



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



INFLUENCE DE LA SYPHILIS

SUR LES

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

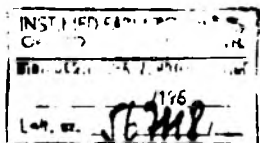
THESE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE MÉDECINE ET DE MÉDECINE LÉGALE)

PAR CHARLES CHAUVET

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien chef de clinique de la Faculté de Lyon,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.



PARIS

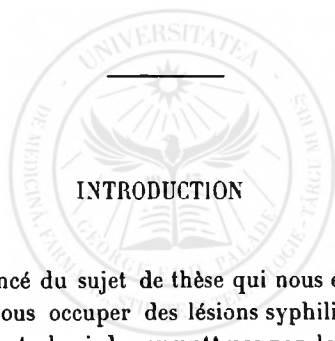
V. ADRIEN DELAHAYE ET C^o, LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1880

INFLUENCE DE LA SYPHILIS

SUR LES

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL



INTRODUCTION

D'après l'énoncé du sujet de thèse qui nous est échu, nous ne devons pas nous occuper des lésions syphilitiques du système nerveux central, ni des symptômes par lesquels elles se révèlent à nous.

Si, en effet, notre étude avait dû porter sur ces faits, le titre de notre travail aurait été : *Influence de la syphilis sur le système nerveux central* ou bien : *De la syphilis du système nerveux central*.

Nous croyons répondre exactement à la question posée en examinant avec soin à propos de chacune des maladies nerveuses connues si la syphilis a sur elle une influence créatrice ou modificatrice.

Comme nous le verrons dans le courant de ce travail, les opinions les plus variées ont été émises au sujet de cette influence.

Un exemple : à côté d'auteurs qui soutiennent que la paralysie générale des aliénés ne peut se développer que chez des sujets syphilitiques, d'autres affirment que la syphilis ne produira jamais la démence paralytique. Nous laissons de côté toutes les opinions intermédiaires à ces deux extrêmes.

Si l'on examine avec soin les faits sur lesquels se basent ces assertions, on voit immédiatement la cause de cette dissidence. Les uns s'appuyent sur des faits cliniques, les autres sur des faits anatomiques et chacun apporte à l'appui de son dire des faits plus ou moins probants.

Cette divergence d'opinions existe pour un assez grand nombre d'affections.

Pour éviter cette contradiction entre les données cliniques et anatomiques, nous aborderons chacun de ces points séparément et nous nous demanderons à propos de chacune des affections que nous aurons à examiner.

1° *La syphilis a-t-elle une influence sur le développement de la lésion qui caractérise la maladie étudiée ?*

2° *La syphilis peut-elle donner lieu à d'autres lésions qui se traduisent cliniquement par un tableau plus ou moins ressemblant à celui de la maladie en question ?*

Les faits que nous possédons ne sont malheureusement pas assez nombreux pour répondre à ces deux questions dans tous les cas, mais au moins pour quelques-unes des maladies les plus connues pourrons nous répondre : la syphilis ne les crée ni ne les modifie, mais elle les *simule*. Nous revenons, mais appuyés sur des faits anatomiques, à cette idée d'Yvaren qui intitulait les observations qu'il rapporte : *Syphilis simulant telle ou telle maladie*.

Nous n'avons pas à faire l'historique de la question qui se confond avec l'histoire de la syphilis nerveuse.

Notre thèse se divise en trois parties : dans la première, nous étudions l'influence de la syphilis sur les maladies du cerveau.

Dans la seconde, l'influence de la syphilis sur les maladies de la moelle.

Dans la troisième, l'influence de la syphilis sur les névroses.

Nous tenons à remercier ici tous ceux qui nous ont aidé dans notre travail.



PREMIÈRE PARTIE

Influence de la syphilis sur les maladies cérébrales

CHAPITRE PREMIER

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA CONGESTION ET L'ANÉMIE CÉRÉBRALES.

Nous ne parlerons pas ici des phénomènes de congestion ou d'anémie limités à une petite partie de l'encéphale. Les congestions qui s'observent au début des phénomènes inflammatoires (encéphalite périgommeuse etc.) ou au pourtour d'un point de ramollissement ne présentent aucun caractère particulier dans les cas de syphilis. Quant aux anémies locales, elles seront étudiées à propos des ramollissements.

M. Fournier décrit sous le nom de congestive une forme de la syphilis cérébrale caractérisée par de la pesanteur de tête, du vertige, des ictus apoplectiques etc. Cette forme aboutirait normalement à des phénomènes de paralysie.

Dans ces cas, s'agit-il vraiment d'une congestion ? Aucune constatation anatomique ne vient permettre de l'affirmer. M. Fournier reste dans le doute, puisqu'il dit : « que cette dénomination de forme congestive soit attaquant au point de vue

anatomique et pathogénique, c'est-à-dire relativement à la nature des lésions et au mécanisme des accidents, je le reconnais et je l'accorde tout le premier. »

On pourrait pousser plus loin le scepticisme et se demander si les phénomènes observés, quelle que soit leur nature, sont sous la dépendance de la syphilis.

Bien que le doute soit permis, nous croyons cependant que le nombre des observations relatives à ce fait, et surtout la marche de ces accidents autorisent à admettre un rapport de cause à effet entre la diathèse et les phénomènes observés.

Ces phénomènes congestifs vont le plus souvent en augmentant d'intensité et aboutissent à des paralysies qui présentent comme distribution, comme marche, les caractères des paralysies dites syphilitiques.

C'est justement sur la marche de ces phénomènes que nous croyons pouvoir nous appuyer pour les attribuer plutôt à l'anémie qu'à la congestion cérébrale. En effet dans les autopsies de ces cas anciens, on trouvera des ramollissements et très rarement des hémorrhagies.

Nous risquerons une hypothèse pour rattacher à la syphilis ces accidents. Ne pourrait-on pas admettre un gonflement des parois artérielles dû à un commencement d'inflammation. Il y aurait ainsi une diminution du calibre du vaisseau, et par suite anémie plus ou moins marquée de l'encéphale. Le calibre se rétrécissant au point de disparaître, il se produirait des ramollissements partiels, des paralysies. Nous le répétons encore, c'est une pure hypothèse.

Nous ne connaissons pas de cas d'état anémique purement syphilitique qui ait donné lieu à des accidents d'anémie cérébrale.

Rappelons enfin ces cas extrêmement rares, signalés par Virchow (1847), Lancereaux (1866), Fournier (1873), où il y eut des phénomènes d'anémie cérébrale dus à l'oblitération ou

à la diminution de calibre d'artères volumineuses (carotide interne, tronc basilaire).

Remarquons, toutefois, que dans ces faits l'anémie n'est pas brusque, mais lente et progressive.

Donc : *Aucun fait ne permet d'affirmer, en se basant sur des considérations anatomiques, que la syphilis ait une influence sur l'anémie ou sur la congestion cérébrale. Cette influence paraît cependant vraisemblable.*

Nous n'avons pas besoin de dire que des cas d'anémie, de congestion cérébrale due à une affection du cœur, des vaisseaux, des poumons peuvent se montrer chez des syphilitiques. Mais dans ces cas le diagnostic est le plus souvent facile.



CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE ET MÉNINGÉE

La syphilis n'est généralement pas indiquée comme cause d'hémorrhagie cérébrale. On peut s'étonner de ce fait, depuis que l'on connaît la fréquence des localisations de la syphilis sur les artères, et les artères cérébrales en particulier.

M. Fournier étudiant les lésions consécutives aux altérations artérielles, après avoir mentionné le ramollissement, dit : « Peut-être bien ces lésions artérielles de la syphilis ont-elles d'autres aboutissants qu'il nous reste à connaître, et que l'avenir nous dévoilera quelque jour. Peut-être bien servent-elles d'origine à des dilatations anévrysmales, à des hémorrhagies cérébrales ou méningées. Quelques faits publiés déjà et quel-

ques observations personnelles semblent déposer en ce sens. Cela, toutefois, n'existe encore dans la science qu'à l'état d'hypothèse. »

Si, en effet, nous dépouillons les observations de syphilis cérébrale, nous ne trouvons pas de fait précis relatif à une hémorrhagie cérébrale, conséquence d'une lésion artérielle. Faut-il croire à l'extrême rareté de ces faits ou à une observation insuffisante? Nous ne saurions nous prononcer.

Par contre, nous possédons quelques faits bien observés de lésions syphilitiques des artères ayant eu comme conséquence une hémorrhagie méningée.

Dans la thèse de Hildenbrand (1) se trouve rapportée une observation de Essmarck et Jessen, relative à une hémorrhagie méningée.

Obs. I. — *Accidents syphilitiques secondaires et tertiaires. — Délire général avec prédominance d'idée de persécution et d'idées ambitieuses. — Accidents de paralysie. Mort.*

Autopsie. — Nous ne mentionnons que les points relatifs au sujet qui nous occupe: Entre le facial et l'acoustique du côté gauche se trouve un grand épanchement sanguin. Les artères basillaires et la cérébrale profonde présentent à leur surface interne de petits dépôts athéromateux. L'artère cérébrale profonde gauche renferme au point même où elle quitte la basilaire un bouchon fibrineux jaune arrondi qui remplit tout le calibre de l'artère et qui adhère fortement à ses parois. Le poumon et le cœur étaient sains. La nature syphilitique de la lésion artérielle paraît probable, mais n'est pas démontrée.

Blachez (2) rapporte un cas d'hémorrhagie méningée consécutive à la rupture de l'artère basilaire.

Obs. II. *Autopsie.* Sinus de la dure-mère gorgés de sang. En soulevant le

(1) Strasbourg, 1859.

(2) Bulletin de la Société anat. 1862.

cerveau on constate que toute la base du crâne est recouverte d'une couche de sang noir et liquide. Ce sang est situé manifestement sous l'arachnoïde entre cette membrane de la pie-mère.... En examinant les vaisseaux cérébraux on constate que l'artère basilaire est renflée à sa partie moyenne et vers sa terminaison et manière à offrir le volume d'une grosse plume d'oie. Les parois sont épaisses et comme infiltrées d'une matière granuleuse blanchâtre, d'aspect fibrineux. Vers sa partie moyenne latérale droite, l'artère offre une petite ouverture à bords irréguliers de 2 à 3 millim. de diamètre, ouverture qui a été constatée avant qu'aucune traction n'ait été exercée sur les vaisseaux. Les tuniques artérielles sauf la solution de continuité paraissent dans leur état normal. La membrane interne lisse, un peu colorée, ne contracte aucune adhérence avec le caillot trouvé à l'intérieur, et s'en sépare très facilement. La membrane externe est seule manifestement épaissie par la matière granuleuse mentionnée plus haut. Pas de trace de foyer hémorragique dans le cerveau.

Dans une observation de Leyden (1), dont l'autopsie fut faite par Neumann, on trouva une infiltration hémorragique de la pie-mère et, dans le pont de Varole dont la substance est altérée en général avec quelques points de ramollissements, on constata quelques petites hémorragies de dimensions microscopiques.

Nous résumerons une observation de M. Brault (2), relative à une hémorragie méningée par lésion artérielle syphilitique.

Obs. III. 29 ans 1/2; entrée à l'hôpital, le 4 novembre 1878.

Le chancre a débuté au mois de mars 1878 et a été suivi de roséole et de syphilides.

A l'entrée du malade on constate une syphilide papulo-squammeuse du tronc et des membres; céphalalgie opiniâtre, tendance aux vertiges, diminution de la mémoire. Gastralgie, amaigrissement. Traitement

(1) Berliner. Klin. Wochenschrift, 1867, n° 9.

(2) Progrès médical, 1872.

mixte. Amélioration des accidents locaux, mais maigreux, céphalalgie, gastralgie. La veille de son départ il meurt subitement.

Autopsie. — Vaste hémorragie méningée de la base occupant toute la partie médiane protubérantielle se prolongeant en haut dans la scissure de Sylvius, de chaque côté, et dans le quatrième ventricule, en bas dans le canal rachidien. Il est impossible de trouver la rupture artérielle. La carotide interne gauche non loin de la bifurcation est le siège d'un épaissement très considérable d'aspect puriforme, de la grosseur d'un pois. Noyau beaucoup moins accusé sur la carotide interne droite. Rien sur le tronc basilaire ni les sylviennes. En deçà de l'épaississement précédemment indiqué, amincissement des parois qui étaient déchiquetées. Nous ne pouvons affirmer que c'est là qu'a eu lieu la rupture.

Examen histologique. — 1° à un faible grossissement, épaissement des parois, et, faisant saillie dans la lumière du vaisseau, un gros bourgeon implanté sur un point de la circonférence de l'endartère.

2° Infiltration des tuniques artérielles par un grand nombre de cellules embryonnaires. Ces cellules étaient très régulièrement disposées, la membrane élastique interne était très nette.

Obs. IV (due à l'obligeance de M. Lancereaux). — *Artérite syphilitique de la sylvienne gauche ayant déterminé une hémiplegie droite en 1876. — Artérite de la sylvienne droite avec anévrysmes et rupture en 1877. — Hémorragie méningée consécutive, contracture, paralysie. — Mort.*

Femme B..., âgée de 44 ans, est une femme petite, trapue, des mieux constituées. Toujours bien portante jusqu'en 1852, époque de son mariage (elle avait alors 20 ans). Elle fut atteinte cette année là d'un mal de gorge qui dura pendant plusieurs mois, et en même temps d'une éruption cutanée; elle conserva longtemps de l'enrouement. La première année de son mariage, elle fit une première fausse couche à trois mois, la deuxième année elle en fit une seconde à 6 mois, et la troisième année une autre à sept mois. Après quatre années de mariage, elle mit au monde une petite fille qui vécut deux mois et mourut ayant une éruption sur la peau. Au bout de six ans elle eut une seconde fille qui présenta durant les premiers mois de son existence plusieurs éruptions cutanées, une entre autres qui resta localisée au talon pendant plus d'une année. Cette fille est aujourd'hui mariée et bien portante. Plus tard, notre malade eut encore deux enfants qui vécurent l'un quelques jours seulement, l'autre deux mois. D'ailleurs elle conserva une bonne santé ou du moins ne s'aperçut d'aucun désordre sérieux. Elle se portait bien et commençait à prendre de l'embonpoint lorsque, en mars 1876, sur-

vinrent des étourdissements, des vertiges, de la céphalée. Ces accidents d'abord intermittents se manifestèrent avec plus d'intensité pendant environ trois jours, après quoi la malade présenta dans le bras droit une paralysie qui ne tarda pas à devenir complète, en même temps que les mouvements se perdaient dans les muscles de la face et de la jambe du même côté, en sorte qu'il se produisit une hémiplegie qui ne fut ni subite, ni accompagnée d'attaques apoplectiques, mais seulement de somnolence. La perte de mouvement n'était pas moins complète dans le bras et très prononcée dans la jambe. Appelé dès le début des accidents, je soupçonnai l'existence d'une altération syphilitique, et comme je portais un grand intérêt à cette malade, je la soumis à un traitement que je considère comme énergique et en même temps efficace : je prescrivis de prendre chaque jour 0,20 centigr. de calomel en dix doses. Après trois jours de l'administration de ce médicament, il survint une stomatite des plus intenses qui força de le cesser ; la malade ayant été alors transportée dans mon service d'hôpital j'ordonnai, en même temps qu'une potion avec du chlorate de potasse à l'intérieur, un julep avec iodure de potassium.

Malgré cette médication, la malade resta somnolente pendant plusieurs jours, se nourrit à peine, puis au bout de quelque temps se remit à manger, mais je dois reconnaître que l'amélioration qui survint plus tard ne fut pas beaucoup plus rapide que dans la plupart des cas d'hémiplegie. La malade sortit après deux mois et demi de séjour à l'hôpital, elle pouvait marcher en traînant la jambe, le bras bien qu'incomplètement paralysé ne pouvait servir.

Cet état auquel s'ajoutait fréquemment de la céphalée et des étourdissements se continua jusqu'au 22 janvier, jour où notre malade fut tout à coup frappée d'apoplexie. Transportée le lendemain dans mon service, elle se trouvait dans un état de profond coma, conservant à droite un certain degré de paralysie et présentant à gauche une hémiplegie très incomplète, accompagnée de raideur et d'un très léger degré d'hyperesthésie du même côté. Les mâchoires étaient contractées, la tête et les yeux n'offraient aucune déviation, les pupilles étaient simplement resserrées, l'intelligence n'était pas absolument abolie, car la malade suivait encore du regard, mais elle se trouvait dans l'impossibilité de parler. Le pouls était fréquent, la respiration embarrassée. Cet état se continua jusqu'au lendemain 24, où la mort survint.

Autopsie. — Le crâne est légèrement sclérosé, la dure-mère intacte, les corpuscules de Pacchioni sont nombreux et les méninges molles, opalines à la convexité des hémisphères. Du sang se trouve épanché en nappe dans toute l'étendue de la scissure de Sylvius du côté droit, entre l'arachnoïde et la pie-mère, principalement le long du tronc et des branches de l'artère sylvienne. Cette hémorrhagie s'étend au pourtour

du chiasma des nerfs optiques jusqu'à la protubérance annulaire. Un liquide sanguinolent existe dans les ventricules latéraux, l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule à la circonférence de cervelet. La corne sphénoïdale ramollie a livré passage au sang qui de la scissure a pénétré jusque dans les ventricules. Le corps strié, la couche optique et le reste de l'hémisphère droit sont intacts.

Le corps strié gauche présente dans sa partie externe un ancien foyer de ramollissement limité par une fausse membrane jaunâtre qui contient un liquide lactescent en petite quantité. A ces foyers se rapporte l'hémiplégie ancienne du côté droit.

Les points de départ de tous ces désordres sont les artères de Sylvius. Ces deux vaisseaux sont effectivement altérés. La sylvienne droite épaissie dans une partie de l'étendue de son tronc principal est sur quelques points amincie, surtout à sa terminaison où existe une dilatation anévrysmatique avec perforation. Plusieurs des branches qui émanent de ce vaisseau ont leurs parois épaissies sur une faible étendue. Deux d'entre elles présentent à leur origine de petites dilatations anévrysmatiques. La tunique interne et la tunique moyenne ont disparu au niveau de ces dilatations. La tunique externe et la couche endothéliale composent toute la paroi, la surface interne du tronc artériel est irrégulière, comme cicatrisée. Quant à l'épaississement de certains points, il porte principalement sur la tunique interne et la tunique moyenne. La tunique externe est vascularisée. Il est composé de petites cellules arrondies, lymphoïdes, au niveau de la tunique externe et de cellules semblables, mais en voie de régression dans le reste de la paroi; les tissus normaux sont comprimés et atrophiés par ces éléments. La sylvienne gauche est rétrécie, mais perméable dans une étendue de 2 centimètres environ au niveau de l'émergence de l'artère choroldienne. Les parois sont en ce point manifestement rétractées; là, sans doute, il y a eu un bouchon qui aura été résorbé; la paroi est constituée par un tissu de cicatrice.

Le cœur est chargé de graisse à sa base, son tissu est coloré, les valvules cardiaques sont intactes, à part quelques petites taches graisseuses sur la mitrale. Les cavités ont leurs dimensions habituelles, l'aorte et les artères qui en émanent, à part les sylviennes, sont normales. Les poumons sont légèrement congestionnés, le foie n'est pas altéré, il en est de même des reins, de l'utérus et des ovaires, le tube digestif est intact.

De l'examen de ces quelques faits, les seules conclusions que nous puissions légitimement tirer sont les suivantes :

Par les altérations artérielles qu'elle produit, la syphilis a une influence non douteuse sur le développement des hémorrhagies méningées. Cette influence est très douteuse et non démontrée, pour ce qui est des hémorrhagies cérébrales.

CHAPITRE III

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

Bien que le ramollissement cérébral ne soit qu'une altération consécutive à une autre maladie, plus ou moins éloignée, nous croyons cependant devoir montrer dans quelles circonstances on observe chez des syphilitiques cette lésion secondaire.

Si les auteurs anciens avaient remarqué la fréquence du ramollissement cérébral chez les syphilitiques, ils en ignoraient complètement le mécanisme.

Les recherches modernes sur la thrombose et l'embolie, et les récents travaux sur les lésions artérielles dans la syphilis, nous permettent de comprendre la pathogénie de ces accidents.

A la suite d'une myocardite gommeuse on peut voir partir du cœur une embolie qui s'arrêtera dans les artères cérébrales. Inutile de dire que ces faits sont excessivement rares.

Comme nous le verrons, la syphilis intéresse souvent les méninges, en amène un épaissement, une sclérose. Cette sclérose comprime les nombreux vaisseaux qui cheminent dans leur épaisseur pour atteindre la pulpe cérébrale, en diminue le calibre, quelquefois jusqu'à sa disparition complète. Ce

mécanisme du ramollissement s'observe fréquemment. Il nous rend compte de la genèse de ces plaques jaunâtres que l'on trouve dans ce cas à la périphérie de l'encéphale.

Enfin on voit souvent des lésions limitées aux artères entraîner une oblitération complète de leur calibre. Suivant le siège de ces altérations et suivant leur importance, le territoire nerveux anémié sera plus ou moins important.

Nous n'avons pas à insister ici sur les caractères cliniques que présenteront ces ramollissements. Le tissu nerveux anémié ne présentera aucune particularité anatomique. Que l'oblitération soit brusque ou lente, le processus nécrobiotique sera le même dans les cas de syphilis que dans les cas d'athérome.

Il est inutile de faire remarquer qu'un sujet syphilitique peut, par suite d'une endocardite ou d'un athérome artériel, présenter des ramollissements qui n'empruntent aucun caractère à la syphilis préexistante.

La syphilis peut donc, par les lésions qu'elle produira dans le système circulatoire, être la cause de ramollissements cérébraux.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA MÉNINGITE CÉRÉBRALE

Nous n'avons pas à décrire ici les diverses formes de méningite (scléreuse, gommeuse) que la syphilis produit en se localisant primitivement sur les méninges.

Nous insisterons un peu plus sur les méningites qui se développent secondairement à une altération de l'encéphale ou des os du crâne.

Ces méningites secondaires sont très fréquentes et ne présentent pas de caractère particulier. Le plus souvent elles évoluent chroniquement sans révéler leur présence. Dans des cas très-rares, on a vu des gommés cérébrales ou méningées dé-

terminer autour d'elles des accidents aigus, voire suraigus, d'encéphalo-méningite. Tel est le cas rapporté par Gamel dans sa thèse (1). Nous résumerons cette observation :

Obs. V. — *Encéphalo-méningite subite. Décès. Gomme cérébrale volumineuse.* — 40 ans, matelot. Entre pour une ulcération syphilitique du pied gauche. Tout faisait présager la guérison de cette ulcération, quand éclatèrent les accidents cérébraux : céphalalgie violente, injection des yeux, larmolement, chaleur vive de la peau, pouls plein et lent, agitation constante. Physionomie hébétée, mouvements convulsifs des globes oculaires et des muscles du membre supérieur, contraction des pupilles, surtout à gauche, et immobilité aux approches de la lumière, grognements sourds, inarticulés; coma profond, anesthésie de la peau, paralysie musculaire générale, stertor et décès, malgré le traitement habituel de la méningite.

A l'autopsie, on découvre un épanchement sanguin peu abondant dans la cavité de l'arachnoïde, à gauche; quelques gouttelettes de pus le long du trajet des vaisseaux, au niveau de la scissure de Sylvius et des branches qui en partent. L'inflammation occupe surtout la face supérieure du lobe frontal droit. Dans ce point, la pie-mère est injectée, rugueuse, opaque, adhérente au cerveau, présentant dans son épaisseur une petite gomme de la grosseur d'une lentille.

Tumeur volumineuse de la dimension d'une noix dans la corne frontale du ventricule latéral droit. Elle déprime fortement le corps strié correspondant. En dehors, elle paraît diffuser dans la substance cérébrale. Le point de départ paraît avoir été sur la paroi du ventricule, ce qui fait qu'on peut l'énucléer à la partie interne. Cette portion est lisse, comme recouverte par l'épithélium de la cavité cérébrale. Au point opposé, la substance nerveuse, envahie et détruite, a permis à la tumeur d'atteindre la pie-mère dont l'intolérance a déterminé les phénomènes aigus qui ont emporté le malade. Cette membrane est seulement enflammée, nullement dégénérée, ce qui permet d'affirmer que sa phlegmasie a suivi de très près l'arrivée jusqu'à elle de la tumeur. Cette tumeur a été examinée, et on a reconnu une gomme. Légère injection de l'encéphale autour d'elle.

Nous croyons en conséquence pouvoir affirmer que :

La syphilis peut se localiser primitivement sur les mé-

(1) Paris, 1875.

ninges. Secondairement aux syphilomes de l'encéphale ou de ses enveloppes, on peut voir se développer une méningite le plus souvent circonscrite et chronique, mais qui peut être générale et aiguë.

Comme conséquence des altérations cérébrales et méningées, on peut voir se développer un hydrocéphale aigu ou chronique. La syphilis congénitale pourra produire cet accident chez les jeunes enfants.

M. Fournier rapporte un cas d'hydrocéphale dû à une gomme cérébrale qui comprimait les veines de Galien.

CHAPITRE V.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR L'ENCÉPHALITE

La syphilis peut produire du côté de l'encéphale une inflammation scléreuse ou gommeuse. Cette dernière porte avec elle le cachet de son origine, la première ne présente pas de lésion caractéristique, mais sa localisation, sa disposition sont tout à fait spéciales. Elle est partielle, circonscrite à une circonvolution par exemple. Quelquefois elle se présente sous forme de petits noyaux multiples disséminés, comme dans l'observation de MM. Charcot et Gombault.

Secondairement aux altérations de l'encéphale ou de ses enveloppes, on peut voir se développer une inflammation qui restera limitée au pourtour de l'épine qui en est la cause occasionnelle, et qui aura ordinairement une marche chronique.

La syphilis peut donc, primitivement ou secondairement, donner lieu à l'apparition d'une encéphalite.

CHAPITRE VI

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS.

Nous ne connaissons pas de fait de syphilis survenue dans le cours d'une paralysie générale.

Nous étudierons dans ce chapitre les questions suivantes :

1° La syphilis peut-elle produire la méningo-péri-encéphalite diffuse?

2° La syphilis peut-elle donner lieu à des lésions qui se traduisent par un ensemble symptomatique se rapprochant plus ou moins de la paralysie générale, et dans ce cas quels sont les caractères qui permettront de reconnaître cette nouvelle forme?

La syphilis peut-elle produire la méningo-péri-encéphalite diffuse?

Si aucun auteur ne pose la question en des termes aussi précis, quelques-uns cependant y répondent comme s'ils prévoyaient que c'est là que se trouve le point intéressant. Ainsi Marcé dit :

« Sans vouloir rejeter d'une manière absolue cette influence étiologique (la syphilis), je crois qu'elle ne doit être admise qu'avec une certaine réserve; dans les cas où la mort a eu lieu et où l'autopsie a démontré le ramollissement de la couche

(1) *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

corticale avec adhérence aux méninges, on ne peut contester l'existence d'une paralysie générale, mais on peut toujours invoquer une simple coïncidence entre les accidents syphilitiques et les symptômes observés. Dans le cas contraire où le traitement antisypilitique a donné une guérison inespérée, je crois que les malades présentaient de l'embarras de la parole, de l'incertitude dans la marche, de l'affaiblissement intellectuel, mais jamais à proprement parler de délire et surtout de délire ambitieux ; en sorte qu'on croirait plus volontiers à une paralysie généralisée causée par des exsudations plastiques d'origine syphilitique, développées à la surface des hémisphères, qu'à une folie paralytique bien réelle. »

Lancereaux (1) affirme que : « La paralysie générale progressive, telle que l'ont décrite les médecins français, n'est jamais, comme l'ont pensé quelques auteurs, un effet de la syphilis, dont le caractère, dans la phase avancée, est de se traduire invariablement par des lésions uniques ou multiples, mais limitées, toujours partielles et peu étendues. A la vérité les désordres symptomatiques de la syphilis cérébrale peuvent offrir une grande ressemblance avec ceux de la paralysie générale ; mais lorsqu'on y regarde de près, on s'aperçoit que cette ressemblance est plus fictive que réelle, et qu'elle tient à la localisation de l'altération sur un centre particulier à la motilité ou à certaines facultés intellectuelles, et non à la lésion de toute la périphérie de l'encéphale. En somme, il existe entre l'encéphalite syphilitique et l'encéphalite de la paralysie générale la différence que nous avons constatée entre la cirrhose de la syphilis et la cirrhose de l'alcoolisme : l'une est générale, tandis que l'autre est toujours partielle ; aussi, peut-on différencier ces affections... »

Dans sa communication à l'Académie de médecine (1877), il

(1) De la syphilis, 1873, p. 368.

revient sur ce point et affirme que la paralysie générale comme plusieurs autres maladies caractérisées par des lésions anatomiques diffuses étendues et lentement progressives, sont absolument indépendantes de la syphilis dont les lésions sont circonscrites, lentement régressives...

Voisin (1) insiste peu sur l'influence de la syphilis sur la paralysie générale. Il ne prononce pas le mot pseudo-paralysie générale, mais il décrit une encéphalopathie syphilitique secondaire ou tertiaire, dont il fait le diagnostic d'avec la paralysie générale. En un mot il ne croit pas que la syphilis puisse donner lieu à une méningo-péri-encéphalite diffuse, mais à une autre lésion qui offrira un ensemble symptomatique se rapprochant de la paralysie générale.

Fournier (2) essaie de jeter un peu de lumière sur cette influence de la syphilis. Pour lui il y aurait des cas de coïncidence non douteux : de la paralysie générale vraie surviendrait chez des sujets syphilitiques ; dans d'autres cas il y aurait une pseudo-paralysie générale offrant quelques variantes symptomatiques et qui anatomiquement ne se distingue de la forme vraie que par les caractères suivants. Dans la forme vraie la substance grise présente la lésion prédominante, elle est altérée dans une grande étendue, profondément désorganisée, infiltrée, ramollie, dissociée, etc. La pie-mère présente un certain degré d'injection, d'hyperémie, d'infiltration, mais rien de plus. Dans la syphilis au contraire le fait majeur prédominant est l'altération des méninges ; il y a une véritable sclérose méningée et relativement l'altération de la substance grise paraît bien moindre, elle n'est affectée que d'une façon plus circonscrite, plus localisée.

Magnan n'admet pas que la syphilis puisse donner lieu à la

(1) Paralysie générale des aliénés, 1879.

(2) La syphilis du cerveau, 1879.

méningo péri-encéphalite diffuse. Les cas donnés comme tels ne sont que de pures coïncidences.

Une série d'autres auteurs ne parlent pas de la lésion trouvée ou probable, ils se bornent à constater des faits. Quelques-uns cherchent à trouver un caractère clinique qui permette de reconnaître une paralysie générale d'origine syphilitique.

Essmarch et Jessen (1) auraient établi, selon M. Hildenbrand, par des considérations statistiques, que la démence paralytique reconnaît pour cause, dans la majorité des cas, la syphilis constitutionnelle.

Suivant Hildenbrand (2), tous ou presque tous les malades entrés à Stephansfeld pour cause de paralysie générale des aliénés, ont des antécédents syphilitiques dûment constatés.

Zambaco (3) se montre réservé et, bien qu'il rapporte quelques observations qui pourraient paraître concluantes, il demande un plus grand nombre de faits avant d'admettre l'existence d'une paralysie générale syphilitique.

Griesinger (4) dit : « Dernièrement on a émis l'idée que tous les cas de paralysie générale des aliénés doivent être attribués à la syphilis ; c'est une hypothèse très invraisemblable. Elle a eu un bon côté, c'est de rappeler cette étiologie. »

Meyer, de Hambourg (5), dit : « Le développement des lésions qui constituent le caractère anatomique de la démence paralytique est dans le plus grand nombre des cas tout à fait indépendant de l'affection syphilitique. »

Pour Coffin (6), la syphilis serait la cause la plus fréquente

(1) Allgem. Zeitsch. für Psychiat., 1857.

(2) Th. Strasbourg, 1859.

(3) Affect. nerv. syph., 1862.

(4) Maladies mentales, 1864.

(5) Annales méd. psych., 1863.

(6) Compte-rendu des travaux de la Société des V^e et XIII^e arrondissements de Paris, 1868, Commun. orale citée par Fournier.

d'un certain ordre de paralysies générales, de celles qu'il appelle précoces, débutant entre 25 et 35 ans.

Kjelberg (1) prétend que la paralysie générale des aliénés ne se développe jamais dans un organisme indemne de syphilis, soit héréditaire, soit acquise.

Mickle (Junius)(2) essaie de différencier la paralysie générale syphilitique de la forme commune. Il insiste surtout sur le peu d'intensité du tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres et sur l'apparition antérieure ou concomitante d'autres symptômes de la syphilis cérébrale.

Pour Cornil (3), « il existe aussi des observations de syphilis cérébrale dans lesquelles les symptômes ont été très voisins de la paralysie générale. »

Foville (4) faisant le diagnostic différentiel de la paralysie générale dit : « Les tumeurs multiples du cerveau, celles surtout de nature syphilitique, peuvent s'accompagner de symptômes musculaires et intellectuels absolument identiques à ceux de la paralysie générale. Plus d'une fois nous avons eu l'occasion d'observer des faits de ce genre et nous voyons qu'il y en a où le diagnostic différentiel n'est pas possible sinon, peut-être, à l'aide de la connaissance des antécédents. L'autopsie seule révèle l'erreur qui a persisté pendant toute la durée de l'affection. »

Il rapporte (5) une observation que nous résumons plus loin et termine en niant l'existence de la pseudo-paralysie générale de M. Fournier. « En effet, dit-il, les symptômes essentiels étant les mêmes, le siège, la nature des lésions présentant la plus grande ressemblance, le diagnostic différentiel entre les deux

(1) *Negra, Fall of paralysis gen. path.*, Upsalua Hospital, 1868.

(2) *Notes in Syphilis in the insane, The British and foreign med. and chir. Review*, avril 1877.

(3) *Leçons sur la syphilis*, 1879.

(4) *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVI, p. 19.

(5) *Ann. méd. psych.*, 1879, t. I.

affections ne peut être fondé que sur des nuances ou des détails secondaires, dont aucun n'a de valeur pathogénomique. »

Chez un syphilitique qui nous présente les symptômes d'une paralysie générale, il y a deux éventualités :

1° Coïncidence d'une syphilis antérieure et d'une paralysie générale ;

2° Une syphilis antérieure donne lieu à des lésions cérébrales se traduisant symptomatiquement par une certaine forme de paralysie générale. Le cas de coïncidence simple étant laissé de côté, la syphilis peut-elle produire dans le cerveau les lésions de la méningopériencéphalite diffuse ? La réponse doit être négative. En effet, quand nous trouverons ces lésions, nous pourrons toujours invoquer une coïncidence. L'étude antérieure de la syphilis viscérale viendra confirmer cette opinion, car elle nous apprend que la vérole ne produit jamais de lésions disséminées.

Les cas de coïncidence signalés plus haut sont-ils assez fréquents pour que l'on pense que la syphilis prédispose à la démence paralytique ? Nous ne le croyons pas, car à des statistiques nous pourrions opposer des statistiques sans rien démontrer.

Disons seulement que la syphilis peut débilitier le sujet, influencer sur son état moral, et par suite agir comme cause prédisposante éloignée.

Remarquons enfin que souvent les syphilitiques ont fait des excès *in Baccho et Venere*, excès qui ont une si grande influence sur l'étiologie de la paralysie générale et, alors nous répondrons à la première question :

La syphilis seule ne peut pas produire la méningopériencéphalite diffuse.

L'observation suivante que nous a communiquée M. Magnan est un exemple frappant où l'on voit l'alcoolisme, les chagrins, la syphilis se réunir pour aboutir à une paralysie générale commune.

Obs. VI — Ledrappier (Virginie), femme Baillon, 53 ans, corsetière.

Depuis 1867 cette femme a éprouvé de violents chagrins ; soumise à de nombreuses privations, elle menait une vie misérable, se disputait fréquemment avec son mari ivrogne qui la maltraitait et qui l'a abandonnée plusieurs fois. Elle s'est mise elle-même à boire, et en 1871 elle est entrée une première fois le 28 août, à la suite d'un accès mélancolique avec troubles de la sensibilité générale et idées hypochondriaques, accès qui a nécessité un séjour de trois mois. Rendue à la liberté, elle s'est trouvée en butte aux mêmes misères ; peu de temps après, elle contracte la syphilis dans le lit conjugal et elle se livre de nouveau à des excès de boissons ; se nourrissant mal, elle se soutient, dit-elle, avec du vin pur et du pain.

Le 31 décembre 1872 elle entre pour la seconde fois au bureau d'admission, en proie au délire alcoolique le plus actif ; elle aperçoit des chats, des rats, des figures effrayantes ; elle entend des cris, des menaces. Elle est affectée d'une iritis de l'œil droit, elle présente encore à la vulve des traces de plaques muqueuses et aux aînes un chapelet polyganglionnaire. Elle est amaigrie, pâle, sub-ictérique et à moitié décalvée. Au délire alcoolique succèdent des idées mélancoliques et hypochondriaques, et ce n'est qu'au bout de deux ans qu'elle peut quitter l'asile améliorée, mais non complètement guérie. Dès cette époque, du reste, les facultés étaient légèrement affaiblies et elle n'avait plus la moindre aptitude au travail.

Elle se montrait bizarre, singulière, parfois excitée, très remuante, faisant de nombreux projets, parlant de fortune, de richesses, elle dépensait en choses inutiles l'argent qu'elle pouvait se procurer. Au commencement de 1879 elle se trouve dans le plus complet dénuement ayant vendu ou perdu ses dernières hardes, elle prend une voiture sans argent ; elle est arrêtée et conduite à l'asile pour la troisième fois.

Elle présente tous les signes de la paralysie générale : les facultés sont affaiblies ; elle offre des alternatives d'excitation avec délire ambitieux et de dépression avec idées hypochondriaques et sensiblerie. Elle se dit très adroite, elle gagne beaucoup d'argent, son mari est capitaine au 1^{er} cuirassier, général, elle est la première magnétiseuse de France ; elle parle ensuite de diamants, de millions, d'empereurs, etc. D'autres fois, elle pleure, prétend ne plus pouvoir parler, ne plus pouvoir avaler, elle a, dit-elle le vagin bouché.

La parole est hésitante, il n'y a plus de paralysies partielles. En proie à un délire ambitieux des plus étendus, elle se montre très agitée dans le courant de juillet ; elle se roule à terre, bouleverse tout autour d'elle, et probablement à la suite d'un traumatisme son oreille gauche devient le siège d'une hématome.

Depuis six mois la maladie suit sa marche progressive sans particularités notables.

Comme traitement : bains sulfureux ; iodure de potassium, alternativement avec arsenic ; toniques.

Abordons maintenant l'étude de la seconde question :

La syphilis peut-elle donner lieu à des lésions qui se traduiront par un ensemble symptomatique se rapprochant plus ou moins de la paralysie générale et dans ce cas quels sont les caractères qui permettent de reconnaître cette nouvelle forme ?

Il n'est pas inutile de rappeler ici que l'on peut voir, la syphilis étant mise à part, des tumeurs ou autres lésions bien circonscrites de l'encéphale se traduire par des symptômes se rapprochant beaucoup de ceux de la paralysie générale.

Nous retrouvons en effet une observation d'Aubanel et Sauze (1) se rapportant à un cas de cancer du cervelet qui simula une paralysie générale ; les auteurs prononcent le mot de pseudo-paralysie générale après avoir montré les analogies et les différences de ces deux affections.

Burlureau (2) dans sa thèse rapporte deux cas de tumeur cérébrale venant irriter les méninges, amenant un épaissement de ces dernières et une fois des adhérences (dans un cas il s'agit de gommès multiples; dans l'autre d'une tumeur sarcomateuse). Ces tumeurs ne présentaient pas les symptômes propres aux néoplasmes cérébraux, mais bien les signes d'une paralysie générale irrégulière. Il ne serait pas étonnant ajoutait-il, de voir des tumeurs cérébrales périphériques amener, si la vie était compatible avec leur existence, de véritables paralysies générales.

(1) Ann. méd. psych., 1858.

(2) Th. Paris, 1874.

Fournier décrit bien les caractères spéciaux que présentera la paralysie générale syphilitique, sa description se rapproche de celle que Voisin donne de l'encéphalopathie syphilitique, mais il n'a pas assez montré que les lésions que l'on trouvait dans ces cas étaient évidemment spécifiques et bien différentes de celles de la forme commune. En voici les caractères différentiels :

1° Mêmes troubles intellectuels (excitation cérébrale avec hébétude, délire, incohérence, etc.), mais pas de troubles délirants particuliers, spéciaux. Il est exceptionnel de noter le délire spécial de vanité ou de grandeur. Wille aurait aussi signalé chez les syphilitiques l'absence habituelle de délire ambitieux.

2° Du côté de la motilité : tremblements moins communs chez les syphilitiques. Fournier n'aurait jamais observé le tremblement de la lèvre supérieure. La forme du tremblement varierait chez les syphilitiques on ne verrait pas ce frémissement fibrillaire si caractéristique de la forme commune.

La syphilis serait encore féconde en troubles moteurs d'ordre paralytique (paralysies ou parésies plus ou moins localisées), dans la folie paralytique, il y aurait plutôt défaut de coordination que manque de force.

3° Au point de vue de la marche, de la durée : dans la syphilis, début fréquent par ictus apoplectique attestant une lésion cérébrale localisée. Dans la paralysie générale, au contraire, troubles intellectuels et moraux ouvrant la scène.

Dans la forme commune évolution progressive régulière, durée variant peu. Chez les syphilitiques au contraire, pas d'évolution définie, marche irrégulière, durée impossible à déterminer.

4° L'état général dans la forme commune est souvent parfait jusqu'à la troisième période ; dans la syphilis au contraire « *syphilitic appearance* » quelque fois même cachexie.

5° Enfin différence notable au point de vue du pronostic, la forme syphilitique pouvant guérir.

Voisin, qui avait inspiré la thèse de Burlureaux citée plus haut, signale aussi dans son Traité de la paralysie générale ces cas douteux où il y a dans la couche corticale du cerveau de nombreuses tumeurs gommeuses ; l'intelligence alors subit une telle déchéance qu'on croirait avoir affaire à cette variété décrite sous le nom de démence paralytique.

Il cite une observation que nous rapportons et conclut que :

1° Les anamnestiques,

2° L'absence de délire et des troubles de la parole propre à la paralysie générale ou leur existence fugace,

3° L'évolution de la maladie,

4° L'influence heureuse et rapide du traitement spécifique, permettent souvent d'établir le diagnostic.

De ces caractères différentiels, les uns ont peu de valeur, d'autres beaucoup plus.

Pour ce qui est du délire en général, et de celui des grands en particulier, on sait qu'il ne se présente pas toujours au début de la paralysie, témoin le fait même que M. Fournier donnait dans ses leçons comme exemple de pseudo-paralysie générale, et qui alors ne présentait pas ce délire, mais qui en fut atteint au plus haut point quelques mois avant sa mort. Voici cette observation :

Obs. VII. — Homme de 40 ans. L'infertion remonte à dix ans. Au début, accès d'épilepsie convulsive avec exostose crânienne guéri par l'iodure de potassium.

Plus tard débute l'affection actuelle : au moment de l'examen, excitation cérébrale incohérente ; le parole est brève, saccadée, entrecoupée (comme dans la paralysie générale). Jamais de délire ambitieux, mais emphase dans les récits de chasse : il ferait bien dix lieues par jour.

On constate (comme dans la paralysie générale) l'absence de tout symptôme paralytique. Santé générale excellente, appétit plutôt exagéré.

Dans les Archives médico-psychologiques, 1879, n° 1, se trouve la fin de l'observation :

Trois mois avant la mort qui eut lieu à la suite d'une attaque épileptiforme, la démence avait fait des progrès très rapides et l'on avait vu se manifester le délire des grandeurs avec tous les caractères qu'il offre dans la paralysie générale commune. Du reste, les lésions du côté du mouvement ne s'étaient point aggravées.

Cette observation a trait à une folie paralytique simple chez un syphilitique. L'observation ultérieure a montré que le délire des grandeurs pouvait apparaître tardivement.

Une autre observation de Dreher, de Trieste, rapportée par Jullien, montre que le délire des grandeurs n'est pas pathognomonique de la paralysie générale vraie.

Obs. VIII — 46 ans. Syphilis à 29 ans. Diminution de la vue, de l'ouïe, du goût. Il a une haute idée de ses facultés intellectuelles, devient irritable. Véritable délire des grandeurs dans toute sa beauté. La marche est titubante ; langue tremblotante ; parole embarrassée.

A l'autopsie, exostose intra-crânienne éburnée, ovale, implantées sur la parue droite du frontal ; épaissement de la dure-mère avec transsudation séreuse dans l'arachnoïde et injection de la pie-mère. Les circonvolutions des hémisphères étaient aplaties et atrophiées.

Parmi les troubles de la motilité se trouve un signe important qui permettra quelquefois de faire un diagnostic exact, nous voulons parler de la fréquence chez les sujets atteints de syphilis cérébrale avec apparence de paralysie générale, de troubles moteurs convulsifs ou paralytiques. On verra dans les quelques cas que nous rapportons, qu'il y a eu ou qu'il y a des paralysies partielles ou non, des accès épileptiques, etc., etc.

La marche, la durée, ne présentent pas toujours des différences qui nous permettent d'en reconnaître l'origine ; de

même pour l'état général. Mais il faut bien reconnaître que la réunion de tous ces signes acquiert une certaine valeur diagnostique.

Pour ce qui est du traitement, nous ferons remarquer que la paralysie générale commune présente quelquefois des rémissions d'une durée telle qu'elles ont pu en imposer pour une guérison véritable. Nous savons aussi que l'iodure de potassium, la médication iodo-bromurée, ont produit des améliorations sensibles dans les cas où la syphilis n'était pas en cause.

Les faits que nous publions viennent confirmer cette nouvelle symptomatologie. Ils nous permettent de répondre à la seconde question et de dire :

La syphilis peut produire dans l'encéphale des lésions variées comme siège, comme étendue (tumeurs, artérites avec ramollissement, etc.), qui dans quelques circonstances pourront se traduire symptomatiquement par une sorte de paralysie générale.

Nous ne dirons pas que nous avons affaire à une paralysie ou à une pseudo-paralysie syphilitique, pas plus que dans le cas rapporté dans la thèse de Burlureau, on aurait dit paralysie générale sarcomateuse ou cancéreuse.

Obs. IX de Meyer, de Hambourg (1). — Syphilis secondaire. Douleurs céphaliques et des os. Mélancolie hypochondriaque. Après trois ans, paralysie générale progressive avec mégalomanie. Attaques apoplectiformes répétées.

A l'autopsie, tumeur gommeuse de la dure-mère intéressant la substance cérébrale et ramollissement secondaire de celle-ci. Pachyméningite interne de la base, ramollissement blanc central.

(1) Ann. méd. psych., 1863.

Obs. X — Zambaco (1). — Syphilis constitutionnelle, 51 ans; père mort d'apoplexie. Chancre en 1830. En 1854, début de la paralysie générale. Pas de délire ambitieux. Hémiplegie gauche avec contracture. Mort. Tumeur de l'encéphale à la région pariétale droite offrant tous les caractères des produits de la syphilis.

M. Fournier nous a fourni une observation due à M. Quinquaud, qui parle dans le même sens :

Obs. XI — Pseudo-paralysie générale des aliénés d'origine syphilitique. — Embarras de la parole avec peu de tremblement de la langue et des lèvres. — Quelques conceptions délirantes orgueilleuses; démence; attaques apoplectiformes survenant longtemps après la paralysie. — Hémiplegie droite. — Légère inégalité pupillaire. — Propos incohérents. — Autopsie. — Gommes sous-péricrâniennes coïncidant avec une tumeur gommeuse de l'artère sylvienne gauche, dont l'oblitération a déterminé une plaque jaune dans la zone psycho-motrice.

La nommée L. C..., âgée de 40 ans, sans profession, entrée le 6 avril 1878 à l'asile de Vaucluse.

Pas de renseignements bien nets sur les antécédents pathologiques de cette malade. A la jambe gauche, cicatrice paraissant syphilitique, périostose légère du tibia.

Au niveau de la suture lambdaïde, tumeur bien circonscrite, demi-molle, du volume d'une grosse noix. Hémiplegie droite complète qui a été précédée d'une phase douloureuse nocturne avec légère excitation maniaque à ce moment.

Troubles psychiques : 1^o fond de démence, la malade pleure sans motif; 2^o quelques conceptions délirantes avec satisfaction de soi-même avec léger délire d'ambition; 3^o paroles incohérentes, embarras de la parole allant jusqu'au bredouillement, contraction irrégulière des lèvres, peu de tremblement de la langue; 4^o perte presque complète de la mémoire.

A partir du 1^{er} octobre, la malade commence à s'affaiblir.

Le 10. On est obligé de la mettre au lit, elle ne peut plus se tenir debout, elle devient gâteuse graduellement : bientôt elle ne peut plus manger seule, l'embarras de la parole est très accusé; il existe aussi un tremblement des lèvres et de tout le corps.

(1) Loc. cit

Le 12. Constipation opiniâtre, rétention d'urine : la malade ne peut plus articuler un seul mot.

Le 13. Eruption ecthymateuse sur les jambes et le tronc.

Le 18. Faiblesse musculaire extrême, fuliginosités sur les lèvres.

Le 20. Mort.

Autopsie trente-tix heures après la mort.

Les os du crâne sont très épaissis (ostéo-sclérose); une tumeur bien circonscrite de la grosseur d'une noix, molle, primitivement développée sous le périoste épicroânien, s'avance à la manière d'un cône dans le tissu osseux, et en détermine l'atrophie progressive à tel point qu'elle fait saillie du côté de la dure-mère crânienne. Sur une coupe à l'œil nu, on voit un tissu grisâtre, rosé, vasculaire, sans suc, assez ferme.

Au microscope, on voit : 1° des cellules embryonnaires rondes à gros noyaux; 2° des cellules petites, ratatinées; 3° des éléments fusiformes disséminés dans une substance fondamentale linement striée. De plus, la tumeur est constituée par 3 zones : 1° une zone centrale en voie de dégénérescence; 2° une zone moyenne constituée par plusieurs noyaux de formation, lesquels sont formés de cellules embryonnaires à leur périphérie, tandis que leur centre est en voie d'atrophie; enfin, une zone tout à fait périphérique où l'on ne voit que du tissu vasculaire qui, d'ailleurs, s'étend beaucoup plus que les agglomérations d'origine tuberculeuse. Dans l'os avoisinant, on rencontre une multiplication avec transformation de cellules adipeuses et de cellules médullaires, en un mot, on constate là une ostéite avec atrophie des trabécules. Nulle part on ne trouve une tendance à la dégénérescence graisseuse ni muqueuse, transformation assez fréquente dans certains fibromes.

Le pie-mère est très épaissie, comme fibreuse et vascularisée. Elle adhère fortement à la couche corticale du cerveau, de telle sorte qu'on enlève des parties de la substance cérébrale en décortiquant la membrane vasculaire qui, enlevée, laisse à nu la substance blanche par places irrégulières. A l'œil nu, on voit les lésions de la méningo-encéphalite diffuse sauf que la pie mère est plus épaissie que dans la paralysie générale vulgaire. Le microscope nous confirme dans cette opinion en nous montrant la sclérose des couches corticales et de la substance blanche avec état villeux très développé des parois internes des ventricules latéraux et du 4° ventricule.

De plus, on remarque une tumeur placée sur le trajet de la sylvienne gauche comme enchâssée dans les parois artérielles. Sur une coupe elle apparaît rosée à la périphérie, extérieure au centre. Le microscope démontre qu'elle est formée de petites cellules pressées les unes contre les autres à la périphérie, que les vaisseaux y sont libres, sans coagulum, tandis que le centre est granuleux; en un mot, cette tumeur et

celle de la voûte crânienne ont les caractères microscopiques des vraies gommés syphilitiques.

De plus, les parois artérielles, à ce niveau, sont ulcérées dans l'étendue de 3 centimètres en avant et de 2 centimètres en arrière de la tumeur. Dans les régions avoisinantes, il y a là une méningite ulcéreuse à son maximum d'intensité.

En ouvrant le vaisseau, on y trouve une thrombose qui l'oblitére, après la naissance des artères des noyaux centraux.

Cette coagulation a produit une plaque jaune qui s'étend dans le tiers moyen du sillon de Rolando, comprenant la circonvolution pariétale et frontale ascendante. Profondément, la plaque atteint la substance blanche sous-jacente.

Obs. XI bis de M. Foville. — 37 ans, lieutenant d'infanterie, arrive à Charenton le 10 juillet 1870 avec un certificat du Dr Colin : paralysie générale. Il y avait hémipléxie gauche, peu marquée à la face. Les membres ont l'attitude que l'on trouve chez des vieux hémiplegiques. Pupille gauche contractée, presque immobile. Pas de modification de la sensibilité.

Le malade est très remuant, parle beaucoup, quelquefois difficulté à trouver le mot.

Le début remonte à six mois par une attaque épileptiforme avec une perte de connaissance qui disparut sans laisser de trace mais fut suivie d'une autre qui laissa l'hémiplegie.

On constate un affaiblissement intellectuel sans véritable délire.

La première attaque aurait été causée par de graves préoccupations.

L'état intellectuel baissa assez rapidement. Le malade volait du vin et des liqueurs, devint inconvenant avec les femmes de son service ou de sa famille. Il voulait faire bâtir une église. (Autrefois il était indifférent sur la religion.)

Quelques jours après son entrée, on constata le délire des grandeurs dans toute sa réalité, l'articulation des mots était embarrassée.

Vers le 15 août, affaiblissement général, véritable démence.

Plus tard, difficulté de la déglutition.

Mort, le 1^{er} novembre.

Autopsie. — Dure-mère intacte. Méninges claires et minces.

La surface des circonvolution est saine si ce n'est dans un point très restreint de la face externe de l'hémisphère gauche.

Altération de toute la partie postérieure de la couche optique droite, consistance plus ferme, forme bosselée, aspect vasculaire.

A gauche, c'est la moitié antérieure seulement qui est altérée. En outre, il existe en bas et en avant de la partie altérée, juste en dehors du chiasma optique, deux noyaux indurés plus résistants que les parties

voisines et faisant une certaine saillie: l'un plus petit, situé en avant de la bandelette optique; l'autre plus considérable en arrière. Ces noyaux sont gros comme une noisette. A l'œil nu, ils ont l'aspect de gommes. Le reste de l'encéphale ne présente rien de particulier.

On sut plus tard que le malade avait eu, en Cochinchine, une syphilis très grave.



DEUXIÈME PARTIE

Influence de la syphilis sur la maladie de la moelle épinière et de ses enveloppes.

Nous diviserons cette étude en deux grands chapitres :
Influence de la syphilis sur les myélites diffuses ou interstitielles.
— Influence de la syphilis sur les myélites parenchymateuses ou systématisées. Nous ne séparerons pas l'étude des méningites spinales de celle des myélites diffuses.

CHAPITRE I.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LES MYÉLITES DIFFUSES, AIGUES, SUBAIGUES ET CHRONIQUES.

Nous ne connaissons que de rares observations relatives à l'influence que la syphilis héréditaire peut avoir sur les maladies de la moelle. Les voici résumées.

Une observation de M. Potain: Il s'agit de deux jumelles nées avant terme, et qui vécurent trois jours. La mère dans un état de chloro-anémie profonde, n'ait tout antécédent syphilitique,

mais se plaignait d'une céphalalgie intense, persistante. Une des jumelles présenta une débilité extrême. On trouva sur cette dernière, outre les lésions spéciales du foie, une diminution du volume de la moelle dans toute sa longueur. Elle était dure, il n'y avait pas de trace de division entre les substances ; elle était tout à fait semblable à un tissu fibreux, sauf la coloration qui était d'un gris rougeâtre. Au microscope on ne trouva pas de cellules nerveuses, ni de tube nerveux distinct. Quant aux méninges rachidiennes, il n'a pas paru qu'elles fussent altérées.

Henoch en 1861 (*Deutsche Klinik* n° 6) présente deux cas de paralysie syphilitique chez des nouveau-nés. Un enfant de 2 mois atteint d'éruption syphilitique, de coryza et d'adénites, présente une paralysie des deux membres supérieurs plus marquée sur les fléchisseurs, il guérit par un traitement spécifique.

Un autre enfant atteint de roséole, de coryza, de rhagades est paralysé des extrémités supérieures ; tous les muscles sont notablement atrophiés. Il guérit par le mercure.

Le *Bulletin de thérapeutique* (T. XXXVI) cite le cas d'un enfant de 10 ans devenu paraplégique avec conservation de la sensibilité de la vessie et du rectum, qui guérit en dix jours par l'iodure de potassium.

Zambaco, dans son Mémoire (p. 207) parle d'un homme de 26 ans qui, à 12 ans, avait eu une ulcération du voile du palais et qui présenta une affection nerveuse caractérisée par des attaques accompagnées de perte de connaissance, et de la paraplégie. Le père, la mère, des sœurs, étaient nettement syphilitiques. Il guérit de la paraplégie par le mercure.

Laskewitch (1) parle d'une fille de 13 ans qui présenta une paralysie incomplète des quatre membres. Il y avait diminution

(1) Wiener Med. Press, juin 1878, p. 795-830.

de la sensibilité; les phénomènes furent attribués à une hyperostose de l'axis. Elle guérit par les spécifiques. Le père et la mère étaient syphilitiques.

Nous ne connaissons pas de fait de syphilis survenant dans le cours d'une myélite.

Il y a accord presque complet des divers auteurs sur les rapports de la syphilis avec les myélites.

Chez les anciens on trouve relatés des faits de paraplégie dépendant de la syphilis; dans la thèse de Ladreit de Lacharrière, (1861) dans les ouvrages de Gros et Lancereaux, Lagneau, Zambaco, sont rapportées les observations connues à cette époque.

De même dans les ouvrages récents, voyons-nous la syphilis entrer comme facteur important dans l'étiologie de la myélite.

M. Vulpian rapproche les myélites aiguës dépendant de la syphilis de celles dues à la variole, la fièvre typhoïde, la diphthérie. La syphilis peut produire deux sortes de lésions médullaires, des gommes, des scléroses dans la période tertiaire, des myélites ou méningo-myélites à marche plus ou moins rapide dans la période secondaire.

Erb (1) parle à plusieurs reprises de l'influence de la syphilis sur les affections médullaires :

« La syphilis peut par ses localisations sur la colonne vertébrale, les méninges et la moelle même, conduire à des troubles spinaux. »

« La syphilis est une cause occasionnelle non douteuse des myélites aiguës. On peut discuter s'il s'agit d'un processus spécifique ou si la syphilis n'agit que comme cause prédisposante éloignée d'une myélite commune. En tout cas, il est certain que chez les syphilitiques, très souvent on voit se développer des myélites à

(1) Ziemssen, Handbuch.

évolution rapide. Nous partageons à ce sujet l'opinion de M. Hayem.»

«La syphilis est une cause certaine de myélites chroniques. Laissant de côté les affections syphilitiques des méninges et de la colonne, les néoplasmes syphilitiques de la moelle, qui indirectement par compression amènent une myélite, on voit si souvent apparaître une myélite subaiguë ou chronique chez des individus autrefois ou même présentement syphilitiques (j'ai vu dans ces deux dernières années, au moins une douzaine de ces cas) qu'il n'y a pas besoin de démontrer un rapport entre ces deux affections. Cependant on ne peut pas encore dire s'il s'agit seulement d'une myélite chez un individu prédisposé par la syphilis aux inflammations chroniques, ou il s'agit d'une myélite syphilitique spécifique. »

Seguin (1) publie quelques cas de paraplégie chez des sujets syphilitiques. Il commence par dire pourquoi il n'intitule pas son étude : paraplégie syphilitique. Voici les raisons qu'il donne : 1° Cette expression n'est pas très scientifique, il ne la tolère que dans les conversations et les conférences cliniques. 2° La relation entre les deux maladies est souvent très incertaine. 3° Les résultats heureux d'une médication spécifique ne suffisent pas pour affirmer la nature de l'affection que l'on traite. 4° Il n'y a pour aucun groupe de symptômes définis qui indiquent que la syphilis a attaqué l'appareil spinal.

Hallopeau (2) dit : « On trouve parmi ces malades (médullaires), une proportion considérable de syphilitiques; à côté des cas où l'affection de la moelle a eu pour point de départ une néoplasie spécifique, il en est d'autres où l'on n'a pu constater à l'autopsie d'autre altération qu'une myélite diffuse plus ou moins étendue. Faut-il considérer alors cette phlegmasie comme

(1) *Archiv. of dermatology*, april 1879.

(2) *Dict. de med. et de chir. prat.*, vol. XXII, p. 260, 1876.

spécifique? La question ne peut être résolue que par de nouvelles observations, mais nous pouvons dès aujourd'hui poser en fait que les myélites chroniques sont fréquentes chez les syphilitiques, même en l'absence de tumeurs spinales.»

Caizergues, dans sa thèse inaugurale sur les myélites syphilitiques, décrit à propos des myélites diffuses aiguës, subaiguës ou chroniques, toutes les variétés que peut faire naître la localisation anatomique. Il essaie de grouper les observations connues de syphilis médullaire autour des formes cliniques de myélites admises aujourd'hui. Dans une thèse plus récente, Julliard ne classe pas ainsi les myélites, mais après avoir constaté la possibilité de coïncidence de myélites communes évoluant chez des syphilitiques, et l'existence de myélites véritablement syphilitiques, il cherche à reconnaître anatomiquement et symptomatiquement ces dernières. Passons en revue les faits les mieux observés, et essayons de répondre à cette question : *La syphilis a-t-elle une influence sur l'étiologie des myélites ?*

Les manifestations de la syphilis peuvent coïncider avec les accidents secondaires, toutefois c'est l'exception, comme Waldemar l'a démontré par sa statistique. Le plus souvent ce sont des accidents de transition et surtout des accidents tertiaires.

Ces accidents apparaissent plutôt dans les formes graves de la vérole, dans les cas où le traitement a été nul ou mal dirigé. Le froid viendrait agir comme cause adjuvante, enfin le sexe féminin jouirait d'une certaine immunité. Julliard base l'étude anatomo-pathologique des myélites syphilitiques sur cinq cas. Les myélites par compression (exostose de la colonne), sont des raretés anatomiques. Quant aux paralysies fonctionnelles que l'on trouverait à la période secondaire, et qui ne sont accompagnées d'aucune lésion, elles sont de plus en plus rares et disparaîtront sans doute bientôt du cadre nosologique. Julliard ne les admet pas. Erb, parlant de la paralysie ascendante aiguë, dit que la syphilis en est une cause douteuse, la syphilis

se traduisant toujours par des modifications palpables. En tout cas, divers auteurs (Kusmaul, Landry, Berger), ont cru trouver tant dans les antécédents que dans le succès thérapeutique des raisons pour admettre la nature syphilitique de la maladie.

Les méninges sont frappées fréquemment dans la syphilis, les faits ne manquent pas pour établir une pareille opinion, les gommés étant rares, il s'agit le plus souvent de processus purement inflammatoires.

Les altérations syphilitiques de la moelle n'ont pas de caractère spécial, les cellules araignées que MM. Charcot et Gombault croyaient spéciales à ces cas s'observent à l'état normal.

Julliard a pensé trouver la caractéristique de la syphilis médullaire dans une altération constante et profonde qui occupe la pie-mère et les vaisseaux. Suivant que l'affection serait aigüe ou chronique, il y aurait ramollissement ou sclérose. Le processus morbide occuperait essentiellement le grand système lymphatique représenté dans le canal rachidien par les méninges, la névroglie et la gaine adventice du vaisseau.

Nous rapportons ici, en les résumant, deux observations inédites de myélite syphilitique que M. Hayem a bien voulu nous communiquer. Outre les lésions médullaires qui viennent corroborer en partie les assertions de Julliard, elles présentent d'autres altérations du système nerveux central, intéressantes à plusieurs points de vue.

Obs. XII. — Louis Deschamps, 50 ans, marin, célibataire, entre à l'infirmerie de Bicêtre le 12 juillet 1864.

Aucune maladie antérieure, si ce n'est le scorbut. Il nie tout antécédent syphilitique.

Les premiers symptômes de sa maladie, qui remontent à un an, auraient été des douleurs rhumatismales (*).

Actuellement se plaint de douleurs et de faiblesse des jambes.

Des douleurs que le malade compare à des coups de fouet, à des blessures, auraient débuté par les pieds, les jambes et seraient remontées jusqu'à la région dorso-lombaire. A ce moment l'une des jambes

ait plus faible; le malade ne peut dire laquelle. Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Pas de troubles oculaires.

La maladie a toujours été en progressant.

Le 17 septembre, au moment où l'on prend l'observation, on note un peu de faiblesse et de maladresse du membre supérieur droit, les membres inférieurs sont immobiles. Les douleurs spontanées persistent mais moins intenses.

Pas d'atrophie des membres supérieurs.

Atrophie des membres inférieurs portant surtout sur le mollet.

25 septembre. Douleurs plus violentes dans les membres inférieurs et l'abdomen. Distension de la vessie par l'urine.

A la suite du cathétérisme, catarrhe de la vessie.

2 novembre. Erysipèle de la face.

Le 8. Mort.

Dans le cours de cette maladie on note comme phénomène encéphalique, des grincements de dents, de l'affaiblissement, de l'intelligence. Jamais de délire, pas d'embarras de la parole, pas d'inégalité pupillaire.

Autopsie le 10 novembre.

Encéphale.—Boîte crânienne peu épaisse, symétrique, assez fragile. A la face interne, le long de la crête frontale et près de la voûte orbitaire, productions osseuses, sortes de petites végétations en forme de choux-fleurs, 4 à droite, 3 à gauche. La dure-mère est opaline, elle laisse s'écouler une grande quantité de sérosité louche. OEuf encéphalique, œdème assez considérable de la pie-mère. Les veines de la partie postérieure sont gonflées de sang. L'arachnoïde a presque partout, surtout à la base, une teinte blanchâtre, les espaces sous-arachnoïdiens sont gorgés d'un liquide trouble, mais non purulent. Les artères ne sont pas athéromateuses. Entre les hémisphères, près du lobe frontal, il y a une sorte de pont qui réunit l'arachnoïde des deux hémisphères. En détachant les méninges on voit :

1° Une injection fine et générale des vaisseaux de la pie-mère;

2° Un ramollissement superficiel de la couche corticale qui adhère à la pie-mère et se déchire en produisant des érosions nombreuses, profondes, piquetées de rouge, complètement analogues à celles de la paralysie générale.

Ces ulcérations et adhérences disséminées sur toute la surface de l'encéphale, sont surtout groupées et nombreuses vers les parties antérieures des hémisphères. Les circonvolutions ne sont pas atrophiées. Les méninges cérébelleuses ne sont ni épaissies, ni adhérentes.

Le cerveau présente un défaut de consistance dû à l'œdème et non au ramollissement.

En pénétrant dans les ventricules latéraux, on les trouve considéra-

blement distendus et étalés par une sérosité abondante et un peu louche, celui du côté droit est surtout déplié, son volume est devenu au moins quatre fois plus considérable. En même temps l'épendyme ventriculaire a une surface un peu chagrinée, mais non granuleuse, les vaisseaux qui des parois des ventricules arrivent vers les centres sont gorgés de sang et se dessinent nettement sous l'épendyme. Le trigone et le septum sont mous, la toile choroidienne épaisse et congestionnée.

Les ganglions, couches optiques, corps striés, diffusés et comme flétris, n'offrent aucune autre lésion, de même pour le quatrième ventricule, la protubérance et le cervelet.

Rachis. — Les lames de la septième cervicale et de la première dorsale, sont fragiles et se brisent en morceaux, en même temps les coups de marteau déterminent une fracture du corps de la première dorsale à ce niveau. Le rachis ouvert laisse voir à la surface des méninges rachidiennes une couche épaissie, vasculaire, à la région cervicale au commencement de la région dorsale, et jaunâtre dans la région lombaire ; elle adhère surtout dans les régions supérieures à la dure-mère spinale. Ces diverses couches ressemblent à des fausses membranes. Après avoir détaché la moelle dont la dure-mère adhère fortement au ligament commun postérieur et au tissu cellulo adipeux du canal, notamment au niveau des septième cervicale et première dorsale, on trouve un épaississement très prononcé de la dure mère, avec une teinte purpurine, violacée, surtout au point indiqué. La face interne de la dure-mère un peu dépolie, adhère dans toute l'étendue et assez fortement à l'arachnoïde spinale. L'arachnoïde elle-même est un peu épaissie. Les vaisseaux de la pie-mère sont assez finement congestionnés.

Au toucher, on sent dans la moelle une diminution de consistance à la fin de la région cervicale et au commencement de la région dorsale. Le reste est assez ferme. Sur des coupes transversales on trouve dans la région cervicale une ligne noirâtre remplaçant la commissure. La partie la plus centrale des faisceaux postérieurs, est ramollie, déprimée et d'une coloration grisâtre sale. A la fin de la région cervicale et au commencement de la région dorsale, la coupe est très diffuse, les cornes se dessinent mal sur les parties avoisinantes. L'altération paraît générale à ce niveau et porte surtout sur les parties blanches qui avoisinent les cornes dans les faisceaux latéraux, principalement le faisceau latéral droit. A la région lombaire, la moelle n'est pas diffuse; elle est vaguement altérée dans les faisceaux latéraux. (Pour l'examen microscopique voir plus loin.)

Thorax. — Pas d'adhérences des plèvres. Adhérences celluluses, lâches des deux feuillets péricardiques. La capsule adipeuse du péricarde est lardacée à la façon de celle du rein. Dilatation des cavités cardiaques avec ramollissement de la substance musculaire. Épaississement simple de

la mitrale. L'aorte présente au niveau du grand sinus des plaques athéromateuses et calcaires en voie d'ulcération. Les deux poumons présentent un peu de congestion hypostatique et d'œdème, le droit plus que le gauche.

Abdomen. — Rien dans le péritoine ni dans le tube digestif. La rate est considérablement tuméfiée, sa capsule épaissie présente quelques nodosités opalines, sa longueur est de 20 centimètres. A la coupe, le tissu est un peu mou avec quelques extravasations sanguines. Intumescence splénique. — La foie adhère fortement au diaphragme, au rein et à la capsule surrénale, au colon. On est obligé de l'enlever avec une partie du diaphragme et avec le rein. Son volume est assez considérable, il est complètement déformé. Le lobe droit est mamelonné à sa surface, mais ce sont de gros mamelons séparés par des sillons peu profonds. Il n'en est pas de même du lobe gauche; celui-ci est divisé en petites tumeurs de la grosseur d'une pomme d'api et ressemble à une sorte de grappe. A la coupe on trouve une espèce d'arbre fibreux qui correspond aux sillons séparant les tumeurs. Le foie jaunâtre est un peu diffluent, gras, la trame interstitielle n'est pas épaissie, le tissu n'est certainement pas cirrhotique. La vésicule est distendue par une bile à peu près normale.

Le rein droit, qu'on n'a pas pu enlever séparément, se trouve accolé fortement entre la face postéro-supérieure du foie et le diaphragme. La capsule adipeuse du rein, lardacée et indurée, adhère à la face inférieure du diaphragme, à la face supérieure et au bord postérieur du foie, et d'autre part à la capsule fibreuse. Le rein est comprimé, aplati; il est impossible de l'énucléer. En faisant une coupe, on peut détacher la capsule fibreuse de l'organe qui adhère à la substance corticale ramollie, et en dehors fait corps avec le tissu lardacé. Le rein ramolli est atteint de néphrite en voie de suppuration. En un point, il s'est formé dans la substance corticale un foyer purulent qui a perforé la capsule fibreuse et plongé dans le tissu induré. Le petit foyer purulent se trouve au milieu d'un épanchement plastique.

Les reins sont plutôt petits que gros. Ils sont très mous.

Du côté gauche, la capsule adipeuse est un peu condensée et dure. Le rein peut s'énucléer. Il présente les mêmes altérations arrivées en un point à la suppuration. Ce point purulent est comme un foyer jaunâtre membraneux, gommeux, plastique. Les bassinets, calices et urètres, paraissent parfaitement sains, ils ne sont qu'un peu vascularisés.

La vessie présente la lésion du catarrhe chronique simple peu prononcé. Teinte grisâtre violacée avec un peu d'épaississement de la muqueuse. La prostate est saine.

Os. — Le tibia gauche présente, vers sa partie moyenne, une tuméfaction diffuse. A ce niveau, le périoste est un peu épaissi. La couche

externe du tissu compacte est marquée de rouge plus profondément. Le tissu est éburné et le tissu spongieux très rare et vascularisé (hypéros-tose éburnée). Nous avons déjà noté les caractères de la table interne du coronal. A cela il faut joindre la friabilité des côtes et des lésions caractérisées : 1° par une atmosphère de tissu lardacé, répandu en nappe sur le corps et autour des premières vertèbres dorsales et de la dernière cervicale et allant en diminuant vers la région lombaire. Sur toute la paroi thoracique, il y a une sorte de nappe dure qui double la plèvre costale, surtout épaisse en arrière et qui vient se terminer en s'amincissant vers l'extrémité antérieure des côtes. Cette couche lardacée adhère au périoste, revêt la face interne des muscles intercostaux et adhère ainsi à la plèvre. Un examen plus complet montre une ostéite avec raréfaction ou éburnation des dernières cervicales et des premières lombaires. Les cartilages intervertébraux sont tuméfiés et rouges. Le périoste des côtes et des vertèbres se décolle avec la plus grande facilité : il est tapissé à l'extérieur par un produit plastique dans lequel on ne voit aucun élément spécial au microscope. Les têtes des côtes et la tête de la clavicule sont lésées. Les autres articulations, à part celles du genou, n'ont pas été examinées.

Testicules. — Le gauche est sain. Le droit, fendu, présente un épaississement lésieux de la coque, du corps d'Hygmore, des cloisons ; l'une d'elles semble diviser le testicule en deux lobes ; la tête et la queue de l'épididyme présentent chacune un noyau fibreux.

Ganglions de l'aîne. — Ceux du côté sain sont excessivement petits ceux de gauche un peu gros et présentent des épanchements plastiques au centre qui se dessinent irrégulièrement sur une coupe sous la forme d'épanchement jaunâtre occupant le centre du ganglion et rayonnant à la périphérie.

Muscles. — Grêles et atrophiés sans lésion appréciable à l'œil nu.

Articulations. — On a vu celle du genou qui paraît parfaitement saine.

Examen microscopique à l'état frais. — *Cerveau.* — Les vaisseaux de la couche corticale ont subi une infiltration graisseuse. Leur tunique externe est épaissie. Les éléments nerveux ne paraissent pas altérés.

Examen de la moelle durcie dans une solution chromique. — Dans toute l'étendue et l'épaisseur de la moelle, surtout dans la substance blanche, on trouve des concrétions de formes et de dimensions variables. Les différentes réactions prouvent que ce sont des corps amylicés. Ces corps paraissent répandus dans le tissu conjonctif de la substance blanche et de la substance grise, ils sont extrêmement abondants.

Sur des coupes durcies et convenablement colorées par une solution de carmin, on constate une sclérose diffuse sans localisation spéciale, c'est-à-dire portant irrégulièrement sur les faisceaux antéro-latéraux

et postérieur, et s'accompagnant en général sur les points malades d'une atrophie des tubes nerveux. Ça et là, on remarque quelques cylindres d'axe gonflés dépassant très notablement le volume des cylindres d'axes médullaires. L'altération gagne d'une façon inégale, les cornes antérieures de la substance grise dont les cellules sont en général très riches en pigment et dont quelques-unes inégalement disséminées, sont atrophiées. La délimitation précise de cette altération n'a pu être faite, elle a paru à peu près la même dans toutes les régions de l'amoelle, nulle part très prononcée.

Pas d'autre altération méningée que les exsudats signalés plus haut.

Ce malade n'avait toute syphilis, mais les altérations signalées dans divers organes ne permettent pas de doute de l'origine syphilitique de l'altération médullaire.

Ces altérations sont disséminées, envahissent un peu tous les départements et se traduisent aussi par des symptômes variés : maladresse du membre supérieur droit, atrophie musculaire, paralysie, etc.

Notons encore que nous trouvons dans le cerveau des altérations qui ont la plus grande ressemblance avec celles de la paralysie générale, et que cependant le malade n'en avait présenté aucun signe pendant la vie.

Obs. XIII — Pecrave, 39 ans. Ancien terrassier. Entre à l'infirmerie de Bicêtre le 18 septembre 1864.

A eu 3 enfants morts en bas âge. Sa femme prétend qu'il aurait eu une maladie vénérienne, il aurait pris du mercure. On ne trouve cependant pas de trace de cicatrice ni sur le gland ni sur la peau.

Le malade est incapable de donner un renseignement. Il y a cinq ans, il aurait eu une maladie accompagnée de délire et de céphalalgie. A la suite de cette affection qui paraît avoir été une méningite, il a eu des accidents cérébraux accompagnés de paralysie de l'un des membres avec ou sans perte de la parole. A la suite d'une de ces attaques, il est resté et y a quatre ans, une hémiplegie droite incomplète. Depuis la même époque, affaiblissement intellectuel, jamais d'attaques épileptiformes.

Il entre à l'infirmerie pour des vomissements et une augmentation des phénomènes paralytiques qui l'empêchent de se tenir sur ses jam-

bes. Etat de démence très avancé. La pupille gauche est plus large que la droite. Pas d'embarras de la parole, pas de tremblement fibrillaire.

La commissure droite est légèrement abaissée, la langue n'est pas déviée. L'avant-bras droit est incomplètement paralysé, mais il est contracturé à 45° sur le bras, la main est de même fléchie à angle aigu sur l'avant-bras. Le bras tout entier est accolé à la poitrine. La jambe droite est très peu paralysée. Diminution de la sensibilité de ce côté, pas de douleur.

Le malade vomit irrégulièrement ses aliments. Pas de douleur ni de tumeur au creux épigastrique.

Les vomissements se continuent jusqu'au 4 octobre.

Dans les jours suivants, à partir du 15, les phénomènes de paralysie du côté de la face, font des progrès de jour en jour. Le malade paraît ressentir une douleur de tête, il ne peut plus parler, les mouvements de la langue sont impossibles, excepté tout à fait à la pointe. La sensibilité gustative et tactile de la langue paraît conservée. La déglutition devient de plus en plus difficile, le malade a failli étouffer quand on le faisait manger. L'hébétéude et l'abattement augmentent. Amaigrissement, pharyngite, fièvre hectique. Il devient presque impossible de le nourrir (bouillie et aliments liquides). Il meurt dans la prostration, amaigri, mais sans délire.

Autopsie. — Rien aux os du crâne. Stase veineuse encéphalique. La masse encéphalique adhère à la selle turcique et à la gouttière basilaire. Les deux feuillets de l'arachnoïde sont adossés au niveau de la protubérance. Ils sont épaissis, jaunâtres, et forment une masse plastique englobant les branches nerveuses du côté droit, l'artère basilaire et ses rameaux.

Rien dans l'hémisphère droit.

A gauche, le corps strié est affaissé, il contient deux foyers jaunâtres. Le tissu qui les compose est élastique, dur, fibreux ses limites sont diffuses. Au centre, il est ramolli et présente une pulpe celluleuse. Un autre foyer kystiforme de la grosseur d'une noisette se trouve dans la partie externe de la couche optique. On en voit encore un de la grosseur d'une lentille et kystiforme dans le petit hippocampe. Dans le voisinage du grand hippocampe, en dehors de la grande fente de Bichat et près de sa terminaison postérieure, on trouve dans le noyau blanc de l'hémisphère, une tumeur dure, rougeâtre, rénitente, entourée d'un tissu d'aspect gélatineux et d'une coloration rosée. Cette lésion occupe dans son entier le volume d'une noisette.

La protubérance est convertie en une masse rénitente, élastique, de même apparence que celle du noyau blanc des hémisphères. L'arachnoïde et la pie-mère font corps avec elle. Sur une section, on voit une

sorte d'infiltration à travers tous les éléments nerveux ayant transformé le tissu de l'organe en un produit pathologique de consistance élastique, fibreuse même par place. Au sein de cette lésion, on trouve trois foyers jaunâtres durs, s'énucléant assez facilement et qui ressemblent au noyau déjà décrit dans le voisinage de l'hippocampe. L'une de ces masses présente à son centre une gouttelette de matière verdâtre et puriforme. Ces dernières lésions ont absolument l'apparence de gomme dont l'une d'elles serait ramollie au centre.

Le côté droit de la protubérance est plus atteint que le gauche, la lésion s'y étend jusqu'à la surface et fait corps avec les méninges épaissies. Les lésions de la protubérance arrivent presque jusqu'au plancher du 4^e ventricule dont elle occupe la plus grande partie. Rien dans les autres parties de l'encéphale.

Moelle. — Enveloppes. — Les deux feuillets de l'arachnoïde sont fortement épaissis et adhèrent entre eux. La pie-mère plus épaisse adhère intimement à la moelle. Il y a des adhérences celluleuses et des dépôts plastiques entre l'arachnoïde et la dure-mère. Quelques adhérences assez fortes unissent la dure-mère aux parois du rachis. La moelle cervicale paraît hypertrophiée, entourée d'une pie-mère très épaisse. La consistance du tissu est plutôt faible que forte. Sur des coupes faites à l'état frais on voit des traînées gélatineuses grisâtres sans vascularisation anormale. Le faisceau latéral droit est, à l'œil nu, plus altéré que son congénère.

Poumons. — A peu près sains. Congestion hypostatique.

Reins. — A gauche deux kystes remplis d'un liquide verdâtre. Congestion veineuse avec un peu d'exsudation grasseuse interstitielle. Pas d'épaississement de la capsule. Le rein n'est pas granuleux.

Foie. — Un peu de congestion. Aspect muscade.

Cœur. — Sain. Pas d'athérome des vaisseaux.

Rate. — Saine.

Les autres organes n'ont pas été examinés. Le système osseux ne présentait pas de lésions.

Examen microscopique de la protubérance à l'état frais par dissociation.

— Éléments nerveux non détruits mélangés avec une matière amorphe granulo-grasseuse et une multitude de petites cellules granuleuses, les unes rondes, les autres plus allongées; les plus volumineuses dépassent à peine le diamètre d'un leucocyte, on remarque en outre une quantité considérable de vaisseaux tortueux dilatés. Dans les points les plus durs on trouve un tissu d'aspect conjonctif et constitué par des cellules fusiformes dans lesquelles l'acide acétique fait apparaître de 1 à 3 noyaux.

Dans ces parties fibreuses, les parois vasculaires sont épaissies et couvertes de cellules allongées (corps fusiformes). Dans le point ramolli décrit précédemment, la matière jaune verdâtre ne fait voir que des

granulations grasses et des éléments infiltrés de granulations et de gouttelettes de graisse.

Les lésions du *corps strié* présentent les mêmes caractères et sont remarquables par l'absence presque complète de corps granuleux, de ramollissement, ce qui rend difficile la confusion avec cette dernière altération.

Dans la préparation de la *moelle* à l'état frais, on trouve une abondance insolite de matière granuleuse ou fibrillaire sans qu'il y eût de corps granuleux.

Examen de la moelle après durcissement dans une solution chromique. —

L'examen a porté particulièrement sur la région cervicale où siège la pachyméningite décrite précédemment.

Épaississement énorme de la pie-mère et de l'arachnoïde médullaire composé de couches fibreuses dans lesquelles on trouve entre les fibres du tissu conjonctif une matière amorphe granuleuse, ou bien des amas de petites cellules contenant plusieurs noyaux. L'épaississement des méninges spinales atteint sur certains points 3 à 4 millimètres. Sur les coupes on trouve des lésions diffuses dans les différents faisceaux: 1° Dans le faisceau antérieur, près des cornes antérieures et sur le trajet radulaire, sclérose diffuse peu prononcée. 2° Dans les faisceaux antéro-latéraux à droite, altération très avancée constituée par une zone de sclérose placée à la partie externe et postérieure du faisceau (sclérose descendante), à ce niveau l'altération est tellement prononcée que le faisceau latéral est moins large que son congénère. Les tubes sont rares, atrophiés et espacés en ce point. Dans le reste du faisceau antéro-latéral altération diffuse peu prononcée, douteuse. A gauche on trouve un point sclérosé comme à droite siégeant symétriquement mais beaucoup moins prononcé que celui de l'autre côté. Les faisceaux postérieurs sont à peu près sains. On ne remarque qu'une coloration un peu plus foncée des cordons de Goll, avec épaississement du tissu conjonctif.

Sur certaines coupes on trouve dans le faisceau de Goll du côté gauche un petit foyer de ramollissement au niveau duquel les tubes nerveux ont complètement disparu et qui forme sur la coupe une sorte de lacune.

Toutes les coupes transversales des vaisseaux de la moelle sont remarquablement épaissies. Dans les cornes antérieures, atrophie jaune pigmentaire d'un certain nombre de cellules disséminées d'une façon tout à fait irrégulière.

En résumé deux ordres de lésions : 1° méningo-myélite diffuse avec atrophie d'un certain nombre de cellules nerveuses;

Chauvet.



2° altération secondaire due aux lésions cérébrales. Ces altérations allaient en décroissant de haut en bas.

La description des lésions de cette myélite concorde parfaitement avec celles qu'a données Julliard. Les méninges, les vaisseaux prennent part au processus. Cette observation présente aussi un grand intérêt pour les lésions protubérantielle qu'elle présente et pour les symptômes de paralysie glosso-pharyngée observés pendant la vie.

Il n'y a donc pas de doute possible, *la syphilis peut donner lieu à une myélite interstitielle*. La marche de cette myélite sera aiguë, subaiguë ou chronique.

Quels sont les caractères anatomiques qui permettent d'affirmer que telle myélite est syphilitique ? Comme le dit Julliard, chacune des altérations ne présente rien de caractéristique, cette sclérose ressemble à toutes les scléroses, les altérations du vaisseau qu'on observerait dans les myélites syphilitiques se voient dans toutes les scléroses. Mais la disposition de ces lésions, leur dissémination surtout, enfin la participation fréquente des méninges au processus sont, croyons-nous, des caractères qui ne sont pas sans valeur.

Russel (1) écrivait « Les myélites syphilitiques sont remarquables par l'irrégularité des troubles nerveux. Elles ne ressemblent à aucun des types classiques par la grande extension et l'irrégularité de distribution des lésions. »

Lancereaux revient à diverses reprises sur ce point important d'anatomie pathologique, que les lésions de la syphilis ne peuvent pas être systématisées à l'un des cordons de la moelle, mais sont au contraire diffuses.

Mauriac (2) insiste aussi sur ce caractère quand il doute de la nature syphilitique d'une lésion nerveuse par ce fait seul qu'elle est systématisée.

(1) Med. Times and Gaz., 1862.

(2) Gaz. heb., 1877.

Cliniquement pourra-t-on reconnaître l'origine syphilitique d'une affection médullaire ?

Outre l'étude des autres manifestations de la diathèse, on pourra par la diffusion des symptômes, par la coïncidence d'autres lésions nerveuses dépendant de la syphilis, affirmer la nature de l'affection. Les observations que nous rapportons sont typiques. Les symptômes sont très variés en rapport avec les lésions constatées à l'autopsie. Toutefois ces caractères manquent un peu de précision, et, en cas de doute, le malade devra être soumis à un traitement spécifique.

Faut-il admettre cette opinion sur laquelle Erb revient si fréquemment : que la syphilis prédisposerait aux formes communes des myélites chroniques surtout, sans imprimer son cachet aux lésions, sans que cette origine fasse bénéficier le sujet d'un traitement spécifique ?

Ceci nous paraît fort douteux. Il n'y a guère que les statistiques qui nous permettront de soupçonner cette influence éloignée. Nous nous contentons de signaler ce doute sans nous prononcer

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LES MYÉLITES SYSTÉMATISÉES.

Nous avons fait remarquer, dans le chapitre précédent, que dans la moelle le processus syphilitique se laissait reconnaître par la diffusion des lésions qu'il produit. Basé sur l'anatomie pathologique seule nous devrions donc rayer ce chapitre de notre étude, mais quelques auteurs s'appuyant sur des faits cliniques mettent sur le compte de la syphilis des cas de myélites systématisées. Caizergues dans sa thèse décrit et classe les myélites parenchymateuses. Nous devons donc discuter et critiquer ces opinions.

§ I. *Influence de la syphilis sur l'Ataxie locomotrice.* — Nous ne savons rien relativement à l'influence de la syphilis héréditaire.

Nous n'avons pas d'observation de syphilis survenue dans le cours d'une ataxie locomotrice.

Nous nous demanderons à propos de cette affection comme à propos des autres :

1° La syphilis peut-elle avoir une influence étiologique sur la sclérose primitive des zones radiculaires postérieures.

2° La syphilis peut-elle, par les lésions qu'elle produira dans le système nerveux, donner lieu à une maladie qui symptomatiquement se rapprochera plus ou moins de l'ataxie locomotrice, et, dans ce cas, quel sont les caractères qui permettent de reconnaître cette nouvelle forme ?

Nous avons déjà vu que les anatomo-pathologistes n'admettent pas que la syphilis puisse produire une altération médullaire systématisée.

Broadbent écrivait en 1874 : « On a dit que l'ataxie locomotrice était souvent syphilitique. Mais je ne trouve pas de confirmation de cette opinion dans mon expérience personnelle *et ce n'est pas le fait de la syphilis de suivre dans sa progression un arrangement fonctionnel ou structural, ni de se confiner dans une aire vasculaire particulière, de même pour la paralysie infantile.* »

Lancereaux place aussi l'ataxie locomotrice progressive parmi les affections anatomiquement indépendantes de la syphilis.

Cornil dit : « Lorsqu'on a affaire à des maladies causées directement par la syphilis, celle-ci leur imprime toujours son cachet anatomique et il n'en est rien dans l'ataxie : là, en effet, on ne trouve ni inflammation productive spéciale, ni gomme ; l'ataxie avec antécédents syphilitiques est la même anatomiquement que celle qui atteint les sujets vierges de syphilis. Nous

ne pouvons par conséquent pas admettre là l'action directe du virus. » (p. 635)

Julliard est moins affirmatif, il admet la possibilité de distinguer anatomo-pathologiquement deux grandes classes d'ataxie : les unes simples, essentielles se traduiraient par une sclérose plus rigoureusement limitée aux zones radiculaires internes des cordons postérieurs, les autres nées sous l'influence directe de la vérole et se révélant à l'autopsie par des lésions plus diffuses occupant les méninges et les vaisseaux et pouvant envahir les systèmes avoisinants.

Quelques cliniciens ne parlant plus de la lésion admettent une influence directe de la vérole sur l'ataxie locomotrice.

Fournier (1) dit : « La syphilis, alors qu'elle porte son action sur les divers éléments anatomiques de la moelle détermine une ataxie locomotrice progressive, et cette ataxie se traduit cliniquement par l'ensemble des troubles qui composent l'ataxie vulgaire, c'est-à-dire de provenance non syphilitique. L'ataxie syphilitique est souvent associée à d'autres lésions spécifiques du système nerveux. »

Leyden dit que l'on n'a pas de motifs suffisants pour accuser la syphilis de produire l'ataxie locomotrice progressive.

Quelques auteurs se contentent de remarquer une fréquente coïncidence, sans chercher si vraiment il y a rapport de cause à effet. On cite les statistiques de :

Fournier..	24 syphilitiques sur 30 ataxiques.		
Vulpian...	15	—	20
Féréol.....	6	—	11
Siredey....	6-8	—	10
Caizergues.	8	—	14

Et beaucoup d'autres parlant dans le même sens. Mais que si-

(1) Ann. de dermat., 1876.

gnifient des statistiques? Un peu ce que l'on veut, surtout quand on voit opposer à de pareils chiffres d'autres résultats tels que ceux de Topinard, 15 syphilitiques sur 171 ataxiques, et ceux de Hammond 1 syphilitiques sur 20 ataxiques. Il n'y a pas de raison d'admettre un résultat plutôt qu'un autre et nous sommes obligé d'osciller de 80 p. 0/0 (Fournier), à 5 p. 0/0 (Hammond). Nous ne parlons pas de l'opinion de Eisenmann qui sur 61 cas d'ataxie n'en voit pas un seul où cette influence étiologique soit nettement établie.

Duchenne (de Boulogne), avait été plus prudent, étudiant l'étiologie de la maladie qu'il venait d'établir cliniquement, il note une infection antérieure chez quelques sujets, mais il n'en conclut pas à un rapport de cause à effet, car, dans ces cas, l'ataxie ne présentait aucun symptôme nouveau ou spécial et les insuccès thérapeutiques avaient encore augmenté son septicisme.

M. Hardy, dans une clinique faite le 26 juillet 1878, n'admet pas comme prouvé le rapport qu'on voudrait établir entre la syphilis et l'ataxie.

Erb, d'après ses observations, met fortement en doute le rapport des deux maladies. Il signale à côté l'opinion de M. Fournier, celle de Schultze qui dans sa thèse, rapporte une série de cas dans lesquels il n'y avait pas d'autre cause occasionnelle que la syphilis.

En Angleterre, Drysdale soutient devant la Société médicale de Londres les idées de M. Fournier en faisant l'éloge de l'iodure administré de bonne heure et à doses massives.

Cette opinion fut vivement discutée. Enfin une raison donnée comme très probante pour admettre l'existence de l'ataxie syphilitique, est la guérison ou l'amélioration obtenue dans quelques cas par un traitement spécifique. Fournier et ses partisans rapportent des faits de guérison. Mais nous savons que l'ataxie peut présenter souvent des rémissions parfois assez longues de tous les symptômes, rémissions qui ont pu faire

croire à des guérisons et nous savons aussi que le traitement spécifique a amélioré des cas d'ataxie où la syphilis n'était pas le moins du monde en cause.

Ces opinions basées sur des faits cliniques nous paraissent très discutables. On peut toujours invoquer une coïncidence, la maladie produite par la syphilis ne différant en rien de celle qui en est indépendante.

Nous affirmons donc que *la syphilis ne donnera jamais lieu au développement d'une sclérose primitive des zones radiculaires postérieures.*

Nous ne voyons pas que dans ce cas, plus que dans les myélites diffuses, la syphilis puisse jouer un rôle très effacé de cause prédisposante. Mais nous ne nierons pas que des lésions syphilitiques autres que la sclérose en question puissent donner lieu à des phénomènes d'ataxie du mouvement.

M. Fournier ne parle pas de ces faits; pour lui l'ataxie syphilitique ressemble en tout point à l'ataxie vulgaire. Il signale cependant la coïncidence possible de l'ataxie et d'autres phénomènes nerveux dépendant d'autres altérations spécifiques. Dans un cas, l'ataxie se montre après une hémiplégie de nature syphilitique. Deux autres crises hémiplegiques se montrèrent après le début. Dans un autre cas, l'ataxie succéda à des phénomènes de paraplégie.

Julliard admet très nettement cette éventualité quand il parle des lésions diffuses non limitées aux cordons postérieurs que l'on trouverait dans le cas d'ataxie syphilitique.

Ces faits ne sont pas en contradiction avec ce que nous connaissons de pathologie nerveuse. Ne savons-nous pas en effet que l'ataxie des mouvements peut se voir dans la sclérose des zones radiculaires postérieures; dans la paralysie générale, dans certaines lésions du cervelet de la protubérance (obs. de Leyden), enfin qu'elle peut être due à des troubles de la sensibilité générale (hystérie).

§ II. — *Influence de la syphilis sur la sclérose des cordons de Goll.* — L'histoire de cette affection est à faire. Il est à présumer que l'on pourra dire à propos d'elle ce qu'on a dit de toutes les myélites systématisées : que la syphilis n'a sans doute aucune influence sur elle.

§ III. — *Influence de la syphilis sur la sclérose secondaire des cordons de Goll.* — Cette dégénérescence ascendante peut être secondaire à une altération de la moelle, quelle qu'en soit la nature. On pourra donc l'observer dans les cas où la syphilis aura donné lieu à une myélite transverse, ou à une tumeur comprimant le cordon médullaire.

§ IV. — *Influence de la syphilis sur la sclérose latérale symétrique sans atrophie musculaire (Tabes dorsal spasmodique).* — Si l'histoire clinique de cette affection est basée sur un certain nombre d'observations, il n'en est pas de même de son anatomie pathologique.

Erb n'a jamais vu la syphilis donner lieu à la paralysie spinale spasmodique. Hammond mentionne la syphilis dans l'étiologie de cette affection, en ayant soin d'ajouter qu'on ne sait rien de positif à ce sujet. Cette affection, devant être classée parmi les myélites systématisées, doit échapper à l'influence de la syphilis.

§ V. — *Influence de la syphilis sur la sclérose latérale amyotrophique.* — Nous ne connaissons aucun fait se rapportant à cette affection et attribué à la syphilis.

§ VI. — *Influence de la syphilis sur la sclérose descendante secondaire des faisceaux latéraux.* — Nous répétons à ce propos ce que nous disions en parlant des scléroses ascendantes. Cette altération secondaire dépend d'une altération quelconque siégeant dans le cerveau, la protubérance, le bulbe, la moelle,

altération détruisant la continuité du tractus moteur. La syphilis produit de ces lésions destructives (tumeurs gommeuses, ramollissements, etc.), et par suite produira une dégénérescence descendante qui d'ailleurs ne présentera rien de spécial anatomiquement, ni cliniquement.

§ VII. — *Influence de la syphilis sur l'atrophie musculaire progressive protopathique.* — Nous ne connaissons aucun fait se rapportant à l'influence de la syphilis héréditaire, ni d'observation de syphilis survenue dans le cours d'une atrophie musculaire pour en modifier la marche.

La syphilis a-t-elle une influence sur le développement de téphromyélie antérieure chronique protopathique (myélite chronique parenchymateuse localisée aux cornes antérieures et caractérisée par la dégénération atrophique des grandes cellules motrices)?

Suivant Leyden, l'atrophie musculaire progressive aurait été observée (mais pas dans sa forme type), à la suite d'affections aiguës. On l'a vue aussi se développer consécutivement à la syphilis et céder en tout ou partie au traitement ioduré (il ne dit pas si dans ce cas il s'agit de forme type).

M. Charcot ne signale pas la syphilis parmi les causes de la maladie de Duchenne et Aran.

Les différents auteurs qui étudient la maladie en question signalent la syphilis que comme ayant une influence très problématique.

Caizergues a réuni dans sa thèse les trois observations connues d'atrophie musculaire progressive syphilitique.

Dans le premier cas (obs. de Rodet) il s'agit d'un malade porteur d'un chancre récent sans manifestation constitutionnelle. Il se plaint de contractions dans la main droite et de difficulté pour écrire. On constate

une diminution des masses musculaires des éminences thénar et hypô-thénar. Bientôt les membres inférieurs et les mollets sont atrophiés. En peu de temps, le malade sous l'influence du mal perd 15 kilogrammes de son poids. On note des contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés. Alors apparaissent les plaques muqueuses. Le mercure administré reste sans effet, mais l'iodure de potassium entraîne une guérison rapide.

Cette observation est écourtée, manque de renseignements utiles, enfin la lésion n'a pu être constatée anatomiquement. Nous pouvons douter non seulement de l'origine syphilitique de la maladie (apparition très rapprochée de l'accident primitif), mais encore plus de la localisation systématique aux cellules motrices des cornes antérieures.

Déjerine publia dans les Archives de Physiologie 1876, une observation d'atrophie musculaire avec paralysie dans un cas de syphilis maligne précoce. La voici résumée :

Obs. XIV Femme, 26 ans, syphilitique. Affaiblissement dans les membres inférieurs avec douleurs très vives; peu à peu la marche est impossible. Echinéma généralisé et cachexie profonde. Membres inférieurs amaigris, douleurs dans les jambes; exagération des réflexes. Iodure de potassium. — Au bout de deux mois amélioration de la paraplégie, sphincters paralysés, l'atrophie restait la même.

15 jours plus tard : Mort.

Autopsie. Muscles des membres inférieurs atrophiés par des dégénérescences graisseuses. Les nerfs musculaires présentent les lésions décrites par M. Vulpian à la période ultime de l'atrophie : disparition de la myéline, du cylindre axis. Parois de la gaine de Schwann accolées, renflements de distance en distance produits par la présence de noyaux fusiformes en prolifération.

Les gros troncs nerveux offrent l'atrophie des tubes avec hyperplasie intertubulaire.

La moelle est altérée à la région lombaire et dorsale inférieure. Les grandes cellules des cornes antérieures du renflement lombaire présentent : 1° l'atrophie simple avec conservation du noyau, du nucléole et rareté des prolongements anastomotiques; 2° l'altération vasculaire observée par Hayem dans les myélites consécutives à l'arrachement des nerfs; 3° l'altération pigmentaire avec diminution du noyau et granulations

jaunes ou brunes dans le protoplasma. Ces deux dernières dégénérescences affectent un petit nombre de cellules. Les scissures antérieures sont atrophiées à ce niveau mais moins que ne l'eût fait supposer l'altération des nerfs musculaires.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, Déjerine émet des doutes sur les rapports de cause à effet qui existeraient entre la syphilis et la lésion médullaire. Pourquoi, en effet, ne pas conclure à une simple coïncidence ? Le traitement spécifique enlève passagèrement la paraplégie, ce serait la seule raison de ne pas admettre une myélite subaiguë et un sujet syphilitique.

La troisième observation est de Caizergues peut se résumer ainsi :

Obs. XV 33 ans, garçon de café. Rien dans les antécédents héréditaires. Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 10 ans qui a laissé des ankyloses de la jambe gauche. A 28 ans, chancre, éruption, douleurs ostéocopes ; à 30 ans, pas d'accidents tertiaires, mais douleurs nocturnes et un peu plus tard grande gêne dans les membres inférieurs. Traitement mixte. Eaux de Balaruc. A son retour, aggravation des phénomènes. Atrophie musculaire. Le malade dit que cette atrophie a commencé par la cuisse gauche, puis a envahi la droite, les deux mollets, les muscles du bassin, puis l'épaule gauche, la droite et les bras. Pas de contracture. La sensibilité est peu atteinte, toutefois sensation de froid dans les membres inférieurs. Pas d'exagération des réflexes. Œdème des extrémités inférieures. Points douloureux sur les vertèbres dorsales avec irradiation en ceinture. Céphalalgie frontale opiniâtre. Rien du côté de l'intelligence. Depuis 3 ans, pertes séminales. Le traitement n'a modifié en rien cette atrophie musculaire.

C'est un exemple d'atrophie musculaire irrégulière dans sa marche chez un syphilitique. Pourquoi admettre un rapport de causalité entre les deux maladies ? Le traitement spécifique qui a été institué à une époque peu éloignée du début reste sans influence aucune, il ne produit même pas d'amélioration.

Dans sa thèse, Julliard, qui avait fait quelques réserves à

propos de l'ataxie locomotrice, se refuse entièrement à mettre sur le compte de la vérole la téphromyélie antérieure chronique.

Les faits cliniques sont peu nombreux, ils manquent, excepté dans le cas de Déjerine, de contrôle anatomique.

Ces faits ne sont pas assez nombreux, ils n'ont pas assez de valeur pour que nous mettions en doute les observations des anatomo-pathologistes qui refusent toute systématisation aux myélites syphilitiques.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que : *La syphilis n'a aucune influence sur le développement de l'atrophie musculaire progressive.*

La syphilis peut-elle d'un autre côté donner lieu à une maladie plus ou moins analogue à celle de Duchenne et Aran? C'est une question que nous aborderons dans le paragraphe suivant en étudiant les atrophies musculaires deutéropathiques.

§ VIII. *Influence de la syphilis sur l'atrophie musculaire secondaire.* — Les grandes cellules motrices des cornes antérieures peuvent être intéressées consécutivement à diverses altérations du cordon médullaire.

Quelle que soit l'altération primitive, la lésion des cellules est la même, les symptômes qui en sont la conséquence ne varient pas.

La syphilis peut donc, par les altérations qu'elle produira dans le système nerveux, donner lieu à ces atrophies secondaires qui ne présenteront pas de caractère particulier, si ce n'est peut-être une irrégularité plus grande dans leur disposition qui s'explique par la dissémination même des lésions.

On pourra voir ces atrophies être secondaires à une sclérose des cordons latéraux, laquelle dépendra d'une lésion intéres-

sant les cordons moteurs dans un point situé au-dessus (moelle, bulbe, pédoncule, couronne rayonnante, etc.).

On a quelques observations du développement de ces atrophies consécutivement à une myélite systématisée, comme l'ataxie locomotrice.

Enfin on a observé ce fait dans les cas de myélite diffuse.

Caizergues rapporte une observation d'un fait de ce genre, cette altération a été aussi notée dans l'observation que nous a communiquée M. Hayem.

§ IX. *Influence de la syphilis sur les téphromyérites antérieures aiguës (paralysies atrophiques de l'enfance, paralysie spinale aiguë)*. — Erb dit que dans la paralysie spinale infantile, la syphilis comme le rachitisme, la scrofule ne paraît jouer aucun rôle.

Hammond parle dans le même sens à propos de la paralysie spinale de l'adulte.

Nous ne connaissons aucun fait de téphromyérite antérieure aiguë syphilitique, si ce n'est l'observation de Déjerine que nous avons signalée précédemment comme exemple d'atrophie musculaire.

N'étaient le début lent et progressif et la paralysie des sphincters, Déjerine verrait volontiers dans ce fait un cas de paralysie spinale de l'adulte.

Nous avons indiqué les raisons qui nous font douter de la nature syphilitique des lésions constatées.

§ X. *Influence de la syphilis sur la sclérose en plaques*. — L'étiologie de cette affection est très obscure. Nous ne connaissons pas de cas où l'influence de la syphilis soit indiquée.

Dans l'observation de MM. Charcot et Gombault on aurait pu croire à l'existence d'une sclérose en plaques. Les auteurs font

remarquer qu'il n'y avait pas de nystagmus, pas d'embarras de la parole, pas de tremblement de la tête. Les localisations étaient multiples, il est vrai, mais chaque lésion nouvelle s'est traduite au dehors par un symptôme nouveau qui en a révélé le siège avec une précision remarquable.

Anatomiquement, d'ailleurs, cette lésion ne ressemblait pas à la sclérose en plaques, car les cylindres d'axe avaient disparu dans les points sclérosés.

Jusqu'à plus ample informé, nous mettrons un doute sur l'influence que la syphilis peut avoir sur le développement de la sclérose en plaques.

§ XI. *Influence de la syphilis sur la paralysie labio, glosso laryngée.* — Duchenne rapporte l'un des cas qu'il cite à une émotion morale, deux autres lui semblent imputables à la syphilis et au rhumatisme.

Dans un cas de Hammond, la syphilis semblait devoir entrer en ligne de compte.

Au point de vue étiologique Cheadle et Silver signalent aussi des faits de ce genre.

Mauriac, à propos d'un cas d'aphasie syphilitique (1), rapporte l'observation d'un malade qui guérit d'une hémiplegie à forme intermittente et eut une nouvelle attaque d'encéphalopathie sous forme de raptus cérébral d'une violence extrême avec accès de folie furieuse.

Il avait un affaiblissement symétrique et diffus de tout le système musculaire, plus prononcé aux deux extrémités du tube digestif, de la salivation, de la difficulté dans la déglutition et de l'embarras dans le mécanisme de la parole, de l'incontinence des matières fécales et des urines. Les facultés intellectuelles baissèrent rapidement. On ne nota pas de troubles de la sensi-

(1) Gaz. hebdomadaire, 1877.

bilité. Intégrité des fonctions plastiques. Pas d'autre manifestation syphilitique.

M. Mauriac refuse de voir dans ce cas un exemple de paralysie labio-glosso-pharyngée de Duchenne. Cette dernière, en effet, ne se développe pas brusquement, mais progressivement et entraîne une atrophie des muscles paralysés. Il croit à une lésion corticale.

Le même auteur rapporte un autre exemple de cette affection.

Obs. XVI — Le malade eut la syphilis en 1870.

En 1874, début de l'affection que l'on observe en 1876. A ce moment on note un écoulement abondant de salive qui non-seulement est sécrétée en plus grande quantité, mais qui ne peut être retenue dans la bouche.

Atrophie des muscles temporal et masséter. Les ptérygoïdiens sont paralysés. L'articulation des consonnes est peu altérée. La déglutition est plus profondément lésée, les aliments passent par les fosses nasales et le larynx. Pas d'atrophie de la langue.

On note en plus un peu de surdité, du strabisme interne du côté droit.

Ataxie des membres inférieurs.

A la suite de cette observation M. Mauriac ajoute: « qu'il s'agisse d'une téphro-myélite antérieure chronique primitive, ou d'une sclérose primitive des zones radiculaires postérieures, la lésion de l'extrémité inférieure du névraxe n'est pas moins systématisée comme la lésion du bulbe, et c'est selon moi une forte présomption contre son origine syphilitique. »

Dans l'observation suivante, la marche rapide, quelques irrégularités dans la symptomatologie et l'hémiplégie gauche concomitante nous permettent de croire que l'on n'avait pas affaire à une atrophie primitive des noyaux moteurs du bulbe.

Obs XVII — *Syphilis cérébrale.* — *Symptômes de paralysie glosso-labio-laryngée.* — *Grande amélioration sous l'influence du traitement.* — (Service de M. Proust.) — Observation recueillie et communiquée par M. G. Ballet, interne des hôpitaux. (Résumée.)

Gonnet, 33 ans, ouvrier serrurier, entré le 4 mars 1879 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, lit n° 6.

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents rhumatismaux ou cardiaques.

Il y a six ans, *chancre syphilitique* à la lèvre; éruptions cutanées et muqueuses consécutives. A été traité pendant deux ans au protoiodure d'hydrargyre. N'a jamais pris d'iodure de potassium.

Depuis le 23 ou le 26 février, le malade souffrait de la tête sans avoir été obligé d'interrompre son travail, lorsque le 2 mars en marchant dans la rue il fut pris tout à coup d'une attaque de paralysie accompagnée de chute, mais sans perte de connaissance.

Le 4 mars, l'état ne s'étant pas modifié, G... se fait transporter à l'hôpital.

Etat actuel le 4 mars. — Connaissance conservée, mais grande émotivité du malade qui pleure facilement. Hémiplégie gauche complète. La face est déviée à droite, les sillons effacés du côté gauche. Le membre inférieur du même côté est simplement parésié. Le malade peut le soulever légèrement au-dessus du plan du lit. Sensibilité intacte. La parole est un peu difficile, légèrement nasonnée, mais pas d'aphasie. Exostose volumineuse au niveau de la clavicule droite.

Le 3. La difficulté de la parole est plus prononcée que la veille.

Le 6. Le patient est incapable de prononcer une seule syllabe et on constate chez lui tous les symptômes d'une *paralysie glosso-labio-laryngée*.

Les lèvres sont un peu saillantes en avant. L'orbiculaire est proéminent. Quand on dit au malade d'exécuter le mouvement pour souffler une chandelle, il ne peut y arriver. Si G... fait effort pour sourire, on voit les muscles du côté droit de la face tirer sur la commissure en se contractant légèrement, tandis que ceux de gauche restent immobiles.

Le malade peut ouvrir la bouche, mais lorsqu'on lui ordonne de tirer la langue, il ne peut avancer la pointe de cet organe plus loin que le rebord alvéolaire inférieur; il est aussi dans l'impossibilité absolue d'en relever la pointe.

La déglutition est très gênée. Lorsque le malade essaie de boire un verre d'eau, voici ce qu'on remarque : G... avale le liquide par petites gorgées, mais malgré les précautions prises il se produit à certains moments des accès de toux qui dénotent que la déglutition ne se fait pas régulièrement. Parfois même les boissons sont régurgitées par le nez. La mastication et la déglutition des liquides sont excessivement gênées.

Nous donnons au malade un morceau d'orange en lui disant de l'avaler. G... fait des efforts pour mâcher et accomplir le premier temps de la déglutition, mais ces efforts restent vains; on voit le patient essayer de pousser le morceau d'orange avec son doigt vers le pharynx, puis ce manège lui étant désagréable il se décide à retirer l'orange de sa bouche et à la jeter.

La parole est complètement impossible et non seulement le malade ne peut dire un seul mot, mais il ne peut même pas émettre un son. Cependant l'intelligence est à peu près intacte et G... écrit parfaitement son nom quand on lui met une plume entre les mains.

La sensibilité est normale. On prescrit deux frictions avec 2 gr. d'onguent mercuriel à chaque friction et 4 gr. d'iodure de potassium.

Le 10. Les membres paralysés sont dans le même état. Le malade pousse de temps en temps quelques cris inarticulés qui dénotent qu'il n'y a pas d'aphonie. La langue a un peu plus de mobilité; G... peut en avancer la pointe jusqu'au rebord labial.

La déglutition quoique toujours gênée l'est un peu moins que les jours précédents. Bien que l'intelligence soit conservée il existe un état cérébral singulier; le patient pleure et rit sans motif.

Le 16. La langue peut être tirée hors de la bouche. Il est toujours difficile, mais possible d'en relever la pointe. Le malade articule quelques mots d'une voix fortement nasonnée. Plus de régurgitations par le nez; la déglutition des solides et des liquides se fait régulièrement. Cependant quand le patient boit trop vite il avale quelquefois de travers.

Le 24. La parole est devenue plus facile. Cependant certaines lettres, les palatines surtout, ne peuvent être prononcées; déglutition à peu près normale.

3 avril. Continuation de l'amélioration. La voix est toujours nasonnée; l'hémiplégie reste très prononcée. Cependant le malade peut marcher en s'aidant d'un bâton.

8 mai. G... quitte l'hôpital très amélioré. La déglutition est régulière; toutes les lettres sont bien prononcées, mais la voix reste nasonnée.

1^{er} juin. Le malade revient nous revoir à la consultation. Depuis sa sortie, il a régulièrement pris son traitement. L'hémiplégie est beaucoup moins marquée. G... peut faire des mouvements avec son membre supérieur et marche assez facilement quoique en boitant. La déviation de la face a presque complètement disparu. Toutes les fonctions s'exécutent bien. Cependant il subsiste toujours un nasonnement léger d'ailleurs.

Dans l'observation XIII de M. Hayem, nous notons aussi des accidents du côté de la langue et du pharynx (paralysie de la langue, impossibilité de la déglutition). On trouve à l'autopsie trois

gommes dans la protubérance et une altération diffuse s'étendant jusqu'au plancher du 4^e ventricule.

Les faits d'atrophie primitive des noyaux moteurs du bulbe chez des syphilitiques sont rares et peuvent être mis sur le compte d'une coïncidence, les altérations syphilitiques du système nerveux n'étant pas plus systématisées dans le bulbe que dans la moelle.

Les atrophies de ces noyaux succédant à une sclérose du bulbe, peuvent être dues à la syphilis, excepté cependant dans les cas de sclérose systématique. Quant aux phénomènes de paralysies labio-glosso-laryngée dus à une altération en foyer (tumeur, ramollissement de la protubérance, du bulbe), ils peuvent certainement être mis sur le compte de la syphilis; l'observation de M. Hayem en est un exemple frappant. Mais aussi quelle différence symptomatique entre ces faits et la paralysie labio-glosso-laryngée par atrophie primitive des noyaux moteurs! La marche, les localisations, les troubles trophiques viennent empêcher la confusion entre les deux affections.

Nous dirons donc : *la syphilis n'a aucune influence sur le développement de l'atrophie primitive des noyaux moteurs du bulbe. Mais la syphilis peut donner lieu à des lésions diffuses ou en foyer du mésocéphale qui se traduiront cliniquement par une série de symptômes se rapprochant de ceux qui caractérisent l'altération primitive des noyaux moteurs.*

TROISIÈME PARTIE

Influence de la syphilis sur les névroses.

CHAPITRE PREMIER.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR L'HYSTÉRIE.

L'hystérie est une névrose, et une névrose très complexe. Elle rentre donc dans cette classe de maladies que ne vient caractériser aucune lésion anatomique connue.

Les altérations organiques trouvées par quelques auteurs ne sont, autant que nous pouvons en juger, que de simples coïncidences.

Nous ne savons rien relativement à l'influence que pouvait avoir la syphilis héréditaire sur le développement de l'hystérie à l'âge de la puberté.

La syphilis acquise a-t-elle une influence sur le développement de l'hystérie? Une jeune fille peut-elle devenir hystérique par le fait seul d'une infection antérieure? Autrement dit, existe-t-il une hystérie syphilitique? Baumès (1) admet que la syphilis peut être la cause de l'hystérie; il en a publié une observation

(1) Précis historique sur les maladies nerveuses, 1840.

rapportée par Lagneau (obs. 108). Cette dernière ainsi que celle de Hubert Rodrigues (1) et celle de MM. Briquet et Aug. Voisin fils (2) nous paraissent peu probantes.

Ricord (3) rapporte un cas de catalepsie syphilitique.

Lagneau parlant de l'épilepsie syphilitique dit que les symptômes nerveux sont quelquefois moins effrayants et rappellent plutôt les accidents nerveux de l'hystérie.

Zambaco décrit en y insistant l'hystérie syphilitique. Cette variété est déterminée par la syphilis à son début, elle cède à l'emploi du mercure, elle se manifeste surtout la nuit. Avant son apparition, les sujets n'avaient montré aucune prédisposition à cette névrose. Craignant qu'on ne lui objecte que les phénomènes observés sont sous la dépendance de la chlorose qui se remarque à ce moment de la syphilis, il fait remarquer que le mercure au lieu de la guérir devait plutôt les aggraver. La première observation qu'il rapporte (obs. LXXVIII) est celle d'une hystérie qui débute au milieu d'accidents fébriles avant la roséole.

Dans le second cas, il s'agit d'accidents nerveux débutant à 30 ans et se développant en même temps que de vives douleurs dans la tête et les membres. Ces deux observations n'entraînent pas la conviction.

M. Fournier (4) insiste sur ce point que : « La syphilis peut provoquer et créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle, qui ne s'étaient jamais révélés par aucun indice et qui sans elle, probablement, ne se seraient jamais produites. »

Pour lui l'hystérie secondaire, comme il l'appelle, serait une réalité clinique indiscutable.

(1) La Clinique de Montpellier, 1^{er} nov. 1843, p. 3.

(2) Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 17 déc. 1858, p. 871

(3) Gaz. des hôpitaux, 1^{er} fév. 1846.

(4) Leçon sur la syphilis, 1873.

Les raisons qu'il donne pour appuyer cette opinion sont les suivantes : Des phénomènes hystériques ou hystérisiformes qui ne s'étaient jamais montrés auparavant apparaissent à l'occasion des accidents secondaires ; ces phénomènes sont modifiés par le traitement.

M. Fournier essaie ensuite d'expliquer comment la syphilis peut produire l'hystérie. « La syphilis, dit-il, n'a-t-elle pas pour conséquence très fréquente chez la femme spécialement, d'anémier l'économie et d'apporter un trouble profond, un désarroi véritable dans les fonctions dévolues à l'axe cérébro-rachidien ? a ce double titre, donc, elle peut être, je dirai plus, elle doit être une cause des plus actives pour provoquer des phénomènes hystériques chez les femmes qui y sont plus ou moins prédisposées ; sans compter encore qu'elle y contribue vraisemblablement par d'autres raisons, telles que l'influence exercée sur le moral, la terreur d'une maladie à renom honteux et sinistre, le changement d'habitude, la réclusion dans un hôpital la continence, etc.

M. Fournier ne fait donc que reproduire en l'atténuant l'opinion de Zambaco. Ce dernier incrimine la syphilis et la syphilis seule, la chlorose syphilitique n'y est pour rien. M. Fournier, au contraire, fait remarquer que, en même temps que la syphilis se trouvent réunies le plus souvent un grand nombre de causes dont la plupart ont une action indiscutable sur la production de l'hystérie.

M. Lancereaux, dans ses leçons sur la syphilis faites à l'hôpital Lourcine en 1876, s'élève contre l'opinion de de M. Fournier et dit : « Quant à croire que la syphilis peut engendrer même passagèrement des névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie, nous avouons que rien jusqu'ici ne nous y autorise. » Il revient sur cette question l'année suivante et à propos d'un cas de syphilis pulmonaire fait quelques réflexions sur la syphilis viscérale. Parlant accessoirement de l'hystérie, il dit : « Je

nierai tout caractère spécifique à l'épilepsie et surtout à l'hystérie qui, plus que toute autre maladie, aurait dû trouver grâce devant la syphilis avec laquelle elle est en opposition formelle puisque jusqu'ici on ne lui connaît aucun désordre matériel constant » (1).

Ce dernier argument nous paraît avoir une grande valeur. Ne pouvant nous appuyer sur une lésion matérielle, nous invoquerons une altération humorale, une intoxication par le virus syphilitique. Mais alors à quoi reconnaitrons-nous que telle hystérie dépend de la syphilis, que ce n'est pas une pure coïncidence ?

La médication même ne sert pas plus de pierre de touche dans ce cas que dans bien d'autres ; en effet, ces accidents disparaissent souvent spontanément et, d'un autre côté, au traitement mercuriel se trouvent toujours ajoutés des toniques et des soins hygiéniques tels qu'une alimentation régulière, des bains, etc.

Nous ne nierons pas que la malade par sa syphilis soit mise dans des conditions favorables au développement du nervosisme. M. Fournier insiste avec raison sur ce point ; mais que la malade soit mise dans ces conditions par une syphilis, un chancre mou ou une blennorrhagie, le résultat sera le même et par suite l'hystérie n'a aucun rapport direct avec les accidents vénériens.

Nous concluons donc : *La syphilis ne crée pas l'hystérie, mais par le fait même de la vérole une malade peut être placée dans des conditions favorables au développement de cette névrose.*

La syphilis peut-elle modifier le cours d'une hystérie pré-existante ? Nous ne trouvons sur cette question que peu de matériaux.

Fournier, dans ses leçons sur la syphilis, parle « de ces

(1) Commun. à l'Acad. de méd., 23 octobre 1877.

femmes anciennement hystériques dont les accès s'étaient amendés depuis un certains temps et qui voient tout à coup reparaitre, pendant la période secondaire, leurs crises et leurs anciens maux nerveux. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole, ces femmes redeviennent subitement hystériques à compte nouveau, ou le deviennent à un degré supérieur si elles avaient cessé de l'être. Elles reprennent leurs accès convulsifs, elles reprennent leur état vapoureux, leur susceptibilité nerveuse. En un mot l'hystérie, qui chez elle s'était calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle..... Ne voyons-nous pas chaque jour cette névrose subir des exacerbations semblables sous l'incitation des causes les plus variées, de perturbations physiques comme de commotions morales? Et la vérole n'est-elle pas bien faite à tous égards pour stimuler une affection si facilement accessible aux excitations de tout genre? »

Nous croyons devoir rattacher à l'hystérie toute cette série de symptômes diffus qu'on observe à la même période de la vérole, nous voulons parler de ces névralgies, troubles de la sensibilité, dyspnée, palpitation de cœur, troubles gastriques, etc.

M. Fournier base sur des caractères peu tranchés le diagnostic différentiel de l'anesthésie syphilitique et de l'anesthésie hystérique.

Pour la boulimie, nous la rattacherons à ces troubles dyspeptiques dépendant de la névrose et observés à cette période.

A propos de cette influence de la syphilis, l'avis de M. Lancereaux est tout différent : « Il arrive, dit-il, de voir les manifestations hystériques se réveiller, mais alors il est facile de reconnaître que le phénomène n'a rien d'extraordinaire; il a toujours paru dépendre de l'état gastrique si commun à cette

période de la maladie. C'est d'ailleurs ce que l'on observe dans tous les états gastriques possibles (1). »

Cette explication nous paraît plus rationnelle. En effet, comment accuser l'intoxication syphilitique quand on voit les accidents qui en dépendent cesser alors que l'intoxication persiste et se manifeste sur la peau ou les muqueuses? Comment expliquer ce fait par l'anémie syphilitique, quand on a l'occasion de l'observer chez des sujets qui n'ont qu'une anémie très légère et qu'on ne le voit pas dans d'autres cas où l'anémie est très marquée? Par élimination nous arrivons à l'interprétation fournie par M. Lancereaux, qui n'a rien que de très rationnel. A cet état gastrique il faut joindre les autres causes adjuvantes que nous avons signalées plus haut en parlant de la syphilis comme cause première de l'hystérie.

La conclusion que nous tirerons de toute cette étude est que :

La syphilis n'a aucune influence sur le développement et la marche de l'hystérie, mais elle peut placer au moment de la période secondaire les sujets dans des conditions telles que les accidents nerveux apparaissent ou deviennent plus intenses, plus fréquents.

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR L'ÉPILEPSIE

L'épilepsie est une maladie chronique apyrétique, caractérisée par des attaques convulsives, des vertiges, des absences qui

(1) Leçon sur la syphilis, 1836.

frappent l'individu d'une façon irrégulière au milieu de la santé souvent en apparence la plus parfaite (Voisin).

L'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologique de l'épilepsie porterait à croire, sans que l'on ait cependant de preuve directe et positive de la chose, que son siège est dans la moelle allongée et la protubérance.

Cette altération du mésocéphale, dont on ne connaît pas d'ailleurs la nature anatomique, pourrait être produite par une lésion du cerveau, de la moelle ou des nerfs.

Dans une série de cas on ne trouve pas la lésion primitive; on ne constate à l'autopsie que des lésions consécutives aux attaques répétées. On dit alors que l'épilepsie est simple, vraie, idiopathique, son pronostic est grave.

L'épilepsie est dite symptomatique quand elle dépend d'une lésion des centres nerveux.

L'épilepsie est dite sympathique quand elle se rattache à une altération, à une irritation des nerfs périphériques (plaie, contusion des nerfs, vers intestinaux, etc.).

Cette division est admise par la plupart des auteurs.

Il y a un grand nombre de variétés d'épilepsie symptomatique ou sympathique, suivant la nature de la lésion primitive. On trouve donc décrite l'épilepsie syphilitique, l'épilepsie vermineuse, traumatique, etc.

Nous devons étudier ici l'influence de la syphilis sur l'épilepsie.

Dans quel sens devons-nous prendre le mot épilepsie ?

La réponse est facile; ce mot ne doit signifier pour nous qu'épilepsie vraie, épilepsie névrose.

La syphilis peut bien, par les altérations intracrâniennes qu'elle produira, donner lieu à des accès épileptiformes. Mais nous n'avons pas à faire ici cette étude, car nous sortirions de notre sujet en étudiant l'influence de la syphilis sur les organes nerveux centraux.

Nous aurions dû intituler ce chapitre : *Influence de la syphilis sur l'épilepsie névrose*. C'est en effet le seul point que nous ayons à étudier. Cette affection, par cela seul qu'elle est dite névrosique, manque d'un substratum anatomique.

La syphilis peut-elle produire une telle maladie ?

Nous avons déjà rappelé l'opinion de M. Lancereaux et des anatomo-pathologistes qui soutiennent que la syphilis se traduit toujours par une lésion, nous pourrions donc, basé sur cette proposition, dire : la syphilis ne donnera jamais lieu à l'épilepsie vraie. Nous trouvons cependant dans quelques auteurs des faits cliniques en contradiction avec cette opinion. Voyons si cela suffit pour mettre en doute l'assertion des anatomo-pathologistes.

Les cas d'épilepsie rapportés par les auteurs anciens ont presque tous trait à des épilepsies symptomatiques. A une époque plus rapprochée de nous, nous trouvons émise l'opinion que la syphilis peut donner lieu à des accès d'épilepsie sans produire de lésion matérielle.

Yvaren (1) rapporte quelques observations de syphilis simulant le mal caduc et admet la possibilité de l'absence de lésions.

M. Delasiauve (2) admet l'épilepsie syphilitique, il dit que la syphilis peut faire naître l'épilepsie en agissant directement sur le cerveau en même temps que sur tout l'organisme, ou bien indirectement par des altérations crâniennes qu'elle produit et qui compriment mécaniquement l'encéphale.

Trousseau et Pidoux (3) paraissent admettre une épilepsie syphilitique sans lésion appréciable, lorsqu'ils disent : « L'épilepsie peut être quelquefois causée par des exostoses du crâne, par des végétations de la dure-mère, par toute autre lésion ap-

(1) *Métamorphose de la syphilis*, 1854.

(2) *Traité de mat. méd. et de thérap.*

(3) *Traité de l'épilepsie*.

préciable ou inappréciable du système nerveux dépendant de l'infection syphilitique. »

Axenfeld fait remarquer que l'état cachectique produit par la misère, les excès, les pertes considérables de liquide, ou déterminé par des maladies générales qui altèrent profondément les fonctions nutritives (syphilis, scrofule, bubons), prépare quelquefois le développement de l'épilepsie.

Zambaco dit: « La syphilis peut-elle déterminer l'épilepsie sans l'intermédiaire d'une altération matérielle? Bien que cela nous semble possible et même probable, les faits que nous connaissons ne nous autorisent pas à conclure dans ce sens. »

« L'épilepsie est une affection si grave et parfois si tenace qu'elle peut persister malgré la disparition de sa première cause, lors même qu'elle aurait été provoquée par une tumeur dont on a obtenu la résolution. »

Lagneau dit que la véritable attaque d'épilepsie s'observe souvent dans le cours de la syphilis cérébrale. Les attaques épileptiques peuvent affecter tous les degrés. Il signale les diverses lésions et dit que quelquefois l'autopsie ne révèle aucune lésion encéphalique appréciable (obs. 143).

MM. Gros et Lancereaux, ont réuni 14 observations dans lesquelles la marche de la maladie, l'absence de symptômes, indiquant une lésion matérielle précise ou d'autres particularités sémiologique ou étiologique, peut-être aussi dans quelques cas l'absence de détails suffisants ont empêché de rapporter les convulsions à une lésion matérielle déterminée. Aucun de ces faits n'est suivi d'autopsie. Comme nous le verrons plus tard et comme certainement l'admet M. Lancereaux aujourd'hui, on ne peut pas, sur ce fait que la lésion ne produit pas tous les troubles moteurs ou autres auxquels elle donne lieu habituellement, en conclure à son absence.

Dans son enseignement, M. Fournier, passant en revue les crises épileptiformes que l'on observe à la période tertiaire,

insiste sur ce point que ce n'est pas de l'épilepsie vraie. Dans ses leçons sur la syphilis chez la femme, il dit que la syphilis secondaire détermine quelquefois des crises épileptiformes qui, à les considérer seulement au point de vue des symptômes, sont absolument identiques avec les accès convulsifs de l'épilepsie. Dans ces cas on pourrait croire à une épilepsie vraie.

M. Fournier aborde cette question : « Mais, dira-t-on, est-ce bien là de l'épilepsie, de l'épilepsie vraie ? Distinguons en tant que phénomène, en tant que manifestations apparentes, les crises convulsives qui peuvent résulter de la vérole sont ou peuvent être absolument identiques avec celles de la névrose épilepsie. Voilà ce que j'ai vu, voilà ce que j'affirme. Mais en tant qu'essence de maladie, en tant que nature intime des manifestations, je suis bien loin de vouloir établir une assimilation entre les crises épileptiques de la syphilis et l'épilepsie vraie. Je me garderais bien de considérer comme épileptique le malade qui, de par la syphilis, prend des attaques analogues à celles de l'épilepsie, pas plus d'ailleurs qu'on ne taxe d'épileptiques les malades qui présentent des crises de ce genre par le fait de la puerpéralité ou de l'urémie. Je dirai même plus, si j'avais à risquer une hypothèse sur la nature des phénomènes en question, je les rangerais sans grand scrupule dans la catégorie des troubles qu'on désigne communément sous le nom d'épilepsie symptomatique ou de fausse épilepsie. » Les raisons qu'il donne en faveur de cette opinion sont : 1° que l'épilepsie secondaire n'est pas franche d'allure ; 2° qu'elle est transitoire.

Dans un récent article (1) M. Fournier revient sur ce point, et compare l'épilepsie secondaire et l'épilepsie tertiaire. L'épilepsie tertiaire est étudiée par cet auteur dans son livre sur la syphilis du cerveau. L'épilepsie vraie, dit-il, n'est pas celle que détermine parfois la syphilis. Cette dernière est différente comme

(1) Ann. de dermat. et de syph., 1880, n° 1.

nature, comme entité morbide de l'épilepsie véritable, de l'épilepsie spontanée primitive. Si pour un certain temps elle peut prendre l'allure, le masque d'une épilepsie névrosique essentielle, toujours elle aboutit plus tard à rentrer dans l'allure d'une épilepsie symptomatique.

Dans une thèse inspirée par M. Fournier, Viard (1) étudie l'épilepsie syphilitique. Après avoir signalé les différents aspects que présentent les crises à telle ou telle période et les caractères qui permettront de la reconnaître, il fait l'anatomie pathologique de cette affection. On a constaté, dit-il, des lésions variées portant sur les enveloppes de l'encéphale ou sur l'encéphale. Dans ces cas rares, le cerveau et les enveloppes examinés avec soin n'avaient présenté aucune lésion appréciable.

M. Mauriac (2) vient confirmer cette idée que l'épilepsie secondaire est symptomatique. Étudiant toutes les affections syphilitiques précoces des centres nerveux « Il serait difficile, dit-il, de faire maintenant une histoire dogmatique des lésions anatomiques qu'on a observées dans les syphiloses cérébro-spinales précoces. Qu'il me suffise de dire que toutes celles qu'on rencontre plus tard peuvent se produire pendant les deux ou trois premières années de la maladie constitutionnelle, et même pendant les douze premiers mois. Les lésions qui semblent prédominer sont les altérations de l'écorce et les lésions artérielles. »

« Enfin quelquefois l'autopsie n'a fait constater aucune altération. Il est probable qu'alors les artères seules étaient lésées et qu'une ischémie centrale généralisée ou portant sur des centres vitaux de premier ordre a supprimé peu à peu ou affaibli progressivement des fonctions nerveuses indispensables à la vie. »

(1) Th. de Paris, 1878.

A propos des crises épileptiformes, il signale leur rareté pendant les premières phases de la syphilis.

« Ces crises, dit-il, ne sont-elles quelquefois qu'une simple perturbation nerveuse sans lésion matérielle persistante? Un trouble névropathique transitoire et semblable aux céphalées prodromique des éruptions érythémateuses de la syphilis? Rien ne prouve qu'il en soit ainsi. Au contraire, l'épilepsie généralisée, mais surtout l'épilepsie localisée, partielle, hémiplégique, cette hémiplégie si remarquablement décrite par Hughling Jackson qu'on appelle souvent jacksonnienne, cette épilepsie est éminemment syphilitique; et au même titre que la paralysie, que l'aphasie, elle traduit un désordre matériel produit par l'action diathésique sur tel ou tel point de l'écorce cérébrale. »

Signalons enfin un travail de Celso Pellizari (1) dans lequel l'auteur étudie la syphilis épileptiforme. A propos de l'épilepsie précoce, il discute longuement les faits connus et dit : « Je ne sais pourquoi, mais un sentiment intime me porte à croire que le système lymphatique si peu étudié doit un jour ou l'autre donner la clef de bien des mystères relatifs à la syphilis. » Cette opinion qui concorde avec ce que nous savons de l'anatomie pathologique de la syphilis pourra être confirmée par des recherches ultérieures.

Nous croyons donc, nous basant sur des faits bien observés, conclure que *la syphilis acquise n'a aucune influence sur le développement de l'épilepsie névrose.*

Notons en passant que l'opinion qui veut que l'épilepsie secondaire ait un substratum anatomique, paraît en contradiction avec ce que l'on a dit jusqu'à présent de l'évolution de la syphilis. On est habitué à croire qu'une syphilis ne peut présenter de localisation viscérale que lorsqu'elle est ancienne, lors-

(1) Lo sperimentale, mai, 1879.

qu'elle est arrivée à la période tertiaire. Les faits bien observés montrent que cette division de la maladie en périodes est toute artificielle, que l'on peut voir à une époque précoce survenir des accidents viscéraux et inversement des accidents secondaires après d'autres plus profonds. Il est donc inutile pour expliquer certains faits d'invoquer une intoxication de l'organisme.

Il ne faut pas oublier qu'il y a des cas de coïncidence possible. L'infection peut se produire avant l'apparition de la première attaque d'épilepsie vraie. Un autre point peut encore être discuté : quand une lésion qui donnait lieu à des crises épileptiformes symptomatiques ou sympathiques se prolonge, on peut voir les crises d'épilepsie se continuer même quand la lésion aura disparu.

Cette opinion s'appuie sur l'expérimentation (Faits de Brown-Séguard)

Peut-on voir ce fait dans l'épilepsie syphilitique ?

Ceci est au moins fort douteux, car une lésion qui aura persisté un certain temps ne disparaîtra pas facilement. Nous ne connaissons d'ailleurs aucun fait de ce genre.

D'après ce que nous avons dit précédemment, il est évident que la syphilis peut donner lieu à une affection qui simulera en tout point la névrose. Les caractères spéciaux que présentent chacun des éléments des crises, la marche de la maladie, suffisent le plus souvent pour faire le diagnostic de l'épilepsie vraie et de l'épilepsie syphilitique. Nous n'insistons pas davantage.

La syphilis héréditaire a-t-elle une influence sur le développement de l'épilepsie névrose ?

Tous les faits de syphilis congénitale avec accès d'épilepsie ont trait à de l'épilepsie symptomatique. Tout ce que nous pouvons admettre, c'est que la diathèse syphilitique est une cause prédisposante comme la scrofule, le rachitisme (Axenfeld) et que d'autre part par suite de troubles de la nutrition des os du

crâne, de soudures prématurées, etc., etc, il est possible que l'épilepsie vraie se développe. Nous ne faisons qu'énoncer une possibilité, sans apporter aucun fait pour ou contre cette opinion.

L'épilepsie est une de ces rares affections nerveuses qui permettent souvent au malade de vivre de la vie commune. Il peut donc se faire que la syphilis se développe chez un sujet épileptique. La présence de cette nouvelle maladie viendra-t-elle changer le cours de la maladie ancienne ?

M. Fournier aborde cette question dans ses leçons sur la syphilis chez la femme : « Pour avoir, dit-il, l'occasion de s'exercer moins souvent (que sur l'hystérie), l'influence de la syphilis sur l'épilepsie n'est pas contestable. Elle est même parfois surprenante, comme sur une malade que nous avons dans nos salles actuellement et dont voici l'histoire : Cette femme, âgée de 27 ans aujourd'hui, grande, robuste, bien musclée, est épileptique depuis son enfance. Jusqu'à l'âge de la puberté elle a eu des attaques très fréquentes. Plus tard, les crises se sont distancées, à ce point que depuis dix ans, jusqu'à janvier dernier, il ne s'en est plus produit que six, dont la malade fournit les dates précises de la façon suivante : une à 17 ans et une autre à 20 ans, survenues toutes deux sans cause appréciable ; trois à 24 ans, coup sur coup, déterminées par un violent chagrin ; une dernière il y a quinze mois, ayant succédé à une émotion très vive. »

« Or, il y a quatre à cinq mois, c'est-à-dire vers octobre ou novembre dernier, cette femme prend la syphilis. Elle ne se traite pas, et les accidents secondaires (syphilides cutanées et muqueuses, céphalée, angine, etc.) commencent à se manifester en décembre. En janvier, crise épileptique survenue à la suite de violents maux de tête. Pas de traitement. De janvier à février, les accidents spécifiques ne font que s'accroître ; la peau se couvre de boutons, la céphalée augmente ; quatre nouvelles

crises. Vers la fin de février, cette malade entre ici et nous constatons sur elle une syphilide papulo-squameuse extrêmement confluente, des syphilides muqueuses, des croûtes du cuir chevelu avec alopécie, et divers autres symptômes dont je vous ferai grâce ; de plus douleurs multiples et céphalée violente. La médication spécifique est aussitôt instituée. Mais ces divers accidents ne se modifient que d'une façon assez lente, et de février aux premiers jours d'avril six crises épileptiques se produisent encore, se produisent à l'hôpital, sous nos yeux, en dehors de toute provocation, de toute excitation physique ou morale. Nul doute d'ailleurs ne peut être conservé sur la nature de ces crises, qui sont celles de l'épilepsie la plus franche, la plus classique. Puis l'action thérapeutique se produit : la céphalée se calme, les syphilides s'effacent et parallèlement les crises épileptiques se suspendent. »

« Résumé : une femme épileptique ne présente que six crises en dix ans. Elle contracte la vérole ; tout aussitôt onze crises se produisent en moins de quatre mois. Elle se traite ; les symptômes spécifiques s'amendent ; simultanément l'irritation spécifique se calme, s'éteint ». M. Fournier dit posséder plusieurs observations analogues. La stimulation ainsi produite sera toujours provisoire.

La réalité de ces faits n'est pas discutable, mais l'explication ne peut en être donnée d'une façon certaine. Se produit-il dans l'encéphale et ses enveloppes quelques altérations légères guérissant facilement comme celles qui produisent l'épilepsie secondaire symptomatique, la localisation se faisant facilement sur un organe qui est prédisposé héréditairement et par le fait de la maladie antérieure ? Cette hypothèse n'a rien d'in vraisemblable. Tout aussi admissible est la supposition que la syphilis agit comme beaucoup d'autres causes telles que les excès alcooliques, les excès de table, le café, le thé, la menstruation, le coït, etc., etc., que tous les auteurs regardent comme ame-

nant quelquefois une exacerbation du phénomène, une explosion d'attaques.

Nous admettons donc sans en donner une explication ce fait : que *la syphilis peut avoir une influence stimulatrice sur la production des crises d'épilepsie dans certains cas de névrose antérieure à l'infection.*

CHAPITRE III

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA CHORÉE.

L'hémichorée præ ou posthémiplegique correspond à une lésion nette précise, à siège constant (partie postérieure du pied de la couronne rayonnante).

Pour la chorée vulgaire, on ne connaît ni le siège de la lésion, ni sa nature; elle est encore classée parmi les névroses.

La syphilis a-t-elle une influence sur le développement de la chorée ?

La première observation publiée sous le nom de chorée syphilitique est de Costilhes (1), elle est rapportée par Lagneau, Gros et Lancereaux, Zambaco. Ce dernier auteur publie aussi une observation de chorée générale qui dépendrait de la syphilis.

Gros et Lancereaux, à propos de l'observation de Costilhes, disent : « Ce ne sont pas de véritables chorées, mais bien des convulsions choréiformes de nature syphilitique et rien de plus. »

Alison (2) rapporte quelques observations de chorée syphilitique. Il croit pouvoir différencier les deux formes en disant

(1) Gaz. hebdomadaire, 1853.

(2) The American Journ. of med. sc., 1877.

que les mouvements sont plus spasmodiques et moins continus dans la chorée syphilitique que dans la chorée ordinaire.

Suivant Grasset, la diathèse syphilitique a assez souvent déterminé la chorée qui peut guérir alors par l'iodure de potassium.

Nous voyons que l'on doit, à propos de cette affection comme à propos de l'épilepsie, distinguer les cas de chorée névrose des cas de chorée symptomatique, et admettre aussi la possibilité d'une coïncidence entre une syphilis et une chorée rhumatismale ou hystérique.

Sée, dans son mémoire de 1854, rapporte l'observation d'une jeune fille choréique qui était atteinte de syphilis, mais qui en même temps était rhumatisante. C'est cette seconde circonstance qui était la cause première de la chorée.

La syphilis peut donc, par les lésions qu'elle produira dans le système nerveux, être la cause de mouvements choréiques, mouvements le plus souvent unilatéraux et qui seront accompagnés ou précédés de phénomènes d'ordre paralytique.

L'observation de Costilhes, bien qu'elle ne soit pas suivie d'autopsie, paraît devoir être attribuée à une lésion centrale, car outre la céphalalgie intense, les vomissements, les étourdissements qui précèdent de quatre jours l'apparition unilatérale des mouvements choréiques, on note des phénomènes parétiques dans le côté choréique.

Notons cependant l'absence de troubles sensitifs.

La première observation de Alison doit être rapprochée de la précédente. Une hémiplégie précède l'hémichorée. Il n'y eut pas d'autopsie.

La seconde observation du même auteur se rapporte à un cas d'hémichorée précédée d'hémiparésie. Les mouvements convulsifs disparurent par un traitement spécifique. On peut encore supposer une lésion centrale.

Une dernière observation d'hémichorée observée sur deux

enfants syphilitiques et guérie par le traitement spécifique n'est pas plus probante que les précédents.

Le fait rapporté par Zambaco est celui d'une chorée générale débutant à la suite d'une frayeur, et accompagnée de manifestations cutanées de la syphilis. Un traitement spécifique guérit ces deux affections, mais on vit immédiatement après se développer des accidents hystérisiformes et épileptiformes. Le mode de début, la terminaison par des accidents nerveux d'ordre voisin, nous permettent de douter des rapports que l'auteur voudrait établir entre la névrose et la syphilis. Il n'y a pour admettre ce rapport que la guérison des mouvements choréiformes par le traitement spécifique.

Nous ne croyons pas devoir admettre un rapport de cause à effet entre la diathèse et la névrose.

Nous concluons donc : *La syphilis n'a aucune influence sur la névrose chorée. Elle peut par les lésions qu'elle produira dans le système nerveux central donner lieu à des mouvements choréiformes symptomatiques.*

CHAPITRE IV

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LA PARALYSIE AGITANTE.

Ce chapitre ne peut qu'être indiqué. Nous ne trouvons pas la syphilis mentionnée parmi la cause de la paralysie agitante. Du reste cette affection est encore classée parmi les névroses. On peut affirmer que les cas où cette étiologie serait soupçonnée ne seraient que de simples coïncidences des deux affections chez le même sujet.

CHAPITRE V.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR L'ALIÉNATION MENTALE.

Nous réservons pour un chapitre spécial l'étude de l'influence que la syphilis peut avoir sur la paralysie générale. Nous examinerons ici cette influence sur les différentes formes de folie, puis sur des états morbides se rattachant indirectement à l'aliénation mentale, nous voulons parler de l'idiotie et du crétinisme. Nous parlerons de l'état mental des épileptiques, des hystériques et des choréiques en étudiant chacune de ces affections.

Malgré les progrès immenses qu'a faits la pathologie nerveuse dans ces dernières années, on n'est guère arrivé, pour ce qui touche l'aliénation mentale, qu'à des résultats négatifs.

Dans nombre d'autopsies d'aliénés on a constaté des altérations siégeant soit dans les méninges, soit dans l'écorce grise, soit dans la substance blanche, soit dans les noyaux centraux ; le siège et la nature de ces lésions variant à l'infini, il a été impossible de tirer aucune conclusion du siège de la lésion à la forme de la folie. Des observations prises avec soin et en grand nombre combleront peut être plus tard ce desideratum.

Dans une autre série de constatations anatomiques, toutes les recherches ont été infructueuses, et à l'œil nu comme au microscope le cerveau a paru sain.

La syphilis a-t-elle une influence sur le développement des diverses formes de l'aliénation mentale ? Les auteurs anciens citent de nombreux cas de folie syphilitique ; sur 458 cas de folie dus à des causes physiques, Esquirol en rapporte 9 à la

syphilis. Marcé abordant cette question dit : « Des faits cliniques soigneusement observés permettent d'affirmer que la syphilis est quelquefois cause de folie. Toutefois, en parcourant les observations contenues dans les ouvrages de MM. Gros et Lancereaux et de M. Zambaco, on voit bien vite que les troubles intellectuels doivent être alors attribués soit à des dégénérescences organiques ou à des produits accidentels du parenchyme cérébral ou des os du crâne, soit enfin à la cachexie et à l'anémie profonde qui accompagnent souvent les accidents tertiaires de la syphilis. Mais la syphilis n'agit pas directement sur la production de la folie, à la manière d'un agent toxique, elle agit uniquement par l'intermédiaire des modifications organiques qu'elle fait subir à l'économie. Encore faut-il tenir compte des circonstances accessoires, telles que les excès vénériens, les abus alcooliques qui ont souvent leur part d'influence dans la production de la maladie mentale. Enfin il est indispensable pour que cette étiologie puisse être admise avec certitude, que la folie ait guéri sous l'influence d'un traitement antisiphilitique ; toute observation qui ne présentera pas cette contre-épreuve pourra toujours être discutée et envisagée comme le résultat d'une coïncidence. »

Trélat (communicat. orale citée par Gros et Lancereaux) dit n'avoir vu que rarement à la Salpêtrière des cas de folie dont l'origine syphilitique pût être indiquée d'une manière positive.

Essmarch et Jessen ont relaté plusieurs faits de troubles intellectuels dépendant de la syphilis.

Dagonet croit aussi que la syphilis peut donner lieu à des troubles intellectuels en agissant directement sur les centres nerveux ou sur leurs enveloppes, soit par suite de la chlorose et de la cachexie syphilitique. Ratier est le seul qui nie l'influence de la syphilis sur la pathogénie des diverses formes de l'aliénation mentale.

Pour Griesinger, la syphilis constitutionnelle ne détermine peut-être la folie pas autrement que par les maladies organiques consécutives aux troubles de nutrition qu'elle amène dans le crâne, le cerveau, et dans ses membranes; mais déjà sous ce rapport elle mérite une considération très sérieuse.

Lagneau dit que comme toutes les fonctions nerveuses les fonctions intellectuelles peuvent être perverties ou abolies. Pour exprimer nettement notre pensée, dit Zambaro, nous dirons que nous admettons volontiers que la syphilis jouisse du pouvoir d'occasionner la perturbation des facultés intellectuelles comme elle produit l'épilepsie; mais les faits d'aliénation mentale syphilitique non accompagnés de désordre de la motilité et de la sensibilité sont extrêmement rares.

Follin (1), dans son article sur la syphilis, nie la folie en tant qu'accident spécifique et n'accepte que les troubles intellectuels liés aux lésions de la sensibilité ou du mouvement, et résultant d'une altération matérielle d'une compression par exemple.

Gros et Lancereaux parlant des troubles intellectuels disent : « Nous ne nous occupons que des troubles intellectuels indépendants de toute lésion appréciable. Les faits que nous citons nous paraissent plus que suffisants pour démontrer qu'en l'absence de toute lésion encéphalique appréciable attribuable à la syphilis, celle-ci peut troubler profondément l'intelligence. Cette affirmation doit être rejetée aujourd'hui par M. Lancereaux qui à l'Académie de médecine, assurait en principe il y a deux ans que la syphilis produisait toujours des lésions.

M. Fournier étudie dans la syphilis cérébrale une forme mentale. Cette forme mentale est tantôt associée à d'autres troubles moteurs ou sensitifs, tantôt isolée.

Dans la forme isolée, les troubles intellectuels peuvent évo-

(1) Traité de pathologie externe, Paris, 1861, t. I.

luer lentement et prendre une forme dépressive ou marcher plus rapidement alors avec exaltation délire, manie. — Il passe en revue presque toutes les formes de la folie et insiste comme d'ailleurs d'autres auteurs sous la fréquence des troubles de la mémoire.

Enfin, dans un récent travail, Pasquale Pirocchi, s'appuyant sur 109 observations, essaie de constituer l'étude didactique des formes de la folie dépendant de la syphilis. Les conclusions se rapprochent de celles de M. Fournier.

Un point sur lequel à peu près tous les auteurs sont d'accord, c'est le suivant : Les lésions que la syphilis peut produire dans le cerveau peuvent être accompagnées de troubles intellectuels des plus variés, depuis les plus simples jusqu'à la démence la plus complète. Nous devons laisser de côté l'étude de ces faits, car nous n'avons pas à nous occuper des syphilomes cérébraux.

Pour ce qui est des folies névroses, caractérisées par l'absence de lésions, l'accord est loin d'exister.

Essayons de résoudre cette question : La syphilis a-t-elle une influence sur le développement des folies névroses ? Dans ces cas où la folie guérit rapidement, ou bien se termine par la mort sans laisser de lésion, on peut toujours invoquer une coïncidence. Il n'y a pas, en effet, comme le fait remarquer M. Fournier, de caractère spécial à la folie syphilitique.

A cette explication qui a au moins le mérite de la simplicité, on vient opposer ce fait qu'un traitement spécifique a souvent raison de ces sortes de folies. Mais nous savons le peu de valeur de cet argument, et une observation que nous relatons plus loin, due à l'obligeance de M. Maguan, nous montre que dans un cas de folie dont la nature syphilitique n'avait pas été mis

(1) Sifilide e Pazzia in *Giornale Italiano delle malattie veneree e della ple*, 1878, p. 238.

en doute avant son entrée à Sainte-Anne, il y eut amélioration rapide par le traitement hygiénique seul. On n'aurait pas manqué d'attribuer au mercure le succès si ce médicament avait été administré auparavant.

Nous savons d'autre part que la syphilis produit toujours une lésion. L'absence même d'altération de l'encéphale est une raison pour repousser la nature syphilitique de l'affection.

Nous ne nierons pas cependant que la vérole puisse jouer un certain rôle dans l'étiologie de la folie, mais alors un rôle bien effacé. Comme affection débilitante, comme affection pouvant troubler le repos de sujets qui en sont atteints (crainte de communiquer l'infection, crainte de voir la maladie être connue, crainte des accidents graves ultérieurs, etc., etc.), la vérole peut être le point de départ d'une aliénation mentale qui attendait une occasion pour se montrer. Nous savons d'ailleurs que la terreur seule de la syphilis, sans qu'il y ait eu la moindre infection, peut être la cause d'une hypochondrie, d'une lypémanie plus ou moins profonde (syphilophobie). Nous dirons donc : *la syphilis n'a aucune influence directe sur le développement des folies névroses. Elle peut agir comme cause occasionnelle, mais tout à fait éloignée.*

Une syphilis survenant chez un sujet aliéné ou qui auparavant avait donné les signes d'aliénation mentale, aura-t-elle une influence sur la marche ultérieure de l'affection ?

Les quelques observations se rapportant à ce point de la pathologie mentale n'ont pas grande importance. On voit, en effet, à une époque plus ou moins éloignée de l'infection, un nouvel accès de folie se montrer. Faut-il accuser la syphilis ? Rien ne saurait démontrer cette influence ; le nouvel accès ne présente rien de spécial ni dans sa marche ni dans son expression. La guérison aura lieu par les moyens ordinaires sans que l'on ait recours aux spécifiques.

Tout ce que l'on pourra affirmer, c'est que cet individu pré-

sente du côté de l'encéphale un *locus minoris resistentiæ*, et que les localisations de la vérole auront une tendance à se produire en ce point.

Il y a quelques sujets que l'on appelle bizarres, cerveaux brûlés, qui sans avoir donné des signes évidents d'aliénation mentale sont cependant prédisposés aux affections de ce genre. Qu'une émotion vive, un chagrin, assaille un tel individu, qu'il commette des excès de tout genre, on pourra voir se développer chez lui un véritable accès de folie. Une syphilis pourra agir de même, et cependant la forme de la folie ne présentera rien de spécial, elle guérira sans les spécifiques. Nous en rapportons un exemple. La malade, qui avait toujours été mal équilibrée, arrive à Sainte-Anne avec des manifestations syphilitiques cutanées et avec une excitation maniaque. Le diagnostic du certificat était manie syphilitique. Le traitement fut institué en éliminant complètement les spécifiques. La malade guérit bien et rapidement de son accès de manie. On donna plus tard le mercure pour guérir les accidents cutanés.

Obs. XVIII. Victorine B..., lingère, actuellement âgée de 17 ans, n'a présenté rien de particulier jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque, elle a commencé à mener une vie très irrégulière; elle quittait la maison paternelle et restait plusieurs jours sans y revenir.

Son père la fit enfermer dans une maison de correction d'où elle s'enfuit en escaladant un mur. Depuis ce jour, elle n'a plus reparu dans sa famille que quand elle était contrainte par la police.

Arrêtée plusieurs fois, elle se tenait bien pendant plusieurs jours, puis se sauvait, en emportant de l'argent, pour recommencer sa vie. Elle fut trouvée plusieurs fois, en état d'ivresse, sur la voie publique, et enfermée, en dernier lieu, à Saint-Lazare, pour y être soignée d'une syphilis qu'elle avait contractée depuis quelques mois. Dans le cours de son traitement elle fut prise d'excitation maniaque et envoyée à Sainte-Anne, dans le service de M. Maguan, où elle arriva le 8 septembre 1879.

A son entrée, on constate l'existence d'une syphilis punctiforme limitée à la face antérieure du tronc et à la face interne des bras et des

cuisse. Elle portait, en outre, sur les grandes lèvres, des cicatrices de plaques muqueuses récentes.

Victorine a de la fièvre; elle a perdu le sommeil; elle est très excitée, danse, gesticule, prononçant des phrases incohérentes et des mots orduriers qu'elle fait rimer entre eux. Elle présente, en un mot, tous les symptômes de l'excitation maniaque simple.

Victorine est restée ainsi plusieurs jours, mais sous l'influence du bromure de potassium et de bains associés au chloral, quand l'excitation était par trop grande, elle s'est améliorée progressivement après quelques semaines. L'état mental était déjà en très bonne voie de guérison, que la syphilis persistait encore.

Trois mois après son entrée, la malade, qui avait suivi à Saint-Lazare un traitement spécifique sans le continuer à Sainte-Anne, était complètement guérie de sa manie et de ses accidents syphilitiques; elle s'occupait, dans le service, à soigner les autres malades, paraissant regretter son existence passée.

Victorine a pu être rendue à la liberté au commencement de février 1880.

La conclusion de l'étude de ces deux ordres de faits est la suivante :

La syphilis n'a aucune influence sur la marche d'une aliénation mentale. On ne peut lui attribuer l'apparition d'accès de folie chez les individus prédisposés (bizarres).

Nous allons voir maintenant quelle influence la syphilis peut avoir sur la production de cet état se rapportant à l'aliénation mentale, l'idiotie.

Dans ces cas il s'agit de syphilis héréditaire qui venant troubler la nutrition de la boîte osseuse gêne le développement du cerveau. Dans ces cas encore, la syphilis n'agit pas directement sur le système nerveux.

Nous rapportons ici les seules observations que nous connaissons.

Critchett (1) rapporte l'observation d'un garçon de 9 ans qui

(1) Med. Times and Gaz., t. I, p. 575, 1860.

présente plusieurs lésions dont l'origine est indubitablement syphilitique. Il n'a marché qu'à l'âge de 2 ans, il est idiot.

M. Lancereaux publie une observation de syphilis héréditaire tardive, idiotie, épilepsie, microcéphalie.

Père et mère syphilitiques. La mère a eu trois enfants muets en bas âge. Quatre fausses couches. Le sujet de cette observation est le seul survivant. Agé de 12 ans, il en montre 6 ou 8. La tête est extrêmement petite et déjà les os du crâne paraissent soudés entre eux.

Cet enfant marche à la condition qu'on le conduise ; il est à peu près complètement dépourvu d'intelligence et de mémoire. Ne parle pas. Entêtement. Habitude de masturbation. Depuis l'âge de 2 ans, accès épileptiformes. Les deux premières incisives sont crénelées et parsemées de petites dépressions, les deux autres incisives et les canines sont à peine sorties de leur alvéole. Il existe un véritable arrêt de développement de la dentition.

M. Parrot, dans une communication faite au congrès du Havre, 1877, étudie les déformations crâniennes causées par la syphilis héréditaire. Il décrit les lésions osseuses microscopiques.

Sur le crâne d'un enfant de 30 mois, natiforme à un haut degré, la suture cervicale droite n'existait plus sur une longueur de 17 millimètres ; l'encéphale avait été arrêté dans son évolution, et l'enfant présentait tous les caractères de l'idiotie.

La syphilis héréditaire peut donc agir indirectement sur le cerveau et donner lieu à cet état d'affaiblissement intellectuel que l'on appelle idiotie.

TABLE

INTRODUCTION.....	5
-------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Influence de la syphilis sur les maladies cérébrales

CHAP. I. — Influence de la syphilis sur la <u>congestion</u> et l'anémie cérébrale.....	8
CHAP. II. — Influence de la syphilis sur l' <u>hémorrhagie</u> cérébrale et méningée.....	10
CHAP. III. — Influence de la syphilis sur le ramollissement céré- bral.....	16
CHAP. IV. — Influence de la syphilis sur la méningite cérébrale..	17
— V. — Influence de la syphilis sur l'encéphalite.....	19
— VI. — Influence de la syphilis sur la paralysie générale....	20

DEUXIÈME PARTIE

Influence de la syphilis sur les maladies de la moelle et de ses enveloppes.

CHAP. I. — Influence de la syphilis sur les myélites diffuses, aiguës subaiguës et chroniques.....	36
CHAP. II. — Influence de la syphilis sur les myélites systématise- ées.....	51
§ I. — Influence de la syphilis sur l'ataxie locomotrice.	52
§ II. — Influence de la syphilis sur la sclérose des cordons de Goll.....	56
§ III. — Influence de la syphilis sur la sclérose secon- daire des cordons de Goll.....	56
§ IV. — Influence de la syphilis sur la sclérose laté- rale symétrique sans atrophie musculaire.....	56

§ V. — Influence de la syphilis sur la sclérose latérale amyotrophique	56
§ VI. — Influence de la syphilis sur la sclérose descendante des faisceaux latéraux.....	56
§ VII. — Influence de la syphilis sur l'atrophie musculaire protopathique.....	57
§ VIII. — Influence de la syphilis sur l'atrophie musculaire secondaire.....	60
§ IX. — Influence de la syphilis sur la téphromyélie antérieure aiguë.....	61
§ X. — Influence de la syphilis sur la sclérose en plaques.....	61
§ XI. — Influence de la syphilis sur la paralysie labio-glosso-laryngée.....	62

TROISIÈME PARTIE.

Influence de la syphilis sur les névroses.

CHAP. I. — Influence de la syphilis sur l'hystérie.....	67
CHAP. II. — Influence de la syphilis sur l'épilepsie.....	72
CHAP. III. — Influence de la syphilis sur la chorée.....	82
CHAP. IV. — Influence de la syphilis sur la paralysie agitante...	84
CHAP. V. — Influence de la syphilis sur l'aliénation mentale.....	85



~~3725~~
9722

46/2

