

à 12 ans dans un de Bury (*Brain*, 1885), à 26 ans dans l'observation de Ganzinotty et Étienne<sup>(1)</sup>, à 55 ans dans celle de Ljunggren<sup>(2)</sup>.

Le pronostic est plus grave encore que celui de la syphilis cérébrale de l'adulte, non seulement du fait des perturbations apportées par la maladie au développement du cerveau, mais en raison même de la multiplicité des localisations qui paraît caractériser la forme héréditaire.

**Moelle épinière.** — Jusqu'à ces dernières années, les documents sur cette question étaient fort peu nombreux. Gasne<sup>(3)</sup> en a fait une étude complète et a montré qu'en réalité, les lésions spinales de l'héredo-syphilis étaient très communes : il faut, pour s'en convaincre, examiner les moelles des fœtus issus de mères syphilitiques. Nous connaissons aussi actuellement des faits incontestables de syphilis héréditaire tardive (Fournier, Gilles de la Tourette et Durante).

Le point de départ des altérations spinales peut être dans le squelette rachidien. C'est ainsi que Fournier rapporte un cas de paraplégie chez un enfant héredo-syphilitique, due à une exostose vertébrale. Laschekewitz a observé, dans les mêmes conditions, une paralysie des quatre membres, due à une exostose de la 2<sup>e</sup> cervicale. On a rencontré la *gomme* méningée (Bartels); la *pachyméningite* a été notée par Jürgens chez un enfant de deux ans; par Gasne, chez deux fœtus. Dans deux cas de syphilis héréditaire tardive (8 ans, 12 ans), Siemerling et Böttinger constatent une méningo-myélite embryonnaire diffuse; Gasne fait la même observation chez six fœtus issus de mère syphilitique. La lésion est en tout point comparable à celle qu'on décrit chez l'adulte; les vaisseaux, artères et veines, sont intéressés d'une façon prédominante dans certains cas (Marfan, Gasne et Philippe). On ne trouve parfois, dans la moelle des nouveau-nés héredo-syphilitiques, qu'une congestion vasculaire intense (Gasne) analogue à celle qui a été signalée dans d'autres organes (Hudelo). Rappelons enfin le cas de Potain, qui se rapporte à un enfant né avant terme : la moelle était transformée en un cordon fibreux homogène, dans lequel Cornil ne put trouver trace, au microscope, de fibres ou de cellules nerveuses.

Cliniquement, la maladie évolue le plus souvent comme une affection cérébro-spinale. Sauf dans la syphilis héréditaire tardive, il est rare que les troubles observés soient exclusivement spinaux. Ainsi dans les observations de Siemerling, de Böttinger, les symptômes cérébraux (troubles intellectuels, accès d'épilepsie, paralysies des membres avec contractures) occupent si bien la scène que la lésion médullaire est une découverte d'autopsie. D'autres fois le tableau est analogue à celui de la méningite cérébro-spinale de l'adulte : céphalée, paralysies des nerfs crâniens, douleurs irradiées, rigidité de la nuque, paralysies spasmodiques des membres.

Enfin la syphilis héréditaire peut produire des paraplégies chroniques semblables à celles que nous avons décrites chez l'adulte : elles peuvent durer de longues années. Gilles de la Tourette et Durante en ont rapporté un cas chez un homme de 50 ans. L'affection remontait à l'enfance : une aggravation se produisit tout à coup, et le malade succomba. L'autopsie montra un foyer de myélite ancienne à la région dorsale supérieure, et des dégénérescences secondaires, suivant le mode habituel aux lésions transverses.

(1) GANZINOTTY et ÉTIENNE. *Gaz. heb.*, 1<sup>er</sup> septembre 1894.

(2) LJUNGGREN. *Ann. f. Dermatol. u. Syph.*, 1871.

(3) GASNE. *Localisations spinales de la syphilis héréditaire*. Thèse de Paris, 1897.

## TRAITEMENT

Les complications nerveuses de la vérole exigent entre toutes un traitement *intensif et précoce*. Les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'on intervient plus tôt. C'est ainsi que les accidents prémonitoires, les céphalées, les phénomènes méningitiques cèdent au traitement dans la grande majorité des cas, tandis que les symptômes ultérieurs, en relation avec la désorganisation plus ou moins profonde du tissu nerveux, sont beaucoup plus rebelles et parfois même ne sont nullement influencés.

En ce qui concerne la syphilis cérébrale confirmée, l'action de la thérapeutique se montre plus favorable, toutes choses égales d'ailleurs, dans l'épilepsie symptomatique, les paralysies isolées des nerfs crâniens; tandis qu'elle est beaucoup moins certaine dans les formes mentales, dans les hémiplegies d'origine vasculaire.

Au cas de lésion gommeuse corticale bien délimitée, si la thérapeutique médicale a complètement échoué, la question de l'intervention chirurgicale pourra se poser. Chez un malade observé par Friedländer et Schlesinger<sup>(1)</sup>, elle fut suivie de succès dans ces conditions. Dans un cas de Gajkiewicz<sup>(2)</sup> l'amélioration ne fut pas immédiate, mais la guérison put être achevée ensuite par le traitement spécifique. Il va de soi qu'avant de décider la trépanation, on devra préciser le diagnostic par tous les moyens possibles, sans excepter la radiographie, puisqu'elle paraît pouvoir donner des renseignements précieux dans les tumeurs cérébrales.

D'une façon générale, les lésions médullaires paraissent beaucoup moins accessibles au traitement antisyphilitique que celles qui atteignent le cerveau. En particulier, les paraplégies à développement rapide, accompagnées d'escarres de décubitus, résistent souvent à la médication la plus énergique. Le pronostic des méningites spinales est beaucoup plus favorable à cet égard.

On doit avoir recours au *traitement mixte*. Fournier donne la préférence au mode d'administration suivant : l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose moyenne de 5 grammes; le mercure en frictions de 5 à 10 grammes par jour, en augmentant progressivement. Ce traitement doit être continué longtemps; il ne doit même pas être abandonné définitivement lorsque la guérison a été obtenue. On aura soin de ménager des intervalles de repos et d'alterner les deux médications antisyphilitiques.

Depuis quelques années, on tend à donner la préférence aux injections sous-cutanées de préparations mercurielles, qui permettent de doser rigoureusement la quantité de mercure introduite dans l'organisme : huile grise, calomel en suspension dans l'huile, préparations solubles. Abadie a vanté les injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Nous n'avons pas ici à insister sur la technique de ces méthodes et sur la discussion de leurs avantages respectifs. La syphilis des centres nerveux réclame le traitement des syphilis malignes les plus sévères; mais elle ne comporte à cet égard aucune indication spéciale; et c'est pour mémoire seulement que nous signalerons ici les tentatives d'intro-

(1) FRIEDLÄNDER et SCHLESINGER. Société des médecins de Vienne, 21 janvier 1898.

(2) GAJKIEWICZ. *Gaz. Lekarska*. n<sup>o</sup> 2 et 5, 1895 — in *Rev. Neurologique*, 1896, p. 460.

duction directe des préparations mercurielles solubles au contact des centres nerveux par injection intra-arachnoïdienne. Cette méthode paraît avoir donné des résultats trop peu encourageants, et comporter trop de dangers pour pouvoir encore être conseillée.

Il est rigoureusement indiqué de placer les malades dans les meilleures conditions d'hygiène possible, de les soustraire à toute espèce de préoccupation morale, à tout travail physique ou intellectuel : autant de préceptes qui doivent être observés comme mesures préventives contre les accidents nerveux, par les syphilitiques qui y seraient prédisposés.

FIN DU TOME IX.

Dr. FERNANDO CANTU CARDEAS  
MEXICO, D. T.

## TABLE DES MATIÈRES

du tome IX

### MALADIES DE L'ENCÉPHALE

#### PREMIÈRE PARTIE

#### Maladies de l'hémisphère cérébral

PAR E. BRISSAUD ET A. SOUQUES

CHAPITRE PREMIER. — LOCALISATIONS CÉRÉBRALES . . . . .	1
Topographie des localisations cérébrales . . . . .	44
Syndromes cérébraux . . . . .	44
CHAPITRE II. — APOPLEXIE . . . . .	51
CHAPITRE III. — HÉMIPLÉGIE . . . . .	97
Athétose double . . . . .	105
CHAPITRE IV. — ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE . . . . .	121
CHAPITRE V. — HÉMIANESTHÉSIE . . . . .	154
CHAPITRE VI. — HÉMIANOPIE . . . . .	142
CHAPITRE VII. — APHASIE . . . . .	179
CHAPITRE VIII. — ANÉMIE CÉRÉBRALE . . . . .	184
Congestion cérébrale . . . . .	192
CHAPITRE IX. — RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL. ENCÉPHALOMACIE . . . . .	225
Paralysies pseudo-bulbaires . . . . .	252
CHAPITRE X. — HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE . . . . .	258
CHAPITRE XI. — ENCÉPHALITE AIGÜE ET ABCÈS DU CERVEAU . . . . .	268
CHAPITRE XII. — ENCÉPHALITE CHRONIQUE ET ENCÉPHALOPATHIES ATROPHIQUES DE L'ENFANCE . . . . .	289
Maladie de Little . . . . .	296
CHAPITRE XIII. — IDIOTIE (par le Dr PAUL LONDE) . . . . .	315
CHAPITRE XIV. — TUMEURS CÉRÉBRALES . . . . .	

#### DEUXIÈME PARTIE

#### Maladies du cervelet

PAR LOUIS TOLLEMER

CHAPITRE PREMIER. — PHYSIOLOGIE DU CERVELET . . . . .	547
CHAPITRE II. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU CERVELET . . . . .	560