

*S. Falmer Revoy 1880*  
DES

2<sup>e</sup> Série.

N<sup>o</sup> 652.

# PARALYSIES SYPHILITIKUES DU MOUVEMENT.

D

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE LUNDI 15 DÉCEMBRE 1862, A 5 HEURES DU SOIR,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

**STÉPHANE SONHEL**

Né à Remiremont (Vosges)

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE.

M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNYEGYETEM  
IDEG-ES ELMEGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁNAK  
KÖNYVTÁRA.

CSOPORT.

BZÁM.

STRASBOURG

IMPRIMERIE D'AD. CHRISTOPHE, GRAND'RUE, 436.

1862.

56506

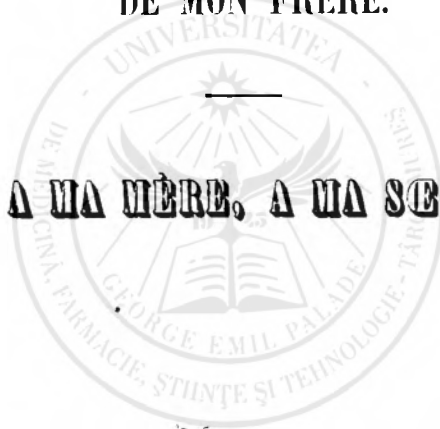


**A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE**

**ET**

**DE MON FRÈRE.**

**A MA MÈRE, A MA SEUR.**



**Șr. SONREL.**

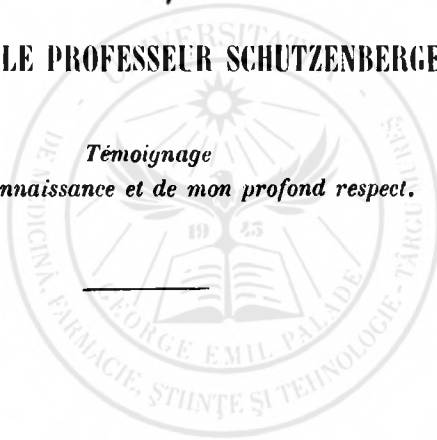
**A MONSIEUR EHRMANN**

**DOYEN DE LA FACULTÉ.**

et

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHUTZENBERGER**











*Témoignage  
de ma reconnaissance et de mon profond respect.*




**St. SONREL.**

# Faculté de Médecine de Strasbourg.

## PROFESSEURS.

- MM. EHRMANN, O  Doyen. Anatomie et anatomie pathologique.  
FÉE O  . . . Botanique et histoire naturelle médicale.  
STOLTZ  . . . Accouchements et clinique d'accouchements.  
CAILLIOT  . . . Chimie médicale et toxicologie.  
RAMEAUX  . . . Physique médicale et hygiène.  
G. TOURDES  . . . Médecine légale et clinique des maladies des enfants.  
SÉDILLOT O  . . . } Pathologie et clinique chirurgicales.  
RIGAUD  . . . }  
SCHÜTZENBERGER  Pathologie et clinique médicales.  
STOEBER  . . . Pathologie et thérapeutique générales et clinique  
ophthalmologique.  
KÜSS . . . . Physiologie. } Clinique des maladies  
MICHEL . . . . Médecine opératoire. } syphilitiques.  
L. COZE . . . . Thérapeutique spéciale, matière médicale et pharmacie  
(clinique des maladies chroniques).  
HIRTZ. . . . Pathologie et clinique médicales.

M. R. COZE O , doyen honoraire.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE.

|              |              |                    |
|--------------|--------------|--------------------|
| MM. BACH.    | MM. DAGONET. | MM. BOECKEL (E.)   |
| STROHL.      | HERRGOTT.    | SPIELMANN,         |
| HELD.        | KOEBERLE.    | AUBENAS.           |
| KIRSCHLEGER. | MOREL.       | ENGEL.             |
| WIEGER.      | HECHT.       | P. SCHÜTZENBERGER. |

## AGRÉGÉS STAGIAIRES :

MM. N...., N...., N...., N....

M. Dubois, secrétaire agent-comptable.

## EXAMINATEURS DE LA THESE.

MM. SCHÜTZENBERGER, président;  
EHRMANN ;  
BACH ;  
BOECKEL.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.*

DES

## PARALYSIES SYPHILITIKES DU MOUVEMENT.

---

Vers la fin de l'automne de 1861, M. le professeur SCHÜTZENBERGER nous fit observer à la clinique médicale un cas très-intéressant d'hémiplégie syphilitique chez une vieille femme, et qu'il guérit en peu de temps par le traitement mercuriel et l'iodure de potassium. Cette guérison rapide d'une maladie grave, qui serait devenue fatalement mortelle en dépit du traitement classique, cette simplicité dans les moyens employés pour résoudre un problème difficile, nous inspirèrent la pensée de rechercher et de réunir dans notre thèse inaugurale quelques observations inédites et de les ajouter aux faits déjà connus sur un sujet aussi important.

La question de la syphilis du système cérébro-spinal est en effet à l'ordre du jour. Depuis une douzaine d'années à peine, les observations et les écrits se multiplient, et la sagacité du praticien, tenue en éveil par les succès obtenus, peut faire briller au lit du malade toute la puissance de son tact médical, étonner un auditoire par des résultats inattendus. Aussi devons-nous applaudir énergiquement à ces intelligents spécialistes, qui nous ont appris à ne plus juger d'après l'apparence, à nous défier de nous-mêmes, de nos yeux et de nos oreilles, dans des cas où cependant la symptomatologie semble claire, le diag-

nostic irrésistible. Ils nous avertissent que c'est au fond des organes qu'il faut aller chercher la cause première du mal, l'épine qui entretient le bouleversement nerveux, la diathèse vénérienne en un mot, et qu'il faut, vous, homme de l'art, découvrir, sous peine de mort pour le malade.

N'en déplaise au siècle où nous sommes, la syphilis, combattue à outrance dans les hôpitaux, jouit ailleurs d'une popularité qui grandit tous les jours ; les faits sont là. On doit donc s'attendre dans sa carrière pratique à rencontrer souvent de ces phénomènes morbides incompréhensibles au premier abord, et qui par leur bizarrerie déroutent complètement l'esprit du thérapeute. Si celui-ci se fie trop au type nosologique gravé dans sa mémoire, il va faire de l'état du malade et du traitement en apparence rationnel un alliage incohérent. Mais qu'un confrère ait pénétré plus avant les mystères de l'art, on le verra, dans les cas les plus heureux, jetant de côté lancettes et cautères, transformer, au moyen de quelques frictions, un paraplégique moribond en un joyeux valétudinaire. Et certes ce n'est pas là un médiocre résultat, que d'obtenir en quelque sorte ces résurrections de Lazare, dans des cas où les manifestations de la syphilis revêtent un caractère si perfide et si trompeur !

Il y a à peine un quart de siècle, la révolution médicale, qui a présidé en partie à cette question d'un si haut intérêt scientifique, a fait justice des anciennes théories vitalistes, humoristes et autres. Quoique dans des temps plus éloignés, d'illustres syphilographes aient pressenti les ravages produits du côté de l'encéphale et du système nerveux périphérique par la syphilis invétérée, l'idée n'en était pas moins restée ensevelie dans une obscurité profonde. C'est à peine si de loin en loin apparaissent quelques rares observations. Il a fallu les bienfaits de l'autopsie et des recherches istologiques modernes pour attirer sur elles l'attention de tout le ban et l'arrière-ban du public médical. La plus ancienne date de 1561. Vers le commencement du xvii<sup>e</sup> siècle JEAN BRODIUS<sup>f</sup> publie un cas de paralysie et de carie crânienne. Plus

tard, LIEUTAUD, dans son histoire anatomo-pathologique, cite une hémiplégié avec ostéite des os du nez, et lésions coïncidentes de l'encéphale. En 1750, c'est le professeur SALTZMANN qui enregistre une apoplexie due à une exostose syphilitique; PLENCK, une hémiplégié avec sciatique; DE SAUVAGES, une paraplégie; PORTAL, une carie du rachis avec paraplégie et convulsions<sup>1</sup>. Aujourd'hui, MM. le professeur SCHÜTZENBERGER, LEON GROS et LANCEREAUX (*Syphilis du système nerveux*, prix Civrieux, 1859), BEDEL (thèse en 1851, Strasbourg), LAGNEAU père et fils, IVAREN, SANDRAS, WIRCHOW, ROGNETTA, BAUMES, etc., etc., ont ouvert à la question une large voie avec un succès signalé par des cures éclatantes.

Des faits irréfutables nous prouvent que la vérole constitutionnelle produit très-souvent des accidents apoplectiformes, des paralysies de la motilité dépendant du système nerveux cérébral, spinal et périphérique. Les détails anatomo-pathologiques, qu'on a donnés sur les lésions syphilitiques des centres nerveux, sont si bien décrits dans les monographies, que nous ne pourrions mieux faire que d'y renvoyer le lecteur. Cependant il nous semble nécessaire de retracer succinctement les diverses modifications de ces tissus et de leurs enveloppes.

<sup>1</sup> Il est évident que nous ne citons ici que les observations de syphilis paralytique.

### **Anatomie pathologique.**

Les lésions que la périostite et l'ostéite laissent à la surface externe du crâne nous intéressent peu. Nous ne parlerons que des lésions de la surface interne. La périostite, qui est ici l'inflammation de la dure-mère, revêt soit une forme chronique susceptible de se résoudre à la longue, soit enfin une forme exsudative, qui produit, comme conséquences des engorgements proéminents, des périostoses solitaires ou réunies en petites agglomérations. Mais il est difficile, dit M. VIDAL (de Cassis), d'admettre la périostite sans l'ostéite. La lame superficielle de l'os est en effet trop rapprochée du foyer inflammatoire pour ne pas s'enflammer à son tour. C'est ce que l'on observe du reste en étudiant une périostose sur le cadavre ; l'os est toujours plus ou moins profondément altéré.

Quoi qu'il en soit, que l'ostéite soit consécutive ou non à une périostite, une fois déclarée, elle occasionne des épanchements purulents entre les tissus fibreux et osseux et forme ainsi des décollements considérables qui, s'étendant sur une large surface, produisent des accidents de compression sur le cerveau. Ces accidents revêtent un caractère plus grave, quand l'ostéite s'est déclarée à la base du crâne, et qu'elle s'attaque en cet endroit aux gros et petits troncs nerveux, dont les altérations sont si redoutables.

Si l'ostéite s'est circonscrite insidieusement sans péril momentané pour le malade, ou si elle reste méconnue, le travail phlogistique développe à la surface de l'os malade une tuméfaction particulière, l'exostose, dont le volume est extrêmement variable. Mais l'exostose peut aussi être dû à un travail d'exsudation plastique, dont l'origine dérive de l'infection vénérienne. En somme, c'est une véritable hypersécrétion d'éléments normaux, de cellules nouvelles hypertrophiées, qui s'organisent en tissus tantôt compacts comme l'ivoire, tantôt aréo-



lares et poreux à surfaces plus ou moins régulières, hérissées souvent d'arêtes aiguës et propres à dilacérer la pulpe cérébrale.

On rencontre encore de véritables exostoses *molles*, qui naissent dans le périoste de la voûte et de la base du crâne, et analogues aux tumeurs gommeuses des autres régions du corps, en ce sens qu'elles ont toutes la même structure et qu'elles parcourent les mêmes phases de développement. Si ces tumeurs dures, non élastiques, s'accroissent de l'extérieur à l'intérieur, il est de nouveau évident qu'une série d'accidents de compression ou d'irritation cérébrale en sera la résultante. M. le professeur SCHÜTZENBERGER a fait l'autopsie d'une femme, chez laquelle les accidents cérébraux, hémiplegie, affaissement cérébral, traces d'exostoses au tibia, indiquaient la syphilis. Traitement par iodure de potassium. Mort. A l'autopsie, une tumeur comme un marron, située à la base du cerveau, coloration jaune, composée de granulations formées par des cellules embryonnaires graisseuses.

Les méninges sont aussi le siège de lésions anatomiques, dont les effets sont la plupart du temps identiques. Ce sont des adhérences avec épaissement de la dure-mère, à la suite de périostite, d'ostéite, d'exostose perforante; des concrétions calcaires, des exsudats de matière gélatiniforme, des nodosités, granulations, gommages, tophus, tubercules, plaques cartilagineuses, osseuses, disséminées entre la pie-mère et l'arachnoïde, des végétations variables de forme, de nombre et de volume, toutes productions que nous nous bornons à énumérer, et dont nous renvoyons l'étude aux ouvrages spéciaux de MM. GROS et LAGNEAU.

Le premier de ces deux auteurs admet l'action directe de la syphilis sur l'encéphale. Quoique l'autopsie soit presque toujours restée muette, il croit, raisonnant par analogie, qu'elle doit revêtir dans la masse cérébrale une forme congestive, de même qu'elle se manifeste partout ailleurs par d'autres congestions semblables, telles que roséoles, syphilides exanthématiques. Allant plus loin, il n'ose nier complètement la possibilité d'une hémorrhagie cérébrale due à la congestion, et

comme conséquences une attaque dans toutes les règles. Cependant, les rares nécropsies qui ont été faites jusqu'à présent révèlent soit un exsudat plastique, soit un ramollissement précédant la soi-disant apoplexie syphilitique. M. G. LAGNEAU semble rejeter l'hypothèse de l'action spécifique du virus sur le cerveau ; il n'en connaît pas, dit-il, d'exemples bien authentiques, mais il admet la forme inflammatoire, qui s'est communiquée de proche en proche des os aux méninges, et des méninges aux circonvolutions. Il ajoute plus loin : des lésions encéphaliques plus accentuées sont celles qui dérivent d'altérations des tissus osseux, celluloux et fibreux, « et qui consistent en caillots sanguins, « suite d'apoplexie, en sérosité épanchée dans les cavités naturelles « encéphaliques ou réunies dans des cavités morbides, en foyers puru- « lents, en ramollissement du parenchyme, enfin, en induration de la « pulpe cérébrale. » Le ramollissement de la pulpe est certainement de toutes ces manifestations morbides la plus fréquemment signalée dans les recherches cadavériques. Son siège de prédilection occupe la partie antérieure de la base du crâne, les parois des lobes cérébraux correspondant à la lame interne du frontal, que nous savons être de tous les os crâniens celui qui s'affecte le plus facilement sous l'influence du virus syphilitique.

Nous pourrions en partie répéter, à propos de la syphilis spinale, ce que nous venons de dire brièvement de la syphilis du cerveau. Il y a, en effet, entre ces deux affections un grand nombre de points de contact. Ainsi, ce sont, malgré la rareté relative des observations, des méningites rachidiennes, des myélites, des ramollissements, des épanchements de sang, de pus, de sérosité, provoqués par des ostéites suppuratives des vertèbres, ou bien des agglomérations de granulations, de plaques calcaires, de tumeurs gommeuses, résultats d'un travail d'exsudation, de solidifications de blastèmes inflammatoires, dont la vérole infiltre tout l'organisme. M. LEON GROS cite des faits intéressants de gommes développées dans le corps des vertèbres ; l'exsudat qui les constitue atrophie à la longue les lamelles osseuses, puis

succède le ramollissement de l'exsudat, et enfin un écrasement de la colonne qui soutient tout l'édifice. De là, ces gibbosités caractéristiques qui simulent le mal vertébral de Porr. N'oublions pas de rappeler que les exostoses du rachis échappent facilement à l'investigation, en sevelies qu'elles sont sous une couche épaisse de muscles et de viscères. Ici on n'a pas l'espoir de trouver, comme à la surface du crâne, des exostoses externes, rarement du moins, et par là on est privé des bénéfices de l'induction.

Il résulte de nos recherches que les altérations syphilitiques des nerfs périphériques sont presque toujours consécutives à des altérations du parenchyme cérébro-spinal, des méninges ou de la boîte osseuse. Ainsi, il est rare qu'une méningo-encéphalite ne se propage pas souvent très-loin du foyer inflammatoire, dans le névritème et la substance du nerf lui-même. D'autre part, les caries du rocher, du sphénoïde, du frontal, des lames vertébrales, ont une action de voisinage sur les tubes nerveux, les désorganisent et les réduisent en putrilage. Les épanchements purulents, séreux, que nous avons signalés plus haut, de même que les périostoses, les tumeurs gommeuses qui se développent dans le tissu cellulaire des gaines protectrices, les ganglions lymphatiques tuméfiés agissent par compression sur les cordons nerveux. On comprend aussi que des exostoses, des indurations calcaires, des ostéophytes puissent, même à de grandes distances du cerveau et du rachis, exercer leur action compressive et occasionner des perturbations dans la motilité.

### **Symptomatologie.**

Nous venons de voir dans cet exposé anatomique l'ensemble des causes morbides qui, à un moment donné, produisent une explosion dans l'évolution cérébro-spinale de la syphilis. Or, de toutes ses manifestations, la plus importante est sans contredit la paralysie ou la perte de la contractilité musculaire, jointe à l'abolition plus ou moins com-

plète de l'intelligence et de la sensibilité. Ces symptômes fonctionnels s'accompagnent souvent à l'extérieur d'altérations de nature spécifique, visibles, palpables, qui mettent sur la voie d'altérations identiques ou analogues, recelés au fond des organes, et, par conséquent, qui expliquent la nature syphilitique des accidents nerveux. Ainsi, ce sont des cicatrices caractéristiques, des traces de vieilles ulcérations, ou des ulcérations en voie de développement, des lésions des tissus osseux, fibreux, et des tuméfactions diverses, en somme toutes les productions cellulo-pathologiques signalant la présence au sein de l'organisme de la syphilis invétérée.

L'hémiplégie proprement dite, que la statistique cite comme la plus fréquente des paralysies, est unilatérale et occupe tantôt le côté droit, tantôt le côté gauche. Quelquefois elle est croisée, ce qui signifie que la lésion encéphalique réside dans un des hémisphères cérébraux opposé au côté paralysé. Elle peut encore être alterne, c'est-à-dire offrir une paralysie des muscles de la face d'un côté, et une hémiplégie des extrémités musculaires de l'autre côté.

La paraplégie syphilitique, comme la paraplégie simple, élit son domicile dans les extrémités inférieures du corps et souvent dans les parties situées sous le diaphragme, en particulier, la vessie, le rectum et leurs sphincters. Quant aux paralysies périphériques, elles s'attaquent soit à un muscle, soit à plusieurs dépendant des troncs nerveux émergeant de l'encéphale ou de la moëlle épinière.

En résumé, la paralysie de cause diathésique est extrêmement variable dans son étendue, même par rapport aux lésions correspondantes. Il n'est pas rare en effet de trouver à l'autopsie de très-petites tumeurs, des épanchements purulents ou sanguins peu considérables, alors qu'on s'attendait, à en juger d'après les symptômes effrayants de la maladie, à rencontrer une destruction profonde de la pulpe nerveuse. N'oublions pas d'ajouter que l'abolition de la contractilité peut être complète ou incomplète et qu'elle varie depuis le simple affaissement musculaire jusqu'à la plus entière résolution.

Si nous continuons à étudier au point de vue général cette affection si variable de siège et d'étendue, nous la verrons revêtir les formes particulières qui doivent nous intéresser au plus haut point. Tantôt la paralysie a une marche lente, progressive ; tantôt elle arrive brusquement. Le malade, surpris par l'attaque, tombe à terre, avec ou sans perte de connaissance, et quand il revient à lui, il s'aperçoit qu'il ne peut plus marcher, ni se servir de ses mains. Elle peut aussi être simple ou compliquée d'altérations dans les facultés intellectuelles, délirante ou combinée aux convulsions épileptiformes, douloureuse ou non. Nous allons donc, d'après cela, étudier chacune de ces formes différentes en particulier, en les rapportant toutes aux trois modes paralytiques, l'hémiplégie, la paraplégie et la paralysie périphérique.

*Hémiplégie à invasion lente, progressive, simulant ou annonçant le développement d'une tumeur.*

En règle générale, on ne doit pas dire que les tumeurs, développées à la surface interne du crâne, soient toujours le point de départ d'accidents nerveux du côté de la motilité. Cela tient à leur volume peu considérable, à leur petit nombre, ou plutôt à leur développement lent et graduel, qui a produit l'écartement des fibres nerveuses (SERRES), sans altération directe de la pulpe cérébrale. Mais si l'exostose et la gomme, malgré leur évolution lente et insidieuse, compriment le parenchyme, en l'écrasant en quelque sorte petit à petit, et deviennent le centre d'une inflammation chronique, il se produit comme conséquences des accidents hémiplégiques d'autant plus graves que la tumeur est logée plus près du bulbe ou du pédoncule, et d'autant plus rapide que les phénomènes de congestion sont plus actifs.

Quoi qu'il en soit, il se passe souvent des jours et des mois avant que les symptômes aient pris quelque intensité, ou même se soient déclarés. Puis les malades perçoivent tout à coup, localisée la plupart du temps au niveau du frontal, une douleur vague, profonde, revenant

par accès et disparaissant sans causes connues. Bientôt cette douleur intermittente, passagère, prend tous les caractères de la céphalalgie chronique analogue à la douleur ostéocope, s'exaspérant la nuit et alternant avec des insomnies cruelles. Ce symptôme cependant n'existe pas dans tous les cas, et quelquefois il est le seul qui se présente à l'observateur. Il faut alors l'apparition de tumeurs gommeuses et d'exostoses dans d'autres régions, pour indiquer la spécialité de l'affection. Quand le temps est venu où des signes fonctionnels plus accentués se dévoilent, on voit naître dans les extrémités des fourmillements, des engourdissements, des crampes douloureuses; puis les mouvements s'affaiblissent graduellement dans les orteils et les doigts, dans les pieds et les avant-bras. Bientôt la jambe, le bras, la face, sont immobilisés. L'hémiplégie est alors complète.

A ce tableau, il faut ajouter celui des perturbations dans les organes des sens, un affaiblissement de la sensibilité, des troubles de la vue, de l'intelligence, des convulsions, un état comateux, et, en dernier ressort, embarras grave de la respiration, inflammation des méninges ou apoplexie foudroyante. M. LEON GUOS cite, page 263, un cas de paralysie hémiplégique lente, due à une syphilis secondaire, accompagnée d'obtusion de l'intelligence. Le traitement hydrargireux amena une grande amélioration. Le docteur THOMPSON, dans le *Journal des connaissances* de M. CAFFE, en 1857, est mentionné aussi pour une autre belle observation d'hémiplégie suivie de guérison. Le syphilitique remarquable de VIDAL (de Cassis) « eut une hémiplégie qui s'établit lentement. Le sachant bien jeune (à peine trente ans) pour être un apoplectique ordinaire, j'admis la très-grande probabilité d'une affection syphilitique de la tête. La lenteur de l'établissement de la paralysie, la circonstance d'une exostose de la mâchoire inférieure me firent admettre la possibilité d'une exostose crânienne. Je crus être confirmé dans ce diagnostic par le temps que mit le malade à se rétablir (un an), le même temps qu'il fallut à l'exostose du maxillaire inférieur pour disparaître. » TRACBÉ, dans une conférence clinique,

présente un cas du même genre. C'est un homme, âgé de 28 ans, robuste, qui est atteint de syphilis constitutionnelle. Céphalalgie intense. Faiblesse dans le bras droit. Le lendemain, paroles inintelligibles. Plus tard, paralysie complète du bras droit, avec céphalée persistante. Paralysie de l'extrémité inférieure droite. Le troisième jour, on trouve le malade couché sur le dos avec une figure stupéfiée : difficulté dans la phonation, pouls à 48, respiration 18, langue à droite, angle droit de la mâchoire dévié, sensibilité affaiblie tout à fait du côté droit du corps, etc. TRAUBÉ diagnostiqua un foyer ramolli produit par inflammation syphilitique dans l'hémisphère droit, au voisinage des corps striés. Traitement anti-syphilitique. (Extrait de *Jahresbericht*, an. 1859, p. 250.)

*Hémiplégie brusque sous forme d'attaques apoplectiques simulant l'hémorragie ou le ramollissement aigu.*

Dans l'observation de la femme Barbe Schlück, on remarque un contraste frappant entre les symptômes hémiplégiques des observations qui précèdent, et ceux des observations qui suivent. Cette femme, âgée de 66 ans, entre au service de M. SCHÜTZENBERGER le 11 septembre 1861. Elle jouit d'une constitution primitivement bonne. N'est plus réglée depuis 10 ans. Cinq jours avant son entrée, elle est prise dans la même journée de trois attaques brusques qui lui engourdirent les membres droits, lui dévièrent la bouche et lui paralysèrent les muscles de la langue. Deux jours après, nouvelle attaque avec perte de connaissance. Elle entre à l'hôpital, paralysée enfin de tout le côté droit : intelligence assez nette, traits peu altérés, commissure droite plus basse que la gauche, mouvements affaiblis dans tout le côté droit, sensibilité intacte, selles rares, pouls à 70. La malade se plaignait toujours antécédemment de vertiges, de céphalalgie, lorsqu'on s'aperçut à l'avant-bras gauche et sur la cuisse droite de petites tumeurs globuleuses roulant sous le doigt. A leur niveau, la peau était déprimée

et semblait faire corps avec les tumeurs. C'étaient des gommès syphilitiques. On remarquait aussi sur la cuisse droite trois ou quatre cicatrices plus ou moins grandes d'anciens ulcères. Sous l'influence d'une médication mercurielle (18 frictions), les accidents cérébraux diminuèrent d'intensité. Le mouvement et les forces reviennent dans les extrémités, et les gommès disparaissent, déprimant fortement la peau, analogue en cet endroit à du tissu de cicatrices. Elle subit ensuite un traitement à l'iodure de potassium. Mais on fut obligé de cesser au bout de quelque temps, car elle ne pouvait supporter ce médicament. Pendant cinq semaines, elle prit la décoction de ZITTMANN. Aujourd'hui, la malade va parfaitement bien, ne ressentant plus qu'une douleur peu forte et un peu de faiblesse dans l'épaule droite, sur laquelle on dirige des jets de vapeur (observation inédite).

Malgré l'invasion brusque, instantanée, de cette hémiplegie, la malade avait éprouvé antérieurement des prodromes douloureux identiques à ceux que nous avons décrits plus haut. Il est rare en effet, que cette forme simulant l'apoplexie ou le ramollissement ne soit pas précédée de céphalée nocturne fixe ou erratique, analogue aux douleurs ostéocopes. D'habitude les malades ressentent, en dehors de la céphalée, des fourmillements, des engourdissements dans les extrémités des membres, des vertiges, des éblouissements, bourdonnements d'oreille, troubles de vue, et souvent perte de connaissance précédant l'attaque hémiplegique. Cependant il est des cas où ces symptômes, malgré leur variété, sont méconnus du malade.

Si nous admettons, avec MM. L. GROS et LANCEREAUX, une congestion d'origine syphilitique, celle-ci serait le point de départ de véritables paralysies. Avant l'attaque, on verrait survenir les accidents prodromiques sus-mentionnés, auxquels succèderaient perte complète de connaissance, lourdeur des membres, perturbation dans les organes des sens, sans perte totale de l'intelligence comme dans l'apoplexie proprement dite.

Ces accidents seraient intermittents, passagers, mais reviendraient



avec une intensité toujours croissante, dans l'hypothèse où un traitement spécifique n'interviendrait pas. Au bout d'un certain nombre d'attaques, dont les accès se rapprochent de plus en plus, le malade finirait par succomber dans le coma, en donnant les signes d'une méningo-encéphalite.

Les recherches cadavériques n'ont pas encore démontré à ce sujet des lésions matérielles bien authentiques. On comprend néanmoins que l'apparition d'une tumeur dans la cavité crânienne puisse être la cause indirecte de congestions assez fréquemment répétées pour aboutir à un coup de sang mortel.

Des causes plus rationnelles d'hémiplégie brusque doivent être recherchées dans l'hémorragie cérébrale ou le ramollissement, dépendant d'inflammation chronique, des tumeurs, d'exsudats au sein de l'encéphale. M. ALTER (*Gazette pour la Psychiatrie*), qui a étudié particulièrement les altérations morbides que la syphilis produit dans les os et les artères, a trouvé des ossifications et des plaques athéromateuses dans l'artère ophthalmique. Il en déduit la fréquence des apoplexies (*Canstatt-Bericht*, 1861).

Nous avons vu que l'inflammation pure et simple de la pulpe cérébrale devait être attribuée plutôt à une action de contact irritant qu'à l'action immédiat du virus syphilitique. Une fois que le foyer inflammatoire s'est déclaré soit dans les méninges, soit dans le cerveau, on voit surgir une grande variété de symptômes.

Ce sont d'abord généralement des prodromes qui rappellent la période congestionnelle, mais qui s'établissent avec une lenteur caractéristique, troubles des sens, faiblesse, délire, etc., accidents de compression, si les méninges sont le siège de l'inflammation. A leur suite, si celle-ci poursuit sa marche, on observe bientôt les premiers accidents d'une désorganisation plus profonde, traduits à l'intérieur par la bizarrerie dans les idées, de l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, des pleurs non motivés, de l'abattement qui prend les caractères de l'idiotisme. Le ramollissement tend presque toujours à

revêtir la forme apoplectique. Il survient subitement une attaque plus ou moins complète, et le malade tombe paralysé. On observe tantôt, suivant le siège et la gravité de la lésion, des paralysies générales ou partielles, des paralysies des nerfs de l'œil, diplopie, amblyopie, strabisme, paralysie des muscles du cou, de la langue, de la face, ainsi que nous le remarquons dans l'observation de cette femme. Mais les parties, quoique paralysées, n'en conservent pas moins leur sensibilité, qui peut cependant être quelquefois affaiblie. Ceci se prouve en pinçant la peau du malade, il y a réaction contre la douleur. La facilité avec laquelle se reproduisent les recrudescences apoplectiques est très-bien signalée dans l'observation suivante enregistrée par DELPECH.

Un vieillard de 66 ans avait éprouvé quinze ans auparavant des accidents syphilitiques primitifs, plus tard une ophtalmie profonde, et des douleurs dans les coudes, aux jambes, au crâne, sévissant la nuit et accompagnées d'engorgements du périoste. La maladie ne céda pas à une foule de moyens. Quelques frictions mercurielles et quelques grains de sublimé produisirent d'heureux effets. Lorsque le malade arriva à Montpellier, il avait éprouvé, deux mois avant, des maux de tête atroces, et, à la veille de son départ, une attaque d'apoplexie, qui avait laissé un embarras léger dans la prononciation, une déviation des traits de la face et des vertiges continuels. L'ophtalmie, les douleurs de tête subsistaient; il y avait en outre des pustules fort étendues sur les avant-bras et au front, des ulcérations au voile du palais. Sangsues à l'anus de dix en dix jours. Séton à la nuque. Usage fréquent des eaux de Sedlitz. Sublimé à l'intérieur. Les douleurs de tête et des membres se dissipèrent, et les ulcérations se cicatrisèrent. Le malade avait recouvré la faculté de marcher avec assurance et de s'exprimer sans bredouiller. Suspension du traitement. Au bout d'un mois, reproduction de tous les symptômes. Nouvel accident apoplectique. Le traitement repris le dissipa complètement. Le malade avait consommé environ 48 grains de sublimé. Abandon successif de

tous les moyens conseillés. Bientôt les douleurs appelées rhumatismales, les douleurs de tête, de nouveaux symptômes apoplectiques s'annoncèrent. Le malade succomba.

Les exsudats qui se forment au sein de l'encéphale déterminent aussi des attaques d'apoplexie, soit en se ramollissant et propageant le foyer ramolli autour d'eux, soit en étant l'épine congestionnelle, qui rappelle tout le cortège des accidents prodrômiques que nous avons énumérés. Cependant il nous semble que la symptomatologie doit être ici, au point de vue du diagnostic, assez obscure, car il est difficile de ne pas confondre leurs effets pathologiques avec ceux que peuvent produire des tumeurs analogues, situées dans les méninges, à la surface de la dure-mère et de la boîte crânienne.

Nous devons, avant de terminer, signaler l'observation suivante due à M. COLLIN, professeur au Val-de-Grâce. Le 22 mars 1861, entre à son service un guide de la garde. Il a 34 ans, est d'une constitution robuste. En 1860, il a ressenti une douleur continue, supportable, sans exaspération nocturne limitée à la bosse frontale. Le 13 février 1861, perte subite de connaissance avec résolution musculaire. Il revient à lui au bout de 20 minutes. Il reste quelque faiblesse. Quinze jours après, il lui semble que le côté droit, particulièrement le membre supérieur, s'affaiblit d'une manière notable et progressive. 23 mars, la main droite fournit à peine une pression légère. Il marche encore, mais il traîne la jambe. A la place du côté droit, hémiplegie incomplète, parole un peu embarrassée; sans lésion intellectuelle, ni de la mémoire. Intégrité de la sensibilité générale et spéciale de la peau. Amblyopie à gauche, progressive depuis quinze jours. Persistance de la douleur au frontal, non avec paroxysmes la nuit, mais qui l'empêche de dormir. Outre cela, depuis le début de l'hémiplegie, à intervalles assez réguliers de deux à trois jours, accès convulsifs sans perte de connaissance. Constriction laryngée, contraction des masséters, grincements des dents sans la moindre sensation de vertiges. Le malade reste indifféremment debout, assis ou couché, sans que cette

crise soit remarquée des assistants. M. COLLIN pense tout d'abord à un ramollissement aigu, consécutif à une production intra-crânienne : sangsues, vésicatoires, révulsifs cutanés ou intestinaux. Vingt jours après son entrée au Val-de-Grâce, grande gêne dans l'articulation des mots. M. COLLIN remarque à la langue deux petites bosselures au bord gauche, grosses comme des pois, de consistance fibreuse, adhérentes à la muqueuse, qui est violacée à leur surface. Caractère de tubercules syphilitiques. Le malade a eu un chancre en 1852, taches rouges, croûtes aux jambes qui présentent encore 5 ou 6 macules d'ecthyma. 15 avril, iodure de potassium et sirop de gentiane. L'amblyopie, les crises de contractures ont disparu dans les premiers jours du traitement. Au 1<sup>er</sup> mai, plus de céphalée; six semaines après, la main droite serre presque aussi énergiquement que la gauche. Le malade se promène toute la journée sans la moindre faiblesse dans la jambe droite. Les tubercules de la langue ont disparu (*Gazette hebdomadaire des hôpitaux*, 21 septembre 1861).

*Hémiplégie combinée avec des convulsions épileptiformes offrant dans l'intervalle les signes d'une hémiplégie progressive.*

Le titre de ce paragraphe nous annonce que les attaques paralytiques se combinent dans certains cas avec des convulsions épileptiformes, qui semblent masquer dès le début la forme hémiplégique progressive. On doit, en présence des convulsions épileptiformes, se rappeler que l'épilepsie n'est pas toujours la suite de l'hérédité, d'affections morales, ou des troubles sympathiques du côté de la périphérie, mais encore de la diathèse syphilitique. Cette perturbation dans les centres nerveux, traduits à l'extérieur par des phénomènes désordonnés, indique qu'il existe dans leur sein un corps étranger qui les comprime ou les irrite. Ce sont des néoplasmes divers, tubercules, périostoses, etc., et surtout ces exostoses, à arêtes irrégulières, souvent peu considérables, qui s'implantent dans la pulpe et la déchirent.

Outre ces lésions, l'autopsie en révèle qui ne sont pas tout à fait identiques. Ce sont des ostéites, des caries, des suffusions séreuses purulentes ou sanguines. Il est à remarquer que les accidents paralytiques sont plus fréquents dans ces cas épileptiformes, du moment où l'altération encéphalique siège plus ou moins près de la voûte du crâne. Quoi qu'il en soit, le malade éprouve antérieurement à l'accès un malaise général, des étourdissements, des vertiges caractéristiques, dont nous avons déjà parlé plus haut.

M. LAGNEAU croit que le vertige épileptique est dû à l'action directe de la syphilis sur l'encéphale, et qu'il se montre isolément sans autres accidents. Il est très-fugace, le malade semble éprouver comme une petite syncope, un sentiment d'angoisse et de frayeur. Le vertige, ajoute-t-il, prodrome des accidents paralytiques et épileptiques, montre les connexions intimes qui existent entre les symptômes nerveux que l'on considère comme deux maladies distinctes, connexions d'autant plus évidentes que souvent le même malade présente ces deux sortes d'accidents, comme chez le malade de A. Prost (Paris, 1804), dont l'observation est intitulée : cécité, vertiges, convulsions, hémiplegie progressive, imbecillité, ostéite nasale, lésions encéphaliques. La voici en substance : un nommé Jouan, âgé de 44 ans, est atteint de syphilis : boutons, étourdissements, éblouissements, mal de gorge pénible, ostéite purulente, ulcère à la narine gauche. En un an, destruction de la cloison et d'une partie du nez, maux de tête intenses qui le rendaient fou, imbecille ou furieux. Plus tard, imbecillité manifeste ; l'ulcération reparaît, dure 4 mois, la vue se trouble, cécité, vésicatoire à la nuque, amélioration. Bientôt après, vertiges, évanouissements prolongés, fréquents, subits, mouvements convulsifs très-violents, avec perte complète de sensibilité. Plus tard, immobilisation du bras gauche. Le lendemain, paralysie de la face. Le jour suivant, l'extrémité inférieure gauche est paralysée... mort.

Les convulsions épileptiformes présentent divers degrés d'intensité. Tantôt elles se bornent à des contractions chroniques des muscles de

la face, du cou, à des pertes subites de connaissance sans mouvements convulsifs, etc. Tantôt il y a anéantissement complet des facultés intellectuelles, perte de connaissance, anesthésie complète et contractions spasmodiques des muscles de la vie de relation. M. le professeur SCHÜTZENBERGER cite une observation de vertiges se transformant en attaques épileptiformes, et celles-ci à leur tour remplacées par des vertiges. A la suite de ces attaques plus ou moins effrayantes, on voit s'établir successivement des paralysies partielles qui tendent à se généraliser dans le côté du corps affecté. Il faut noter que «chez les malades «présentant comme symptômes de syphilis encéphalique, simultanément une paralysie hémiplegique et des attaques épileptiques, le côté «du corps paralysé reste dans l'immobilité et l'autre est fortement «convulsé. Mais quelquefois aussi les mouvements convulsifs se «montrent uniquement du côté paralysé (LAGNEAU, p. 121).»

*Hémiplegie simple. Hémiplegie compliquée de lésions de l'intelligence.  
Hémiplegie délirante.*

Sur près de trois cents observations d'affections nerveuses syphilitiques que nous avons passées en revue, nous avons constaté l'existence d'une trentaine d'hémiplegies compliquées d'altération plus ou moins graves des facultés mentales.

Ce n'est pas à dire que, dans la forme simple, le malade frappé par l'attaque paralytique ne soit pas atteint dans son intelligence. Comme nous l'avons vu plus haut, les pertes de connaissance, les convulsions, le coma, etc., sont des états morbides qui revêtent un caractère aigu, mais qui n'anéantissent les facultés que pour une période de temps comparativement assez restreinte. Sous ce rapport, l'autre forme à caractère chronique est plus grave, plus difficile à combattre.

Dans l'observation suivante, due à M. le professeur SCHÜTZENBERGER, nous voyons un jeune homme (1861), affecté de douleurs ostéocopes,

d'exostoses au tibia et au sacrum, perdre successivement ses facultés intellectuelles. Une hémiplégié s'établit lentement au côté droit. Le malade, avant de tomber dans l'idiotisme, avait suivi le traitement antisymphilitique. Mais il en était résulté peu d'effet; un premier traitement à l'iodure de potassium fut suivi. Au bout de 3 mois, disparition de l'hémiplégié, l'intelligence ne revient pas, traitement par les frictions et la décoction de ZITTMANN, retour des facultés intellectuelles (observation inédite).

M. RICORD, dans sa *Clinique des vénériens*, cite un homme de 57 ans, atteint de syphilis, bourdonnements d'oreille, paralysie partielle du moteur oculaire commun, qu'il fit disparaître par iodure de potassium. Plus tard, le malade est atteint d'hémiplégié progressive, l'intelligence était très-affaiblie, la mémoire fugitive, infidèle. Pendant près d'un mois, il fut pris d'aliénation mentale, déraisonnant surtout d'une manière calme et tranquille. Un traitement avec iodure de potassium et onguent mercuriel, au bout de deux mois, ramène la raison. Guérison de la paralysie. — Chose à prendre en note, M. RICORD ne trouva à l'autopsie aucune altération encéphalique. Il n'en conclut pas moins à l'existence de gommés ou de tubercules plastiques, que le traitement avait dû faire disparaître.

D'habitude, c'est avant l'attaque que les altérations intellectuelles se manifestent. Le malade se plaint de céphalée, devient paresseux, distrait, profondément préoccupé. Il perd la mémoire des faits, des lieux. Rien ne l'émeut plus. Il ne reconnaît plus sa famille, ses amis. Sa parole s'embarrasse. Il tombe dans l'idiotisme ou l'imbécillité. Quelquefois, ce sont des accès d'aliénation mentale.

C'est alors que s'établit avec une lenteur graduelle l'hémiplégié, en débutant par les extrémités. Si l'hémiplégié est brusque, l'intelligence, auparavant intacte, est subitement abolie, et cette altération coïncide très-souvent avec des lésions importantes des organes des sens. Lorsque le traitement spécifique n'intervient pas, le malade tombe dans le coma, et la mort en est l'inévitable terminaison.

Si le pronostic est favorable, le mouvement et la sensibilité reviennent peu à peu, puis l'intelligence s'éclaircit. Mais il y a loin de là à un retour complet. Ainsi, tandis que les accidents hémiplegiques disparaissent, le malade reste absorbé en lui-même, hébété, et il a besoin d'excitations fréquentes venues du dehors, pour réveiller ses facultés endormies.

Nous ne pouvons pas séparer la forme hémiplegique délirante des formes précédentes et en faire un chapitre à part, puisqu'elle est de la classe des altérations intellectuelles; mais comme elle résulte plus spécialement d'une excitation de la pulpe cérébrale et des méninges, elle est primitivement l'indice d'une lésion encore peu profonde. Ce n'est que dans la suite, lorsque l'affection s'est aggravée, que l'on voit survenir les troubles nerveux pathognomoniques de la compression.

Le délire est tantôt doux et tranquille, analogue à l'hébétude de l'idiot: il simule dans ce cas l'encéphalite; tantôt il simule la méningite, et il est violent, furieux, fébrile et d'assez longue durée. Nous donnons un exemple de délire furieux dans l'observation suivante, notée en 1850 par M. le professeur SCHÜTZENBERGER (*Gazette médicale de Strasbourg*).

Une femme, âgée de 52 ans, entre à l'hospice le 24 novembre 1849. Maigreux considérable. Teint terreux, mouvements incertains, parole lente, difficile. Paralyse incomplète des muscles du côté gauche de la face, de la paupière supérieure et des muscles internes de l'œil. Pupille gauche dilatée, immobile; rétine insensible à la lumière. Bras gauche plus faible que le droit. Membres inférieurs faibles également, pouvant avec lenteur exécuter les mouvements commandés. Il y a deux ans, vertiges considérables. Hémiplegie gauche, qui se dissipe peu à peu. Seulement la mémoire des mots lui échappait. Depuis 18 mois, santé; il y a 5 mois, céphalgie violente avec accès, durant un ou plusieurs jours. Affaiblissement progressif de la vue à gauche, impossibilité de tourner l'œil en dedans. Blépharoptose. Six mois avant tout accident, elle avait une syphilis bien caractérisée, végétations, tumeurs,



ostéite, cicatrices, gonflements, etc. On en constate les traces. Douleur à la pression pariétale, temporale, frontale droite. Iodure de potassium (0,50 à 1 gr. en 5 jours). Céphalalgie calmée; tout à coup éclate un délire furieux, qui se prolonge pendant plusieurs jours, et ne cède complètement ni aux sangsues, ni aux vésicatoires, ni à l'opium. Frictions Hg de cinq grammes à faire de deux jours l'un; décoct. sudor. avec sirop de salsepareille. Solution d'iode hydrargiraté d'iod. de potassium (80 cent. sur 500 gr. eau, 1 cuill. matin et soir). Le délire et la céphalée cessent dès la 4<sup>e</sup> friction..., etc. Guérison.

*Hémiplégie douloureuse, indolente.*

En dépouillant un assez grand nombre d'observations, nous avons constaté chez un malade hémiplégié des douleurs fortes et un engourdissement insupportable dans les jambes, dont la sensibilité extérieure était diminuée. Chez un autre, ce sont des fourmillements dans la main, se propageant à l'avant-bras, puis des bras à la tête et finissant par se transformer en douleurs vives. Chez un troisième, c'est une chaleur brûlante dans les parties paralysées. Enfin, chez un quatrième, la sensibilité ne s'est pas abolie, mais l'hémiplégie s'est aggravée d'une épilepsie et d'une céphalalgie cruelle.

Malgré cela, nous avons été étonné du petit nombre de faits relatifs à cette question, et, en somme, nous en concluons que la forme hémiplégique douloureuse est rare, la forme indolente fréquente. Nous ne voulons pas parler ici des céphalées nocturnes, des douleurs rhumatoïdes, des névralgies qui précèdent ou qui suivent les attaques paralytiques, et qui sont complètement indépendantes de l'altération nerveuse. Suivant le genre de cette altération, la sensibilité se modifie. L'irritation, la cautérisation trouvent quelquefois la peau complètement insensible dans l'hémiplégie brusque. Cependant, et ceci est fréquent, il peut y avoir anesthésie, mais non analgésie, c'est-à-dire insensibilité à la douleur. Dans l'hémiplégie lente, il y a anesthésie, c'est-à-

dire insensibilité tactile, accompagnée de douleurs vagues, qui sont les précurseurs de la paralysie. Quant aux épanchements, résultats d'inflammation des méninges et du cerveau, nous dirons que la compression lente et graduelle détermine peu à peu l'abolition de la sensibilité, de même que les autres perceptions.

### *Paralysies spinales.*

De même que nous avons vu, en traitant l'anatomie pathologique, des lésions rachidiennes analogues aux lésions cérébrales, de même nous allons retrouver dans la symptomatologie des formes morbides correspondantes.

Le rachis est riche en vaisseaux ; mais leur circulation lente, difficile, prédispose aux hémorrhagies, aux inflammations des méninges et de la substance médullaire, lorsqu'une cause spécifique directe ou indirecte, carie, ostéite, exostoses, gommès, épanchements divers, interviennent comme agents d'irritation et de compression.

Il en résulte des paralysies plus ou moins localisées à début tantôt brusque, tantôt lent et progressif, simulant l'apoplexie rachidienne, le ramollissement, la myélite aiguë ou chronique. Les symptômes de l'altération médullaire varient nécessairement avec la partie de la moëlle qui est le siège de l'inflammation ou de la compression mécanique. Au niveau du cou, du thorax, la paralysie des nerfs qui viennent innervés les pectoraux, les dentelés, en un mot, tous les muscles inspireurs ou expirateurs, amènera un trouble profond dans cette fonction importante. Dans les régions moyennes et inférieures, on remarquera des perturbations dans les mouvements, dans la sensibilité, mais sans péril momentané pour la vie. Les accidents paralytiques se montrent donc, suivant leur siège plus ou moins élevé, avec une intensité et une gravité différentes. Chez l'un, la paralysie se borne à un membre, à un faisceau de muscles. Chez un autre, toute la région inférieure se paralyse, et les nerfs émergents de la substance malade ne peuvent

plus porter l'irritation aux muscles sous-diaphragmatiques, au diaphragme et aux viscères de l'abdomen. Il s'ensuit encore des accidents respiratoires, des incontinenances d'urine par paralysie du sphincter, des rétentions par paralysie des muscles lisses de la vessie, de la constipation, et quand la constipation n'existe pas, le sphincter anal ne peut plus retenir les fèces ; le malade est devenu gâteux.

Nous venons de dire que les paralysies spinales débutent brusquement ou avec une lenteur graduelle. Le premier cas simule la myélite aiguë et l'apoplexie, le second cas la myélite chronique ou le développement d'une tumeur. Du moment où l'irritation causée par le contact de l'os enflammé ou la présence d'une exostose s'est propagée des méninges au parenchyme de la moëlle, il peut arriver, si le siège de la maladie est très-élevé, que la myélite, revêtant un caractère suraigu, amène rapidement la mort. Ces cas-là sont assez rares. Plus généralement, le début s'annonce par des douleurs vagues, des engourdissements, des fourmillements dans les extrémités et le long de la colonne vertébrale. Le malade, quoiqu'en apparence souvent anesthésié, éprouve des douleurs vives au niveau du foyer inflammatoire, le long des cordons nerveux, douleurs qui sont rapportées aux membres inférieurs, en vertu d'un mouvement réflexe qu'il est facile de comprendre. C'est un phénomène excentrique de douleurs rapportées à toutes les divisions des fibres nerveuses qui se résument dans le point irrité. Outre cela, il existe encore une pesanteur extrême de la poitrine, des suffocations, un sentiment de constriction, de barré. Ces douleurs alternent avec des convulsions toniques et cloniques des membres et du tronc. Au milieu de ces symptômes survient la paralysie.

Dans la myélite chronique, elle a une marche plus lente. Dès le début, le malade présente une grande incertitude dans la marche, de la fatigue, un affaiblissement progressif des forces musculaires, une attitude particulière, un défaut d'équilibre dû à un commencement d'atonie, des sensations de froid le long des membres et du rachis, des contractures, des crampes. Enfin s'établit graduellement la paralysie, en commençant par les orteils.

Les symptômes de l'hémorrhagie de la moëlle sont extrêmement difficiles à différencier des précédents. C'est dire qu'ils offrent avec eux la plus grande analogie. Début brusque ou annoncé le plus souvent par des prodrômes douloureux et contractiles sus-mentionnés.

Pour les néoplasmes spécifiques, tubercules, exostoses, épanchements variés produits avec lenteur, mêmes phénomènes que ceux de la myélite chronique, compression lente, atrophie médullaire, rachialgies, névralgies, accidents paraplégiques. Si les corps des vertèbres sont cariés, ils peuvent s'écraser et produire des gibbosités à angles plus ou moins aigus. Sans compter ici l'inflammation de la substance osseuse, nous trouvons encore dans ce fait un élément de compression, de pincement, ou tout au moins d'irritation de la moëlle.

Ces bosses syphilitiques, résultats de carie vertébrale, et les tumeurs plastiques, visibles, palpables, doivent être rangées au nombre des symptômes locaux déjà énumérés. A ce sujet, nous devons citer l'observation si remarquable de M. le professeur GODELIER. Un malade est atteint de paraplégie à la suite de compression de la moëlle, par une exostose située au bas de la colonne vertébrale.

Traité d'abord sans succès par le mercure, il fut soumis à l'action de l'iodure de potassium. L'emploi alternatif de ces deux médicaments amena enfin la résolution de la tumeur, la cessation de la compression et la disparition de la paralysie.

Les lésions de la moëlle ne sont pas toujours solitaires. Elles s'accompagnent assez souvent de lésions cérébrales qui ajoutent aux accidents paraplégiques, soit une hémiplégie, soit des paralysies locales des nerfs de la 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> paire. Ainsi, dans l'observation suivante, la maladie avait débuté par une paralysie assez brusque du moteur oculaire commun gauche, avec blépharoptose, dilatation de la pupille, strabisme, diplopie, etc. L'iodure de potassium et le biiodure n'amènent qu'une guérison incomplète, et l'influx morbide se jette plus tard sur la moëlle et ses annexes, où il détermine une dysurie intense, symptôme prodrômique à noter en passant, puis une série de lésions

fonctionnelles déjà décrites, et enfin une paralysie des membres inférieurs, des muscles et des viscères de l'abdomen.

*Paraplégie, accidents tertiaires, guérison.* (Observation inédite de M. SCHÜTZENBERGER).

M. X. ..., âgé de 36 ans, bonne constitution, tempérament nerveux, en 1861, sans causes connues, fut pris tout à coup d'une dysurie intense, de fourmillements, d'engourdissements des extrémités, de difficulté dans la progression, de faiblesses dans la région lombaire, sans apparition cependant de douleurs, ni dans la région vertébrale, ni dans les extrémités. Ces lésions fonctionnelles augmentèrent rapidement d'intensité. Au bout de dix jours, il survint une paraplégie complète. La motilité fut abolie complètement dans les extrémités inférieures. Les muscles abdominaux, frappés d'inertie, forcèrent le malade à garder dans l'immobilité du décubitus la position horizontale. La vessie, le rectum se trouvèrent en même temps paralysés. L'abolition de la sensibilité fut complète et l'anesthésie s'étendait à toute la moitié supérieure du tronc et aux extrémités.

C'est à ce moment que M. SCHÜTZENBERGER vit pour la première fois le malade, qui s'était fait porter à Strasbourg. Immédiatement faisant application de la méthode rationnelle, il ordonne les ventouses scarifiées plusieurs fois répétées, et la cautérisation ponctuée le long de la colonne vertébrale, médication qui, au bout de quelque temps, produisit une légère amélioration. Le mouvement se rétablit au bout de quinze jours dans les orteils et les muscles des jambes. C'est pendant cette amélioration que le malade attira tout à coup l'attention sur une petite tumeur qui s'était développée récemment à la région frontale gauche, du volume d'un petit haricot, sans changement de couleur à la peau, immobile, adhérente à l'os, offrant tout les caractères d'une petite périostose. Quelques jours après, on aperçut une tumeur analogue dans la région mastoïdienne. Ces deux apparitions extraordinaires

firent soupçonner une cause spécifique, syphilitique, que les antécédents du malade vinrent bientôt confirmer. Quoiqu'à l'époque de son attaque paraplégique son état général fut bon et qu'il ne présentât nullement les symptômes de la syphilis tertiaire, il n'en avait pas moins été atteint en 1850. Ainsi il débute par un chancre, plus tard surviennent les accidents secondaires, caractérisés par une éruption syphilitique squammeuse sur le corps ou dans la paume de la main. Un traitement prolongé par le protoiodure et plus tard par iodure de potassium firent disparaître ces accidents. Trois ans après, sans cause connue et sans douleur, arrive une paralysie assez brusque du nerf oculo-moteur commun gauche, et, comme conséquence, blépharoptose, dilatation de la pupille, strabisme, diplopie, impossibilité de mouvoir le globe oculaire en dedans et en haut et dans des limites très-bornées. Un traitement prolongé par extinction à l'aide du bichlorure et de l'iodure de potassium, continué et recommencé plusieurs fois, amena une amélioration partielle. La guérison resta malgré tout incomplète.

C'est ainsi qu'on fut amené à instituer un traitement régulier par frictions. Trois soupes par jour comme alimentation. Le malade déjà affaibli n'eût pas besoin d'autre préparation. Une friction de deux jours l'un avec un gramme d'onguent Hg double, la 1<sup>re</sup> au mollet, la 2<sup>e</sup> aux cuisses, la 3<sup>e</sup> sur le ventre et la région inguinale, la 4<sup>e</sup> au bras et aux avant-bras. Aucune amélioration après cette 1<sup>re</sup> série; une 2<sup>e</sup> série de 4 frictions est pratiquée avec 2 grammes d'onguent. Après la 6<sup>e</sup> friction, légère stomatite, amélioration notable dans la motilité. Retour manifeste de la sensibilité dans les extrémités. Paralysie vésicale et rectale sans changement. On combat la stomatite par le chlorate de potasse, et on continue le traitement mercuriel par frictions, sans s'arrêter. La stomatite ne dépasse pas les limites d'une salivation moyenne, et le traitement continué amène une amélioration rapide et progressive. Après la 16<sup>e</sup> friction, le malade pouvait se lever, marcher appuyé sur deux bras. On suspendit le traitement et l'on commença la médication reconstituante : alimentation progressive, vin de Bordeaux.

La vessie ne reprend que lentement sa contractilité, et fréquemment le malade est obligé de se sonder pour évacuer l'urine incomplètement rendue. Au bout de trois mois et après un traitement consécutif par l'iodure de potassium, la paraplégie disparaît complètement, laissant toutefois dans les extrémités un certain degré de faiblesse et une légère incontinence d'urine. Ces accidents s'améliorent sous l'influence des eaux de Wildbad. Cette année (1862), après un deuxième séjour à Bourbonne, la faiblesse a à peu près disparu, et le malade est presque complètement rétabli.

*Paralysie partielle de l'extrémité inférieure gauche.*

M. X..., 40 ans, doué d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, marié depuis plusieurs années, père d'une petite fille bien portante, se présente à notre consultation, atteint d'une paralysie incomplète de l'extrémité inférieure gauche. Cette affection était survenue sans cause connue, sans douleur, et s'était développée rapidement. Sa marche devint difficile, la pointe du pied retombant toujours par son propre poids. Le malade ne marchait que soutenu et en fauchant. En scrutant les antécédents du malade, on apprend qu'il a été atteint avant son mariage de chancres et d'accidents secondaires, caractérisés par des aphtes syphilitiques de la bouche et une roséole syphilitique. Les accidents disparurent à la suite d'un traitement par le protoiodure et plus tard l'iodure de potassium.

Aucun accident tertiaire ne révélait l'existence d'une syphilis constitutionnelle; néanmoins, en l'absence de toute cause apparente de paralysie, on institua, vu l'insuffisance du galvanisme, de la strychnine et des bains de toute espèce, un traitement mercuriel par frictions. Une amélioration notable fut obtenue sans guérison complète. Le muscle jambier seul conserva de la faiblesse, la pointe du pied tournée toujours un peu en bas, tandis que tous les autres muscles de la jambe, moins le soléaire et le jumeau, qui n'avaient pas été para-

lysés, reprirent leur énergie. La progression se fait aujourd'hui sans point d'appui ou avec une simple canne. Les muscles ne sont nullement atrophiés, et l'état général satisfaisant (M. SCHÜTZENBERGER, observation inédite).

Les paralysies syphilitiques spinales sont indolentes ou douloureuses. M. LAGNEAU a traité cette question assez *in extenso*. Nous nous permettons d'en faire un extrait. Ainsi, un paraplégique éprouvait la sensation d'une barre ou constriction exerçant une forte pression autour des reins et du ventre. Chez un autre, en même temps qu'il se manifestait des engourdissements et une sensation de froid dans les jambes et la colonne vertébrale à partir de la onzième heure, survenait à plusieurs reprises dans les parois de la poitrine une constriction et une pesanteur douloureuse, qui rendaient la respiration difficile et le forçaient d'aller au grand air. Chez un troisième, une exostose de la 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> cervicale occasionnait un engourdissement douloureux dans le bras. Souvent il y a simultanément abolition ou altération de la motilité et de la sensibilité. Un homme était atteint de paraplégie avec anesthésie profonde, un autre avait les extrémités inférieures, cuisses ou jambes, presque sans sentiment, sans la moindre chaleur et sans pouvoir faire aucun mouvement. Un jeune paraplégique ne sentait pas quand on lui pinçait la peau des cuisses et des mollets. Dans certains cas, outre la paralysie du sentiment et du mouvement, le malade ressent des crampes fréquentes, souvent de vraies convulsions. Le plus souvent, les régions paralysées présentent des sensations particulières, des douleurs plus ou moins violentes.

### **Diagnostic des paralysies cérébro-spinales.**

Le diagnostic des paralysies dues à une cause spécifique, dans certain cas d'une difficulté extrême, est néanmoins toujours possible. Nous l'avons dit en commençant, c'est une affaire de tact. Nous allons voir



du reste la filiation des symptômes qui peuvent nous conduire à des preuves presque certaines ou à une conviction morale, si les circonstances sont assez défavorables pour que les indices matériels, les formes exactes du type morbide, les renseignements du malade soient absents ou entachés d'erreur. Mais avant de faire l'histoire diagnostique en particulier, il est bon, pour éviter les redites, de réunir dans un même chapitre différentes questions qui s'y rattachent toutes également. Nous voulons parler des antécédents, des symptômes actuels, locaux ou généraux, de la diathèse vénérienne, et du traitement non comme moyen prophylactique, mais comme élément de diagnostic rétrospectif.

La recherche des antécédents est très-importante. Elle est aussi fort délicate. Le praticien n'a pas trop ici de toute son attention et de sa sagacité pour dérouter les hypocrites protestations d'une fausse pudeur et démêler la vérité ensevelie sous un tissu d'exagérations, de dénégations et de mensonges, résultats de l'interrogatoire des malades. Il lui faut souvent faire assaut de détours et de ruses pour arracher un aveu, la plupart du temps involontaire.

Beaucoup de malades, dit M. BEDEL, cachent à dessein les maladies vénériennes dont ils ont pu être antérieurement atteints, ou ignorent la nature des indispositions qu'ils ont pu présenter à des époques généralement éloignées. De plus, quand, au bout d'un certain temps, les accidents cérébraux s'aggravent, les sujets ne peuvent plus fournir que des renseignements incomplets sur leurs antécédents, et ainsi l'examen oral, qui devrait ici jouer un rôle important, devient un instrument inutile entre les mains du praticien.

On pourrait donc sous ce rapport classer les syphilitiques en syphilitiques de bonne foi, en honteux ou ignorants, et en muets par aggravation de symptômes cérébraux. Malgré la véracité du malade, il faudra toujours se défier des apparences. Ainsi, un homme d'une autorité reconnue peut avouer des symptômes d'urétrite avec écoulement purulent, sans s'être jamais douté de l'infection vénérienne par

un chancre au pourtour du méât ou dans les profondeurs du canal. Ou bien encore, la vérole, traitée antérieurement par les spécifiques connus, a été insuffisamment soignée ; le virus continue à miner sourdement l'organisme, jusqu'à ce qu'une nouvelle explosion éclate.

Non-seulement il est nécessaire de bien étudier les antécédents et d'avoir toujours présent à la mémoire le tableau des différentes phases de la syphilis, mais encore on ne doit pas toujours admettre l'hypothèse de la vérole sur le dire d'un individu pusillanime, dont l'imagination, travaillée par la lecture de ces monographies à l'usage des gens du monde, a exagéré certains phénomènes locaux non spécifiques.

Il en est en effet des syphilomanes comme des hypocondriaques ; M. SCHÜTZENBERGER raconte l'histoire d'un étranger qu'il a connu. Celui-ci, ayant eu des rapports avec une servante, s'imagina avoir été infecté, à l'aspect d'un intertrigo survenu dans une marche forcée. Terrifié, il se mit à étudier avec une espèce de fureur les ouvrages spéciaux, et au bout de huit mois il était devenu complètement syphilomane. Ce malheureux se pendit de désespoir.

Mais si les accidents primitifs, chancres urétraux et buccaux, bubons, végétations, pustules muqueuses, ont pu par extraordinaire rester ignorés, nous pensons, avec M. L. Gros, qu'il est presque impossible que les accidents consécutifs, syphilide, alopecie, inflammation des muqueuses, maladies des os, échappent à une investigation aiguë par la douleur. Si l'on prévoit des dénégations absolues, le praticien amènera par des questions adroites le vénérien à décrire en détail les affections de toute nature qu'il a pu avoir antécédemment. S'il cherche à cacher quelque chose, tôt ou tard il se trahira par un indice isolé ou la non-concordance des faits. On comprend qu'il soit aussi de la plus grande utilité de rechercher la syphilis héréditaire.

Dans tous les cas, et dans ceux où le médecin traitant ne peut interroger le malade privé de l'usage de la langue ou de la parole par suite d'altération intellectuelle, il devra, en présence d'accidents nerveux offrant un aspect insolite et en dehors des conditions d'âge, por-

ter une investigation patiente et minutieuse sur tous les points de l'individu où peut siéger le *corpus delicti*.

Ainsi, il doit découvrir largement le malade, le mettre complètement à nu s'il le faut, examiner pièce à pièce le gland et le prépuce, le méât urinaire, le scrotum, le périnée, le pourtour de l'anus, les grandes lèvres, le vagin, la bouche, la langue, le nez, en un mot tous les orifices naturels et leurs abords, qui sont lieu d'élection pour le contagium. Passer de là aux régions inguinales, pour y découvrir les traces cicatricielles d'anciens bubons ou des restes de lymphangite syphilitique, rechercher les adénites latentes, les ganglions cervicaux, axillaires, épitrochléens.

Il est rare de trouver le malade à la période primitive. Ces recherches ont pour but, dans l'hypothèse où les accidents généraux constitutionnels seraient encore à l'état latent, de reconnaître les cicatrices caractéristiques des chancres ou des végétations.

Si les accidents secondaires ou tertiaires sont en pleine évolution, il sera facile de constater la présence des syphilides, de l'alopecie ou des plaques muqueuses. La palpation révélera des lésions syphilitiques connues le long du sternum, des côtes, de la clavicule, des vertèbres, du tibia à la surface des os du crâne, du maxillaire inférieur. Les yeux offriront les symptômes de l'iritis; le tissu cellulaire sous-cutané, le périoste, des gommages roulant sous les doigts.

Dans quelques cas obscurs, les effets de la thérapeutique serviront à éclairer et à sanctionner le diagnostic.

A supposer que le praticien ignore la spécificité des troubles nerveux, le traitement rationnel, ordinairement efficace, pour le fait actuel restera impuissant. Les symptômes paralytiques s'aggraveront nécessairement, et ce résultat imprévu, extraordinaire, tiendra l'esprit en éveil. D'un autre côté, il arrive que, dans un but tout autre, en employant l'iodure de potassium et la médication hydrargireuse (comme résolutifs), on obtienne une guérison ou tout au moins un amendement. C'est encore un résultat propre à faire réfléchir. Cependant, si

dans la suite les symptômes généraux de la syphilis constitutionnelle ne se montrent pas au grand jour, si les antécédents n'ont rien révélé, il est permis de douter de l'influence diathésique de la syphilis sur les centres nerveux. On arrivera à une certitude morale quand des accidents syphilitiques extérieurs coïncideront avec une heureuse modification des symptômes par le traitement sus-indiqué.

En pratique civile, les consultations quotidiennes ne permettent pas ces investigations. Il n'est pas toujours facile non plus d'interroger les malades, et il est scabreux non-seulement de les soupçonner hautement de syphilis, mais même d'adresser là-dessus une seule question, contre laquelle se révolteraient avec indignation des personnes pudiques ou recommandables par leur vertu. Un simple soupçon, jeté sur le mari d'une femme honnête, peut semer la zizanie entre les deux époux, amener des ruptures conjugales et causer le désespoir de toute une famille.

On voit combien ici les éléments du diagnostic sont restreints et quelle intelligence médicale il faut au praticien pour dévoiler la diathèse vénérienne avec les signes fournis par les accidents nerveux, en dehors des conditions d'âge ou non, et même avec l'absence de tout signe indiquant que les symptômes paralytiques et concomitants doivent être rattachés à une autre cause. Mais, malgré ces difficultés, nous le répétons, et si on est prévenu par l'étude attentive de la question, on doit trouver, l'habitude de l'observation aidant, un indice qui ne cadrera pas avec l'ensemble nosologique et qui suffira pour mettre sur la voie. Les accidents nerveux syphilitiques, en effet, ne diffèrent pas absolument des accidents nerveux non spécifiques. Mais un symptôme excellent, la douleur ostéocope, par exemple, viendra tout à coup éclaircir le diagnostic. Surgit ici encore la question de savoir si la douleur ostéocope n'est pas une névralgie ou une hémicrânie de nature rhumatismale. Sa localisation, sa fixité, son apparition lente, son exaspération pendant la nuit ne permettront pas la confusion. Qu'un hémiplégique au début accuse des symptômes vertigineux, de l'am-

blyopie, de la céphalée tenace, concluez-en *in petto* à la vérole et entamez hardiment la prophylaxie mercurielle.

Quelquefois, dit M. Gros, la marche de l'affection nous fournit de précieuses indications. Ainsi, en comparant l'apoplexie simple à l'apoplexie syphilitique, il remarque que les symptômes initiaux, aux prodromes près, sont identiques. Mais dans le premier cas, les accidents s'amendent avec plus ou moins de rapidité, la paralysie suit une marche graduellement décroissante, ainsi que les troubles intellectuels et sensitifs. Dans le second, les symptômes graves du début pourront s'amender sous l'influence du traitement rationnel; mais si la médication anti-spécifique n'intervient pas, on observera une aggravation notable.

Ayant de jeter un coup d'œil sur les affections qui, comme les encéphaloïdes du cerveau, les tumeurs fibreuses, les tubercules, offrent une grande analogie d'effets, disons quelques mots du siège de la lésion cérébrale, des caractères de cette lésion, qui peuvent, dans certaines circonstances, faire modifier le traitement spécifique et appeler le secours de la médecine opératoire.

Il n'est pas toujours vrai de supposer que les altérations anatomopathologiques soient dans un rapport constant avec les lésions du système nerveux. Nous avons fait remarquer plus haut qu'on avait trouvé à l'autopsie des néoplasmes ou des épanchements très-faibles, point de départ de graves symptômes. Cette anomalie dans les relations de cause à effet dépend du plus ou moins de délicatesse fonctionnelle des fibres encéphaliques attaquées. Mais sur cette question il est impossible de rien préciser avec sûreté. Tout ce que peut fournir l'induction, c'est de supposer une altération (de la pulpe) unilatérale, quand l'hémiplégie coïncide avec des altérations des nerfs périphériques d'un même côté. Une lésion des nerfs de l'œil et de la face à droite et une hémiplégie à gauche indiqueraient une altération croisée. Si encore un faisceau de nerfs ou même un seul nerf était paralysé, on serait autorisé à admettre une lésion circonscrite de l'encéphale. Quant au

diagnostic du caractère de la lésion, il repose de nouveau sur l'analogie, à moins que l'altération de la table interne du crâne ne signale sa présence à l'extérieur. Ainsi, dans l'observation de Barbe Schlück, le fait probant réside dans les douleurs nocturnes du côté de la tête, et le point le plus important est l'évolution entière des tubercules syphilitiques du bras, ce qui a permis d'assurer la présence d'une gomme syphilitique cérébrale. Si la syphilis se localise à une région du corps plutôt qu'à une autre, elle n'en est pas moins affection générale, et à ce titre ses produits d'infiltration dans l'économie doivent être à la même période identiques. L'autopsie est venue du reste confirmer une hypothèse toute naturelle. Donc, il nous sera permis d'arguer en faveur d'une exostose d'un tubercule, d'un dépôt plastique...., etc., dès que l'observation aura révélé une ou plusieurs manifestations spécifiques analogues à la surface des membres et du tronc.

Les tubercules du cerveau ont la même symptomatologie que les tubercules spécifiques : douleur fixe, persistante, phénomène nerveux, convulsions, épilepsie, paralysie, etc. Cependant ce n'est généralement que dans la première enfance qu'on rencontre les premiers, dûs à la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse, à une affection familiale ou héréditaire.

La présence des tumeurs cancéreuses au sein, à la matrice, jointe à l'âge du malade, devra faire soupçonner la nature de la tumeur cérébrale. On se rappellera que le cancer encéphaloïde se développe de préférence dans la jeunesse, le squirrhe dans l'âge mûr ; que le premier a une marche rapide, le second une marche lente. L'absence de phénomènes concomitants et d'antécédents suspects rendra le diagnostic encore plus sûr. Mais c'est surtout sur l'ensemble des signes généraux de la diathèse cancéreuse que celui-ci repose, car le développement des encéphaloïdes et squirrhes cérébraux, fungus de la dure-mère, répond la plupart du temps à un état de généralisation de cette diathèse. Ici on observe une altération profonde de la nutrition, l'infiltration des extrémités, la teinte jaune caractéristique, la prostra-

tion des fonctions musculaires, digestion et autres, en un mot la cachexie.

Parmi les tumeurs fibreuses de la dure-mère, il a dû y avoir incontestablement des syphilis méconnues. La symptomatologie, du reste, ne diffère pas de celle d'une tumeur syphilitique ordinaire.

Quant à la méningite tuberculeuse, on la rencontre dans la première enfance et dans l'âge adulte, chez ceux qui offrent actuellement les signes non équivoques de la phthisie pulmonaire. Un bon symptôme à noter pour les enfants au berceau, ce sont ces cris particuliers, aigus, qu'on a désignés sous le nom de cris hydrencéphaliques.

Les encéphalites circonscrites qui se développent le plus souvent à la suite d'otite interne, de carie du rocher, autour d'anciens foyers apoplectiques, présentent des conditions étiologiques qui manquent dans la syphilis du système nerveux. Le début de l'encéphalite idio-pathique, du ramollissement cérébral, du ramollissement sénile, est presque toujours d'ancienne date. C'est chez les hommes mûrs et les vieillards, qui se sont adonnés aux plaisirs sensuels, à l'ivrognerie, que se manifestent les lésions déprimant leurs facultés intellectuelles et motrices, jusqu'à les faire tomber, après de faciles rémissions, dans une décrépitude précoce. Cependant il est rare que l'on observe des accidents hémiplegiques. L'apoplexie sanguine n'est jamais précédée de céphalée, de douleurs quelconques, de prodromes nerveux, avant-coureurs de l'attaque syphilitique ; celle-ci est brusque, et si la mort n'en est pas la terminaison, on la voit se guérir rapidement, ou au moins s'amender. Les données fournies par l'âge sont ici très-importantes.

Nous ne voulons pas continuer ainsi la description des affections cérébrales l'une après l'autre, quelque succincte qu'elle soit ; les limites restreintes de notre ouvrage ne nous le permettent pas. Nous renvoyons aux livres classiques, traitant des paralysies dues à des affections bien connues, qu'il serait superflu, inutile d'énumérer. MM. GROS et LAGNEAU, dans des monographies plus complètes, l'ont

jugé de la sorte. Ils ne se sont pas bornés à les passer sous silence, ils n'en ont pas même cité les noms. Mais, d'après M. Gros, il est d'autres affections, diathésiques ou non, toxiques ou non toxiques, qui peuvent simuler les perturbations fonctionnelles spécifiques, et que le praticien doit discuter avec attention dans l'intérêt du diagnostic. La fièvre typhoïde, par exemple, dans les formes graves, les affections nerveuses sympathiques, les altérations du foie, de l'utérus, l'accouchement, laissent après elles des paralysies habituellement de mode paraplégique. La diathèse rhumatismale, comme la syphilis, présente des symptômes à peu près identiques. L'existence de l'hypéresthésie cutanée, de douleurs névralgiques à la périphérie, de douleurs soignant ostéocopes, s'exaspérant seulement le matin, devront faire rejeter l'hypothèse de l'infection vénérienne. Quant aux diverses intoxications produites par les substances employées dans les arts et l'industrie, il recommande, outre l'examen des symptômes caractéristiques de la maladie, d'étudier avec le plus grand soin la profession, le genre d'alimentation et la médication antérieure. Le diagnostic des paralysies spinales diffère à peu de chose près de celui des paralysies dépendant de l'encéphale. Nous venons d'en voir les signes généraux, dont l'ensemble déterminera la spécialité de l'affection. M. LAGNEAU fait à ce sujet quelques remarques qu'il est bon d'enregistrer : « Dans quelques cas, dit-il, le siège de la lésion est évidemment rachidien et est révélé par des tumeurs externes (observation de M. le professeur GODELIER), soit par des douleurs nocturnes, soit par un vaste ulcère mettant à découvert la carie d'un des points du rachis (observation d'une jeune paraplégique rapportée par IVAREX). Mais quelquefois, d'un autre côté, on a signalé des accidents paraplégiques sans symptôme local appréciable sur aucun point de la colonne vertébrale. La paralysie plus ou moins élevée des parties inférieures du corps ne suffit pas alors pour permettre de déterminer avec précision le siège de la lésion organique. Cette détermination est d'autant plus difficile que, dans certains cas, il semble que cette paralysie ne soit pas la consé-



quence d'une lésion médullaire, mais bien d'une lésion encéphalique, déterminant simultanément les symptômes cérébraux ou d'autres paralysies du côté des nerfs crâniens.... Ces faits, dont on pourrait multiplier les exemples, peuvent d'ailleurs quelquefois trouver aussi leurs explications en supposant l'existence de lésions organiques développées simultanément, d'une part sur un point de la moëlle, et de l'autre vers l'encéphale ou sur le trajet des nerfs crâniens.»

### Pronostic.

La syphilis cérébro-spinale ignorée et abandonnée à elle-même devient tôt ou tard fatalement mortelle. Rien, en effet, ne peut protéger les centres nerveux si délicats de structure contre son envahissement lent et sûr. Bien plus, une prédisposition particulière de l'organisme semble favoriser davantage, dans certains tempéraments, dans quelques constitutions délabrées, l'évolution de ces ferments morbides. Un traitement spécifique est-il institué, s'il arrive trop tard, la maladie n'en continue pas moins sa marche. Le pronostic doit être considéré comme grave toutes les fois que le siège de la lésion matérielle est plus rapproché d'organes importants, essentiels à la conservation de la vie, toutes les fois que cette lésion est tellement profonde et la désorganisation tellement avancée, que les secours de l'art deviennent inutiles. Si la syphilis est invétérée, si le malade est en proie à la cachexie vénérienne, et si là-dessus sont entées les cachexies scrofulenses, tuberculeuses ou autres, les paralysies à formes progressives, brusques, qu'elles simulent tumeurs, ramollissement, apoplexie, négligées, finissent toujours par entraîner le malade à sa perte. C'est une question de temps, voilà tout. Même dans l'hypothèse où la maladie a été reconnue, combattue par la thérapeutique *ad hoc*, l'amendement, la guérison momentanée ont lieu plus ou moins rapidement, et ici le pronostic est encore défavorable, en ce sens que souvent un régime

détestable, des excès moraux et physiques, l'abus des excitants du système nerveux peuvent réveiller les causes de l'altération à peine assoupie. Laissons de côté ces cas malheureux, contre lesquels la science est impuissante, et établissons en principe que le pronostic est bon, quand la paralysie a été reconnue symptomatique de la vérole. C'est la condition *sine quâ non*. Avec une simple médication hydrargireuse ou iodurée, on va faire disparaître comme par enchantement des paralysies tenaces, effrayantes même par l'acuité des symptômes nerveux concomitants; des désordres graves s'amenderont avec une rapidité qui n'a jamais été observée pour des cas analogues dans les altérations idiopathiques du cerveau et de la moëlle; aussi, suivant l'expression pittoresque de M. Gros, bien des auteurs, LISFRANC, MM. DEVAL, ROYER, TROUSSEAU, considèrent-ils l'existence de la syphilis, entraînant une indication thérapeutique nette et précise, comme une planche de salut!

#### DES PARALYSIES PÉRIPHÉRIQUES.

*Paralysies des nerfs moteurs de l'œil.* — On remarque dans la cavité orbitaire un certain nombre de muscles destinés à faire mouvoir l'œil et ses annexes. Ce sont l'élévateur de la paupière supérieure, le droit supérieur, le droit interne (*adducens*), le petit oblique, le droit inférieur. Ces muscles sont innervés par le nerf de la troisième paire, moteur oculaire commun, dont la paralysie retentit sur les nerfs ciliaires et la contractilité de l'iris. Dans ce cas, la pupille est dilatée, il y a mydriase. Le grand oblique, qui dirige le globe de l'œil en dehors et en bas, reçoit le pathétique ou nerf de la quatrième paire.

Le droit externe (*abducens*) reçoit le moteur oculaire externe, ou de la sixième paire, mais il est moins puissant que l'*adducens*; ce qui explique la fréquence des strabismes internes dans les paralysies syphilitiques de ces branches nerveuses. Ces paralysies sont des affections symptomatiques des lésions organiques de l'encéphale ou des

nerfs eux-mêmes, soit à leur émergence, soit sur un point quelconque de leur parcours. Mais comme ces paralysies peuvent avoir lieu pour un nerf en particulier ou un groupe de plusieurs nerfs à la fois, on comprend combien les symptômes doivent être variables et ne présenter à cet égard de règles constantes. Un caractère commun à signaler, c'est que l'on n'observe jamais le symptôme douleur, à part celle qui se manifeste par suite des lésions de l'encéphale, et qui est indépendante de l'altération nerveuse. Ces paralysies ont encore, ainsi que l'hémiplégie et la paraplégie, une invasion brusque, ou lente et progressive. Nous allons, du reste, retrouver ces caractères plus loin.

La paralysie du nerf de la troisième paire la plus fréquente s'annonce presque toujours par une blépharoptose plus ou moins intense (paral. de l'éleveur de la paupière supérieure), à laquelle succède bientôt un strabisme externe. Dans l'intervalle s'établit la mydriase, accompagnée dans la plupart des cas d'une petite exophtalmie. Consécutivement, le malade est atteint de diplopie, quand il regarde un objet avec les deux yeux. S'il ne fixe l'objet qu'avec un seul œil, la vue est normale, à moins que, par suite de compression du nerf optique, l'œil ne soit déjà affecté d'amblyopie ou d'amaurose. La mydriase n'est pas non plus toujours complète, l'iris peut se dilater et se contracter encore sous l'influence d'irritants particuliers, comme une lumière électrique très-vive, ou le refoulement avec la pulpe digitale du globe oculaire. Nous avons donné ci-dessus, dans l'observation du paraplégique adulte, un exemple de paralysie du nerf moteur oculaire commun, auquel nous renvoyons le lecteur.

La suivante (inédite) est due à l'obligeance de M. le professeur STOEBER :

M. X., officier de l'armée, 38 ans, en 1855, au commencement du mois d'octobre, se réveille avec une paralysie de la troisième paire. La veille, il était bien portant, mais il s'est mis, dit-il, à une fenêtre et a ressenti un vent froid, qui probablement est la cause de son mal. Le malade est un homme fort, bien constitué. Il présente comme

symptômes locaux une chute de la paupière supérieure droite, avec impossibilité de la soulever par les contractions musculaires. Déviation de l'œil vers l'angle externe, paralysie complète des muscles droits, supérieur, inférieur et interne. La pupille est dilatée, immobile même, lorsqu'on ouvre l'autre œil. La vue est double avec les deux yeux; les objets sont plus petits, vus de l'œil malade seul. En 1848, chancres traités par M. Ricord, au moyen de la cautérisation et des pilules de protoïdure et ciguë. Depuis cette époque, il était survenu des tumeurs gommeuses et des douleurs au tibia. M. Ricord donna KI. Les tumeurs disparurent, mais les douleurs persistèrent à la jambe, à l'épaule. Pendant les deux jours qui précédèrent l'accident, le malade eut des maux de tête violents. Pendant un mois avant l'accident arrivé à l'œil, le malade avait pris KI, à la dose d'un gramme par jour; il attribue à ce moyen les douleurs de tête qui précédèrent la paralysie de la troisième paire. Vésicatoire à la nuque; vésicatoire volant au front et à la tempe pendant trois semaines. Pil. de sublimé (0,025), une le premier jour, jusqu'à 10.

1<sup>er</sup> novembre. Le malade peut légèrement entr'ouvrir l'œil, mais plutôt par les contractions du muscle occipito-frontal que par le releveur de la paupière. Depuis 15 jours, le malade prend journellement 10 pil. de sublimé. Je fais cesser les vésicatoires volants.

7 novembre. Il y a une amélioration notable, la paupière se soulève, les mouvements du globe oculaire vers en haut, en bas, en dedans, commencent. Continuer pil. (10) tous les deux jours. Instillation du sulfate de strychnine (0,10. Eau 10,000).

15 novembre. Progrès considérable, les mouvements s'étendent, la pupille est moins dilatée, moins immobile; continuer le traitement en diminuant d'une pilule chaque fois.

5 décembre. Les mouvements de la paupière, des muscles de l'œil, paraissent rétablis; cependant le malade voit encore double par moment. Il y a encore un léger strabisme et la pupille est encore plus large et moins mobile. On cesse les pilules et on continue les instillations. Le malade a pris 280 pil. de sublimé en deux mois.

14 décembre. Vue rétablie. Pupille encore plus large qu'à l'autre œil, et l'iris est un peu moins contractile. Continuer les instillations.

20 décembre. Guérison presque définitive.

Le strabisme interne, la diplopie et l'amblyopie caractérisent essentiellement la paralysie du moteur oculaire externe. Mais cette affection isolée est peu fréquente. On en trouve trois belles observations, dues à M. le docteur BEYRAN, dans le bulletin de l'Académie de médecine (Paris, 1860). Il est en effet rare, dit-il, que ce nerf soit seul atteint et qu'il n'y ait pas en même temps paralysie du moteur oculaire commun, et encore la paralysie de la sixième paire est à peu près constamment symptomatique, dit M. TARDIEU; elle s'accompagne de tous les troubles nerveux, de toutes les complications que peut entraîner une lésion du cerveau, et que nous avons indiquées en parlant de la paralysie du nerf moteur oculaire commun.

M. le docteur MOUMIER a fait insérer dans la *Gazette des hôpitaux* (1861) une observation sous la rubrique suivante : *Paralysie syphilitique du moteur oculaire externe.*

V. R., 55 ans, tempérament mixte, constitution affaiblie, chancre au méat. Adénites syphilitiques. Il va à l'hôpital du Midi. Traitement antisyphilitique pendant vingt-cinq jours, qu'il cesse. Plus tard, syphilides, céphalée, etc., qui disparaissent au bout de deux mois. Ces accidents, qui reviennent quelque temps après, disparaissent de nouveau sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. Quelques mois se passent; le malade va consulter une troisième fois pour des ulcérations spécifiques de la paume des mains et de la plante des pieds. Alopecie. Traitement par Hg., bains alcalins...., etc., amélioration. Pendant l'hiver, il est pris de douleurs ostéocopes. Tumeurs osseuses. Il rentre à l'hospice. KI, amélioration. En mars, il fut étonné de voir la moitié droite de sa figure paralysée. Le lendemain, vue trouble, œil droit porté en dedans, œil gauche en dehors. Élanements dans l'œil droit présentant rougeur anormale. Etat actuel : muscles animés par les 3<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> paires, frappés d'inertie absolue, la joue droite flasque et

entraînée à gauche. Abolition de toute contraction musculaire. Il ne peut ni souffler, ni siffler. Sensibilité conservée dans tout le côté droit. Le parallélisme de l'axe visuel est manifestement détruit. L'œil droit est dévié fortement en dedans vers le nez, la cornée est assez visible, malgré l'occlusion incomplète des paupières, qui est survenue. Impossibilité de porter cet œil en dehors, vers l'oreille, et au même degré que l'œil droit en dedans. Si l'on engage le malade à fixer les regards à droite, ou bien si on ferme d'une main l'œil droit, alors l'œil gauche peut revenir directement en avant et dépasser même ce point pour se diriger très-légèrement en dedans, mais pour revenir aussitôt à la même place, c'est-à-dire en dehors, dès que les efforts du malade cessent de lui imprimer cette direction vers le grand angle. Quant à l'œil droit, il reste immobile pendant tous les efforts. Les mouvements de la paupière gauche paraissent gênés, diplopie ; Traitement. Hg+KI et bains sulfureux, en trois mois guérison.

#### PARALYSIE DU FACIAL.

Le facial (7<sup>e</sup> p.), innerve un grand nombre de muscles, et préside à des fonctions mécaniques très-importantes. Ainsi, par son heureuse distribution aux orifices nasal et buccal, il protège et assure l'acte respiratoire, en dilatant les narines et la bouche ; il aide à la préhension des aliments, retient le cours des larmes, fait mouvoir la langue pour l'articulation des mots. On conçoit que sa lésion entraîne des phénomènes pathognomoniques variés, qu'il est inutile de décrire ici, parce que leur description se trouve tout au long dans les traités élémentaires de pathologie. Nous ferons remarquer seulement que la paralysie de la face s'accompagne de symptômes du côté de l'audition, d'otite interne, quand le nerf est étranglé à son passage dans l'aqueduc de Fallope par une lésion syphilitique du rocher.

D'après M. LAGNEAU, le début paraît être ordinairement rapide, quelquefois instantané, et souvent cet état paralytique de la face se

manifeste en même temps que des accidents hémiplegiques des membres et du tronc ; on a observé le début brusque sans accidents paralytiques du côté des membres et du tronc. Elle a aussi un début moins rapide.

On trouve dans la *Gazette des hôpitaux* de 1862 un cas d'hémiplégie syphilitique de la face dû à M. MAUNIER.

X... est atteint d'une hémiplégie faciale gauche, très-rebelle jusqu'ici à tout traitement. Il a 52 ans. Il est issu de parents sains. Tempérament mixte. En 1838, chancre à la verge ; disparition par la cautérisation. Pas de traitement par Hg. Sept mois après, sans fièvre éruption cutanée (érythème papuleux ?), plus tard érythème maculeux occupant surtout le ventre et la poitrine. Pas de traitement. Pendant l'intervalle, perte des cheveux, barbe, sourcil, mal de gorge. Enfin le malade consulte le Dr M., pour des douleurs générales musculaires, qui furent prises pour des rhumatismes. Ces douleurs, vagues d'abord, prennent plus tard une intensité toute nouvelle. En même temps, survient un bourdonnement de l'oreille gauche, accompagné de céphalalgie et de vertiges. Ces douleurs augmentaient le soir, et surtout la nuit ; on a eu recours à divers moyens pour combattre ces accidents, mais sans résultats. Etat actuel : la moitié gauche de la face frappée de paralysie, l'œil est plus ouvert, plus proéminent de ce côté qu'à droite. Le malade ne peut fermer l'œil gauche, épiphora et photophobie. Narine gauche immobile pendant l'inspiration. La pointe de la langue déviée. La sensibilité de ce côté obtuse, et enfin, on y trouve tous les symptômes caractérisant la paralysie faciale. Traitement : Hg. et KI pendant 4 mois. Guérison.

### **Diagnostic et pronostic des paralysies périphériques.**

Nous avons donné plus haut, dans un chapitre spécial, les idées générales relatives aux antécédents, phénomènes concomitants, traitement,

dont l'ensemble constitue un des éléments les plus précieux du diagnostic. Il est encore inutile de discuter ici le diagnostic d'après les altérations fonctionnelles des organes mis en mouvement par ces différents nerfs. Elles ne diffèrent point des autres altérations idiopathiques non spécifiques ; ce sont des blépharoptoses, des strabismes, diplopies, déviations de la langue, de la bouche, immobilisation de la face, etc., paralysies plus ou moins étendues des muscles du cou, du tronc, des extrémités supérieures et inférieures, manifestations qui, bien que différentes sous le point de vue étiologique, sont sous tous les autres rapports identiques. L'étude du siège de la lésion est très-intéressante. A l'extérieur, elle se révèle par des tumeurs de différents grosseurs enfouies plus ou moins profondément sous les tissus ; le diagnostic dans ces cas est presque toujours possible, mais lorsque les tumeurs ou les lésions de nature inflammatoire ont élu domicile dans la boîte crânienne, le rachis, le rocher, au fond de l'orbite, on ne peut en présumer l'existence que par l'apparition de phénomènes nerveux, caractéristiques, cérébraux, spinaux, d'exophtalmies, de compression du globe oculaire, de troubles du côté de l'audition. C'est la règle générale. Aussi est-il rare, par exemple, qu'une paralysie de la face, ne révélant rien de suspect à la palpation, ne soit accompagnée d'otite interne, d'hémiplégie, de troubles intellectuels, indiquant que la lésion réside dans l'encéphale ou à l'émergence des nerfs crâniens. Il est matériellement impossible de différencier une paralysie proprement dite des nerfs périphériques, occasionnée par une tumeur ordinaire, d'une paralysie symptomatique de la vérole, quand l'observation scrupuleuse des faits n'a révélé dans tout le cortège des accidents aucun élément spécifique. Si la paralysie est de nature rhumatismale, cas très-fréquent pour le facial, les conditions étiologiques, qui n'existent pas dans la syphilis, éclairciront le diagnostic. L'hystérie simule aussi quelquefois des accidents paralytiques, tantôt généralisés à une moitié du corps, d'autres fois plus souvent localisés à certains muscles. Ces paralysies, qu'on ne peut rapporter à



des altérations nerveuses directes, sont démasquées par la co-existence des formes hystériques. Il est encore d'autres affections qui peuvent être confondues avec les paralysies syphilitiques locales : ce sont les paralysies anémiques, qui, chez les femmes, occupent les extrémités inférieures, les paralysies myopathiques et névropathiques. Nous nous contenterons de les énumérer.

Deux mots sur le pronostic. La paralysie d'un nerf ou de plusieurs nerfs, à moins de lésions parallèles des centres nerveux, n'est jamais grave. Rebelle aux médications les plus diverses et les plus hasardées, elle s'amende, se guérit avec une rapidité merveilleuse par le traitement mercuriel ou l'iodure de potassium dans certains cas; lentement, mais avec tout autant de sûreté dans d'autres.

### **Traitement.**

La syphilis constitutionnelle est généralement traitée d'une manière insuffisante, nous dirons même préjudiciable pour le malade. A l'infection vénérienne la prétendue médication ajoute encore la cachexie mercurielle... Et M. Ricord s'écrie que la syphilis est incurable! Il a raison. La syphilis est incurable, mais au point de vue thérapeutique de son école. L'inconséquence de cette doctrine est flagrante. Qu'on en juge! Un vénérien arrive à la consultation, apportant un bel échantillon de syphilides, tubercules plats, etc. Vite, M. Ricord formule son ordonnance, soixante pilules de protoiodure, extrait de gaiac, opium; décoctions sudorifiques. Une pilule le matin, une pilule le soir, et là-dessus un verre de salsepareille! Le malade est congédié avec cette prescription à la main, sans plus ample informé.

Il a le droit de continuer son ancien train de vie, d'unir en toutes proportions le boire au manger, les excitations physiques aux excitants moraux le plus agréablement possible. Au bout de deux mois, une amélioration notable se manifeste. On interrompt le traitement. Six semaines plus tard, les accidents reparaissent de plus belle. La médi-

cation spécifique est reprise une deuxième fois, ... une troisième fois... et le malade s'étiole, perd ses forces, son embonpoint, son appétit; l'intoxication mercurielle, greffée sur la diathèse et ses produits divers, a devant elle un vaste champ pour exercer ses ravages. A la fin, en présence de tant de désastres, M. Ricord se récrie de nouveau : La syphilis est incurable!

Notre regretté maître, FORGET, dit en quelque endroit que la plupart des lésions organiques consistent dans le dépôt de matières similaires ou sans analogues dans la texture des parties. Eh bien! la nature possède une puissance directement opposée à cette fatale tendance aux sécrétions normales; c'est l'absorption. La difficulté consiste à mettre en jeu cette faculté. N'accusez donc pas d'incurabilité la syphilis, si, au lieu de venir en aide à la nature par tous les moyens d'expulsion du principe morbifique, vous en entravez les fonctions réparatrices. La syphilis constitutionnelle est un état général; un virus a été absorbé et a pénétré plus ou moins loin dans l'organisme. Il a modifié la nutrition et les organes de cette nutrition. L'altération a été lente, progressive. Si elle n'a pas éclaté tout à coup, elle n'en est que plus perfide et plus tenace. Avant donc que de procéder au grand travail d'expulsion de l'ennemi principal, n'est-il pas logique de forcer ces organes transformés à évoluer en sens inverse de la prolifération syphilitique? Pour renouveler ces organes nutritifs, il faut avant tout faire prédominer le mouvement de décomposition moléculaire et faire subir en quelque sorte au malade une *préparation* par l'amaigrissement. Combattons les accessoires et nous courrons sus impunément à la lésion capitale. «Le régime, voilà, dit FORGET, un adjuvant qui manifeste parfois les vertus des remèdes les plus héroïques.» Usons donc de sa vertu, et préparons les différents tissus à recevoir le moins de mercure possible, tout en produisant les mêmes effets.

D'abord, le praticien doit exiger du malade une obéissance d'esclave, lui exposer la gravité de son affection, avoir même le courage

de l'effrayer. La crainte le liera aux conditions du traité et l'empêchera de se livrer à des écarts qui pourraient compromettre le succès de la médication. Une certaine période de temps est nécessaire; le minimum d'habitude est de six semaines, le maximum de deux mois dans les maladies invétérées.

Les conventions bien stipulées, on institue le traitement préparatoire; régime insuffisant, diète (*cura famis*), trois soupes par jour. Ajoutez à cela un bain quotidien et toutes sortes d'affaiblissants, de diaphorétiques, tisanes sudorifiques (salsepareille), purgatifs (infusion de séné). Du moment où la cachexie est trop prononcée, le malade en proie à l'aglobulie, à l'anémie, il est clair qu'il deviendra urgent de s'abstenir d'un traitement aussi rigoureux. Le summum de la médication sera réservé aux individus gros et gras, à tempérament pléthorique, à forte charpente; ceci, du reste, dépend entièrement de l'appréciation personnelle. Au bout d'un temps illimité, quand le travail de décomposition se traduit à l'extérieur par les signes caractéristiques de l'appauvrissement des tissus, en moyenne dix jours après, on donne le mercure jusqu'à un commencement de salivation. Il est à remarquer que dans ce cas les malades guérissent plus facilement. L'hygrargyrose doit donc être simple, légère et progressive. Un intervalle de dix à quinze jours marque le début de la salivation du début de l'administration médicamenteuse.

Quelle sera la voie, la surface absorbante du véhicule spécifique. Généralement on s'accorde à ingérer par le tube digestif le biiodure, le bichlorure, le mercure soluble de Hahnemann. M. RAYER prétend que « pour introduire le mercure dans l'économie, on a presque toujours suivi la voie la moins favorable à l'absorption, la peau. En introduisant le mercure par la voie gastrique, on trouve une surface propre à une absorption facile, prompte, complète. Le médicament passe presque sans perte aucune dans la circulation, et l'on est sûr des quantités introduites, tandis que par les frictions, ces quantités sont variables, incertaines. »

C'est juste ; mais dans la question actuelle il est dangereux de provoquer une irritation catarrhale , une diarrhée permanente , qui épuisent les voies digestives , les rendent pour l'avenir impropres à la période de reconstitution , de réfection des tissus , et finalement poussent à la cachexie. Nous avons vu employer avec tant de succès la méthode par frictions que nous l'élevons bien haut au-dessus de la médication interne.

On emploiera l'onguent mercuriel double et au plus grand état de fraîcheur. L'onguent vieux se rancit, se charge de champignons et d'acides inorganiques, qui provoquent à la surface de l'épiderme des vésicules eczémateuses fort désagréables pour les malades. Ceux-ci resteront toujours dans une température égale de 17 à 18-degrés, couchés sur leur lit ou dans un fauteuil. Les frictions se donnent d'abord à petites doses de 1 à 2 gr. La salivation, arrivant deux ou trois jours après le début, est manquée; nous en avons parlé plus haut. Le soir, le malade se frictionne aux mollets, aux cuisses, puis aux bras. Il répète cet exercice quatre fois en sept jours. Plus tard, augmentation de la dose; alors la salivation apparaît; si elle n'apparaît pas, on prend 4 à 5 gr. d'onguent. Une fois la salivation constatée, arrêt, puis usage du chlorate de potasse, des gargarismes alumineux. Plus tard encore on reprend le traitement en augmentant de nouveau la dose, mais entre les frictions on purge avec l'infusion de séné. Vers le 34<sup>e</sup> jour, c'est-à-dire aux 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> frictions, on obtient la guérison. Les malades sont à cette époque dans un état pitoyable; amaigrissement, pâleur, faiblesse extrême, stomatite mercurielle. On cesse les frictions et on entreprend le traitement de reconstitution organique, bains, alimentation graduée. Convalescence rapide, énergie reprise au physique, au moral.

S'il n'était pas possible dans les hôpitaux de suivre le traitement par frictions, si les malades étaient pusillanimes, la médication interne serait néanmoins dirigée dans le même principe. Trois pilules de protoiodure le premier jour, augmentée d'une pilule tous les jours ou tous

les deux jours. On va jusqu'à salivation. Mais le traitement dure plus longtemps.

A quelle époque de la syphilis constitutionnelle convient-il d'employer la médication hydrargyreuse? M. Gros pense que le mercure est surtout indiqué quand les paralysies dépendent des formes congestives, inflammatoires, c'est-à-dire à la seconde période ou vers son déclin. Mais nous avons pu lire dans les observations citées ci-dessus que cet agent thérapeutique produit d'excellents effets à la période des gommés et des dépôts plastiques, et que sur ce fait il n'y a pas de règles positives à suivre, c'est purement une affaire de tact et de circonstances. L'iodure de potassium est plus spécialement réservé aux accidents tardifs de la période tertiaire, quand les phénomènes nerveux ont été trahis par l'apparition de tumeurs diverses. Ce médicament doit être employé à des doses assez élevées, de 3 à 4, à 7 grammes. Dans l'observation de X..., insérée à la *Gazette médicale de Strasbourg* (20 juillet 1850), M. le professeur SCHÜTZENBERGER emploie pour un cas d'hémiplégie et paralysie du nerf moteur oculaire commun, coïncidant avec des accidents tertiaires syphilitiques, l'iodure de potassium (50 centigrammes portés progressivement à un gramme dans l'espace de cinq jours.) Un délire furieux s'étant déclaré, il renonce à l'iodure, et retourne aux frictions mercurielles de 5 gr. à faire de deux jours l'un, une décoction sudorifique avec sirop de salsepareille, et solution d'iode hydrargyraté d'iodure de potassium (0,80 sur 100 d'eau). Le traitement iodique a été repris plus tard. Dans le traitement, dit M. LAGNEAU, des accidents nerveux vénériens, de même que dans celui des autres accidents consécutifs, une des médiations hydrargyrique ou iodurée peut parfois suppléer à l'autre, forcément suspendue, soit à cause de son insuffisance, soit à cause des obstacles divers que rencontre son administration. M. SCHÜTZENBERGER, après avoir prescrit un traitement hydrargyreux, ordonne à son malade ce composé iodique, dans l'observation d'Erbel, Philippe (*Gazette médicale de Strasbourg*, 20 mars 1850). M. GROS est convaincu que l'emploi simultané ou successif des



deux agents antisyphilitiques par excellence produit des résultats que chacun d'eux, administré isolément, n'aurait peut-être pas donnés.» On a encore dirigé contre la syphilis du système nerveux des préparations métalliques, antimoniale, arsénicale, des métaux précieux, l'or, l'argent. Nous ne faisons que les mentionner. Cependant, à propos d'une méthode assez originale, la syphilisation, nous croyons devoir rapporter ce que dit Groëa à ce sujet, mais sans vouloir en tirer de conséquences. Cet observateur a communiqué trente cas de paralysies syphilitiques. Cinq malades ont été guéris. Douze ont été plus ou moins améliorés. Chez six individus, l'état n'a pas changé. Cinq ont succombés. Il paraît que l'iodure de potassium a agi le plus efficacement et le plus vite. Il associe KI à strychnine, plus arnica. Hg n'a été administré que dans cinq cas qui présentaient des signes certains de syphilis, mais n'a pas rendu de grands services. Comme la syphilisation a fait disparaître tous les symptômes de paralysie pour un cas, tandis que pour six cas KI ne servait à rien, il conclut que la syphilisation peut être utile quand on en fait usage au début de la paralysie syphilitique (*Jahresbericht*, 1858, vol. IV, p. 315).

On a essayé aussi les manœuvres chirurgicales qui, sans remédier à l'état général, pourraient, dans certains cas, sauver un malade près de périr. Il semble séduisant de pouvoir enlever presque instantanément, avec une couronne de trépan, des tumeurs qui compriment la pulpe cérébrale. S'il y a eu quelques cas heureux, les malheurs qu'on a eu à déplorer sont trop nombreux pour que nous ne rejetions pas des moyens aussi périlleux. Nous ne nions pas la possibilité d'une réussite, mais nous ne conseillerons jamais de la tenter.

Vu par le président de la thèse,  
Strasbourg, le 4 décembre 1862.

SCHUTZENBERGER.

Permis d'imprimer,  
Strasbourg, le 4 décembre 1862.  
Le recteur, DELCASSO.

## QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT, EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL  
DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DU 22 MARS 1842.

- 
- 1° *Anatomie.* — Des rapports des dents avec l'appareil alvéolaire.
  - 2° *Anatomie pathologique.* — De l'état de la membrane muqueuse dans l'exhalation sanguine intestinale.
  - 3° *Physiologie.* — Mouvements automatiques.
  - 4° *Physique médicale.* — Anémomètre de M. Combes, son emploi dans les questions relatives à la ventilation.
  - 5° *Médecine légale.* — L'avortement a-t-il été spontané ou provoqué criminellement? Quelles sont les causes de l'avortement spontané?
  - 6° *Accouchements.* — Quel est le mécanisme de l'accouchement spontané dans la position sacro-postérieure droite?
  - 7° *Histoire naturelle médicale.* — Qu'entend-on par étiolement?
  - 8° *Chimie médicale et toxicologie.* — Des fermentations.
  - 9° *Pathologie et clinique externes.* — Quelles sont les différentes espèces des fractures du crâne?
  - 10° *Pathologie et clinique internes.* — Des moyens de combattre la syncope.
  - 11° *Médecine opératoire.* — De la ligature de l'artère crurale.
  - 12° *Matière médicale et pharmacie.* — Quels sont les sels de soude employés en médecine?



