observer que l'atrophie papillaire ici est souvent unilatérale; Galezowski avait déjà fait la même remarque en ce qui concerne la névrite.

Il importe de ne point confondre ces différents aspects de la rétine, conséquences de lésions *intra-crâniennes*, avec ceux qui résultent des déterminations *primitivement oculaires* de la vérole. Galezowski a montré quelle était la fréquence des altérations choroïdo-rétiniennes dans la syphilis. Celles-ci peuvent produire également des amblyopies, des réductions du champ visuel, des atrophies rétinienne, etc.

⁽¹⁾ UTHOFF. *Ueber die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen*. Leipzig, Engelmann, 1895.

⁽²⁾ OPPENHEIM. *Berliner klin. Woch.*, 1889.

b). Les méningites, les gommés de la base peuvent intéresser les faisceaux moteurs au niveau des pédoncules, de la protubérance, du bulbe, en même temps que les nerfs cérébraux du même côté. Il en résulte des *paralysies des membres*, croisées par rapport aux nerfs intéressés : les plus exposés à cet égard vont de la 5^e à la 8^e paire. Ainsi toute une variété d'hémiplégies alternes ressortissent à la syphilis. Signalons en premier lieu la plus importante, l'*hémiplégie alterne de Weber*, qui résulte d'une lésion du faisceau pyramidal et de l'oculo-moteur au niveau du pédoncule : Uhthoff en a rencontré 12 observations. On voit parfois cette hémiplégie alterne succéder à une phase comateuse grave, à un ictus apoplectique. D'autres fois, elle se développe insensiblement; les paralysies oculaires se montrent d'abord, puis la faiblesse envahit les membres du côté opposé. Parfois ces accidents se développent avec un concours de phénomènes cérébraux graves, paralysies multiples des nerfs cérébraux, états comateux, crises épileptiformes, qui commandent une grande réserve à l'égard de leur pronostic. Elles se montrent, il est vrai, influençables par le traitement, mais au début seulement, et les rechutes sont fréquentes. Les autopsies ont révélé des lésions cérébrales diffuses (Siemerling, Pick), mais c'est presque toujours de la lésion pédonculaire que dépend le syndrome de Weber.

On observe encore le strabisme interne (par paralysie de la sixième paire) associé à une hémiplégie croisée (11 cas, Uhthoff); l'*hémiplégie alterne de Millard-Gübler* intéressant le facial d'un côté et les membres du côté opposé (Lancereaux, Leudet); l'anesthésie douloureuse dans le domaine du trijumeau en même temps qu'une paralysie des membres du côté opposé (Pick), etc. Les lésions spécifiques plus étendues ou plus profondes de la région peuvent produire des troubles bilatéraux du côté des membres. L'étude de la Syphilis bulbo-protubérantielle dans son ensemble sera d'ailleurs l'objet d'un chapitre à part.

2^o **Méningites, gommés de la convexité.** — Au premier rang figure ici l'*épilepsie*, à laquelle viennent se joindre souvent des *paralysies* de la face et des membres offrant certaines particularités. Les troubles mentaux dont il a été question peuvent se superposer à ces désordres moteurs. Enfin les céphalées, les vertiges, les nausées, vomissements, les troubles de la santé générale qui forment le cortège habituel des néoplasies cérébrales à développement rapide, s'observent ici à un haut degré.

a) L'*épilepsie* est généralement reconnue comme la manifestation la plus constante des lésions corticales syphilitiques. Dans 26 cas de ce genre, Heubner l'a rencontrée 20 fois. Charcot, Fournier, Echeverria, ont formellement exprimé la même opinion.

Il paraît avéré qu'une attaque d'épilepsie franche, survenant au cours d'une santé parfaite, peut être le premier incident révélateur des lésions cérébrales de la vérole (Fournier). Mais c'est là un fait exceptionnel. Tout le cortège des phénomènes prémonitoires que nous connaissons précède presque toujours la première manifestation convulsive.

L'épilepsie symptomatique de la vérole présente-t-elle quelque caractère distinctif? Cette question, d'un si haut intérêt, a vivement préoccupé les auteurs. Voici dans quelle mesure on peut y répondre actuellement. La syphilis peut engendrer toutes les formes connues du mal comitial, depuis les vertiges et les absences du petit mal jusqu'aux grands accès convulsifs et aux équivalents psychiques de ceux-ci (Féré). Mais on admet généralement que les accès

convulsifs *partiels* sont particulièrement fréquents dans les méningo-encéphalites intéressant la convexité, ce qui se conçoit aisément, étant donnée la forme habituellement circonscrite des lésions et leur localisation assez commune aux centres rolandiques.

Telle n'est pas l'opinion de Nonne⁽¹⁾ : d'après cet auteur, les lésions corticales circonscrites de la syphilis donnent lieu bien plus souvent aux convulsions générales qu'à l'épilepsie jacksonienne. De plus les manifestations convulsives s'observeraient aussi bien dans les méningites de la base que dans celles de la convexité.

Quoi qu'il en soit c'est surtout dans sa marche et dans les *associations symptomatiques* qu'elle présente que l'épilepsie syphilitique offre des particularités importantes à connaître en vue du diagnostic. On peut les résumer dans les deux propositions suivantes :

1^o L'épilepsie symptomatique des lésions syphilitiques de l'écorce présente une marche en quelque sorte *progressivement accélérée*. L'intervalle des accès diminue avec le temps. Abandonnée à elle-même, la maladie aboutit, dans les formes graves, à des crises en série, puis à un état de mal confirmé qui se termine par un coma rapidement mortel : témoin l'observation de Mallet⁽²⁾.

Certes l'intervention hâtive d'un traitement spécifique énergique peut modifier cette évolution précipitée. Mais ou bien elle aura pour effet de faire franchement rétrocéder les accidents, ou bien au contraire elle sera inefficace, ce qui n'est pas absolument rare. Dans tous les cas, jamais, peut-on dire, l'épilepsie syphilitique ne présente d'une façon durable la marche en quelque sorte monotone, avec retour périodique des accès, qui s'observe souvent dans l'épilepsie commune ;

2^o L'*épilepsie symptomatique de la syphilis cérébrale n'existe à l'état de symptôme isolé que pour un temps limité*. Elle s'associe à un moment donné à divers accidents cérébraux pour la plupart étrangers au mal comitial ordinaire. Ce sont, par exemple, les *paralysies* corticales, qui, d'abord transitoires et consécutives aux accès, peuvent à la longue persister dans leurs intervalles, — les *troubles psychiques* variés dont il a été question plus haut. Dans aucune autre variété du mal comitial, les *fonctions intellectuelles* ne sont atteintes d'une façon aussi précoce et aussi profondément.

Il est en outre une combinaison possible et d'une grande valeur significative dans l'espèce, c'est celle de l'épilepsie avec les *troubles oculaires*. Les néoformations corticales, quel que soit leur siège, peuvent entraîner des modifications du côté du nerf optique lui-même, à la façon des tumeurs cérébrales agissant par compression. L'examen du fond de l'œil s'impose ici d'autant plus que l'état de la vision ne correspond pas toujours à la gravité des lésions. Lorsque la *névrite optique* coexiste avec une épilepsie partielle franche, on pourrait presque affirmer l'existence d'une lésion syphilitique des circonvolutions (H. Jackson, Fournier).

Quant à la marche de cette épilepsie *associée*, elle présente un certain nombre de variétés. Il peut arriver que l'adjonction des accidents cérébraux, dont il a été question, aux phénomènes convulsifs, n'ait lieu que d'une façon tardive. D'autres fois, au contraire, l'épilepsie n'est qu'un phénomène secondaire.

(1) NONNE. *Loc. cit.*, p. 99.

(2) MALLET. *Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique*. Thèse de Paris, 1891.

Tout ce qui précède se rapporte seulement aux convulsions symptomatiques de lésions cérébrales (Gommes, méningites). Fournier⁽¹⁾ et tout récemment Nonne⁽²⁾ ont appelé l'attention sur une autre variété d'épilepsie observée chez les syphilitiques, qui logiquement ne devrait pas trouver place ici, mais que nous signalerons en passant. Il s'agit de crises convulsives, n'ayant vraisemblablement pour origine aucune lésion organique, qui ne se distinguent en rien du mal comitial vulgaire, et sur lesquelles d'ailleurs le traitement spécifique est sans effet. Suivant Fournier cette épilepsie survient à une époque avancée de l'infection : il propose la dénomination d'*épilepsie parasymphilitique*. Nonne déclare qu'elle peut survenir à toute époque de l'infection et la considère comme due à l'action du poison spécifique sur les centres. On pourrait ouvrir à ce sujet la même discussion qu'à propos de la Paralyse générale.

b). Les *paralysies motrices* qui succèdent aux altérations primitivement *corticales* de la syphilis se distinguent par les particularités suivantes :

Elles se développent lentement, la plupart du temps, et restent incomplètes. Parfois cependant elles font suite immédiatement à un accès d'épilepsie; mais elles ne succèdent jamais à un ictus apoplectique à la façon des paralysies cérébrales d'origine vasculaire. Les paralysies *partielles*, sous forme de *monoplégies*, intéressant le bras, la face ou la jambe, sont particulièrement fréquentes ici. Ce sont des *parésies*, une simple faiblesse, de la lourdeur d'un membre. Une exagération notable des réflexes tendineux, souvent même un certain degré de contracture permanente, ne manquent pas de les accompagner d'une façon précoce. Ces phénomènes spasmodiques, liés à l'irritation corticale, sont loin d'indiquer toujours, en pareil cas, la dégénération descendante des faisceaux moteurs correspondants. Ajoutons que les paralysies dans le domaine des nerfs cérébraux n'appartiennent point aux variétés cliniques envisagées ici. Lorsque la face est intéressée, le territoire du facial supérieur reste indemne, suivant le mode des paralysies cérébrales.

Les *troubles de la parole*, fréquents lorsque la face est paralysée, sont avant tout des phénomènes d'ordre moteur. L'inaptitude motrice de la langue et des lèvres se traduit par la lenteur hésitante, l'embarras du parler; de la dysarthrie. L'aphasie vraie est rare ici, au moins en tant que phénomène durable. On a cependant signalé l'aphasie motrice typique comme conséquence possible des méningites syphilitiques de la convexité. Lorsque le symptôme *aphasie* se trouve ainsi réalisé au grand complet par une lésion qui touche les centres du langage, il peut se présenter combiné à l'*hémiplégié droite* et à l'*épilepsie partielle* (Bourceret et Cossy, 1875, Francesco, 1895). Un tel syndrome est assez significatif au point de vue de la localisation corticale.

SYPHILIS BULBO-PROTUBÉRANTIELLE

Cette localisation passe pour être rare : certes les *gommes* du bulbe et de la protubérance sont des curiosités pathologiques; mais il n'en est pas de même des lésions artérielles. La grande majorité des faits publiés se rapporte ici à la

(1) A. FOURNIER. Épilepsie parasymphilitique, *Revue neurologique*, 1895, p. 617.

(2) NONNE. *Loc. cit.*, p. 202.

thrombose de l'artère basilaire ou de ses branches. En ne tenant compte que des observations suivies d'autopsies, nous avons trouvé facilement une trentaine de cas de syphilis du bulbe et de la protubérance parmi les publications de ces dernières années⁽¹⁾.

Forme artérielle. — Les *prodromes* sont habituels, et souvent significatifs : céphalées d'une violence particulière, vertiges, nausées, embarras de la parole, dû à la difficulté d'articuler les mots : tels sont les symptômes avertisseurs les plus communs. Le malade titube, bredouille, ses idées paraissent confuses : on le prend pour un homme ivre. Puis il tombe frappé d'un ictus apoplectique, ou bien en quelques heures il est atteint d'une paralysie plus ou moins étendue.

Au cas d'oblitération complète d'une artère principale, le malade reste plongé dans le coma : la respiration s'embarrasse, la congestion pulmonaire se développe rapidement, la température s'élève et la mort survient en quelques jours (Joffroy et Létienne, Mongour et Gentès, G. Lion, Leyden⁽²⁾), ou même en quelques heures. Dans les faits qui précèdent on nota un ramollissement rouge de la protubérance, en rapport avec un thrombus récent des grosses artères (basilaire, vertébrale). La mort peut résulter aussi de l'anémie brusque du bulbe, et avoir lieu avant que le ramollissement ait eu le temps de se produire (cas de Bacologlu⁽³⁾). Dans un fait qui nous est personnel (Thèse de Paris, 1895), le malade, atteint de paraplégie syphilitique, mourut subitement; et nous avons cru trouver l'explication de cette mort dans l'oblitération des artérioles du bulbe.

Les troubles paralytiques observés chez les malades qui survivent se présentent sous la forme d'hémiplégiés totales, de paralysies des quatre membres et de la face (Hoppe), plus rarement de monoplégies. Ils ne se différencient point par leurs caractères propres des paralysies d'origine cérébrale; mais ils sont accompagnés de symptômes plus spéciaux, en rapport avec la région atteinte. Ce sont : les *paralysies des nerfs bulbo-protubérantiels*, qui, au cas d'hémiplégié associée, se présentent sous la forme de paralysies *alternées* (paralysie croisée du facial et des membres, strabisme interne et hémiplégié du côté opposé, anesthésie croisée dans le domaine du trijumeau); — les *troubles de la parole* qui sont ici beaucoup plus d'ordre *dysarthrique* ou *anarthrique* que d'ordre aphasique à proprement parler, et qui vont de pair avec la paralysie de la langue et des lèvres; — les troubles de la *déglutition*, de la *mastication*. Dans un fait récent de Babinski⁽⁴⁾, le malade présenta, en même temps que des troubles de déglutition, une hémiparésie avec hémianesthésie droites, et de l'hémiasynergie du membre inférieur gauche avec latéropulsion de ce côté. La mort survint au bout de 12 jours, et l'autopsie montra quatre foyers de ramollissement dans la moitié gauche du bulbe. A moins de lésions cérébrales associées, tout ce syndrome protubérantiel se présente avec une intégrité complète de l'intelligence.

L'affection peut durer des mois, des années; elle peut présenter des alterna-

(1) H. LAMY. Syphilis bulbo-protubérantielle. *Tribune médicale*, 21 novembre 1905. On trouvera dans cette Revue toutes les indications bibliographiques relatives à ce sujet.

(2) JOFFROY et LÉTIENNE. *Arch. de méd. expérim.*, 1891, p. 416. — MONGOUR et GENTÈS. *Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 10 et 17 juillet 1899. — G. LION. *Soc. méd. des hôp.*, 15 janvier 1899. — LEYDEN. *Zeitsch. f. klin. Med.*, Bd V, Hft 2, S. 170.

(3) BACOLOGLU. *Presse méd.*, 1^{er} mars 1899.

(4) BABINSKI. *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, nov.-déc. 1902.