

peuvent reparaître et s'exalter dans la suite; d'autres fois ils restent abolis jusqu'à la fin, et les muscles présentent à la palpation une flaccidité complète.

D'une façon constante *la vessie et le rectum sont paralysés*. L'inertie vésicale donne lieu à la rétention ou à la fausse incontinence avec miction par regorgement; et le cathétérisme, souvent nécessaire, est une source d'accidents infectieux redoutables, qui peuvent être provoqués ici avec la plus grande facilité. Mais ce qui donne avant tout à cette variété de paralysie syphilitique un caractère de haute gravité, c'est l'apparition précoce de vastes *escarres de décubitus*, occupant non seulement la région du sacrum, mais les fesses, les trochanters, les talons, les genoux, etc.

Avec la chute des escarres se produisent de vastes décollements, des suppurations interminables, qui sont encore une menace permanente d'infection purulente. La couche thermique marque alors les grandes oscillations de la pyohémie; la langue se sèche, les fonctions digestives sont atteintes, une diarrhée incoercible se déclare, on constate des signes de broncho-pneumonie, et le malade finit par succomber dans le marasme.

La mort survient en moyenne dans l'espace de quatre à huit semaines, quelquefois beaucoup plus tôt (huit jours, Déjerine; trois jours, Sottas).

La terminaison fatale peut se produire par un mécanisme différent. Nous avons observé un cas dans lequel la *mort subite* eut lieu au bout de quelques jours, en l'absence d'accidents septicémiques: l'autopsie n'en donna d'autre explication satisfaisante que la présence de lésions vasculaires importantes dans la région bulbaire. Sottas a fait la même constatation à l'autopsie d'un sujet qui succomba dans le coma 60 heures après le début de la paraplégie. On peut admettre que l'*ischémie bulbaire* a eu ici au moins une part dans le mécanisme de la mort.

Dans quelques cas heureux, mais bien rares, la terminaison fatale peut être évitée: on obtient la cicatrisation des escarres à force de soins antiseptiques; la désinfection des voies urinaires est favorisée par des lavages vésicaux: on voit alors les accidents septiques généraux s'amender. La paraplégie peut passer à l'état chronique, et évoluer comme les précédentes. On a même signalé la guérison complète, contre toute attente, de semblables paraplégies, en dépit des troubles trophiques les plus menaçants. Malgré la grande rareté du succès thérapeutique on doit donc intervenir d'une façon énergique, tant par la médication spécifique que par les soins extrinsèques que réclame l'état du sujet.

VARIÉTÉS CLINIQUES

Le tableau clinique est assez uniforme dans la paraplégie spasmodique d'Erb et dans les grandes paraplégies à marche rapide. Il peut être beaucoup plus varié dans la myélite transverse chronique: suivant le siège en hauteur, suivant la plus ou moins grande extension des lésions — suivant que la méningo-myélite existe seule ou est associée à des troubles cérébraux, — suivant enfin que la lésion consiste en infiltration diffuse de la moelle ou en tumeur gommeuse exerçant une compression à sa surface. Nous décrirons des formes *spinales* et *cérébro-spinales*.

Formes spinales. Syndrome de Brown-Séguar. — Lorsque la lésion est limitée rigoureusement à une moitié de la moelle, on constate dans toute sa

pureté le *syndrome de Brown-Séguar* (hémiparaplégie et hémianesthésie croisée). Nous avons dit que ce syndrome à l'état d'ébauche était pour ainsi dire de règle dans la myélite transverse syphilitique. Les observations où il s'est montré au grand complet sont assez rares, et on peut les compter. Le cas de Charcot et Gombault en est un exemple très net; depuis, Armstrong, Brissaud, Piatot et Cestan, Brousse et Delteil⁽¹⁾ en ont fait connaître d'autres. Ainsi que l'a fait observer Brissaud, dans les faits de ce genre, l'anesthésie qui intéresse le membre non paralysé porte sur les sensibilités douloureuse et thermique, mais respecte la sensibilité tactile: il y a là une dissociation de tout point semblable à celle qui caractérise la syringomyélie. Elle paraît bien faire partie intégrante du syndrome de Brown-Séguar, mais n'est nullement spéciale à la syphilis.

Dans un cas déjà signalé de Hanot et Meunier, et dans un autre de Brissaud, le tableau clinique a pu être interprété comme syndrome de Brown-Séguar bilatéral: l'autopsie, dans le premier, fit découvrir deux gommages intra-spinaux occupant symétriquement la région dorsale supérieure. Le fait de Charcot et Gombault peut être rapporté aussi à une gomme spinale cicatrisée. Toutefois il ne faudrait pas croire que le syndrome de Brown-Séguar fût toujours en rapport avec la présence d'une tumeur gommeuse dans la moelle: témoin le fait de Piatot et Cestan, dans lequel la lésion consistait en un foyer de méningomyélite.

Plus rarement encore ce syndrome doit-il être la conséquence d'une compression médullaire par une gomme méningée: car nous avons vu combien cette lésion était exceptionnelle. Toutefois lorsqu'il existe des symptômes de compression extrinsèque et notamment de lésion radulaire aussi nets que dans le cas de Scherb⁽²⁾, ce diagnostic peut être admis avec quelque vraisemblance. Il s'agit d'un syphilitique qui, six ans après le chancre, eut une paralysie du membre inférieur gauche, avec thermo-anesthésie droite remontant jusqu'au mamelon; il présentait en outre un rétrécissement de la pupille gauche et une amyotrophie des muscles intrinsèques de la main gauche. L'auteur admet avec beaucoup de vraisemblance une lésion de la partie antéro-latérale gauche de la moelle, au niveau de la première racine dorsale.

Variétés lombaire, cervicale. — Le niveau du foyer malade est la plupart du temps dorsal ou dorso-lombaire, avons-nous dit. Parfois il occupe le renflement *lombaire* ou la région *lombo-sacrée*; auquel cas la paralysie reste flasque, les muscles s'atrophient vite et les troubles trophiques sont très marqués. Lorsque la région *cervicale* est envahie, on observe la paralysie des quatre membres (Weidner, Büttersack, Hoppe), des douleurs cervicales, scapulaires; une anesthésie remontant jusqu'à la partie supérieure du thorax. La mort peut résulter de la paralysie du diaphragme. On peut ici aussi observer le syndrome de Brown-Séguar, sous forme d'*hémiparaplégie spinale*. Nous en avons rapporté un exemple dans notre thèse.

Formes amyotrophiques. — Certaines amyotrophies d'origine spinale ont pu être regardées comme une conséquence directe de la syphilis. Il s'agit ici, non d'amyotrophies venant compliquer les paralysies spécifiques, mais d'atrophies

⁽¹⁾ CHARCOT et GOMBAULT. *Arch. de physiol.*, 1875. — ARMSTRONG. *Medical Record*, 1892. — BRISSAUD. *Leçons sur les mal. nerv.*, 1895. — PIATOT et CESTAN. *Ann. de dermatol. et de syph.*, p. 715, 1897. — BROUSSE et ARDIN-DELTEIL. Congrès de médecine. Montpellier, 1898.
⁽²⁾ SCHERB. *Revue neurol.*, 1899, p. 646.

musculaires primitives évoluant d'une façon analogue aux *poliomyélites*. Déjerine, Eisenlohr, Lévy⁽¹⁾ en ont fait connaître des exemples. Rumpf a vu une poliomyélite antérieure à marche subaiguë se développer chez un jeune homme atteint de syphilis depuis neuf ans : le traitement spécifique amena une amélioration notable. G. Lion⁽²⁾ a fait connaître un cas d'atrophie musculaire du pied avec production de griffe et pied creux. Nous sommes encore mal fixés sur les lésions qui commandent ces atrophies musculaires. Raymond⁽³⁾ a constaté des lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse intéressant les cornes antérieures, dans un cas qui répondait cliniquement au type Aran-Duchenne. Schmaus a également trouvé, dans un cas d'amyotrophie du membre inférieur, des altérations de nécrose au niveau des cornes antérieures du renflement lombaire.

Formes cérébro-spinales. — Les cas dans lesquels la syphilis localise ses lésions à la fois sur la moelle et sur l'encéphale sont beaucoup plus nombreux que la clinique ne permet de le supposer. On a dit que la syphilis des centres nerveux était presque toujours une maladie *cérébro-spinale* : l'anatomie pathologique montre qu'il peut en être ainsi, alors même que les symptômes observés paraissent se rapporter seulement à une affection du cerveau ou de la moelle.

Les plus fréquents parmi les faits de ce genre sont ceux dans lesquels les accidents cérébraux occupent la scène, et masquent par leur importance les phénomènes médullaires. Ainsi, dans un cas dû à Siemerling⁽⁴⁾, la maladie fut caractérisée par de l'hémiplégie gauche, des attaques convulsives et de l'hémianopsie, en rapport avec des altérations cérébrales très étendues que l'autopsie démontra; seule une parésie du membre inférieur droit pouvait faire soupçonner que la moelle avait été touchée. Or celle-ci était le siège de lésions profondes (infiltrations méningées et vasculaires, foyers gommeux multiples). Dans un autre cas du même auteur, le tableau clinique se résume dans une paraplégie pure à évolution rapide; l'autopsie montre que les artères de la base du cerveau sont altérées. Nous avons rapporté plus haut l'observation de G. Lion qui, à l'autopsie d'un syphilitique mort d'accidents bulbaires rapides, découvrit une gomme de la moelle, qui n'avait donné lieu à aucun symptôme appréciable.

Cliniquement, les formes caractérisées de *syphilis cérébro-spinale* évoluent de façon différente suivant que la moelle et le cerveau sont touchés en même temps, ou au moins dans une même étape de la maladie — ou bien au contraire qu'un plus ou moins long intervalle sépare les deux ordres de manifestations. Les faits de la première catégorie sont de beaucoup les plus communs. Généralement les accidents cérébraux sont les premiers en date. Ils peuvent d'ailleurs être très variés (céphalées, paralysies oculaires, hémiplégies, attaques convulsives, état comateux, etc.). Puis la participation de la moelle se traduit par l'apparition d'une paraplégie, avec paralysie des sphincters par exemple. L'envahissement des centres nerveux a souvent lieu, dans ces cas, suivant une marche descendante. L'anatomie pathologique nous enseigne que le substratum de ce type clinique est le plus souvent la *méningite cérébro-spinale syphilitique*,

(1) DÉJERINE. *Arch. de physiol.*, 1876. — EISENLOHR. *Archiv f. Psych. u. Nerv.*, 1878. — LÉVY. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 18 février 1900.

(2) G. LION. *Soc. méd. des hôp.*, 28 février 1901.

(3) RAYMOND. *Soc. méd. des hôp.*, 5 février 1895.

(4) SIEMERLING. *Arch. f. Psychiatrie*, Bd. XXII, H. 1.

et en particulier la variété qui a son point de départ à la base de l'encéphale.

D'autres fois il s'agit de lésions disséminées comme au hasard sur un grand nombre de points de l'axe nerveux. Témoin le cas rapporté par Gilles de la Tourette et Hudelo⁽¹⁾, dans lequel, un mois après son chancre, le sujet présenta successivement : une paralysie faciale, des céphalées violentes, une hémiplégie puis une paraplégie. Témoin encore celui plus récent de Finkelnburg⁽²⁾ : dans le courant de la première année de l'infection, il y eut deux hémiplégies successives, des céphalées violentes, de l'aphasie; le malade mourut avec des signes de paralysie bulbaire, et l'autopsie montra : des foyers de ramollissement dans le noyau lenticulaire, la protubérance — de la méningite cérébro-spinale — des lésions artérielles et veineuses disséminées à tout le névraxe.

Plus rarement la syphilis atteint la moelle d'abord; puis les accidents cérébraux n'apparaissent que plusieurs mois, plusieurs années plus tard (Charcot et Gombault). Nous avons été témoin nous-même d'une telle succession d'accidents dans un cas. Une femme, syphilitique avérée, eut d'abord une paraplégie qui disparut presque complètement après plusieurs mois : huit ans plus tard, elle eut des accidents encéphaliques de la plus haute gravité (paralysies oculaires, ictus apoplectiformes, troubles mentaux).

Pseudo-tabes syphilitique. — Dans un très petit nombre de cas, la syphilis cérébro-spinale réalise un tableau clinique plus ou moins analogue à celui du *tabes ataxique* : paralysies oculaires, douleurs irradiées, troubles vésicaux, incertitude de la marche. Généralement un examen attentif permet de mettre en lumière certaines particularités qui sont en dehors du tabes. Ainsi, dans une observation due à Fournier et Dieulafoy (*Ann. Dermatol.*, 1890), que les auteurs ont d'ailleurs eu soin d'intituler « accidents cérébro-spinaux de forme tabétique », il est fait mention d'une *parésie graduelle des membres inférieurs*, de douleurs n'offrant pas le type fulgurant : l'abolition du réflexe rotulien et un certain degré d'incoordination dans la marche donnaient à la maladie une fausse apparence de tabes. La même remarque s'applique à une observation semblable de Méplain (*Ann. Dermatol.*, 1885).

L'analogie entre les deux affections s'est montrée parfois beaucoup plus grande. Il a été publié dans ces dernières années en Allemagne quelques faits, dans lesquels le diagnostic de tabes véritable, porté du vivant des malades, a été infirmé par l'examen anatomique, lequel a révélé l'existence de lésions syphilitiques parfaitement caractérisées des centres nerveux (Oppenheim, Eisenlohr, Brasch, Ewald, Valentin⁽³⁾). Le tableau clinique n'a pas toujours été d'ailleurs sans offrir quelques anomalies, de nature à faire naître des doutes au sujet du diagnostic porté. Dans l'observation de Brasch, le malade présente des troubles mentaux; dans celle d'Oppenheim, le traitement spécifique amène une amélioration considérable, et l'abolition des réflexes du genou fait place dans les derniers temps de la vie à une exagération considérable avec démarche spasmodique et trépidation épileptoïde du pied. Gajkiewicz a fait connaître une observation semblable.

(1) GILLES DE LA TOURETTE et HUDELO. *Annales de dermatol. et de syphiligr.*, n° 6, juin 1892.

(2) FINKELNBURG. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd. XIX, 4 avril 1901, p. 257.

(3) OPPENHEIM. *Berl. klin. Woch.*, 1888. — BRASCH. *Neurolog. Centralbl.*, 1891. — EWALD. *Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 12. — VALENTIN. *Neurol. Centralbl.*, 1899, p. 45, 46.

Parmi les autres affections cérébro-spinales dont le tableau clinique peut être réalisé plus ou moins complètement par la syphilis des centres nerveux, citons encore la *sclérose latérale amyotrophique* et la *sclérose en plaques*. Pour la première, nous ne connaissons à cet égard que l'observation de Ballet⁽¹⁾. L'origine spécifique de la maladie fut corroborée par les résultats favorables du traitement antisiphilitique, argument d'une grande valeur, il faut en convenir, en pareil cas. Encore ce fait ressortirait-il à la syphilis cérébrale, car l'auteur conclut à une affection pseudo-bulbaire.

Le tremblement intentionnel, le nystagmus, rencontré chez quelques syphilitiques, a pu donner le change pour la *sclérose en plaques* (Mendel, Schuster). Le plus souvent, le tableau clinique ne présente que des analogies assez secondaires avec cette affection (Buchholz)⁽²⁾. Pourtant Orłowski⁽³⁾ a rapporté en détail l'observation d'une femme syphilitique, qui présenta, au moins pendant un certain temps, une sclérose en plaques typique; des troubles bulbaires se produisirent, qui cédèrent au traitement; puis la malade succomba avec une paraplégie absolue accompagnée d'anesthésie et de paralysie des sphincters. L'autopsie montra la présence dans les centres nerveux de plaques multiples de sclérose, différentes de la sclérose syphilitique habituelle, et l'absence de dégénération secondaire. En l'attente de nouvelles observations, on peut se demander ici s'il n'y a pas eu simple coïncidence de l'infection syphilitique et d'une sclérose en plaques banale; car jusqu'ici il paraît admis que la syphilis ne joue aucun rôle dans cette dernière affection (Nonne). D'ailleurs Thomas et Long⁽⁴⁾ n'ont-ils pas montré que les deux formes de sclérose pouvaient coexister dans un même cas, chacune avec ses caractères propres?

Quant aux faits publiés par Bechterew⁽⁵⁾ et Mark⁽⁶⁾ sous le nom de *sclérose cérébro-spinale syphilitique* disséminée, ils se rapportent à des lésions syphilitiques communes et n'ont rien à voir au point de vue clinique avec la sclérose en plaques.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Pronostic. — Il n'est certainement pas moins sombre pour les accidents médullaires que pour les complications cérébrales de la syphilis. La nature des lésions étant la même dans les deux cas, on peut même prévoir qu'elles doivent avoir des conséquences plus graves encore pour la moelle que pour le cerveau, étant donnés : le petit calibre de l'organe, l'importance de tous ses départements, l'absence de région indifférente, enfin la dépendance étroite de ses vaisseaux nourriciers et des méninges internes. Ici, pas de méningite sans altération concomitante des artères et des veines spinales : c'est là une règle presque absolue. Aussi des lésions nécrotiques irrémédiables accompagnent-elles presque fatalement au bout de peu de temps les processus les plus superficiels.

(1) BALLET. *Sem. méd.*, 21 novembre 1894.

(2) BUCHHOLZ. *Archiv f. Psych. u. Nervenkr.*, Bd. 52, 1899.

(3) ORŁOWSKI. *Soc. de neurol. et de psychiatrie de Moscou*, 24 janvier 1897.

(4) THOMAS et LONG. *Soc. de biol.*, 7 octobre 1899.

(5) BECHTEREW. *Arch. f. Psychiatrie*. Bd. XXVIII, Hft. 5, 1896.

(6) MARK. *Rev. Neurol.* 1897, p. 556.

Les statistiques, dans leur ensemble, confirment ce que l'anatomie pathologique permet de prévoir à cet égard. La plupart indiquent une proportion de mortalité au moins égale, sinon supérieure à celle de la syphilis cérébrale; et une proportion de guérisons beaucoup plus restreinte que dans celle-ci. Gilbert et Lion indiquent une mortalité de 50 pour 100 contre 27 guérisons; Kuh donne un chiffre de plus de moitié moins élevé, aussi bien pour la mortalité que pour les guérisons; Sottas, sur 25 cas, observe 9 morts et 1 guérison.

Il est vrai de dire que toutes ces statistiques ne sont pas comparables entre elles. Kuh, par exemple, a surtout eu en vue la variété d'Erb, bénigne *quoad vitam*, mais rebelle entre toutes au traitement. Sottas a étudié des formes graves. Il semble qu'on pourrait, dès à présent, établir, au point de vue pronostic, les distinctions suivantes : bénignité des formes méningitiques pures, surtout des formes précoces lorsqu'elles sont traitées énergiquement dès le début — incurabilité fréquente des paralysies spinales chroniques ou subaiguës — gravité redoutable des grandes paraplégies accompagnées d'anesthésie complète, de relâchement des sphincters et d'escarres.

Diagnostic. — Les complications médullaires de la syphilis présentent-elles des caractères assez spéciaux pour qu'on puisse, en dehors de tout renseignement étiologique, les différencier des autres affections de la moelle? On ne saurait le prétendre, au moins pour la plupart d'entre elles. La moelle réagit d'une façon identique à un grand nombre de processus différents. Nul doute, d'ailleurs, que d'autres maladies chroniques que la syphilis n'y engendrent des lésions par un mécanisme fort semblable à celle-ci. Toutefois, quelques considérations générales applicables à la plupart des myélites spécifiques peuvent aider au diagnostic.

Dans un certain nombre de cas, les manifestations spinales sont précédées d'une phase de *méningite* assez typique; quelquefois cette phase est cérébro-spinale, et se caractérise par des céphalées, des paralysies oculaires et de la *rachialgie*. L'apyrexie est de règle. On se gardera bien de confondre, au grand préjudice des malades, ces manifestations d'une affection spinale commençante avec un simple lumbago, un rhumatisme vertébral, un torticolis. On attachera une grande valeur au caractère *nocturne* de la rachialgie dans certains cas.

Les paralysies spinales une fois établies, le diagnostic peut rester bien souvent en suspens lorsque les renseignements touchant la syphilis manquent; et l'on peut se demander si l'on n'est pas en présence d'une tout autre affection de la moelle.

La *myélite transverse* peut être réalisée, non seulement par la syphilis mais par la tuberculose, la blennorragie, et d'autres infections certainement encore que nous ignorons. Nous ne connaissons pas de signe différentiel ayant une valeur décisive, entre ces différentes myélites. L'action du traitement n'est qu'un moyen de diagnostic infidèle, car la myélite transverse syphilitique lui résiste souvent. La coexistence de symptômes du côté de l'encéphale et, en particulier, des nerfs crâniens, est un argument en faveur de la syphilis. Nous en dirons autant des anomalies pupillaires et, en particulier, du signe d'Argyll Robertson dont la présence à elle seule devrait faire songer à la syphilis (Babinski). Enfin Widal a montré que la présence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien était habituelle au cours de la méningo-myélite