



DE

# LA SYPHILIS CÉRÉBRALE

## INDIRECTE

PAR

LE D<sup>r</sup> FERNAND LAVERGNE

Ancien interne des hôpitaux.

---

(Extrait de la *France Médicale*, N<sup>os</sup> 146, 147 et 148, t. II, 1885).

---

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECHOSNIER, EDITEURS

Place de l'École-de-Médecine.

—  
1886



www.dlibra.wum.edu.pl

DE

# LA SYPHILIS CÉRÉBRALE

## INDIRECTE

PAR

LE D<sup>r</sup> FERNAND LAVERGNE

Ancien interne des hôpitaux.

---

(Extrait de la *France Médicale*, Nos 146, 147 et 148, t. II, 1885).

---

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, EDITEURS

Place de l'École-de-Médecine

—  
1886

Biblioteka Główna  
WUM  
Br.1525



000027304



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna  
WUM**



DE

# LA SYPHILIS CÉRÉBRALE

## INDIRECTE

---

Si une lésion est souvent grave par elle-même, souvent aussi elle l'est par son siège, par le rapport qu'elle affecte avec des organes délicats, essentiels à la vie, et dont le trouble fonctionnel retentit sur tout l'organisme. Rien n'est plus vrai quand il s'agit de la syphilis du crâne ; c'est précisément à ce point de vue tout spécial, au point de vue des troubles matériels et des symptômes qu'elle peut déterminer du côté du cerveau, que nous voulons l'envisager ici.

La syphilis cérébrale « *directe* », en effet, celle où l'organe est primitivement atteint par la lésion spécifique, a été magistralement étudiée et décrite par le professeur Fournier. La syphilis cérébrale « *indirecte* », dans laquelle les lésions de l'encéphale sont secondaires et consécutives à celles des parties osseuses voisines, est beaucoup moins connue. Il existe cependant dans la science une grande quantité d'observations isolées. Voilà pourquoi nous avons voulu en colliger un certain nombre, les dépouiller et en faire ressortir les conclusions. Pour les appuyer sur une base sûre, il était indispensable de comparer entre eux les signes cliniques observés pendant la vie et ceux fournis par l'examen nécroscopique. De cette considération — et de celle-là seulement — pouvait ressortir la relation indubitable de cause à effet, qui existe entre certaines lésions crâniennes et certains symptômes cérébraux. Pour ce motif, nous n'avons tenu compte que des observations avec autopsie.

Nous allons tout d'abord décrire la syphilis crânienne et les modifications survenues, à son contact, du côté des méninges et du cerveau. Chemin faisant, il sera facile de montrer les rapports de voisinage, partant les relations de causalité, qui existent entre ces deux or-

dres de lésions. Nous verrons ensuite à quels symptômes elles donnent lieu et quelles formes cliniques peut revêtir la maladie.

Nous terminerons par quelques considérations thérapeutiques.

*Anatomie pathologique.* — Dans ce chapitre, nous aurons successivement à examiner :

a. Les lésions osseuses elles-mêmes, qui relèvent directement de la syphilis, lésions essentiellement primitives, et d'où dépendent :

b. Les lésions des méninges,

c. Les lésions du cerveau et des nerfs, ces deux dernières devant être considérées comme d'ordre secondaire, et comme résultant de la présence d'une affection crânienne. Ceci a, évidemment, besoin d'être démontré, et nous en fournirons plus loin la preuve, en insistant sur le rapport absolu de voisinage qui existe entre ces deux ordres de lésions. Actuellement, nous allons successivement les énumérer et les examiner.

*Lésions crâniennes spécifiques.* — Nous n'allons pas aborder ici l'étude générale de la syphilis crânienne ; nous l'étudierons simplement dans ses rapports avec les symptômes méningo-encéphaliques qu'elle peut occasionner ; nous dirons seulement en quoi consistent les lésions du crâne qui ont donné lieu à ces mêmes symptômes.

*Siège des lésions.* — Les os du crâne le plus souvent frappés par la syphilis sont, par ordre de fréquence : les pariétaux, le frontal, l'ethmoïde, le temporal, le sphénoïde. Sur 51 observations, nous avons trouvé :

Les pariétaux atteints.....	16 fois,
Le frontal.....	15 —
L'ethmoïde.....	7 —
Le temporal.....	5 —
Le sphénoïde.....	5 —
L'occipital.....	3 —

*L'étendue varie.* Tantôt, plusieurs os sont malades, et la voûte crânienne peut être envahie dans sa totalité : tantôt, au contraire, un seul os est atteint. Dans le dernier cas, parfois il est frappé dans toute son épaisseur, parfois la table externe ou la table interne sont seules prises.

Au point de vue de leur *nature*, les lésions syphilitiques du crâne peuvent être rapportées à trois types distincts : l'ostéite, la nécrose, les productions gommeuses.

A. *Ostéite.* — Deux modes sont à distinguer. Tantôt la maladie a pour résultat d'altérer la structure de l'os en diminuant sa résistance, en augmentant sa fragilité, en le « raréfiant » dans le sens clinique

du mot, plutôt que dans son sens histologique ; tantôt au contraire, elle a pour résultat d'augmenter son épaisseur, sa force, de condenser sa substance. Dans le premier cas, il s'agit d'une véritable *ostéite raréfiante* : dans le second d'une *ostéite productive*. Dans cette dernière forme, la production des trabécules osseuses est exubérante ; elle dépasse les limites de l'os. Pour cela, il faut deux choses : « une inflammation de longue durée et de peu d'intensité. Or, la syphilis réalise admirablement ces deux conditions. Voilà pourquoi, les ostéites productives sont surtout des ostéites syphilitiques » (1). Mais, du reste, il est fréquent de trouver sur le même os de la raréfaction en un point donné, de la condensation en un autre point. Ce sont là deux processus différents d'une même chose, l'ostéite.

*Ostéite raréfiante.* — Nous rangeons ici ce qui a été décrit dans de nombreuses observations sous le nom de carie. C'est dire que nous envisageons surtout ce mot-là dans son sens clinique, chirurgical, indiquant la fragilité, la friabilité extrême de l'os. Les os malades ont diminué d'épaisseur et de consistance. Ils sont minces, presque flexibles, les cellules osseuses sont agrandies. Il en résulte, naturellement, une fragilité très grande de la substance osseuse. Dans une observation de syphilis osseuse et viscérale rapportée par Oulmont (2), on trouva les pariétaux et l'occipital comme vermoulus dans une étendue de plusieurs centimètres. Cette variété d'ostéite est superficielle ou profonde. Superficielle, elle peut former des abcès de voisinage, et donner lieu à des tumeurs qui, le plus souvent, occupent la région fronto-pariétale.

*Ostéite productive.* — Elle porte sur la surface de l'os, ou sur son épaisseur. A la surface qu'il s'agisse de la table externe ou de la table interne, elle détermine la formation d'exostoses, d'hyperostoses, d'ostéophytes.

Les exostoses affectionnent surtout les temporaux, les pariétaux, et le frontal. Elles peuvent être assez volumineuses pour envahir et faire disparaître une cavité naturelle, la cavité orbitaire, par exemple, et Charrier (3) rapporte le cas d'une femme syphilitique, atteinte d'une exostose qui avait, en partie, comblé l'orbite, déterminant une exophtalmie considérable. Leur forme est variable, acuminée ou arrondie ; leur structure spongieuse ou éburnée. Siègent-elles sur la table externe, elles sont plus ou moins appréciables, à travers les téguments et le cuir chevelu ; siègent-elles sur la table interne, elles

---

(1) Cornil et Ranvier. Histologie pathologique, p. 343.

(2) Progrès médical, 1877, p. 571.

(3) Bull. Soc. Anat. Paris 1854, p. 238.

échappent évidemment à toute investigation. Une femme syphilitique mourut d'une maladie intercurrente. A l'autopsie, on trouva, entre la dure-mère et le crâne, une plaque osseuse, ponctuée en rouge, de la largeur d'une pièce de six francs (1). Une autre fois, chez un homme qui succomba à des convulsions, on constata la présence d'une couche osseuse située entre la dure-mère et le crâne (2).

Les *ostéophytes* sont quelquefois peu accentuées, et l'os peut être simplement raboteux. Si la néoformation siège dans l'épaisseur de l'os, elle produit la sclérose, l'éburnation. La forme de l'os peut être changée ; l'épaisseur doublée ou triplée, parfois même augmentée au point de diminuer la capacité de la boîte osseuse. C'est ainsi que Bois de Loury (3) cite une autopsie où la tumeur crânienne était fournie par le coronal et les pariétaux, qui, en certains points, présentaient une épaisseur de 6 centimètres. La boîte osseuse était extrêmement diminuée ; le cerveau comprimé touchait à la voûte du crâne ; les circonvolutions étaient aplaties par cette compression, etc. On conçoit aisément toute l'importance de cette hypertrophie avec condensation de l'os, quand on songe à la possibilité de l'occlusion complète des canaux de Havers, à la possibilité de la nécrose par arrêt de la circulation capillaire.

B. *Nécrose*. — La nécrose est, en effet, un résultat fréquent des lésions spécifiques. Complète ou incomplète, elle peut, dans ce dernier cas, respecter soit la table externe, soit la table interne. Les os mortifiés sont plus ou moins volumineux. Delpech (de Montpellier) parle, dans sa clinique, d'une malade qui rendit par la bouche un séquestre comprenant l'ethmoïde et tout l'angle basilaire de l'occipital. Plus récemment, Baratoux (4) a publié l'observation d'un syphilitique qui, à la suite d'une irrigation nasale, avait craché la portion centrale du sphénoïde. Parfois le séquestre ne peut s'échapper à l'intérieur, et, à l'autopsie, on trouve un petit os nécrosé, isolé, emprisonné par la dure-mère (5). Tout autour de lui, baignant dans un pus plus ou moins altéré, on peut voir des ostéophytes ou une condensation considérable de l'os. Le diploé est devenu plus compacte.

C. Les *gommés* revêtent, au crâne, deux formes : la forme circonscrite, la forme diffuse.

---

(1) Charcot et Vulpian. Compte rendu de la Société de biologie, 1854, p. 82.

(2) Duhamel et Legrand. *Journal des connaissances méd. chirur.* p. 459, 1835-1836.

(3) *Gaz. hebdomadaire*, 1860, p. 632.

(4) *Progrès médical* du 20 octobre 1883.

(5) Dufour. *Bul. de la Société anat.*, 1851.

Circonscrites, elles siègent sous le périoste ou la dure-mère, et forment un cône qui pénètre le tissu osseux. Après avoir subi la dégénérescence caséuse, et s'être résorbées, elles laissent une cicatrice étoilée caractéristique.

Diffuses, elles constituent une sorte de gelée molle rouge et s'accompagnent d'ostéite raréfiante. Les espaces médullaires sont agrandis. Dans l'observation que nous avons citée tout à l'heure, et qui est due à Dufour, la voûte crânienne présentait une infiltration gommeuse, réunie par petites places, très limitées.

Telles sont les lésions de la syphilis crânienne. Quelles que soient leurs différences histologiques, elles ont toutes un aboutissant commun, sinon fatal, au moins fréquent : c'est la *perforation* du *crâne*. La rapidité avec laquelle elle s'établit varie beaucoup ; elle est d'ordinaire plus grande avec la nécrose. Tantôt imperceptible, large d'un millimètre, tantôt, au contraire, vaste et étendue, elle peut détruire une grande portion de la voûte crânienne, et atteindre un très grand diamètre, jusqu'à 8 et 10 centimètres, ou même davantage. Alors, par cette énorme perte de substance, s'il existe une plaie cutanée, on peut voir battre le cerveau.

Si les téguments sont indemnes, la main, appliquée au niveau de la perforation, les perçoit très distinctement. Sur les observations que nous avons parcourues, nous avons trouvé neuf perforations. Leur fréquence est donc considérable et importante à considérer. Quant à leurs autres caractères, de forme, d'aspect, etc., ils n'ont qu'un intérêt secondaire, et nous n'insisterons pas.

Nous venons d'étudier successivement les diverses lésions primitives. Toutes dérivent d'une même modalité pathologique : l'ostéite. Seul, le processus varie et devient, suivant les cas, raréfiant, productif, gommeux. Rarement ces lésions s'observent isolément, et, en général, on les rencontre réunies sur le même sujet.

Occupons-nous maintenant des lésions secondaires. Il est un fait sur lequel nous devons dès maintenant appeler l'attention. C'est le rapport absolu de voisinage qui existe entre les altérations osseuses et les altérations méningo-encéphaliques. Toujours, nous l'avons soigneusement noté, les points du cerveau et des méninges les plus atteints correspondent aux points les plus malades du crâne. On ne peut nier l'importance de cette remarque, et on ne saurait ne pas y voir un rapport de cause à effet entre ces deux ordres d'altérations. Il nous suffira de montrer que la cause réside dans la lésion crânienne. A priori, il paraîtrait peu probable qu'il en fût autrement. Mais nous trouverons plus loin dans l'évolution clinique des symptômes morbi-

des, dans leur marche et leur mode de succession, la preuve de cette causalité. Pour l'instant nous allons décrire :

a. Les *lésions des méninges*, très accentuées au niveau de la dure-mère et de l'arachnoïde. Il y a une augmentation notable dans l'épaisseur de la tuméfaction, parfois même de l'ossification. La main passée à leur surface constate une série de rugosités. Leur consistance, parfois augmentée au point de devenir cartilagineuse, est le plus souvent diminuée, et, dans certains cas, le tissu est totalement désorganisé. On voit sur la dure-mère des vaisseaux de néoformation, qui la rendent rouge, congestionnée. Sa face interne et l'espace sous-arachnoïdien, remplis de fausses membranes, de pus, contiennent de petits foyers hémorragiques, quelquefois même de petits séquestres emprisonnés. Ailleurs, au lieu d'une véritable néomembrane, on ne trouve qu'une substance brunâtre, molle, demi-fluide, difficile à détacher de la surface qu'elle recouvre. L'arachnoïde et la dure-mère sont soudées ensemble, ou adhèrent aux bords des perforations osseuses, et aux cicatrices des téguments qui les bordent assez étroitement parfois pour que le périoste se déchire si on veut les en détacher.

La pie-mère, rouge, injectée, forme avec le cerveau une véritable symphyse méningo-encéphalique. La substance corticale est liquéfiée, ramollie, parfois convertie en un véritable putrilage d'une couleur jaunâtre, vert ardoisé, quelquefois recouverte de pus. Dans l'intérieur du cerveau on trouve, soit des abcès multiples, soit une infiltration purulente, qui occupe toute une portion de l'organe, les lobes antérieurs, par exemple. — Les ventricules contiennent un peu de sérosité.

Ailleurs, au lieu de lésions inflammatoires on ne trouve que des lésions purement mécaniques. L'encéphale peut être soulevé, comprimé par la production osseuse ou la dure-mère épaissie. Il en résulte souvent de l'aplatissement des circonvolutions cérébrales.

L'altération des *nerfs* est plus ou moins accentuée. Tantôt on ne constate qu'un peu de rougeur avec injection du névrilème ; tantôt, au contraire on trouve certains nerfs comprimés, baignant dans le pus, ramollis, atrophiés, ou même complètement détruits.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur ce qui vient d'être dit, il est aisé de voir la différence qui existe entre les lésions osseuses et les lésions méningo-cérébrales. Les premières étaient le fait de la syphilis et relevaient directement de cette diathèse ; les secondes sont indirectement produites. Simples phénomènes d'irritation de voisinage, de propagation, elles se sont établies en général d'une façon lente, chronique. Il ne s'agit pas ici de ces hyperplasies cellulaires,

d'ordre spécifique, qui aboutissent à la sclérose et à la gomme, et sur lesquelles notre excellent maître M. Fournier a particulièrement insisté à propos de la syphilis cérébrale. Non, il s'agit ici de lésions vulgaires, deutéropathiques, de lésions de la méningo-encéphalite chronique. Si la syphilis crânienne n'avait pas existé, elles ne se seraient pas développées, mais elles ne sont pas d'essence syphilitique. Et cependant, au point de vue du pronostic, elles ont une importance capitale. Ce sont elles, en effet, qui, en cas de terminaison fatale, vont donner la mort, et on peut dire, à propos de la syphilis crânienne, ce qui a été dit par Fournier à propos de la syphilis cérébrale. « En cas de dénouement fatal, on meurt habituellement presque toujours, par le fait de lésions vulgaires, consécutives à des lésions spécifiques et symptomatiques de ces dernières. »

*Symptomalogie.* — La syphilis cérébrale indirecte, dont nous venons d'examiner les lésions, se traduit par un certain nombre de symptômes. Nous allons les étudier et montrer, à propos de chacun d'eux, ce qu'ils peuvent présenter de spécial.

*Céphalalgie.* — La céphalalgie est un des symptômes les plus fréquents de la syphilis osseuse crânienne. On peut même dire qu'elle est presque constante. En outre, c'est un symptôme du début, et ce fait a une grande importance au point de vue des indications thérapeutiques. Enfin, elle peut se montrer en tant que manifestation isolée de l'affection osseuse, ou exister en même temps que d'autres signes morbides. Dans le premier cas, elle peut persister seule pendant un certain temps. Duhamel et Legrand (1) rapportent l'histoire d'un individu qui présenta pendant trois mois, comme unique symptôme, une céphalée opiniâtre, et mourut subitement de convulsions. Elle peut même constituer l'unique symptôme, pendant toute la durée de la maladie. C'est ainsi que dans une observation de Gama (2), nous voyons un syphilitique, atteint de carie des os du crâne, succomber d'épuisement, dans le marasme, avec intégrité des facultés intellectuelles et de la motilité, après n'avoir présenté que des douleurs de tête très vives.

Il y a dans ce fait quelque chose de surprenant : c'est l'innocuité « relative » de certaines lésions spécifiques du crâne, et leur peu de retentissement sur les organes contenus dans la cavité crânienne. Bien que, souvent, cette innocuité ne soit que provisoire, et que les complications méningées finissent par s'établir, la remarque n'en est pas moins digne d'intérêt, et il reste acquis que la céphalalgie peut

---

(1) *Journal des connaissances méd. chirur.*, 1835-36; p. 459.

(2) *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*, 1835, p. 520.

être l'unique symptôme de la syphilis osseuse crânienne, même dans les cas graves où elle détermine une perforation du crâne. Pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis, en 1883, nous avons eu, en effet, l'occasion de voir un malade qui, à la suite d'une ostéite gommeuse du frontal, présentait au même niveau, une perforation de trois centimètres environ. La perte de substance remontait à deux ans, et à ce moment le malade n'avait eu que des douleurs de tête très peu vives.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et très souvent avec la céphalée survient un cortège d'autres symptômes que nous étudierons plus loin. Examinons, en ce moment, les caractères de la céphalalgie.

Tantôt générale, tantôt et plus souvent elle se localise au niveau du point malade. Son siège le plus fréquent est donc celui des lésions osseuses en général. C'est une douleur continue, permanente, ne laissant que peu ou pas de repos au malade. Plus rarement elle procède par intermittences, ou par véritables crises qui durent une ou plusieurs heures, laissant après elles un peu de torpeur.

D'ordinaire extrêmement vive, opiniâtre, elle empêche tout travail intellectuel, et produit l'insomnie. Du reste, la nuit elle s'exaspère. Nulle part ce caractère, déjà signalé à propos de toutes les douleurs osseuses, n'est plus marqué qu'ici. Elle s'irradie dans les régions voisines. Son caractère varie. Les malades se plaignent d'élançements, d'une pesanteur, d'une lourdeur de tête toute spéciale, de la sensation d'un poids qui comprime le cerveau, d'un corps qui enserre la tête. L'iodure de potassium la soulage. La trépanation a pu, dans certains cas, la faire cesser. La sulfate de quinine ne peut rien contre elle.

Tels sont les caractères. Y en a-t-il parmi eux un seul qui soit pathognomonique? Est-il possible de distinguer cette céphalée de celle qui est liée, par exemple, à la syphilis cérébrale. La question ainsi posée se résout par la négative, mais deux points doivent être mis en lumière : c'est, d'une part, la localisation de la douleur ; d'autre part, son caractère continu. Nulle part, on ne les trouve plus marqués qu'ici.

*Epilepsie.* — La syphilis crânienne peut produire l'épilepsie, qu'il s'agisse de véritables attaques de cette névrose, ou d'accès épileptiformes. A l'appui de cette proposition, dont nous devons tout d'abord prouver l'exactitude, nous citerons deux exemples :

L'un deux nous a été raconté par le professeur Fournier. Un de ses malades, syphilitique, est pris, un beau jour, au milieu d'une santé parfaite, en apparence, d'attaques d'épilepsie. Celles-ci se ré-

pètent à des intervalles variés, pendant cinq à six semaines. Au bout de peu de temps, ictus amnésique, perte absolue de la mémoire. Le malade oublie tout, même ce qu'on vient de lui dire. La mort survient au bout de quinze mois. A l'autopsie lésions osseuses étendues, désorganisation complète du crâne, et en face d'elles altérations des méninges.

Deuxième exemple. J. Franek rapporte l'histoire d'un malade atteint de céphalée syphilitique et de carie de crâne. « La chose semblait marcher parfaitement, dit-il, quand tout à coup des convulsions apparurent, et la mort survint; à l'autopsie, on trouva une carie du pariétal gauche et une lame osseuse séparée de cet os reposant sur la dure-mère enflammée. »

Ainsi donc l'épilepsie peut résulter de la syphilis crânienne. Nous allons plus loin, nous disons qu'elle est fréquente. Si, en effet, nous nous rapportons à l'analyse statistique des observations, nous la voyons mentionnée 16 fois sur 51.

A quel moment survient-elle? Tantôt au début tantôt à la fin, parfois même à une époque intermédiaire. La première observation que nous avons citée nous fournit un exemple d'épilepsie initiale. Lorsque le malade a eu sa première attaque, il n'avait eu encore que des accidents du côté de la peau ou des muqueuses. Tacheron (1) parle d'un individu atteint d'exostose et de carie du pariétal, qui eut comme premier symptôme une attaque d'épilepsie.

En tant que phénomène ultime, l'épilepsie n'est pas rare, et fréquemment les malades succombent dans des accès convulsifs. Mais, le plus souvent, c'est pendant l'évolution de la maladie qu'elle fait son apparition. L'individu atteint de syphilis crânienne se plaint depuis longtemps de maux de tête; parfois il est hémiplégique; un beau jour, subitement, il tombe et a des convulsions. Quelques jours se passent, pendant lesquels rien ne survient; deuxième attaque et ainsi de suite. Nous reparlerons tout à l'heure de l'évolution ultérieure de la maladie.

Quoi qu'il en soit, à quelque époque qu'elle se montre, l'épilepsie peut être isolée ou associée à d'autres manifestations morbides: céphalée, troubles mentaux, phénomènes paralytiques. Étudié en lui-même, ce symptôme peut se présenter sous deux formes cliniques distinctes: l'épilepsie vraie, les accès épileptiformes, le grand mal et le petit mal, ce dernier paraissant de beaucoup le plus fréquent. L'observation déjà citée de Tacheron nous montre un cas d'épilepsie vraie. Larrey en rapporte un autre exemple (2). Un militaire atteint

(1) Recherches anat. pathol., t. 3, p. 380.

(2) Mémoires de chirurgie militaire, t. II, p. 442.

d'ostéité gommeuse, ayant déterminé une perforation du crâne, était en proie à de fréquents accès d'épilepsie. Des abcès se formèrent, qui comprimèrent la dure-mère. « Leur ouverture rendit les crises moins fréquentes et de plus courte durée. On les reproduisait à volonté par une pression graduée sur l'un des fongus de la dure-mère qui se montrait en travers de l'ouverture de la carie. » Cette observation est importante, en ce qu'elle montre la pathogénie des accidents survenus.

Plus nombreux et mieux décrits sont les accidents qu'on peut rapporter à l'épilepsie partielle et aux attaques épileptiformes. On peut les ranger sous trois chefs principaux : phénomènes douloureux, convulsions et contractures, troubles vaso-moteurs.

H. Lee (1) cite l'observation d'un syphilitique qui avait des attaques « commençant par une sorte de tremblement douloureux de l'épaule gauche. Cette sensation descendait graduellement jusque dans le bout des doigts; les muscles de la main et du tronc se raidissaient complètement. Au bout d'un quart d'heure l'attaque cessait, laissant après elle une pesanteur terrible dans la tête ». Cet homme était atteint d'ostéite du pariétal gauche.

Les *convulsions* sont *cloniques* ou *toniques*. Ces dernières, les plus rares, consistent exceptionnellement en une rigidité générale des membres. Le plus souvent, la contracture se localise et affecte un groupe de muscles, les masticateurs, par exemple. Les convulsions cloniques sont partielles. Elles siègent dans la moitié droite de la face, le bras droit, ou se cantonnent dans les membres supérieurs, ou bien encore affectent toute une moitié du corps. Convulsions et contractures peuvent coïncider chez le même malade, tout en occupant des groupes musculaires différents.

H. Lee a particulièrement appelé l'attention sur un groupe de symptômes siégeant dans le système vaso-moteur; il les considère comme des phénomènes d'irritation réflexe. Chez un malade qu'il a observé, les doigts de la main gauche, pendant la crise, devenaient d'un blanc mat, et demeuraient ainsi pendant deux heures. Chez un autre (2), le début de l'attaque était annoncé par une rougeur subite de la face.

Parfois, quoique plus rarement, les malades sont pris de vertiges, d'une tendance invincible à marcher en avant, de bourdonnements d'oreille. Tous ces symptômes ont pu, dans certains cas, constituer le début de l'attaque épileptiforme, et servir de phénomènes prodromiques.

---

(1) The Lancet, 1861, t. I. p. 588.

(2) Medical Times, 1860, t. II. p. 197.

Les accès se renouvellent à des intervalles variables, et parfois se répètent à plusieurs reprises dans la même journée. En général, cependant, l'entr'acte est plus long ; s'il s'agit d'épilepsie initiale, la santé peut être parfaite dans l'intervalle des crises, sinon le tableau clinique de la maladie est surchargé de divers troubles concomitants au nombre desquels la céphalalgie mérite la première place. Chez le malade de H. Lee, chaque accès laissait après lui une douleur de tête persistante, très intense pendant deux, trois heures, parfois plusieurs jours.

Quant à la durée de l'attaque épileptiforme, elle varie de quelques minutes à une demi-heure, une heure et plus.

Elle peut, avons-nous vu, terminer la scène morbide et aboutir à la mort ; souvent elle disparaît pour faire place à d'autres symptômes que nous allons maintenant étudier.

PARALYSIES. — Il suffit de parcourir un certain nombre d'observations de syphilis crânienne, pour se convaincre qu'elle peut donner lieu à des paralysies diverses. Non seulement le fait est possible, mais il est fréquent. Sur 51 malades, dont nous avons relevé l'observation, nous en trouvons 14 qui avaient été frappés suivant ce mode pathologique. La proportion est à peu près la même que pour l'épilepsie, et on peut dire que les trois grands symptômes : épilepsie, paralysie, céphalalgie, sont, à coup sûr, ceux par lesquels la syphilis crânienne se traduit le plus souvent.

La paralysie peut-elle être l'accident initial ? Oui, mais le fait est rare, nous n'en avons consigné qu'un seul exemple, dû à Landry (1). Il s'agit d'un homme qui devint tout d'abord sourd du côté droit, et, six semaines après, eut une hémiplegie gauche. A l'autopsie, on trouva une hypertrophie du rocher, avec lésion de la protubérance dans les points correspondants. En général, cependant, les choses ne se passent pas ainsi, et les phénomènes paralytiques sont précédés d'autres symptômes qui sont, par ordre de fréquence : la céphalée, l'épilepsie, les troubles congestifs. Ceux-ci existent depuis un certain temps, lorsque tout à coup survient une hémiplegie, une paralysie oculaire. Parfois, ils constituent le stade ultime de la maladie et aboutissent à la terminaison fatale. Quel que soit leur mode de début, les paralysies peuvent affecter les nerfs crâniens ou ceux des membres.

1° *Paralysies des nerfs crâniens.* — Elles portent sur le moteur oculaire externe, le moteur oculaire commun, le pathétique, l'optique, l'auditif, le grand hypoglosse. Les troisième et sixième paires sont les plus fréquemment atteintes. Quand le *moteur oculaire com-*

---

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1859, p. 154.

*mun* est frappé ; on observe le ptosis, le strabisme externe divergent, la diplopie, la mydriase. S'agit-il du *moteur oculaire externe*, on note du strabisme convergent avec diplopie. La paralysie du *nerf optique* donne lieu à des troubles divers, depuis le simple affaiblissement de la vue, jusqu'à la cécité complète. Celle du *nerf auditif* à une surdité absolue ou relative, parfois, au contraire, à l'exaltation de l'ouïe, aux bourdonnements d'oreille, bruits divers. Bois de Loury (1) cite le cas d'une femme atteinte de tumeur syphilitique des os du crâne, et en particulier de l'ethmoïde, chez laquelle l'odorat finit par s'émousser. Toutes ces paralysies peuvent s'associer, et former ainsi les combinaisons cliniques les plus variées.

2° *Paralysies des membres*. — Le type le plus souvent et presque exclusivement observé, c'est l'*hémiplégie*. Elle siège du côté opposé à celui de la lésion osseuse. Un exemple emprunté à Hutchinson nous montre la marche habituelle de cette hémiplégie. Dans cette observation, on voit la paralysie envahir successivement le bras, la jambe, la face, réalisant parfaitement le type d'hémiplégie progressive décrit par Fournier. La parésie peut porter simultanément sur la sensibilité et la motilité ; mais, le plus souvent, la motilité est seule atteinte, ses symptômes n'offrent rien de particulier. Lorsqu'elle coïncide avec des troubles oculaires, elle siège en général du même côté. Toutefois, Landry (2) a cité un cas d'hypertrophie syphilitique du rocher ayant déterminé une hémiplégie gauche et une paralysie du moteur oculaire externe droit. Il s'agissait là d'une véritable paralysie alterne.

Parfois, au lieu d'une hémiplégie franche, on observe un affaiblissement graduel dans les forces du malade, d'où résulte une difficulté de plus en plus marquée dans la marche, sans paralysie vraie.

La mort, on le conçoit aisément, peut être le résultat de ces graves symptômes, mais souvent aussi elle est le fait d'une complication, ou des autres phénomènes morbides par lesquels se traduit la syphilis crânienne.

*Troubles divers, troubles mentaux, troubles de la parole*. — La fréquence de la céphalalgie, de l'épilepsie, de la paralysie dans la syphilis cérébrale indirecte, les caractères qu'elles affectent, le seul fait que chacune de ces manifestations peut être l'unique symptôme de la maladie, permettent de les considérer comme autant de types cliniques distincts. En est-il de même des différents troubles auxquels la syphilis crânienne peut donner lieu ? Non. A part ceux que nous

---

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 632.

(2) *I cc. cit.*

venons d'énumérer, les autres sont plutôt des épiphénomènes, des incidents de localisation, qui, pris individuellement, ne suffisent pas pour constituer une forme spéciale de l'affection. D'une part, en effet, ils sont plus rares ; d'autre part, leur existence isolée, indépendante des autres symptômes, est plus fortuite ; enfin, ils ne se caractérisent par aucune particularité. Voilà pourquoi nous les réunirons dans un même chapitre, et nous passerons brièvement en revue les principaux d'entre eux, en particulier les troubles de la parole et les troubles mentaux.

Delpech (de Montpellier) raconte dans ses cliniques l'histoire d'une malade atteinte d'ostéite de la voûte des fosses nasales, qui rendit, par la bouche, un énorme séquestre, comprenant des fragments de l'ethmoïde, du sphénoïde et l'angle tout entier de l'occipital. L'autopsie montra qu'à ce niveau la dure-mère, épaissie, comprimait le cerveau. Entre autres symptômes, ce malade avait un grand embarras dans la prononciation des mots.

Charrier (1) cite le cas d'une femme syphilitique, atteinte de céphalée et de gêne de la parole, qui finit par succomber aux progrès de la maladie. A l'autopsie, on trouva une exostose faisant saillie à l'intérieur du crâne et comprimant le lobe antérieur droit du cerveau.

Un malade, dont l'histoire est rapportée par Gros et Lancereaux, d'après J. Worms, était syphilitique et atteint de névralgie trifaciale. Pendant toute la durée de l'accès, le malade bégayait, il lui était impossible d'articuler les mots. Il mourut d'accès épileptiformes. L'autopsie montre la base du rocher cariée, pleine de pus, de détritux osseux, les méninges très épaissies, l'hémisphère gauche comprimée.

Ces exemples suffisent à prouver la possibilité des divers troubles de la parole dans la syphilis crânienne.

Les *troubles mentaux* sont très variables. Du côté de l'*intelligence*, on note les symptômes les plus divers : obtusion des facultés intellectuelles, lenteur dans la compréhension et dans les réponses ; perte absolue de l'intelligence ; du côté du caractère, des changements très marqués dans la manière d'être de l'individu qui devient absorbé, sombre, taciturne... Mais, nous n'insisterons point sur tous ces symptômes, car nous allons les retrouver dans le chapitre suivant.

Jusqu'ici, en effet, nous avons envisagé séparément chacun des signes de la syphilis crânienne, au point de vue spécial où nous nous sommes placé dès le début ; nous avons indiqué, chemin faisant, ceux qui, par leur importance, pouvaient constituer des types de la

---

(1) *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1854, p. 238.

maladie. Ce dernier cas est le plus rare, et d'ordinaire, la syphilis cérébrale indirecte donne lieu à un ensemble plus ou moins complet des phénomènes morbides que nous venons de décrire. Ceux-ci se combinent de diverses façons et rien n'est plus variable que leur époque d'apparition, leur marche, leur durée. Toutefois, il est une forme de syphilis cérébrale indirecte, multiple dans ses manifestations, mais ayant un genre d'évolution bien défini. Ce syndrome clinique résume en lui presque tous les symptômes qu'on peut observer dans la maladie que nous étudions ; nous allons le décrire : il a nom : l'*Encéphalite*.

*Encéphalite*. -- L'encéphalite consécutive aux lésions crâniennes spécifiques a été spécialement étudiée par Fournier, dans une leçon sur les ostéites naso-crâniennes d'origine syphilitique, recueillie et publiée par Barthélemy, dans les Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Nous nous bornerons à la résumer.

Parmi les diverses variétés d'ostéite nasale, il en est une particulièrement dangereuse, c'est l'ostéite de la voûte, l'ostéite naso-crânienne. Susceptible de retentir par voisinage sur les organes contenus dans la cavité du crâne, elle peut y constituer les lésions les plus graves. Ses signes sont ceux de toute ostéite nasale : écoulement, ozène, à cette seule différence près, qu'ils sont d'ordinaire faiblement accentués ; ce qui est important à considérer, c'est la façon dont s'effectue le retentissement sur les organes encéphaliques.

Ici, se présentent deux modes cliniques distincts : une forme chronique, lente ; une forme aiguë, rapide.

1° *Forme chronique*. — Encéphalite chronique partielle, qui présente quatre ordres de symptômes vagues, indécis : 1° *céphalée* gravative, plutôt que franchement douloureuse, obsédant sans cesse le malade ; 2° *changement de caractère et d'habitudes*, morosité, tristesse, abattement ; 3° *asthénie cérébrale*, malade moins apte à ses travaux, à ses occupations ordinaires ; 4° *détérioration de l'état général*, amaigrissement, faiblesse, pâleur, etc.

Rien dans ces symptômes ne permet un diagnostic sûr, jusqu'au jour où un signe nouveau se montre, qui permet de localiser la maladie, de dire qu'il s'agit du cerveau.

Ce signe, c'est, en général, un trouble fonctionnel intéressant quelqu'un des nerfs antérieurs de l'encéphale, une paralysie oculaire, la dureté de l'ouïe, une paralysie partielle quelconque. Les symptômes cérébraux primitivement observés s'accroissent davantage. L'intelligence devient paresseuse. Finalement, le malade meurt emporté par un ou plusieurs ictus apoplectiformes. A l'autopsie, on trouve une ostéite naso-crânienne ; en face d'elle, les lésions de l'encépha-

lite chronique. Telle est la première forme, sous laquelle se fait le retentissement de ces ostéites sur les centres nerveux.

2° *Forme aiguë, rapide*. — En quelques jours, la maladie débute, évolue et aboutit à la mort. Le malade atteint d'ostéite de la voûte des fosses nasales n'a éprouvé encore que les symptômes dus à la lésion osseuse. Soudain, les accidents cérébraux éclatent et les malades succombent. De quoi meurent-ils? Tantôt, d'une encéphalite suraiguë, c'est le cas le plus rare; tantôt, de lésions cérébrales, préparées à l'avance et restées latentes. C'est le cas d'un malade qui meurt après quelques jours de troubles encéphaliques, et chez lequel on trouve plusieurs abcès cérébraux. Est-il possible de mettre en doute que les lésions n'aient précédé le symptôme et ne soient demeurées latentes un certain temps.

Le tableau clinique sera celui de toute phlegmasie cérébrale ou méningée : fièvre, céphalée, vertiges, troubles intellectuels, troubles moteurs et sensitifs, mais ils se présentent d'une façon toute particulière. On ne saurait distinguer ici une période d'excitation et une période de sédation. Ces phlegmasies secondaires sont pauvres en symptômes, frustes, incomplètes, irrégulières dans leur évolution. Aussi, le diagnostic est-il hésitant. Il n'est pas un des symptômes *essentiels* de l'encéphalite qui ne puisse faire défaut. De ce nombre, la céphalalgie, les paralysies, le délire, les troubles mentaux; et, jusqu'au moment où surviennent les troubles ultimes, tels que : ictus apoplectiques, convulsifs, hémiplegie, coma, on n'a pas de signe pathognomonique.

Enfin, dans certains cas, la mort survient subitement, sans que rien fasse prévoir une terminaison aussi brusque. C'est une *encéphalite latente* à sidération terminale, insidieuse et foudroyante à la fois.

Fournier cite plusieurs observations qui font bien ressortir la gravité du pronostic de ces diverses formes d'encéphalite. En effet, le traitement antisypilitique ne peut rien contre elles. Ce ne sont point des lésions spécifiques, mais bien des lésions vulgaires consécutives et secondaires. La seule thérapeutique à leur opposer réside dans l'emploi des moyens mis en usage contre les phlegmasies franches, et leur efficacité est si rare qu'il est permis de dire que l'encéphalite aboutit sinon toujours, presque toujours à la mort.

*Considérations thérapeutiques*. — Les lésions de la syphilis cérébrale indirecte nous sont connues; nous venons d'étudier ses symptômes; que pouvons-nous contre eux? Y a-t-il une thérapeutique à leur opposer? Cette thérapeutique, quelle est-elle? Ici, comme dans bien d'autres maladies, le médecin ne peut rien, s'il n'a pas soin de remonter à la cause même de l'affection. Cette cause, dans le cas

présent, c'est la syphilis crânienne; c'est contre elle qu'il faut agir. En empêchant ses ravages, en la guérissant, on s'opposera du même coup aux altérations de l'encéphale; on préviendra la syphilis cérébrale indirecte. Ce traitement prophylactique réside dans l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium suivant les règles depuis longtemps formulées. Il a ici une importance exceptionnelle, car, lorsqu'il s'agit de lutter contre la maladie confirmée, les ressources thérapeutiques ne sont plus les mêmes. Dès lors, il n'y a plus à compter sur la médication antisiphilitique, par la bonne raison que les lésions contre lesquelles on s'arme, sont des lésions vulgaires, dépourvues de tout caractère spécifique. On pourra et on devra user des moyens curatifs indiqués contre les phlegmasies chroniques des méninges et du cerveau, des émissions sanguines, des révulsifs, des dérivatifs, etc. mais, malheureusement, on n'en constatera pas souvent l'efficacité, et pour terminer, nous dirons : les lésions de la syphilis cérébrale, indirectes, sont de celles qu'il faut savoir prévenir par un traitement spécifique énergique contre la syphilis crânienne; l'importance de ce traitement prophylactique ne saurait échapper aux médecins, presque complètement désarmés en face des symptômes cérébraux dus aux lésions osseuses du crâne.

Biblioteka Główna

WUM

Br.1525



000027304

---

PARIS. — TYP. A. PARENT, A. PAVY, Succ.,  
52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

---



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)