

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 protubérantielle 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.

lives d'amélioration et de rechutes; mais la plupart des cas évoluent rapidement; de plus, l'action du traitement paraît ici très limitée, et c'est là certainement une des formes les plus graves de la syphilis du système nerveux. Nous trouvons, sur 21 cas relevés par nous dans la littérature de ces dernières années, 19 morts; et les malades survivants n'ont pas été suivis longtemps pour la plupart. Presque tous succombent dans le coma, soit qu'il s'installe graduellement, soit qu'il succède à l'ictus apoplectique. La paralysie des sphincters, les eschares sont des accidents ultimes très communs. L'apparition des troubles *respiratoires* et *cardiaques* est du plus mauvais pronostic à bref délai. Lorsque ces complications existent dès le début, elles font prévoir une évolution très rapide: la mort peut survenir du fait d'une véritable *paralysie bulbaire aiguë* (un cas de Leyden)⁽¹⁾.

Il peut arriver aussi que le malade guérisse de sa lésion protubérantielle et qu'il soit emporté plus tard par une autre complication de l'artérite syphilitique, une hémorragie cérébrale, par exemple, comme dans le cas de Nonne⁽²⁾.

Méningites. Gommés. — Les méningites syphilitiques de la base du cerveau peuvent s'étendre à la région bulbo-protubérantielle, comme nous l'avons signalé, à propos de la paralysie des nerfs crâniens. Dans plusieurs observations la méningite coïncide avec l'artérite de la basilaire et le ramollissement protubérantiel (Leyden, Brüberger, Heubner, etc.). Quant aux tumeurs gommeuses proprement dites, on n'en connaît que très peu d'exemples dans cette région. Nous n'en avons rencontré que sept observations publiées avec autopsie⁽³⁾. Les symptômes s'installent graduellement, par opposition avec ce qui a lieu dans la forme artérielle. Les principales variétés de *paralysies alternes* ont été notées ici. Dans un cas de Rühle il y eut d'abord névralgie du trijumeau droit avec anesthésie, troubles trophiques, — et, plus tard, hémiplégié gauche. Dans un autre de Ballet, on nota, après une longue période de céphalées, une paralysie du droit externe droit et du droit interne gauche, puis une hémiparésie gauche. Lancereaux rapporte un fait de contracture des quatre membres associée à un double strabisme divergent.

Paralysies bulbaires curables. — Nous croyons pouvoir réunir sous ce titre quelques faits rares où, contrairement à ce qui précède, l'influence du traitement a été remarquable, et qui d'ailleurs paraissent ressortir à une pathogénie toute différente des précédents. Un cas récent de Collet⁽⁴⁾ (de Lyon) peut être pris comme type de cette forme. Huit mois après le chancre, un individu est atteint de diplégie faciale, avec parésie des quatre membres, glossoplégie, gêne de la déglutition telle qu'on le doit nourrir à la sonde; aphonie, gêne respiratoire et tachycardie. Le traitement mercuriel par les frictions fut suivi d'une amélioration telle que, un mois et demi plus tard, le malade quittait l'hôpital, ne conservant qu'un peu de parésie faciale. Rumpf, dans son livre (p. 255) rapporte un fait semblable, à cela près que l'affection survint cinq ans

(1) LEYDEN. *Archiv. f. Psych. und Nervenkr.*, Bd VII, S. 44-61.

(2) NONNE. *Syphilis und Nervensystem*, Berlin, 1902, p. 70.

(3) BALLET. *Soc. anatomique*, 27 février 1880. — CHARCOT et GOMBAULT. *Archives de physiologie*, 1875, p. 145. — COYNE et LÉPINE. *Journal des connaissances médicales*, 1878, p. 505. — KLIPPEL. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Bruxelles, août 1905. — LANCEREAUX. *Atlas d'anat. pathol.*, texte p. 449, obl. 275. — F. PICK. *Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd. XIII, p. 578, 1892. — RÜHLE. *Greifswalder med. Beiträge*, Bd I, S. 62. In RUMPF. *Loc. cit.*, p. 211.

(4) COLLET. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 5 juin 1901.

après le chancre, et qu'il n'y eut point de paralysie des membres. Le même auteur rapporte en outre trois observations du même genre dues à Leyden. En l'absence d'autopsie, on ne saurait se prononcer sur la cause anatomique de ces paralysies bulbaires; mais leur évolution semble indiquer qu'il s'agit d'un processus tout différent de celui des thromboses artérielles ou des méningites.

Signalons enfin parmi les symptômes rares de la syphilis bulbaire, la *polyurie*, le *diabète insipide* (Leudet, Büttersack, v. Hösslin) qui peut s'associer au syndrome bulbaire. Récemment Danlos rapportait à la Société de dermatologie (juillet 1901) un exemple de *glycosurie* associée à l'épilepsie chez un syphilitique en pleine éruption. La glycosurie, d'autre part, a été signalée au cours de la syphilis, même en dehors de tout symptôme nerveux caractérisé; et sans doute son mécanisme n'est-il pas toujours le même.

MARCHE, TERMINAISON DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE, PRONOSTIC

On ne peut formuler que des considérations générales relativement à l'évolution clinique de la syphilis du cerveau envisagée dans son ensemble.

Et tout d'abord, s'il est parfaitement légitime de distinguer des types cliniques et de désigner ceux-ci par leur symptôme prédominant, on ne doit pas perdre de vue qu'il s'agit là avant tout de formes initiales, transitoires souvent; c'est ainsi qu'il faut comprendre les formes *épileptique*, *mentale*, *paralytique*, admises par les auteurs (Fournier). A un stade plus avancé, ces différents types montrent une tendance indiscutable à s'unifier, pour aboutir à la dégradation générale et progressive de toutes les fonctions cérébrales. Ceci s'applique en particulier aux néoplasies qui intéressent la surface du cerveau.

Il en va un peu autrement de la forme artérielle. Assez souvent l'artérite cérébrale existe à l'état isolé; elle peut donner lieu à une attaque d'hémiplégié qui ne se renouvelle pas; et la paralysie persiste toute la vie ou rétrocede suivant l'importance de la lésion. Mais il arrive aussi que l'artérite syphilitique donne lieu à des accidents multiples à intervalles variables: attaques d'hémiplégiés successives, paralysies bulbaires, pseudo-bulbaires, etc. Ce que nous savons de ses localisations, souvent multiples, cadre bien avec les faits de ce genre.

En second lieu, l'intervention de la thérapeutique est capable d'apporter un changement considérable dans la marche des accidents. Dans les néoformations corticales surtout cette influence se fait sentir. L'épilepsie symptomatique et les paralysies incomplètes qui l'accompagnent comportent à cet égard le plus de chances favorables. Bien mieux, on a vu guérir des vésanies caractérisées, des accidents comateux de la plus haute gravité; et de pareils faits justifient bien le mot de Ricord: « Avec la vérole, tout est possible comme guérison, même l'impossible. »

L'action du traitement sur les lésions artérielles définitives et en particulier sur l'artérite oblitérante est beaucoup plus problématique. Quant aux conséquences de ces lésions, hémorragies, ramollissements, il va de soi que la thérapeutique spécifique ne peut rien sur elles. Toutefois il semble acquis que l'artérite syphilitique est curable à son début (Leudet, Dieulafoy); et il n'est

pas douteux qu'à la phase pré-oblitérante, l'artérite spécifique donne lieu parfois à des troubles graves transitoires qui ont pour cause l'ischémie simple des centres (hémiplegies, aphasies, anasthésies, vertiges). Ceci explique qu'on puisse obtenir la réparation *ad integrum* dans les cas de ce genre traités énergiquement et de bonne heure.

Trop souvent, et surtout quand la maladie n'est traitée qu'à une phase avancée, le résultat est moins heureux : on obtient seulement une guérison incomplète, et le malade reste un infirme physiquement et cérébralement.

Enfin les échecs complets de la thérapeutique s'observent ici, alors même que toutes les conditions semblaient réunies en vue du succès. Dans ce cas, le pronostic peut devenir immédiatement très grave, en particulier pour certains états comateux qui paraissent en rapport avec la thrombose des artères du bulbe et pour l'épilepsie corticale, lorsqu'elle donne lieu à des accès en série qui peuvent aboutir à l'état de mal. Le pronostic est également très fâcheux pour les formes mentales qui se caractérisent dès le début par un acheminement rapide vers la démence.

Si l'on consulte les statistiques, on voit que Fournier compte : un tiers de guérisons; presque la moitié d'améliorations; un sixième de morts. Ce sont à peu près les chiffres de Rumpf. Hjelmman considère que ces estimations sont trop optimistes. Telle est également la conclusion qui se dégage de la statistique de Naunyn. Cet auteur fait remarquer que la fréquence des *récidives* est très grande et il ne compte, comme guérison définitive, que les cas suivis au delà de 5 ans : dans ces conditions, il ne trouve que 27 guérisons authentiques sur un total de 415 cas empruntés à la littérature où à ses observations personnelles. Nonne déclare aussi que, dans un délai inférieur à 5 ans on ne peut parler de guérison définitive : sur 56 cas suivis par lui au delà de 5 ans, il compte 22 fois une récidive et 8 fois plusieurs. Ajoutons que la majorité des cas comptés comme guérisons comportent des reliquats (hémiplegies, paralysies oculaires, etc.).

En résumé, et malgré les beaux succès que la thérapeutique compte à son actif; bien que les lésions syphilitiques du cerveau, ainsi qu'on l'a dit très justement (Lancereaux), soient moins graves, toutes choses égales d'ailleurs, que les lésions cérébrales d'une autre nature (tubercules, tumeurs, artério-sclérose), on peut voir par ce qui précède que la syphilis cérébrale comporte un pronostic extrêmement sombre.

La *terminaison fatale* peut se produire brutalement à la suite d'une aggravation rapide ou soudaine des accidents cérébraux, telle que l'état de mal épileptique, un accès maniaque suraigu, une attaque d'apoplexie causée par la rupture d'une artère cérébrale, la thrombose de l'artère basilaire. D'autres fois la mort est le terme d'une déchéance progressive, analogue à celle de la paralysie générale.

DIAGNOSTIC

L'existence de la syphilis dans les antécédents d'un sujet atteint d'affection cérébrale est, cela va de soi, un argument d'un grand poids en faveur de la nature spécifique de celle-ci; mais il n'est pas moins évident que cet argument

n'a pas de valeur absolue, et qu'il ne doit pas faire négliger la recherche des autres facteurs étiologiques. Nonne déclare que l'erreur qui consiste à proclamer syphilitique une affection cérébrale étrangère à la syphilis est bien plus souvent commise par les médecins que l'erreur inverse. Ainsi un syphilitique peut être atteint de méningite tuberculeuse; un individu atteint de sténose mitrale peut contracter la syphilis, et faire ultérieurement une hémiplegie par embolie d'origine cardiaque.

Des manifestations multiples que nous venons de passer en revue, il n'est pas une seule qui soit pathognomonique de la syphilis. Ayant indiqué à propos de chacune d'elles les particularités dignes d'être relevées en vue du diagnostic, nous résumerons seulement ici les considérations générales qui doivent guider le clinicien.

1° *Importance de la période prodromique.* — Rappelons seulement que la céphalée avec ses caractères très spéciaux, figure parmi les antécédents, dans plus des trois quarts des cas.

2° *Signification de quelques symptômes particuliers.* — Ceux-ci se rattachent aux localisations habituelles des lésions syphilitiques du côté de la base du cerveau; ce sont les *paralysies des nerfs crâniens*, et tout particulièrement des nerfs moteurs de l'œil.

3° *Manifestations en rapport avec la forme disséminée des lésions syphilitiques.* — Nous avons eu maintes fois l'occasion de signaler certaines associations symptomatiques qui à elles seules déjà sont de nature à faire soupçonner la syphilis : telles l'épilepsie partielle et les troubles oculaires; les paralysies des yeux combinées aux troubles mentaux, à l'hémiplegie, aux paralysies partielles des membres; la coexistence d'une affection médullaire.

4° *Évolution de la maladie.* — D'une façon générale la syphilis cérébrale n'a pas l'évolution fatalement progressive qui appartient à un grand nombre de processus différents (tuberculose, tumeurs malignes, paralysie générale). Elle est essentiellement une maladie à *épisodes*, à *poussées*, entre lesquelles on peut observer des intervalles de répit complet. Cette remarque s'applique tout particulièrement aux néoplasies méningées.

5° *L'épreuve thérapeutique* enfin peut être d'un grand secours; mais, pour qu'on soit en droit de lui reconnaître quelque valeur, il faut que les résultats favorables en apparaissent bien clairement; en outre l'on ne saurait trop répéter que les diagnostics de syphilis cérébrale, qui sont *exclusivement* fondés sur elle, ne doivent être, en règle générale, acceptés qu'avec réserve.

6° Rappelons enfin que *l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien*, pratiqué suivant la méthode de Widal et Ravaut, est appelé ici à rendre de grands services. La présence exclusive de lymphocytes en abondance paraît être un fait habituel dans la syphilis cérébrale. Cette lymphocytose, si elle n'est point pathognomonique de la syphilis, n'en constitue pas moins un argument sérieux en faveur de la nature syphilitique d'une affection cérébrale dont le diagnostic est douteux. Ceci s'applique en particulier à l'hémiplegie. On sait combien souvent l'hémiplegie syphilitique ne se différencie par aucun caractère objectif des autres paralysies du même genre; or Widal et Lemierre⁽¹⁾ ont montré que la lymphocytose céphalo-rachidienne était presque constante dans l'hémiplegie syphilitique, alors qu'elle faisait défaut dans les autres.

(1) WIDAL et LEMIERRE. *Soc. méd. des hôp.*, 15 mai 1905.