

(1<sup>re</sup> Série)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

(N<sup>o</sup> 79)

L. Lelmer Karoly 1879

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

D

DE LA

SYPHILIS CÉRÉBRALE

Naturam morborum ostendunt curationes.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

Le Jeudi 27 Mars 1879, à trois heures du soir

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES LARCHÉ

de Jainvillotte (Vosges).



NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 1, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1879



M. KIR JÓZSEF TUDOMÁNYEGYETEM  
 IDEG-ÉS ELMÉGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁNAK  
 KÖNYVTÁRA.

---

← CSOPORT.                      SZÁM.

D



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

**Doyen :** M. TOURDES, \*.

**Doyen honoraire :** M. STOLTZ, C \*.

**Professeurs honoraires :** MM. SÉDILLOT, C \*. CAILLOT \*.

Médecine légale.....	M. TOURDES *, professeur.	
Clinique externe.....	M. RIGAUD *, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. MICHEL *, professeur.	
Matière médicale et Thérapeutique....	M. COZE *, professeur.	
Pathologie externe.....	M. BACH *, professeur.	M. BÉCHET, professeur adjoint.
Anatomie génér., descriptive et topogr..	M. MOREL, professeur.	M. LALLEMENT, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. SIMONIN *, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT *, profess.	
Clinique obstétricale et gynécologique.	M. HERRGOTT *, profes.	M. ROUSSEL *, prof. adjoint.
Pathologie génér. et Pathologie interne	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE *, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale	M. ENGEL, professeur.	
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, professeur.	M. POINCARÉ, profess. adjoint.
Anatomie et Physiologie pathologiques.	M. FELTZ *, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Physique et Hygiène.....	M. N..., professeur.	
Accouchements et maladies des enfants	M. N..., professeur.	M. E. PARISOT, prof. adjoint.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GROSS. SCHLAGENHAUFFEN.	MM. CHRÉTIEN. SPILLMANN.	MM. DEMANGE. A. HERRGOTT.	MM. HEYDENREICH. CHARPENTIER.
--------------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------------

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

**Examineurs de la Thèse :**

M. BERNHEIM, *président*; MM. SIMONIN, BÉCHET, SPILLMANN.

*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.*

**A MON PÈRE — A MA MÈRE**

**RECONNAISSANCE**

**A MON FRÈRE — A MA BELLE-SŒUR**

**A MA FAMILLE**

**A MES AMIS**



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS SIMONIN ET SPILLMANN

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE REIMS

MESSIEURS LES PROFESSEURS GALLIET ET LUTON

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

# SYPHILIS CÉRÉBRALE

*Naturam morborum ostendunt curationes.*



## AVANT-PROPOS

La syphilis est une maladie virulente, spécifique, qui, une fois transmise par contact ou par hérédité, tend à prendre possession de l'organisme entier dans un laps de temps indéterminé.

Elle a droit de cité dans tous les pays du monde et il n'est aucune classe de la société qui ne lui paye son tribut. Il suffit qu'un atôme du principe spécifique soit déposé sur une partie de notre corps pour qu'il s'y attache, s'y ancre et l'envahisse tout entier; dès lors, la diathèse syphilitique est constituée. Les organes profonds, pas plus que les tissus, ne sont respectés par le poison que le sang lui-même charrie. Les accidents disparaissent-ils, leur cause reste; caché au sein de l'organisme, l'agent nocif sommeille pour se réveiller sous une forme nouvelle non moins terrible qu'imprévue. Chaque jour encore, la diversité et la multiplicité de ses manifestations provoquent de nouvelles

recherches en rapport avec les progrès de la science. En effet, les syphiliographes des XV<sup>e</sup>, XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles se sont bornés à décrire et à étudier plus spécialement les lésions des téguments et du squelette : ulcères repoussants, caries, exostoses, perforation et destruction du palais et de son voile, effondrement du nez, etc.... C'est à notre siècle, comme nous le dirons plus tard dans la partie historique de cette monographie, qu'appartiennent les travaux sérieux concernant les rapports de la syphilis avec les principaux viscères : foie, cœur, rein, poumon et cerveau.

Ce dernier organe est-il réellement susceptible d'être atteint par le virus spécifique au point d'être modifié dans sa constitution intime, partant dans ses fonctions propres ? C'est là un des grands problèmes qui touchent à la syphilis et dont la solution n'est pas encore définitive. C'est qu'en effet, dans cette forme particulière, la maladie vénérienne abandonne son allure accoutumée ; elle apparaît subitement accompagnée de phénomènes insolites, capables d'en imposer au praticien qui n'a fait sa spécialité ni des maladies syphilitiques, ni des maladies du système nerveux. Erlemeyer (1) va même jusqu'à dire que, dans certains cas, la tâche est difficile pour maint professeur de clinique, d'établir la cause spécifique d'une névrose ou d'une psychose se présentant avec des caractères analogues à ceux des affections idiopathiques cérébrales.

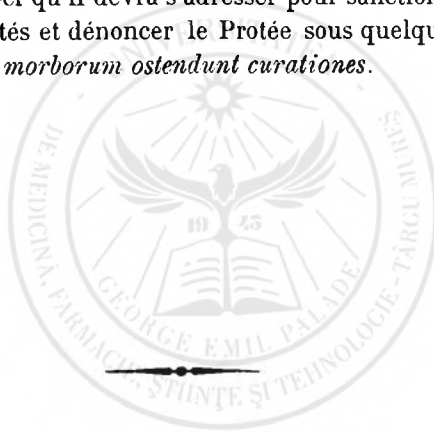
Quelques faits intéressants de cette nature et, en particulier, une méningite syphilitique avec affection du cervelet, observés à la clinique médicale de Nancy, dans le service de M. le professeur Bernheim, nous ont suggéré l'idée de ce travail. A ces observations, nous en ajouterons d'autres qui nous ont été généreusement communiquées. Nous en remercions vivement les auteurs dont nous citerons les noms en temps opportun.

Nous tenons également à témoigner ici toute notre reconnaissance à

(1) *Die luetischen psychosen* (Arch. für Psychiatrie, 1876), Erlemeyer.

notre savant maître, M. Bernheim, pour les conseils qu'il nous a donnés personnellement et pour les conférences remarquables qu'il a faites sur la syphilis cérébrale, nous fournissant ainsi des matériaux utiles à notre travail.

Puissions-nous, par cette étude, intéresser d'abord le clinicien qui aime à suivre attentivement et pas à pas tout processus pathologique ; ensuite et surtout, venir en aide au praticien qui épuisera en vain les ressources de la thérapeutique sans arriver même à un soulagement éphémère pour son malade atteint d'une affection cérébrale syphilitique, s'il n'a recours à la seule chance de salut, le traitement spécifique. C'est à celui-ci qu'il devra s'adresser pour sanctionner son diagnostic de probabilités et dénoncer le Protée sous quelque forme qu'il se cache : *Naturam morborum ostendunt curationes.*





## DÉFINITION ET DIVISION

### DÉFINITION. — Qu'est-ce que la syphilis cérébrale ?

Ce n'est autre chose que la syphilis ayant fait élection de domicile dans le cerveau et ses dépendances, pour y élaborer ses produits spécifiques et manifester sa présence au dehors par des symptômes qui varieront avec la nature, le siège et l'étendue des lésions anatomiques. La syphilis cérébrale n'est donc, en un mot, que l'expression locale d'une diathèse générale. Nous sera-t-il permis, néanmoins, d'en faire une entité morbide et de lui donner place dans le cadre nosologique ? Oui, certes, au même titre que l'on y a admis le cancer du cerveau, la méningite tuberculeuse, l'encéphalopathie saturnine, affections qui ne sont comme elle que la manifestation partielle d'un état pathologique de l'économie tout entière.

**DIVISION.** — Nous n'avons pas la prétention de traiter tout au long la syphilis cérébrale ; il y aurait témérité de notre part à entreprendre un travail aussi important. Nous voulons seulement ajouter quelques observations de syphilis cérébrale à celles que la science possède déjà. Aujourd'hui que cette grande question est à l'ordre du jour, il n'est peut-être pas inutile de signaler les faits qui s'y rattachent, afin que la lumière se fasse plus vite dans ce domaine encore obscur. Après avoir cité nos observations, nous les discuterons, c'est-à-dire que nous chercherons à rattacher l'effet à la cause, les symptômes fonctionnels aux lésions organiques ; nous étudierons ce que ces troubles peuvent présenter de particulier et de caractéristique, soit que nous les considérons isolément, soit que nous les envisageons dans leur ensemble. De cette étude comparative, nous déduirons des conséquences pratiques relatives à l'époque de l'apparition des phénomènes

cérébraux dans la syphilis, aux causes qui peuvent provoquer les accidents, au diagnostic, enfin au mode de traitement de l'encéphalopathie spécifique.

Mais, avant de citer nos observations, nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de parcourir les étapes par lesquelles a déjà passé cette science.

D'un autre côté, il nous semble indispensable et pour l'intelligence de nos observations, et pour mettre le lecteur au courant des travaux déjà publiés sur l'anatomie pathologique de la syphilis cérébrale, de résumer les différentes lésions constatées *post mortem* par les observateurs les plus autorisés.

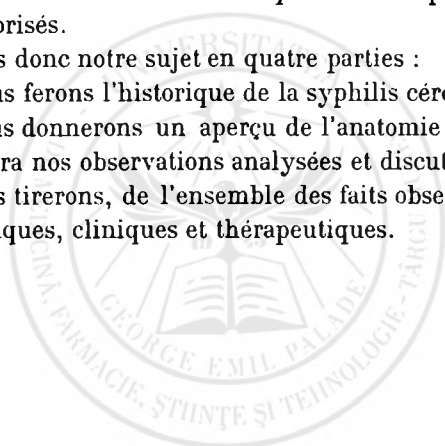
Nous diviserons donc notre sujet en quatre parties :

Dans la 1<sup>re</sup>, nous ferons l'histoire de la syphilis cérébrale ;

Dans la 2<sup>e</sup>, nous donnerons un aperçu de l'anatomie pathologique ;

La 3<sup>e</sup> comprendra nos observations analysées et discutées ;

Dans la 4<sup>e</sup>, nous tirerons, de l'ensemble des faits observés, des conséquences étiologiques, cliniques et thérapeutiques.



# PREMIÈRE PARTIE

---

## HISTORIQUE

Les notions vraiment exactes que nous possédions sur les accidents cérébraux d'origine syphilitique sont de date contemporaine. Cependant, ces accidents n'avaient pas échappé à la profondeur de vue des anciens syphiliographes. Écoutons plutôt A. Paré : « Vérole est maladie causée par attouchements... infectant aussi les parties internes avec douleurs nocturnes extrêmes à la teste ; aucuns perdent l'ouïe ; autres ont la bouche torse comme renieurs de Dieu ; autres deviennent impotens des bras ou jambes, cheminant tout le cours de leur vie à potence ; autres demeurent en une contraction de tous leurs membres, de manière qu'il ne leur reste que la parole qui est le plus souvent en criant et lamentant, maudissant l'heure qu'ils ont été engendrez ; aucuns sont vexés d'épilepsie, et, pour le dire en un mot, on peut voir la vérole compliquée de toutes espèces et différences de maladies (1). » Nicolas Massa, dans son traité (*De morbo gallico*, cap. VII, 1532), explique comment certaines névroses sont sous la dépendance de la syphilis. Mais si, franchissant deux siècles, nous arrivons à la période huntérienne, quel contraste frappant ! Nous trouvons, dans presque tous les écrits de cette époque, la quasi négation de la syphilis cérébrale. Hunter lui-même, dit M. Alf. Fournier (2), rangeait le cerveau au nombre de « ces parties vitales qui, peut-être, ne sont pas du tout

(1) Jullien, *Traité des Maladies vénériennes*.

(2) Alf. Fournier, *De la Syphilis du cerveau*.

susceptibles de l'action de la syphilis. » De même pour Astley Cooper, le cerveau était « un de ces tissus qui ne paraissent pas susceptibles d'être altérés par l'influence du virus vénérien. » Jourdan prétendait que le chancre initial retentissait des organes génitaux sur les centres nerveux par action purement sympathique. Il est vrai que d'autres auteurs, leurs contemporains, étaient moins sceptiques. Astruc (*De morbis venereis*, 1740), donnait l'anatomie pathologique de la syphilis intra-crânienne, qu'il ramène à des tumeurs et exostoses des os du crâne, et aussi à des nodosités (*nodi*) des méninges et de la substance cérébrale elle-même. Sanchez, en 1777, décrit une manie reposant sur la syphilis, et Benjamin Bell, en 1793, non-seulement constate la parenté qui peut exister entre la syphilis et la manie, mais tente le premier, et avec succès, la cure de cette manie par le traitement hydrargyrique. Depuis deux ans, une femme était séquestrée pour folie dans un asile spécial; surviennent un jour des ulcérations suspectes; le mercure est employé, et folie et syphilides disparaissent simultanément. Le passage suivant, de Van Swieten, prouve également qu'il ne s'était pas laissé tromper par les apparences peu familières de la maladie : « *Sæpe observantur cerebri læsiones, in lue venerea inverte-rata, a levissima vertigine, ad lethalem apoplexiam usque : pessimam epilepsiam, cæcitatem, surditatem, vidi* (1). »

Cette science resta encore quelques années stationnaire; mais, de ce moment, l'impulsion était donnée et l'étude de cette maladie commença à marcher à grands pas aussi bien chez nous qu'à l'étranger.

En 1830, Lallemand et Rayet inaugurent, en France, la longue liste des auteurs qui ont appelé tout particulièrement l'attention sur ces problèmes d'une si haute importance. Le premier publiait ses recherches anatomo-pathologiques sur la méningite syphilitique et la gomme cérébrale; le second définissait la syphilis cérébrale, l'ensemble des symptômes organiques et fonctionnels auxquels donne lieu cette forme spéciale de l'infection vénérienne.

(1) Van Swieten, *Commentaire des Apho. de Boerhave*, t. V, § 1440.

En 1850, Schutzenberger faisait paraître, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, un mémoire remarquable sur le sujet en question, et inspirait au Dr Bedel sa thèse inaugurale (*De la Syphilis cérébrale*, thèse de Strasbourg, 1851). Puis surviennent successivement les ouvrages de Hildenbrand (1859), de Lagneau fils (1860), de Gros et Lancereaux (1861), de Zambaco (1862), qui jettent un nouveau jour sur la syphilis cérébrale. Dès lors, les revues périodiques ouvrent leurs colonnes à un certain nombre d'observations d'affections cérébrales que les auteurs rattachaient timidement à la syphilis. En même temps, Charcot et Gombaut analysaient physiologiquement et anatomiquement la syphilis des centres nerveux (1); Mauriac s'appuyant sur les données de l'anatomie, interprétait magistralement quelques-uns des symptômes auxquels donne lieu cette entité morbide (1876-77). Enfin, M. Alf. Fournier vient de faire paraître ses leçons si éminemment cliniques sur la syphilis du cerveau.

Gardons-nous bien de taire les noms des observateurs étrangers : Hughlings Jakson, Buzzard, Broadbent, Junius Mickle et surtout Wilks et Moxon, en Angleterre; Virchow, Eubner, Ziemssen, Erlemeyer en Allemagne; Murri, Giacomini et Dreer, en Italie; Tarnowsky, en Russie; Jespersen, en Danemark; Huguenin, en Suisse; enfin, Echeverria, Van Buren et Keyes, en Amérique.

---

(1) *Archives de physiologie*. 1873.

## DEUXIÈME PARTIE

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous confesserons ici notre pénurie d'observations nécroscopiques, pénurie qui fait honneur à la sagacité de nos maîtres qui ont deviné le mal et ont su enrayer à temps sa marche vers une terminaison fatale ; pénurie qui est peut-être aussi la meilleure preuve de la puissance thérapeutique contre de pareils désordres. Force nous est donc de nous en tenir aux résultats constatés par les observateurs les plus accrédités.

La syphilis peut agir sur l'encéphale indirectement ou directement : indirectement, c'est-à-dire que les lésions du contenant se propageront au contenu ; directement, c'est-à-dire qu'il se formera d'emblée dans le cerveau et ses enveloppes une production hyperplasique, appelée *nodus* et *tubercules* par les premiers anatomo-pathologistes qui se sont occupés des lésions spécifiques, et *syphilômes* par Ernst Vagner et les modernes.

De là résultent : 1° La syphilis cérébrale indirecte ;

2° La syphilis cérébrale directe.

Nous ne nous occuperons que de cette dernière, les lésions du système osseux étant étudiées en détail dans tous les traités de syphilis.

Tout d'abord qu'est-ce que le syphilôme ? C'est un produit spécifique, caractérisé anatomiquement par un dépôt hyperplasique, dû à une prolifération cellulaire du tissu conjonctif, et ayant beaucoup de ressemblance avec le tubercule vrai. Les efforts de Lebert pour trouver dans le syphilôme un élément histologique spécifique demeurèrent sans résultats. Baumgarten et Bradowski prétendent y avoir découvert la

cellule géante que nous savons exister dans le tubercule essentiel. Charcot et Gombaut croient également avoir trouvé des cellules caractéristiques du syphilôme cérébral. Ces cellules sont constituées par un gros noyau et pourvues de prolongements rameux rigides, étoilées ; on les appelle cellules-araignées. Pour Cornil (1), ces cellules-araignées ne sont que des cellules normales hypertrophiées de la névroglie. En résumé on n'est pas encore parvenu à découvrir l'élément spécifique, s'il existe, des productions de nature spécifique. Est-ce à dire que la syphilis et la tuberculose ont une analogie si frappante dans leurs produits morbides ? Non, elles ont entre elles une différence notable, c'est que la première détermine parfois des inflammations productives pouvant aboutir à un tissu adulte, tandis que les inflammations de nature tuberculeuse sont avant tout destructives et suivies de mortifications. Le syphilôme est susceptible de s'organiser ou de se résorber sous l'influence d'un traitement spécifique ; le tubercule est fatalement condamné à se dissocier, à tomber en un détritüs purulent qui s'éliminera généralement.

Que deviendra ce syphilôme constitué à son origine par une hyperplasie cellulaire ? Il donnera un tissu adulte, ou bien il se développera à la manière des tumeurs pour aboutir à une intumescence appelée gomme.

Dans le premier cas sa présence déterminera une inflammation chronique dont le terme ultime est la formation d'un tissu nouveau scléreux, essentiellement rétractile, à texture fibreuse, qui se substituera au tissu normal après en avoir étouffé, détruit les éléments histologiques. Nous ferons observer que ce premier mode d'évolution du syphilôme n'a rien de spécifique. En effet, il existe des inflammations produites par une cause irritante autre que le syphilôme, qui débutent par une végétation du tissu embryonnaire, lequel passe peu à peu à l'état de tissu conjonctif adulte. Tel est le processus inflammatoire

(1) Cornil, Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital Lourcine.

bien connu qui aboutit à la cirrhose, à la néphrite interstitielle, à la pneumonie chronique, à la pachyméningite alcoolique, à la sclérose de la moelle, etc... Il n'y a donc réellement, en fait de produit spécifique, que l'hyperplasie cellulaire, autrement dit le syphilôme naissant; la sclérose n'est qu'une transformation secondaire dont le traitement spécifique n'aura plus raison si elle est arrivée à une organisation déjà avancée.

Dans le second cas le syphilôme grandit où il est né, au milieu des tissus dont il prend la place et aboutit à une intumescence de volume variable connue sous le nom de gomme. A l'œil nu, comme à l'examen microscopique on y reconnaît les caractères principaux d'une tumeur. Dans les gommages, l'élément cellulaire domine, sans tendance à s'organiser. Au contraire, les cellules centrales pressées les unes contre les autres, finissent par se déformer et même subir une dégénérescence granulo-graisseuse qui constituera le noyau de la tumeur. A la vérité, on trouvera bien à la périphérie des traces de tissu fibreux, mais ces fibres ne sont que la conséquence de l'inflammation du tissu conjonctif, sous l'influence de la tumeur qui joue ici le rôle d'un corps étranger.

Comme ces hyperplasies spécifiques ne sont pas mortelles à leur début, ce sont leurs deux aboutissances, sclérose et gomme, que révèlent les autopsies.

Ces deux lésions ont été observées par les anatomo-pathologistes dans les méninges, le parenchyme cérébral et les artères.

*Méninges.* — Les lésions de cause spécifique constatées dans les méninges, sont la sclérose et la gomme.

La sclérose de la dure-mère est la première par ordre de fréquence. Ce fait s'explique si nous nous rappelons que cette membrane joue le rôle de périoste vis-à-vis des os du crâne; et l'on sait que de fois le périoste est compromis dans la syphilis tertiaire. Cette sclérose de la dure-mère prend le nom de pachyméningite syphilitique.

Les méninges molles présentent la même variété de lésions; et il n'est pas rare de voir la face profonde de ces méninges altérées faire



corps avec la substance nerveuse sous-jacente qui se déchire lorsqu'on enlève la pie-mère.

Cette inflammation chronique des méninges est caractérisée par un épaissement fibreux, calleux et par des adhérences de ces membranes entre elles et entre la couche superficielle du parenchyme nerveux. D'où le nom de symphise méningée et de symphise méningo-cérébrale que leur a donné M. Alf. Fournier.

Il y a deux points importants presque caractéristiques à signaler dans la sclérose de cause spécifique; c'est 1<sup>o</sup> l'étendue de la lésion, 2<sup>o</sup> son siège.

1<sup>o</sup> La méningite chronique syphilitique offre ceci de remarquable qu'elle est partielle et qu'elle se présente sous la forme de plaques limitées, généralement uniques. C'est à titre d'exception qu'il faut citer l'exemple rapporté par Zambaco (1) où M. Richet « trouva la pie-mère d'une structure fibreuse. Elle était épaissie et adhérait à la substance grise de toute la surface de l'encéphale. Elle étranglait en quelque sorte les cordons nerveux en les comprimant à l'endroit où ils émergent de l'encéphale, entourés par un prolongement de cette membrane. »

2<sup>o</sup> Ces plaques scléreuses siègent de préférence à la base du cerveau, vers sa partie moyenne entre le chiasma des nerfs optiques et l'extrémité supérieure de la moelle (2). C'est tantôt au niveau du chiasma, tantôt au niveau du pont de Varole, tantôt enfin plus en arrière au niveau de la face antérieure du bulbe, que la méningite scléreuse en plaque est le plus marquée. On entrevoit déjà quelles différences dans les symptômes peuvent résulter du siège variable de la lésion. La base du cerveau est donc le lieu de cette méningite chronique. Mais nous devons nous demander s'il n'est pas d'autres causes capables de produire une méningite scléreuse à la base de l'encéphale, l'alcool par exemple si souvent accusé d'entraîner des altérations cérébrales. Les

(1) Zambaco, *Traité des affections nerveuses syphilitiques*.

(2) Broadbent, *The Lancet*, in *Jahresbericht*, T. II, p. 706, 1874.

anatomo-pathologistes s'accordent à dire que l'alcool peut déterminer des plaques de méningite à la base, mais que ces plaques coïncident toujours avec des lésions analogues et beaucoup plus accentuées à la convexité. Ce fait est en rapport avec l'opinion de M. Lancereaux sur ce point : « La méningite alcoolique se localise à la convexité des hémisphères, engendre l'opacité et l'épaississement des méninges molles... Le siège de prédilection de la méningite syphilitique est la base de l'encéphale principalement la protubérance dans le voisinage du tronc basilaire. Ainsi s'explique la fréquence des troubles oculaires dans le cours de son existence (1). »

Les tubercules des méninges peuvent également produire une inflammation chronique, mais dans ce cas la présence des tubercules non-seulement sur les méninges mais encore sur le trajet des artères, dans l'épaisseur de la pie-mère et dans la couche corticale de l'encéphale, permettra de poser un diagnostic assuré.

La seconde forme des lésions des méninges est la gomme, lésion dont la spécificité ne permet aucun doute, et beaucoup plus caractéristique que la précédente. M. Bouchard cite un cas où des gommages de la dure-mère ont perforé le crâne. De même M. Lancereaux a vu dans la pie-mère au-dessous de la protubérance une tumeur du volume d'un noyau de cerise, ferme, sèche, peu vasculaire, grisâtre à sa périphérie, jaunâtre à son centre.

La seule lésion de la pie-mère qui pourrait être confondue avec la gomme, c'est le tubercule. Mais la différence de volume tranchera la difficulté : le tubercule essentiel n'atteint jamais les proportions de la gomme.

*Encéphale.* — Le parenchyme nerveux n'est pas plus à l'abri du virus syphilitique que ses enveloppes. Les deux lésions qui y ont été signalées, sont l'encéphalite chronique ou scléreuse, et les tumeurs gommeuses.

(1) Lancereaux, *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 307 et 308.

Dans l'encéphale comme dans les autres viscères, foie, rein, poumon, l'inflammation chronique de cause spécifique est diffuse et partielle. Par le fait même les autopsies ne révéleront que quelques noyaux de sclérose disséminés dans l'encéphale. Au début la multiplication rapide des éléments de la névroglie donne au tissu cérébral une consistance molle, gélatineuse, analogue à celle de tous les tissus composés d'éléments embryonnaires. Plus tard ces éléments s'organisent et rendent le tissu normal plus dur, plus résistant. Une tranche mince prise dans cette portion cérébrale et examinée à un fort grossissement présente un véritable chevelu fibrillaire au milieu duquel se rencontrent des cellules de nouvelle formation et des éléments nerveux atrophiés.

La seconde variété de lésions de l'encéphale est plus commune que celle que nous venons de décrire ; et l'on peut dire que dans l'encéphalopathie spécifique les gommages sont la règle et la sclérose l'exception.

Les gommages de l'encéphale peuvent revêtir deux formes : tantôt ce sont de grosses masses gommeuses, le plus souvent multiples et de volume variable, développées à la périphérie du cerveau, dans la substance grise, et siégeant de préférence à la base et à la région frontale. Tantôt c'est une véritable poussée de nodules plus petits qui s'infiltrent dans le tissu nerveux et accompagnent parfois les artères cérébrales et en particulier les artères sylviennes.

Ce sont les mêmes éléments qui composent ces deux variétés de gommages dont nous allons tracer les principaux caractères d'après les recherches récentes de l'éminent histologiste M. Cornil.

Étant donnée une gomme type, une de celles que l'on peut appeler volumineuses, on y reconnaît une zone périphérique, semi-transparente, incolore ou rosée, parcourue par un système vasculaire assez développé ; et un noyau central opaque, gris jaunâtre, sec et également dur, plus considérable que la zone qui l'entoure. La surface de la tumeur est irrégulière et empiète sur le tissu sain. Aussi, il n'est pas

rare d'observer un certain degré de ramollissement dans la substance nerveuse environnante.

Ces productions gommeuses sont solides et dures ; elles crient sous le scalpel et rappellent la sclérose cérébrale des crétiens et des idiots. Seulement chez ceux-ci les circonvolutions gardent leur forme primitive, tandis que chez les syphilitiques on a une intumescence sans formes définies.

L'examen microscopique montre dans la zone périphérique des cellules embryonnaires entremêlées de nombreuses sections de tubes nerveux et les éléments de la névroglie considérablement hypertrophiés. Ce sont ces éléments étoilés décrits par Jastrowicht sous le nom de cellules-araignées que certains auteurs, Browicz, Bradowski, Baumgarten ont sans doute pris pour les cellules géantes.

Dans la partie centrale on ne trouve plus que des cellules embryonnaires, atrophiées et en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. On ne rencontre plus rien de la texture du tissu nerveux ; les cellules-araignées y font également défaut. Dans une période plus avancée il peut même y avoir un état caséux du noyau.

Il existe deux tumeurs cérébrales que l'on pourrait confondre avec la gomme : ce sont le sarcôme encéphaloïde et le tubercule.

L'uniformité de composition fera reconnaître de suite l'encéphaloïde. Il n'y a pas en effet dans ce néoplasme deux zones distinctes ; son tissu est mou au centre comme à la surface ; il est réticulé, très vascularisé et se continue sans ligne de démarcation bien tranchée avec la substance cérébrale ; de plus il est unique.

Quant au gros tubercule, le diagnostic est plus difficile. Cependant il est remarquable que le tubercule ne s'entoure que rarement d'une zone irritative ; qu'il est de forme plus régulièrement arrondie que la gomme, qu'il offre une moindre consistance, un centre ramolli, qu'il est dépourvu de vaisseaux, tandis que la gomme n'en est pas privée, même dans sa partie opaque. Enfin il renferme les cellules géantes pour le caractériser.

Pour ce qui regarde le siège des gommés et de la sclérose, c'est un fait établi que les couches superficielles sont les plus vulnérables, en raison peut-être de la prédominance de l'élément conjonctif dans la substance grise. En outre il existe certaines régions de la périphérie où les gommés se développent de préférence. C'est à la convexité des hémisphères, la région frontale ; à la base, les environs du corps pituitaire et la protubérance. On les rencontre aussi dans les ventricules, à la surface du cervelet et au niveau des points d'origine ou d'émergence des nerfs crâniens.

Ces gommés évoluent lentement et peuvent atteindre le volume d'une noix. Une fois parvenues à leur maximum de développement, elles persistent plus ou moins, si toutefois la lésion de voisinage ne provoque pas d'accidents mortels. Plus tard dans leur stade ultime, elles se ramolliront. D'après Gros et Lancereaux leur contenu se résorberait alors et il ne resterait plus à leur place que de petites masses crayeuses et caséuses, molles, enveloppées par une membrane kystique. Mais comme le fait judicieusement observer M. Cornil, ce kyste, quoique souvent d'origine syphilitique évidente, ne porte pas le cachet anatomique de la syphilis et il serait peut-être plus exact de ne voir là qu'une simple transformation de la substance cérébrale ramollie par défaut de nutrition, lésion fréquente dans l'artérite syphilitique dont nous allons nous occuper.

*Artères.* — Rien n'est plus rationnel que de concevoir le syphilôme se développant au sein des tuniques artérielles dont l'invulnérabilité aurait tout lieu de nous surprendre, puisque le sang lui-même est le véhicule du virus spécifique. Certains auteurs attribuent même à la syphilis une prédilection marquée à envahir les parois des vaisseaux. Bon nombre d'observateurs, parmi lesquels H. Jakson, Wilks et Moxon, Heubner, Baumgarten et Lancereaux viennent de traiter tout spécialement cette question. Leurs opinions ne concordent pas toujours et leurs conclusions ont soulevé de nombreuses protestations de la part des micrographes les plus autorisés.

Quoiqu'il en soit, voici les deux variétés de lésions trouvées dans les artères chez des sujets morts en puissance de diathèse syphilitique.

La première variété est une artérite chronique, scléreuse, si nous pouvons l'appeler ainsi, qui est produite par voie de contiguïté. En effet, la pie-mère renferme souvent de petites gommès dont la présence amène une inflammation productive aboutissant à la sclérose. Les artères de la base, et en particulier les artères sylviennes sont comprises dans le tissu scléro-gommeux qui les accompagne le long des circonvolutions et qui détermine par contact, par propagation ou par compression une artérite chronique. La conséquence de cette artérite sera, par suite de l'épaississement des parois vasculaires, une gêne sinon une interruption dans la circulation, d'où ischémie, thrombose et ramollissement consécutif des lobes cérébraux, cérébelleux et surtout du lobe frontal. Un de nos camarades de l'Ecole de Reims, M. E. Labarrière, rapporte dans sa thèse une observation où l'on voit « l'artère basilaire comprise dans l'épaississement des méninges que l'on est obligé de sectionner pour trouver ce vaisseau ; les parois de celui-ci sont fortement épaissies, et il en résulte une diminution considérable de son calibre, telle que l'on peut à peine y passer une soie de sanglier (1) » ; cette obstruction presque complète de la basilaire avait amené un ramollissement de la partie centrale du cervelet, entre les deux lobes ; le foyer avait la grosseur d'une noisette.

Cette première lésion artérielle que nous venons de décrire n'est en somme qu'une artérite chronique dont la cause première, il est vrai, est spécifique, mais dont le développement n'a rien de syphilitique.

Différentes sont les lésions appartenant à la seconde variété. Elles consisteraient dans le développement du syphilôme au sein même des tuniques artérielles, l'intégrité du tissu voisin restant intacte. D'après Wirchow et Baumgarten le néoplasme prendrait naissance dans les tuniques externes (périartérite) ; et d'après Heubner, dans l'endothé-

(1) E. Labarrière, *Essai sur la méningite scléreuse limitée à la base*, Thèse de Paris, 1878.

lium (endartérite). Pour ce dernier observateur cette endartérite décèle une origine spécifique : c'est l'action directe et irritante du sang syphilitique qui la produit.

Voici selon lui le mode d'évolution de cette lésion. Au début, l'endothélium prolifère, remplit les interstices de la membrane fenêtrée. La multiplication cellulaire continuant à se faire, l'endothélium finit par être soulevé ; il se forme un bourgeon latéral unique, qui oblitère plus ou moins la lumière du vaisseau, d'où thrombose ou tout au moins ischémie. Plus tard l'inflammation de la tunique interne gagne la tunique externe par l'intermédiaire des vasa-vasorum. A son tour cette dernière membrane s'enflamme et se remplit de cellules lymphatiques.

Quelques mois suffisent pour la production de cette lésion qui peut rester stationnaire durant des années. Cependant lorsque la maladie a duré longtemps, le calibre des vaisseaux diminue de plus en plus, et les vaisseaux ressemblent à des cordes fibreuses. On trouve aussi sur quelques points des dégénérescences calcaires.

Pour Heubner et Lancereaux la dégénérescence graisseuse, si commune dans l'athérome, ne se montrerait pas dans la syphilis. Heubner cherche à établir, par des caractères spéciaux, une différence bien tranchée entre l'endartérite syphilitique et l'endartérite vulgaire : c'est d'abord l'âge du sujet ; l'artérite spécifique atteint les syphilitiques à tout âge, tandis que l'athérome est l'apanage de la vieillesse. C'est ensuite la durée du développement de la lésion ; si l'artérite spécifique met des mois à atteindre le terme de son évolution, l'athérome met des années ; enfin c'est la localisation : dans la syphilis ce sont les petites artères qui sont le plus souvent affectées ; l'athérome au contraire siège de préférence dans l'aorte et les gros troncs artériels.

M. Cornil fait de sérieuses objections à tous ces caractères distinctifs. Il accepte parfaitement l'artérite dans le cours de la syphilis, mais il met en doute sa spécificité. Il prétend qu'on obtiendrait une lésion analogue en plaçant une ligature incomplètement serrée autour d'une artériolle. On trouverait également, d'après lui, la même lésion dans

tout phlegmon chronique, dans toute inflammation scléreuse du tissu conjonctif, dans la néphrite interstitielle et la cirrhose, dans les artérites rhumatismales et alcooliques.

Il existe encore une particularité dans l'artérite de cause spécifique qui mérite d'être notée. — Si nous en croyons les chirurgiens anglais, la moitié des anévrysmes se rattacherait à la syphilis, ce qui prouverait que l'intégrité de la tunique moyenne n'est pas toujours respectée dans la syphilis. M. Spillmann a relaté dans la *Revue médicale de l'Est* (n° du 5 janvier 1879) un cas intéressant d'anévrysmes multiples observés par Chvostek et Weischelbaum (1). Il s'agit d'un militaire, âgé de 23 ans, mort après avoir présenté successivement comme principaux symptômes de la céphalalgie, du vertige, des vomissements ; une hémiplégie droite avec anesthésie, une paralysie de l'oculo-moteur gauche. A l'autopsie on trouve, entr'autres lésions, « l'artère cérébrale profonde du côté gauche transformée à son origine en une tumeur sphérique de deux centimètres de diamètre, remplie d'une coagulation sanguine. Le nerf oculo-moteur est soudé à la tumeur et en partie détruit. L'artère cérébrale supérieure du côté gauche, l'artère basilaire et la sylvienne présentent sur leur trajet des dilatations anévrysmales ainsi que la plupart des autres artères du corps. » M. Meyer vient également de communiquer à la Société de médecine de Strasbourg (2) un cas d'anévrysmes multiples des artères de moyen et petit calibre, trouvés à l'autopsie d'un sous-officier d'infanterie badoise, mort à 24 ans, un an après la contamination première.

Dans ces deux cas il s'agit de véritables dilatations anévrysmales survenues chez des syphilitiques. Le point de départ de la lésion a été l'endothélium. La multiplication cellulaire après avoir comprimé les éléments musculaires, a fini par les faire disparaître. Dès lors la pression sanguine n'a plus rencontré de résistance sérieuse que dans la membrane adventice qui s'est distendue en forme de sacs.

(1) Chvostek et Weischelbaum. *Allgem. Wien. Zeitung*, 1877, n° 28.

(2) *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 2, 1<sup>er</sup> février 1879, p. 24.



En résumé, vu la diversité des lésions et des opinions, nous croyons qu'il est permis de poser un point d'interrogation sur la spécificité de l'artérite dans la syphilis. Mais ce que nous devons admettre sans hésiter, c'est l'existence incontestable de lésions artérielles dans bon nombre de cas d'encéphalopathie syphilitique, que ces lésions soient dues à une inflammation chronique par propagation, ou bien à une prolifération gommeuse dans les tuniques interne et externe. En outre ce que nous devons retenir des altérations artérielles, c'est la gravité des lésions secondaires qu'elles déterminent; n'oublions pas que l'ischémie cérébrale et le ramollissement peuvent en être les conséquences.

A côté de ces lésions que nous venons de décrire, il est très fréquent dans les autopsies de rencontrer d'autres lésions qui ne sont que la conséquence des premières. Nous en avons déjà signalé quelques-unes dans le courant de ce chapitre; mais nous insistons sur ce fait parce que ces lésions consécutives en tant que réfractaires au traitement anti-syphilitique, tombent dans le domaine des lésions cérébrales vulgaires et nous savons que celles-ci sont permanentes et trop souvent mortelles.

On peut donc diviser en deux classes les lésions cérébrales de cause syphilitique.

La 1<sup>re</sup> comprendra les lésions que nous venons de décrire et qui sont directement produites par le virus spécifique: méningite scléreuse et gommeuse; gommès et sclérose de l'encéphale; artérite syphilitique. Nous les appellerons lésions *directes, primitives et spécifiques*.

La 2<sup>e</sup> classe renfermera les lésions qui ne sont que le résultat des premières et dont la syphilis n'est que la cause indirecte. C'est ainsi que la méningite scléreuse déterminera, par compression, des paralysies des nerfs de la base, des thromboses et du ramollissement de la substance corticale ou profonde; que les gommès produiront des phénomènes analogues de compression sur les filets nerveux et les vaisseaux; que ces mêmes gommès se substitueront au tissu cérébral et s'entoureront d'une zone inflammatoire de ramollissement; que l'arté-

rite syphilitique supprimant le cours du sang, amènera fatalement une nécrobiose encéphalique, etc....

La syphilis assurément n'est que la cause éloignée de ces lésions ; aussi les a-t-on nommées : lésions *indirectes*, *secondaires* et *vulgaires*.

On comprend de quelle importance est cette division pour le pronostic.



# TROISIÈME PARTIE

---

## SYMPTOMATOLOGIE

### OBSERVATION I

(Empruntée à la thèse de M. KUHN (1) et recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM, à l'hôpital Saint-Charles.)

*Convulsions épileptiformes ; hémiplegie incomplète ; troubles intellectuels ; carie sèche partielle du pariétal droit. — Guérison.*

H. L..., âgée de 57 ans, entre le 2 mai 1878 à l'hospice Saint-Charles, lit n° 6, salle Notre-Dame. Femme de bonne santé habituelle, mariée, sans enfants ; ne peut rien dire de ses parents, si ce n'est que son père a été paralysé pendant cinq ou six mois.

L'affection actuelle remonte à quatre ans : elle a débuté par de la céphalalgie frontale et pariétale, limitée au côté droit avec sensibilité cutanée excessive à ce niveau. De là les douleurs s'irradiaient vers la mâchoire supérieure et les dents ; croyant que celles-ci étaient la cause du mal, la patiente se décida, il y a deux ans, à s'en faire extirper cinq, mais cette opération ne fut suivie d'aucun soulagement.

Un an après le début de la maladie, survinrent des secousses convulsives, variables en durée (de quelques minutes à une heure), et commençant par l'œil gauche, la mâchoire, puis gagnant le bras gauche : chaque fois la face était tournée vers la droite.

(1) Dr Kuhn. *Des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis, en particulier dans certaines formes graves de cette affection.* Thèse de Nancy, 1878.

Pendant l'accès, elle allait et venait, cherchant tous les moyens de calmer ses souffrances ; les affusions d'eau froide lui réussissaient souvent.

Pendant un mois, ces accès revinrent trois ou quatre fois par jour, et ensuite trois ou quatre fois seulement par mois. Après chaque attaque le bras gauche conservait un certain degré de faiblesse.

Il y a deux ans, s'étant livrée à des actes déraisonnables, tels que vente d'objets nécessaires à son ménage et étant en proie à des hallucinations, la patiente fut placée à l'Asile de Maréville. Cette aberration dura encore quelque temps ; enfin elle quitta l'Asile neuf mois après son entrée et reprit ses occupations habituelles, quoique ses facultés fussent notablement affaiblies.

Il y a six mois, elle eut une attaque convulsive généralisée qui céda au bout de six heures à des affusions d'eau froide sur la face ; à la suite de cette attaque, elle resta paralysée du bras droit pendant quatre jours ; puis la mobilité reparut, mais très-faible.

Depuis trois mois, elle a des oublis fréquents ; depuis six semaines elle a dû renoncer à faire son petit ménage.

Enfin la dernière crise convulsive a eu lieu il y a six jours, laissant à sa suite une paralysie du bras gauche ; depuis deux jours seulement la malade garde le lit.

Pas d'autres troubles fonctionnels à noter.

3 mai 1878. — État actuel. Les traits de la face sont déviés à droite ; la langue dirige sa pointe vers la gauche. Les mouvements de la tête sont libres. Le bras gauche soulevé retombe ; les doigts sont infléchis et opposent une certaine raideur au redressement.

La sensibilité cutanée et des muqueuses est un peu obtuse du côté gauche.

Les mouvements s'exécutent bien dans les jambes ; la sensibilité y est conservée.

L'intelligence est nette.

Vers l'angle externe de réunion du pariétal droit au frontal, on constate une dépression au niveau de laquelle la peau a une teinte bleuâtre, ecchymotique. Cette dépression a l'étendue d'une pièce de deux francs, la peau est adhérente et sensible à la pression, dans une étendue de 4 à 5 centimètres tout autour.

La malade raconte que, il y a cinq ans, sans cause connue, s'est développée là une tumeur qui s'est ouverte spontanément pour donner issue à un liquide sanguinolent ; puis, après suppuration, la cicatrisation sous-crustacée s'est produite.

Traitement : iodure de potassium, 2 grammes.

4 mai. — Hier soir et une partie de la nuit, la malade a crié, a appelé du monde.

Ce matin, elle répond difficilement. La face est hébétée, les yeux entr'ouverts. Le bras gauche retombe lourdement ; la sensibilité existe partout.

La tumeur frontale est allongée d'avant en arrière ; elle est fluctuante au milieu et limitée par des bords déprimés. Une ponction capillaire donne issue à un sang noir, épais, en quantité. L'exploration avec le stylet apprend que le fond de la dépression est constitué par l'os dénudé et rugueux.

Iodure de potassium : 4 grammes. Friction avec onguent napolitain : 5 gr.

5 mai. — A pris hier ses 4 grammes d'iodure et a eu une friction avec 5 grammes d'onguent napolitain. La nuit a été bonne.

Ce matin, elle est plus éveillée ; elle parle spontanément, d'un ton larmoyant et s'attendrit facilement.

Nouvelle ponction donnant issue à du sang.

Le stylet rencontre l'os.

Iodure de potassium : 5 grammes.

6 mai. — La malade a crié hier soir (appelle, croit qu'on veut l'empoisonner). Ce matin, elle répond bien aux questions.

Aucune selle à la suite d'un lavement purgatif.

Iodure de potassium : 6 grammes. Friction avec onguent napolitain.

7 mai. — A fait hier sa deuxième friction. La malade fait tous les mouvements avec son bras gauche. La langue est toujours déviée.

La douleur de la tête est moindre.

A encore crié cette nuit en rêvant.

9 mai. — Se plaint de douleurs abdominales.

A eu sa troisième friction hier.

La mobilité est revenue. L'hémiplégie faciale semble moindre.

On supprime l'iodure de potassium, et on prescrit la potion suivante :

Éther sulfurique.....	2 grammes.
Eau de mélisse.....	100 —
Sirop diacode.....	30 —

10 mai. — On ordonne un bain savonneux et la quatrième friction.

11 mai. — L'hémiplégie faciale n'est presque plus apparente.

Les mouvements du bras sont revenus, mais la force est toujours diminuée.  
Iodure de potassium : 4 grammes.

12 mai. — La malade dit n'avoir plus aucune douleur de tête.

Friction et iodure de potassium.

13 mai. — La malade a eu hier des coliques et une dizaine de selles diarrhéiques. Elle ne sent plus de douleurs de tête, et on ne provoque plus de sensibilité douloureuse à la pression, au niveau de l'angle antérieur fronto-pariétal.

L'iodure de potassium est supprimé.

Potion avec extrait thébaïque : 0,05 centigrammes.

Cataplasme laudanisé sur le ventre.

14 mai. — Sixième friction sur les deux cuisses.

Potion d'extrait thébaïque avec extrait de raanthia : 4 grammes.

15 mai. — La potion est supprimée.

16 mai. — Continue à aller bien. Plus de douleur à la pression, à l'angle fronto-pariétal. La force musculaire est plus considérable.

Septième friction sur le ventre et la poitrine.

17 mai. — La malade se plaint, quand elle est levée, d'avoir des douleurs à la face antérieure de la jambe, jusqu'au genou. La douleur crânienne a complètement disparu, même à la pression.

18 mai. — Huitième friction sous les bras.

19 mai. — La malade se trouve très-bien. Elle affirme aujourd'hui que les convulsions commençaient du côté gauche de la face.

20 mai. — La malade a de la salivation.

Neuvième friction sur les deux jambes.

Gargarisme au chlorate de potasse : 8 grammes.

21 mai. — A pris du sulfate de soude (30 grammes) ce matin.

22 mai. — La malade se plaint de douleurs au niveau du poignet et du

cou-de-pied gauches; sensibilité à la pression au-dessous des deux malléoles et le long de la face interne du tibia; douleur aussi au coude gauche.

Dixième friction sur la face interne des deux cuisses.

24 mai. — Onzième friction sur le corps.

26 mai. — La malade continue à aller mieux; elle se sert parfaitement de sa main gauche, et peut serrer avec plus de force la main qu'on lui présente. Plus aucune douleur à la tête.

A l'angle fronto-pariétal droit, on sent toujours une surface rugueuse et déprimée, mais qui n'est plus douloureuse; l'épanchement sanguin ne s'est pas reproduit.

Elle exécute tous les mouvements avec la jambe gauche.

Depuis un an, la malade avait des douleurs le long de la crête antérieure du tibia gauche. Ces douleurs étaient continues. Un an auparavant déjà, elle sentait de temps en temps des douleurs allant du genou au cou-de-pied. Ces douleurs étaient plus fortes la nuit, surtout quand la malade suait. On ne sent pas d'hyperostoses.

27 mai. — Salivation assez abondante.

Douzième friction sur les bras.

La malade affirme que depuis quatre ans, c'est la première fois que les douleurs ont complètement disparu.

28 mai. — Bain de savon. On suspend les frictions.

29 mai. — Eau laxative de Vienne : 120 grammes.

31 mai. — A purgé hier; a eu une selle.

Lavement avec : séné, 20 grammes; eau, 200 grammes; sulfate de soude, 40 grammes.

1<sup>er</sup> juin. — N'a pas eu de selles après le lavement laxatif.

Eau-de-vie allemande : 40 grammes.

3 juin. — A eu des selles, par l'eau-de-vie allemande.

On reprend les frictions qui sont continuées jusqu'au 15 juin.

15 juin. — On cesse le traitement après la 18<sup>e</sup> friction. La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Avant de passer à l'examen des symptômes graves qu'a présentés cette malade, nous devons rechercher quelle est la cause qui a pu les

produire. Cette femme est-elle en puissance de diathèse syphilitique? Existe-t-il chez elle des commémoratifs de nature spécifique?

Malgré ses dénégations, malgré l'absence de traces de syphilides, nous croyons avoir à faire à une syphilitique et voici sur quoi nous nous appuyons. D'abord cette céphalalgie intense et continue; ces douleurs ostéocopes avec exacerbations nocturnes, s'irradiant le long du tibia et durant depuis un an; ces arthralgies du coude, du poignet et du cou-de-pied ne sont-elles pas l'apanage de la période tertiaire? Et puis cette tumeur qui s'est développée, il y a cinq ans, à l'angle fronto-pariétal droit, sans cause connue et qui s'est ouverte spontanément, ne fait-elle pas penser à une gomme ayant détruit le périoste et mis l'os à nu? Enfin l'amélioration progressive de l'état général qui va jusqu'à la disparition complète de tous les accidents, sous l'influence d'un traitement spécifique, ne confirme-t-elle pas notre manière de voir?

L'existence chez cette femme d'une diathèse syphilitique innée ou acquise est donc un fait établi. Il nous reste à démontrer quels rapports peuvent exister entre la syphilis et les symptômes observés.

L'affection débute il y a 4 ans par une céphalalgie limitée à la région fronto-pariétale droite; céphalalgie continue, intense, gravative, s'irradiant vers la mâchoire. La violence de la douleur est telle, que la malade espérant supprimer la cause du mal, demande l'extraction de cinq dents, fort inutilement, car la douleur persistait encore à son entrée à l'hôpital. Cette céphalalgie que nous retrouverons comme premier symptôme dans la plupart de nos observations, est un prodrome précieux; car si l'on fait intervenir en ce moment les antispécifiques, la céphalalgie disparaîtra, sinon elle se compliquera bientôt d'autres accidents plus graves. Elle n'est en effet qu'un signe avant-coureur, traduisant le travail pathologique qui préside à la prolifération cellulaire spécifique; prolifération qui tend d'après l'anatomie pathologique à une sclérose ou à une gomme. Chez notre malade l'extraction dentaire fut le seul traitement. Aussi voyons-nous éclater un an après le début



de la céphalée et comme symptômes secondaires des secousses convulsives, partielles, suivies de parésie du bras gauche. L'année suivante, outre ces accès, la malade tombe dans une déchéance intellectuelle telle qu'on est obligé de l'interner à Maréville, d'où elle sort neuf mois après incomplètement guérie. Six mois plus tard surviennent des convulsions généralisées avec oublis fréquents et de la tendance à la lypémanie. Enfin, six jours avant son entrée, c'est-à-dire quatre ans après l'apparition de la céphalalgie, la malade a une nouvelle attaque avec hémiplégié gauche persistante, limitée à la face et au bras.

Comment expliquer cette succession bizarre de phénomènes et leur marche progressive ? La présence d'une tumeur intra-crânienne peut seule nous permettre d'en donner une interprétation logique. De quelle tumeur s'agit-il ? D'une part l'absence de la teinte jaune paille, caractéristique de la diathèse cancéreuse nous fait éloigner toute idée d'une tumeur de cette nature ; d'autre part, d'après les commémoratifs que nous avons signalés, il est probable que nous avons affaire à une gomme située à droite dans la région fronto-pariétale, un de ses sièges de prédilection. Au reste, la guérison complète de tous les désordres, grâce au traitement antisypilitique, change cette probabilité en certitude.

C'est donc une gomme, peut-être une pachyméningite gommeuse contiguë à la lésion osseuse, qui a produit ce cortège de symptômes dont l'intensité graduelle correspond bien au développement graduel de la tumeur. Ce syphilôme a par sa présence irrité le tissu cérébral. Cette irritation s'est traduite par une épilepsie partielle, symptomatique, car l'épilepsie vraie n'attend pas pour faire son apparition que le sujet ait atteint l'âge de 53 ans. Les belles expériences physiologiques de Hitzig, et de D. Ferrier, vont nous permettre de localiser la gomme qui nous occupe ici. En effet, ces habiles expérimentateurs ont démontré que des contractions musculaires définies des yeux, de la face et des membres, sont associées à l'irritation de certaines zones circonscrites de la substance coruicale. Il existe ainsi des centres mo-

teurs périphériques situés dans la région frontale supérieure au voisinage de la scissure interhémisphérique d'un côté et du sillon de Rolando de l'autre. Notre gomme siège donc dans le cortex cérébral et dans les environs des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante. Sa présence a déterminé chez notre malade l'épilepsie partielle qui va nous arrêter quelques instants.

D'après Rendu et Gombault (1), l'épilepsie partielle reconnaît toujours pour cause une lésion organique de la région frontale. Dans le cas présent, cette forme particulière d'épilepsie débute par des mouvements convulsifs des muscles de l'œil, par du trismus ensuite et des mouvements cloniques du membre supérieur. Pendant que cette agitation se produit à gauche, la face se dévie à droite. En même temps la malade éprouve une violente douleur. Elle a conscience de son accès ; elle y assiste sans pouvoir l'éloigner. G. Sée a décrit, sous le nom de *petit mal auto-moteur*, une forme spéciale d'épilepsie essentielle. Cette variété, dans laquelle le malade rend parfaitement compte des sensations qu'il éprouve, offre de nombreuses ressemblances avec celle que nous observons. Mais il est à remarquer que l'épileptique *vrai* ne conserve aucune trace de l'orage qu'il a subi, tandis que notre *pseudo-épileptique* garde de sa crise une hémiplegie passagère limitée à la face et au bras gauche. C'est que chez le premier, il y a une simple névrose cérébro-spinale, tandis que chez la seconde il y a une lésion organique et une lésion qui va croissant de jour en jour. Aussi ne devons-nous pas être surpris de voir cette épilepsie se compliquer de désordres intellectuels graves, devenir générale de partielle qu'elle était, et finir par une hémiplegie toujours partielle, mais persistante. A l'irritation cérébrale correspond l'épilepsie partielle. A la lésion cérébrale correspond l'hémiplegie partielle. Celle-ci est en effet causée par la même lésion frontale que l'épilepsie ; il n'y a entre les deux lésions qu'une différence de profondeur. « De même que les phénomè-

(1) *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. VII. Rendu et Gombault.

nes d'excitation consécutifs à l'irritation expérimentale ou pathologique de certains groupes de circonvolutions donnent lieu à de l'épilepsie partielle, de même l'hémiplégie dépendante de cette cause est le plus ordinairement une monoplégie qui porte presque toujours sur le membre supérieur ou sur la face (1). » Chez notre femme, la paralysie du membre supérieur s'ajoute à celle de la face ; et, chose remarquable, ce sont les mêmes muscles qui sont affectés que dans l'épilepsie ; c'est pourquoi, puisque nous reconnaissons que la lésion est une, nous pensons qu'il nous est permis d'associer les deux symptômes fonctionnels et de leur donner un nom commun, celui d'épilepsie hémiplégique partielle par lésion corticale, d'origine syphilitique.

Pour combattre ces accidents, un traitement méthodique fut institué par M. le professeur Bernheim. Il consista en frictions avec 5 à 6 gr. d'onguent napolitain tous les deux jours. La malade prenait en outre de l'iodure de potassium chaque jour à la dose de 2 à 6 gr. ; enfin plusieurs purgatifs furent prescrits. Grâce à ce traitement, dont M. Schutzenberger est un des promoteurs, la malade se trouve mieux dès la 5<sup>e</sup> friction et elle sort complètement guérie après la 18<sup>e</sup>. Elle était restée à l'hôpital 42 jours seulement.

## OBSERVATION II

(Recueillie par M. GUÉRARD, au service de M. le professeur V. PARISOT, à l'hôpital Saint-Charles.)

*Ictus apoplectiforme suivi d'hémiplégie ; troubles intellectuels ; hémoptysie mêlée d'un pus verdâtre et fétide ; anesthésie de l'avant-bras droit, de l'annulaire et du petit doigt de la main droite. — Guérison.*

Le nommé P..., âgé de 33 ans, ouvrier poëlier, entre à l'hôpital Saint-Charles, salle Saint-Sébastien, n° 20, le 17 mai 1877.

Il se dit malade depuis environ deux mois, et bien portant auparavant. Il

(1) Rendu et Gombault (*Loc. cit.*)

ne peut donner que des renseignements fort peu précis, sa mémoire et son intelligence paraissant très-affaiblies. Les renseignements suivants nous ont été communiqués par le patron chez lequel il travaille : depuis le mois de mars dernier, le malade se plaignait de maux de tête très-fréquents, de névralgies siégeant dans différents endroits (dents, oreilles). Il est devenu inquiet, son caractère a changé ; il se préoccupait beaucoup d'une affaire qui l'appelait à Saint-Dié, pour laquelle, du reste, il fut condamné à trois mois de prison. La mémoire et l'intelligence étaient affaiblies. Il s'enivrait quelquefois, mais rarement ; le jour de Pâques, il rentra en état d'ivresse. Le mardi suivant, 3 avril, étonné de ne pas le voir, le fumiste, dont il habite la maison, va dans sa chambre et le trouve étendu dans son lit, sans connaissance, le visage fortement congestionné, les lèvres violettes et un peu d'écume à la bouche. De plus, la respiration est assez difficile, il ne répond pas aux questions ; quand on le soulève, sa tête est inerte ; il crie quand on lève ses membres du côté droit. Un médecin, appelé à 6 heures du soir, lui fait poser des sangsues sur le bras droit et derrière les oreilles. Le malade est ensuite revenu à lui. Consulté le lendemain de son attaque, il dit ne s'être souvenu de rien ; il s'est couché comme d'habitude et a compté les heures jusqu'à 3 heures du matin. A partir de ce moment, la mémoire lui fait complètement défaut.

Quelques jours après, il se lève ; mais il marche en fauchant de la jambe droite et ne se sert que difficilement de son bras droit. L'intelligence et la mémoire s'affaiblissent de plus en plus ; il ôte une de ses bottes et la remet continuellement. Seul dans sa chambre, il simule tous les actes de son métier sans accomplir aucun travail.

C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital. Il dit qu'il y a quelques années, il a éprouvé à Paris une attaque semblable, sur la date et la nature de laquelle, du reste, il ne peut donner aucun renseignement précis. Il y a six ans environ, le malade a eu plusieurs chancres à la verge ; le gland porte encore une cicatrice très-apparente ; quelques ganglions aux aînes ; ne s'est pas traité et ne se rappelle pas avoir eu d'accidents depuis cette époque.

17 mai. — État actuel : Urines et selles involontaires. Le visage du malade est hébété ; son intelligence et sa mémoire sont très-affaiblies ; cependant, il répond assez bien aux questions.

Pas de céphalalgie ; sommeil bon, pas de rêves.

La marche s'effectue assez facilement, même les yeux fermés ; seulement, il s'incline du côté gauche en traînant le côté droit. Il perçoit bien la nature du sol sur lequel il marche. Sensibilité intacte partout, excepté sur la face interne de l'avant-bras et à la main droite qu'il ne meut pas très-facilement. La force musculaire est diminuée dans la jambe et le bras droits. Pas de troubles trophiques.

Appétit, langue rouge et humide ; pas de nausées, ni de vomissements, pas de diarrhée. L'urine est émise involontairement, mais normale. Quelques sueurs nocturnes.

Tousse depuis environ un mois ; expectoration verdâtre très-peu abondante ; pas de dyspnée. Percussion et auscultation normales.

25 mai. — Même état depuis l'entrée. La température oscille autour de 37° ; P. 88 ; R. 24.

Traitement : iodure de potassium, 1 gr. par jour.

30 mai. — Même état. Hémoptysie subite assez abondante, mêlée d'un pus fétide et verdâtre ; haleine fétide. Rien à l'auscultation.

Biiodure de mercure, 1 centigr. par jour.

1<sup>er</sup> juin. — N'a plus craché ni sang, ni pus ; toux peu fréquente ; toujours rien à l'auscultation.

Même état général. L'intelligence semble un peu revenue ; moins d'urines involontaires. Le malade commence à appeler l'infirmier quand il a besoin ; assez d'appétit.

12 juin. — État général sensiblement amélioré ; plus d'urines, ni de selles involontaires. L'intelligence se rétablit ; la sensibilité commence à revenir dans l'avant-bras, mais elle est toujours presque nulle dans les deux derniers doigts de la main droite, qui se meuvent cependant en toute liberté.

20 juin. — État général satisfaisant. Le malade se lève ; marche assurée ; il ne traîne presque plus la jambe droite ; la force y est revenue, ainsi que dans la main. Intelligence rétablie. La sensibilité est toujours presque nulle dans les deux derniers doigts de la main droite.

28 juin. — Même état, appétit ; la sensibilité est beaucoup plus apparente aux deux derniers doigts de la main droite. Marche assurée ; la traînée de la jambe droite n'est presque plus apparente.

9 juillet. — Sensibilité et motilité rétablies en totalité. État général très-satisfaisant.

15 juillet. — Le malade sort de l'hôpital, guéri, pour aller faire ses trois mois de prison.

M. Guérard l'a revu dans le mois d'août de l'année suivante. La santé générale avait été très-satisfaisante et aucun autre symptôme n'était apparu, malgré l'absence de tout traitement.

Dans le cas actuel la diathèse syphilitique est suffisamment prouvée par les cicatrices apparentes que l'on aperçoit encore sur le gland, par l'engorgement des ganglions inguinaux et par les aveux du malade. Il aurait contracté, il y a 6 ans, plusieurs chancres qui ont disparu sans traitement. Aucun accident secondaire ne s'est montré et ce sont des accidents cérébraux qui ouvrent la marche de la maladie. Mais ces phénomènes cérébraux sont-ils tributaires de la syphilis, c'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Certes, si nous n'envisageons que l'ictus apoplectiforme suivi d'hémiplégie, abstraction faite des antécédents et des signes prodromiques, il nous serait impossible de nous prononcer en faveur de telle lésion plutôt que de telle autre. Tout ce qu'il nous serait permis de dire, c'est que nous aurions affaire à une hémorrhagie cérébrale ou à une embolie, supprimant brutalement la vie dans un certain département cérébral et remplaçant, dans la sphère de la motilité, l'activité musculaire par l'inertie. Ce processus pathologique s'appelle vulgairement *coup de sang* ou *apoplexie* dans la langue classique. Mais l'hémorrhagie cérébrale est le plus souvent la conséquence de la dégénérescence athéromateuse et l'athérome est une maladie de la vieillesse. Quant à l'embolie, elle peut survenir à tout âge, chez les rhumatisants, les cardiaques, et les individus dont le système vasculaire est intéressé par un traumatisme accidentel ou chirurgical. En outre, fait important à noter, l'apoplexie éclate dans ces deux cas sans prodrome. L'individu est sidéré à l'improviste, il tombe anéanti, privé de connaissance. Et

lorsqu'il sort de cet état il constate que certains segments de son corps n'obéissent plus à sa volonté.

Chez notre sujet l'ictus eut lieu d'une façon analogue puisque le malade, revenu à lui, n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Son maître le trouve sans connaissance, la face congestionnée, les lèvres cyanosées, couvertes d'écume, la respiration laborieuse et les membres dans une résolution complète. Le médecin lui-même, si nous jugeons d'après le traitement qu'il prescrivit, diagnostiqua un coup de sang. Il y avait certainement ici plus qu'une congestion, car le malade garde de cette attaque une hémiplégie persistante, au lieu que dans la congestion, même apoplectique, s'il survient des troubles de motilité, ceux-ci disparaissent dans l'espace de quelques heures.

Que conclure de là, c'est qu'il est impossible de déterminer la cause première de cette apoplexie hémiplegique, si l'on se borne à l'examen de l'attaque pendant sa période d'état, c'est qu'il n'y a là aucun symptôme pathognomonique. Il faut interroger les commémoratifs, l'âge du sujet et les prodromes de l'ictus, si l'on veut arriver à un diagnostic probable.

C'est un fait avéré que P. est syphilitique. Il n'a que 33 ans, ce qui éloigne l'idée d'athérome. Mais ce qu'il y a de plus important à noter, c'est que cet ictus a eu un *prologue*, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire. C'est d'abord la céphalalgie prémonitoire dont le malade se plaignait depuis un mois ; ensuite c'est l'affaiblissement notable de la mémoire et de l'intelligence. Ce dernier symptôme dénote déjà une lésion corticale des hémisphères et du lobe frontal, car c'est dans cette région que la physiologie a placé le siège de la mémoire et de l'intelligence.

De quelle nature est cette lésion ? Est-ce un hématome de la dure-mère ? Nous ne le pensons pas, puisque l'individu n'a pas d'habitudes alcooliques et qu'un traitement antisiphilitique amène la guérison. C'est encore moins une paralysie générale puisqu'il n'y a aucun tremblement fibrillaire. Il y a tout lieu de croire au contraire que la cause

de tous les accidents qu'a présentés notre malade, est un produit spécifique, consistant en un syphilôme diffus de la pie-mère ou de la substance grise. Ce pourrait être encore une gomme ; cependant la marche saccadée des symptômes ne répond pas à l'évolution graduelle d'une tumeur, de sorte que le nombre des probabilités diminue en faveur de cette dernière lésion. Mais que ce soit une gomme ou une infiltration gommeuse, nous pouvons dès maintenant rendre compte de la série de symptômes survenus chez ce malade.

Au début le syphilôme manifeste sa présence par de la céphalalgie ; plus tard les troubles de la mémoire et de l'intelligence surviennent : c'est que le syphilôme prolifère et atteint les parties de la substance grise qui sont en contact avec lui. Il ne respecte pas davantage les vaisseaux ; il détermine une artérite par compression ou par propagation. Et cette artérite, l'anatomie pathologique ne nous a-t-elle pas appris qu'elle pouvait devenir la cause d'un thrombose ? Alors s'explique notre ictus apoplectiforme paralytique.

Comme dans notre première observation cette hémiplégie est partielle : il n'y a que le membre supérieur et le membre inférieur qui soient atteints. De plus, elle est incomplète, toutes les puissances musculaires ne sont pas abolies ; le malade peut encore exécuter quelques mouvements avec les membres qui sont affectés. Une dernière particularité que présente cette hémiplégie, c'est l'anesthésie limitée à l'avant-bras droit, face interne, et à l'annulaire et au petit doigt de la main du même côté, anesthésie qui persiste assez longtemps.

Les troubles fonctionnels qui se manifestent à droite nous autorisent, d'une part, à conclure que la lésion organique siège à gauche ; d'autre part, l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence qui va croissant tant que la thérapeutique n'intervient pas, accuse une lésion corticale des hémisphères et très probablement du lobe frontal.

Bien que le cadre de notre sujet ne comporte que l'étude des symptômes cérébraux d'origine syphilitique, on nous pardonnera peut-être d'accorder une mention spéciale à un phénomène qui n'a aucun



point de relation avec l'organe des centres nerveux. Nous voulons parler de cette hémoptysie subite, assez abondante, mélangée d'un pus fétide et verdâtre, qui est survenue dans le cours de l'hémiplégie. Nous serions tenté d'admettre qu'il s'agit ici d'une gomme pulmonaire qui s'est abcédée et s'est ouvert ensuite un passage à travers les bronches. Il y avait assurément une lésion du poumon ; mais chose étrange cette lésion se dérobaît à l'auscultation comme à la percussion ; c'est à peine si elle se révélait par une toux légère et quelques sueurs nocturnes. Les travaux remarquables de Lagneau, Landrieux, Cornil, Malassez et Colomiatti sur la pneumopathie syphilitique, nous enseignent que les lésions du poumon consistent dans la sclérose et la gomme. Chez notre sujet, la coïncidence du syphilôme pulmonaire et du syphilôme cérébral est un fait assez curieux pour que nous ayons cru devoir le signaler.

Pour clore cette discussion, il nous reste à constater la disparition, au bout de 9 septenaires, de tous les désordres intellectuels, moteurs, sensitifs et pulmonaires, sous l'influence d'un traitement spécifique. C'est là un critérium qui fait une certitude des probabilités que nous avaient fournies les antécédents syphilitiques et l'âge du malade, 33 ans. L'hémiplégie actuelle est donc sous la dépendance de la syphilis cérébrale.

### OBSERVATION III

*Hémiplégie intermittente, côté droit, guérie une première fois par les frictions mercurielles. — Nouvelle hémiplégie plus persistante, à gauche, six mois après la première. — Guérison.*

(La première partie de cette observation a été communiquée à la Société de médecine le 29 mai 1878, par M. le professeur agrégé Bernheim. Nous devons la seconde partie, encore inédite, à la bienveillance de notre excellent maître.

X..., âgé de 20 ans, bien constitué et habituellement bien portant, contracta l'an dernier, à l'époque du carnaval, dans les premiers jours de février,

un chancre induré qui se compliqua de balano-posthite et de blennorrhagie. Celle-ci guérit rapidement ; la balanite chancreuse persista longtemps et durait encore lorsque, deux mois après, se montrèrent quelques plaques muqueuses dans la bouche, sur la langue, les lèvres et le voile. Je fis prendre à ce jeune homme trois pilules de sublimé par jour de un centigramme chacune : la balanite chancreuse guérit rapidement à la suite de l'administration de ces pilules dont le malade prit soixante. Vers Pâques apparut sur le front une couronne de syphilide papuleuse et quelques traces de roséole sur le tronc. Je prescrivis des frictions d'onguent napolitain, quatre grammes tous les deux jours, sur les diverses parties du corps, en recommandant de garder la chambre et de suivre un régime alimentaire modéré. Le malade fit 12 frictions, mais ne garda pas la chambre et conserva le même régime alimentaire. L'éruption secondaire disparut au bout d'un mois de traitement. Les frictions terminées, je lui fis prendre encore des pilules de sublimé, qu'il continua pendant 15 jours (il en prit 30) ; il eut de la salivation mercurielle qui résista longtemps aux gargarismes de chlorate de potasse et céda à l'application de poudre d'alun sur les gencives.

Tout semblait terminé. A partir de la fin de mai, toute manifestation spécifique était éteinte.

Le 19 janvier 1878, à onze heures et demie du matin, on vint m'appeler en toute hâte ; le jeune homme venait d'être frappé d'hémiplégie. Il avait passé la nuit avec un ami, s'était couché à minuit, après avoir bu quelques verres de bière, comme d'habitude ; il n'était pas ivre et n'avait pas commis d'excès. Il avait dormi toute la nuit, et, à 10 heures du matin, il était levé et s'habillait, lorsqu'il sentit un engourdissement dans le bras et la jambe droits auquel succéda, en quelques minutes, une paralysie complète.

Son ami le ramena dans sa famille en voiture. Je le trouvai la face déviée, les traits tirés notablement à gauche, la langue déviée à droite ; le bras et la jambe droits complètement paralysés, flasques, retombant comme des masses inertes ; la sensibilité est conservée parfaite dans les parties paralysées.

L'intelligence était nette, le malade avait assisté à cette hémiplégie ; la parole, un peu embarrassée par la parésie de la langue, était cependant nettement articulée ; il n'y avait pas d'aphasie ; ajoutons que le malade

n'avait jamais eu ni céphalalgie, ni vertiges. Je songeai immédiatement à une syphilis cérébrale ; je prescrivis pour la journée un lavement purgatif et un gramme d'iodure de potassium.

Je revins voir le malade vers quatre heures, et je trouvai avec une agréable surprise qu'il n'avait plus trace de paralysie ; j'appris qu'à midi et demi elle avait subitement disparu. Mais, chose singulière, elle s'était reproduite à deux reprises dans l'après-midi, complète, mais ne durant chaque fois que quelques minutes.

Le lendemain, je fais faire sur une des jambes une friction avec quatre grammes d'onguent napolitain, et je lui fais avaler deux grammes d'iodure de potassium. Le malade est levé et se promène dans la chambre. Mais dans la nuit suivante (du 20 au 21), il a un nouvel accès d'hémiplégie droite, complète au bras, incomplète à la jambe et qui dure environ une demi-heure.

Le 21, nouvelle friction : iodure de potassium, deux grammes ; rien de particulier ce jour. Le 22, troisième friction ; iodure de potassium, 2 gr. 50. Constipation depuis le 19.

Le 23, le malade prend le matin de l'eau de Sedlitz. A midi, après avoir pris un verre, il est frappé d'une nouvelle hémiplégie complète du côté droit, avec un certain degré d'aphasie ; le malade trouve les mots, mais a de la peine à les articuler ; sensibilité conservée ; cela dure une demi-heure.

Le soir, en se couchant, il sent un engourdissement simple dans le bras, qui disparaît par une simple friction avec la main et n'est pas suivi de paralysie. Mais à minuit il se réveille avec une nouvelle hémiplégie droite complète au bras, incomplète à la jambe qu'il peut un peu remuer, et avec une certaine difficulté de parler. Cela dure une heure. Le malade a fait sa quatrième friction dans la journée.

Le 24, va bien. Cinquième friction : iodure de potassium, 3 gr. 50. Le soir, à 11 heures, nouvelle attaque, comme les précédentes, avec cette différence que les membres ne recouvrent plus leur mobilité parfaite.

Le 25, à quatre heures du soir, je constate que le bras droit exécute tous les mouvements, mais avec bien moins de vigueur que le bras gauche. Mes mains placées dans les siennes, sont serrées bien plus fortement à gauche ; de plus, il marche en fauchant légèrement. La face n'est nullement déviée.

La parole est parfaite. Il y a une certaine tendance au sommeil. Depuis l'attaque d'hier soir jusqu'à cette heure, le malade a eu quatre ou cinq fois une reprise plus intense de la paralysie qui est toutefois restée incomplète et a duré environ une demi-heure; ces reprises se sont dissipées, mais non complètement laissant un affaiblissement dans les deux membres. Sixième friction; iodure : 3 gr. et demi.

Le 26, le malade ayant les gencives tuméfiées, je fais suspendre les frictions et continuer l'iodure de potassium à la dose de quatre grammes par jour.

Le 27 janvier, M. le professeur Herrgott voit le malade avec moi. Nous constatons que, depuis l'attaque du 25, il n'y en a plus eu de nouvelle, mais il est resté une certaine parésie du côté droit. Le jeune homme est levé et marche en fauchant légèrement; il peut exécuter tous les mouvements avec la main droite, mais avec très peu de force, et cette main est très maladroit; il ne peut pas écrire ni fermer de boutons. Les autres fonctions sont intactes. Nous décidons qu'après quelques jours de repos le malade sera remis aux frictions; une friction sera faite tous les deux jours seulement. Le malade continuera l'iodure de potassium à la dose de trois grammes. En outre, il sera astreint à un régime très sévère; température uniforme de la chambre; alimentation réduite au minimum, consistant en potage, œufs, très peu de viande.

Le 28 janvier, une bouteille de limonade purgative donne trois selles. Le 30, le malade a senti de nouveau de l'engourdissement dans le bras et la jambe et plus de difficulté à se mouvoir; il a senti aussi par moments des fourmillements dans les membres; mais cela se borne là. Depuis ce moment, la paralysie n'augmente plus sensiblement.

Le 31 janvier, on recommence la série des frictions qui est régulièrement continuée jusqu'au 17 mars, sauf une interruption de deux jours, après la 12<sup>e</sup> de cette série; le 17 mars, le malade prend la 22<sup>e</sup> friction de cette série; ce qui, avec les 6 frictions antérieures, fait en tout 28 frictions. A partir de la 18<sup>e</sup> friction, il a suivi un régime plus substantiel. Enfin, il continue l'iodure de potassium, à la dose de 3 grammes, jusqu'à la fin de mars.

A partir du 30 janvier aucun accident n'est plus venu troubler la marche rétrograde de la parésie. Vers la fin de février, le malade pouvait égale-

ment bien ses deux membres et pouvait écrire de la main droite un peu moins bien qu'auparavant. Malgré les frictions mercurielles répétées à haute dose, la gingivite, aidée par le chlorate de potasse resta modérée ; l'anémie, accentuée à la fin du traitement, guérit comme par enchantement, et depuis les premiers jours d'avril, notre jeune homme a repris ses occupations et son genre de vie habituel qu'aucun accident n'est venu déranger depuis ; il se sert absolument comme autrefois de sa main droite.

En résumé, moins d'un an après le chancre initial, 9 mois après les plaques muqueuses et l'éruption secondaire, accidents de syphilis cérébrale survenus sans préambule, caractérisés par des accès répétés [d'hémiplégie intermittente. Guérison à la suite d'un traitement méthodique par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

RÉCIDIVE. — La guérison n'était pas définitive ; il y eut une récurrence. Pendant tout l'été 1878, ce jeune homme alla assez bien, tout en conservant de l'anémie ; il fit le voyage de l'Exposition et ne songea plus à son mal. Toutefois, dans le courant de l'été, il me disait ressentir de temps en temps de l'engourdissement passager dans la main gauche ; je lui prescrivis de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes qu'il prit assez irrégulièrement.

Dans la journée du 14 novembre 1878, X... eut pendant un instant une perte de connaissance avec parésie du côté gauche. Cela se dissipa ; mais dans la nuit, vers onze heures, il sentit que le côté gauche de sa face devenait comme enflé et qu'il avait de la difficulté à parler. Il s'endormit cependant. Le lendemain, je constatai une hémiplégie faciale gauche très-accentuée avec déviation de la bouche et de la langue. Le membre supérieur gauche était un peu plus faible qu'auparavant ; mais le membre inférieur était indemne, et le malade marchait sans faucher. La parole était très-embarrassée et la déglutition des aliments solides presque impossible. Je prescrivis immédiatement les frictions mercurielles à la dose de 4 grammes, une friction tous les deux jours et 3 grammes d'iodure de potassium. Le lendemain, l'articulation des mots était encore plus difficile, le malade avalait avec beaucoup de peine les liquides ; les solides ne passaient pas. De plus, le bras gauche était notablement parésié, la jambe restait toujours intacte.

Au bout de 4 frictions, la déglutition était de nouveau possible ; la parésie

du bras avait disparu ; la déviation de la face et de la langue était moindre. Il n'y eut plus cette fois, comme la première, d'accès intermittents ; seulement, sous l'influence d'émotions morales, telles qu'un jour un accès de colère, l'articulation des mots devenait plus difficile ; la déviation de la face s'exagérait et la gêne des mouvements était plus marquée.

Le traitement put être suivi sans interruption ; il y eut peu de salivation ; de temps en temps, on suspendait un ou deux jours et on purgeait le malade. Le 14 décembre, il fit sa 12<sup>e</sup> friction. A cette époque, il pouvait être considéré comme guéri ; il fit encore 4 frictions ; et vers la fin de janvier, je prescrivis encore 6 nouvelles frictions.

Aujourd'hui, il ne ressent plus rien, si ce n'est de temps en temps, environ tous les 4 à 5 jours, une sensation de picotements ou de frémissement instantanés dans un côté ou l'autre de la face et dans le bras correspondant.

Pour prévenir toute récurrence, je recommande au malade une vie calme et régulière, un repos cérébral complet, un séjour de plusieurs semaines à la campagne. De plus, suivant les préceptes de M. Fournier (méthode des traitements successifs), je lui conseille de revenir tous les trois mois à un nouveau traitement consistant en 6 frictions faites en 12 jours, suivies pendant 25 jours d'absorption d'iodure de potassium, à la dose de 3 grammes par jour.

Les observations I et II nous ont déjà présenté deux formes différentes d'hémiplégie. La première forme est une hémiplégie *partielle* complète, liée à une épilepsie également partielle. La seconde est une hémiplégie partielle incomplète succédant à un ictus apoplectiforme. Voici une troisième forme très-originale, que nous appellerons une hémiplégie *intermittente*.

Cette dernière consiste dans une succession d'hémiplégies complètes de tout le côté droit, face, membre supérieur et membre inférieur, hémiplégies variables en durée, disparaissant pour reparaitre ensuite à des intervalles irréguliers. Pendant ces crises, le malade est en pleine connaissance ; il assiste à son attaque et en rend compte avec une précision remarquable. Au début, l'hémiplégie se dissipe comme par

enchantement, et ce jeune homme est tout surpris de recouvrer l'usage de ses membres. Plus tard, ces phénomènes sont moins éphémères ; ils laissent après eux une certaine parésie de la jambe et du bras droits ; l'intermittence fait place à la continuité. Le traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles, obtient un succès complet et non définitif, car, six mois après, une nouvelle hémiplégie limitée à la face, à la langue et au membre supérieur, fait soudainement son apparition ; cette hémiplégie est persistante. Cependant, les troubles paralytiques sont susceptibles de s'exagérer à la suite d'émotions ; cette fois, c'est le côté gauche qui est affecté au lieu du droit. La guérison complète est de nouveau obtenue après une série de 22 frictions.

Assurément, nous nous trouvons en présence d'une variété d'hémiplégie qui n'a rien de classique et dont l'interprétation est des plus complexes. Mauriac, qui en rapporte six cas, n'hésite pas à les rattacher à la syphilis cérébrale, et donne l'explication suivante des phénomènes d'intermittence : « Il croit à une tumeur spécifique repoussée par la boîte osseuse qui gêne son développement excentrique ; d'où compression de la substance cérébrale. Cette compression mécanique est soumise aux alternatives irrégulières que présente l'irrigation sanguine dans presque tous les produits pathologiques. De là, les crises fugaces et le retour rapide et complet à un fonctionnement normal des fonctions momentanément entravées dans leur action. Tout au plus, ajoute-t-il, doit-on supposer que l'irrigation sanguine est plus ou moins perturbée dans ces produits spécifiques. C'est par la surabondance des ondées qui envahissent leur gangue de tissu conjonctif, qu'ils sont momentanément opprimés. Mais le reflux succède au flux, et il lui succède d'ordinaire tant que le travail morbide ne fait pas passer la lésion de la phase vasculaire à la phase cellulaire (1) ». Ainsi, suivant le savant médecin de l'hôpital du Midi, l'intermittence résulterait d'une fluxion passagère

(1) Mauriac, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, année 1876.

des produits spécifiques, laquelle fluxion déterminerait, à son tour, des accidents non moins passagers de compression.

Mauriac, bien entendu, ne fait que des hypothèses qui paraissent être très-judicieuses. Cependant, dans le cas actuel, pouvons-nous nous baser sur les mêmes hypothèses pour arriver à l'intelligence des faits d'intermittence qu'a présentés le jeune homme dont nous avons rapporté l'histoire ? Oui et non. Nous nous expliquons.

Oui, nous nous rangeons à l'avis de Mauriac en acceptant que, chez notre sujet, il n'y a que des troubles circulatoires passagers et non une lésion désorganisatrice des centres moteurs qui président au fonctionnement des muscles de la face, de la langue et des membres supérieur et inférieur droits ou gauches. Mais où nous différons, c'est sur la lésion réelle qui a déterminé ces troubles circulatoires. La précocité des accidents cérébraux éclatant sans prodrome, neuf mois à peine après l'infection première, et surtout l'absence de céphalalgie ne nous permettent guère de songer à une exostose interne, à une gomme et même à une méningite hyperplasique. La céphalalgie prémonitoire n'a jamais manqué en pareille circonstance. L'hypothèse d'une encéphalite aiguë ne réunit guère plus de probabilités ; il n'y a eu ni fièvre, ni symptômes d'excitation cérébrale. En outre, l'âge du malade ne nous autorise pas à songer à un ramollissement.

Qu'elle peut donc être cette lésion ? Tout d'abord, nous accepterons, comme Mauriac, qu'elle est de cause syphilitique, eu égard aux antécédents du malade et aux deux verdicts rendus par le traitement spécifique.

Ceci admis, cette lésion est-elle fixe, permanente ? Rien ne s'y oppose. L'épilepsie symptomatique, toute intermittente qu'elle soit, ne relève-t-elle pas d'une tumeur fixe. Il y a donc, chez notre sujet, une lésion permanente, primitive et syphilitique, et l'hémiplégie intermittente n'en est que la conséquence. Si nous n'avons pu logiquement la supposer dans les os du crâne, dans les méninges et dans la substance cérébrale même, il nous reste un terrain précieux que nous n'avons



pas exploré jusqu'ici ; nous voulons parler des artères de l'encéphale. Il est incontestable, d'après les données anatomo-pathologiques, que l'on rencontre dans la diathèse syphilitique une lésion artérielle appelée endartérite par certains auteurs, et périartérite par d'autres.

Or, quelles sont les causes les plus communes de l'hémiplégie vulgaire ? Ou bien c'est une compression résultant d'une hémorrhagie ou d'une tumeur, qui paralyse l'énergie vitale des éléments nerveux ; ou bien c'est une anémie cérébrale, une nécrobiose, due à un thrombus ou à une embolie. Dans le cas présent, nous le répétons, il n'y a que suspension de la vitalité organique et pas de désorganisation. Nous avons déjà écarté la possibilité d'une tumeur gommeuse en raison de l'âge de la diathèse et de l'absence de prodromes. Nous ne pouvons davantage rattacher l'hémiplégie intermittente à une hémorrhagie, car celle-ci détermine des troubles fonctionnels persistants ; nous sommes donc réduits à accepter, comme cause de notre hémiplégie intermittente, une anémie passagère d'un certain département cérébral. Mais à quoi rattacher cette anémie momentanée qui n'est, en réalité, qu'un phénomène secondaire dérivant d'une lésion primitive ? Tel est le nœud de la question. Tout en restant dans le domaine hypothétique, nous nous prononcerons pour une artérite de nature syphilitique. En effet, il n'est pas impossible que, sous l'irritation du produit spécifique développé à l'intérieur ou à l'extérieur des parois artérielles, celles-ci, déjà épaissies, augmentent encore de volume par congestion des *vasa-vasorum* et des vaisseaux de nouvelle formation. Par le fait, le calibre de l'artère diminue, le sang éprouve de la difficulté à se frayer un passage et, à un moment donné, l'alimentation est insuffisante dans la partie de l'encéphale arrosée par ce vaisseau ; d'où ischémie cérébrale et paralysie temporaire proportionnée à la durée de l'imperméabilité artérielle. Cette fluxion finit par disparaître ; les ondées sanguines reprennent leur cours et tout rentre dans l'ordre physiologique normal, du moins au début des accidents. Si, dans la suite, il existe une certaine parésie qui ne disparaît point, rien d'étonnant, car les cellules

nerveuses s'émoussent chaque fois qu'elles sont privées de nutrition, et leur vitalité organique va diminuant.

Nous concluerons donc, en disant qu'il y a beaucoup de probabilités pour que ces phénomènes d'intermittence aient, pour cause indirecte, la syphilis, et, pour cause directe, une artérite de nature spécifique.

Il y a eu reproduction de l'hémiplégie, mais, cette fois, sans intermittence, six mois après la disparition de la première. Nous devons cependant faire observer que les troubles étaient capables de s'exagérer sous l'influence d'émotions morales; en outre, c'est la partie du corps restée vierge qui est atteinte. Que déduire de là, si ce n'est qu'il est survenu, dans un autre tronc artériel, une lésion analogue à celle que nous avons décrite, mais plus accentuée. De plus, le vaisseau affecté d'artérite irrigue un département cérébral opposé et symétrique au département compromis dans la première phase de la maladie.

Cette récurrence renferme aussi un enseignement précieux au point de vue du pronostic et du traitement. Le praticien devra craindre la récurrence des troubles paralytiques, par la simple raison que les artères elles-mêmes, charriant le sang altéré par le virus, sont susceptibles d'être affectées successivement; de sorte que, s'il abandonne le traitement pour quelque temps, il doit toujours se tenir prêt à intervenir.

De cette discussion, retenons ces trois faits importants: 1° la précocité de la syphilis cérébrale; 2° la difficulté d'un diagnostic, même hypothétique, en présence de symptômes aussi bizarres que ceux d'une hémiplégie intermittente; 3° le succès d'un traitement spécifique commencé à temps et conduit avec méthode et énergie.

A cette observation, nous en ajoutons une du même genre; M. le professeur-agrégé Spillmann a bien voulu nous en donner communication.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. SPILLMANN et recueillie dans le service de M. PARISOT par M. BIGNOT, interne).

*Hémiplégie droite intermittente. — Guérison par les frictions mercurielles.*

Le nommé R..., âgé de 27 ans, plâtrier, entre à l'hôpital Saint-Charles, le 27 janvier 1879, dans le service de M. Parisot. salle Saint-Sébastien, lit numéro 6.

Il se dit malade depuis le matin ; auparavant bien portant. Il n'accuse pas d'affections graves antérieures. Il prétend n'avoir jamais eu aucun accident syphilitique ; a été atteint, il y a quelques années, d'une blennorrhagie simple. Pas d'alcoolisme. A eu en Afrique des accès de fièvre intermittente, à type quotidien. Les derniers accès remontent à deux mois. Il raconte que ce matin, il s'est rendu à son travail comme d'habitude, et sans ressentir aucun malaise. Il veut monter à une échelle. A peine a-t-il franchi quelques échelons que son côté droit est subitement privé de mouvement et il tombe sur le sol. La sensibilité persiste, mais le côté droit de la face participe à l'hémiplégie et la langue se refuse à articuler la moindre parole. L'intelligence du malade est restée complètement intacte. Cet état a duré une demi-heure et alors la motilité a reparu dans le côté droit aussi rapidement qu'elle avait disparu. Le malade peut reprendre son travail. Le jour même, dans la soirée, répétition exacte des mêmes phénomènes, ce qui le décide à entrer aussitôt à l'hôpital. Pendant la nuit. même accès ; mais cette fois d'une plus longue durée, une heure environ.

30 janvier. — État actuel : Le malade est d'une forte constitution. Son intelligence est très-nette et il raconte ses accès d'hémiplégie avec les détails les plus circonstanciés. L'examen le plus attentif ne fait découvrir chez lui aucun accident syphilitique actuel ou ancien.

Actuellement, le côté droit n'offre aucun symptôme ; la nutrition des muscles n'est pas en souffrance ; la sensibilité et la motilité sont normales. La force est à peu près égale dans les deux membres supérieurs. Le cœur n'a pas augmenté de volume. Les bruits sont réguliers, normaux en intensité ; pas de souffle.

L'appétit est bon ; les selles sont régulières. Sommeil calme. Les forces sont conservées. Température normale.

Traitement : Iodure de potassium et pilules hydrargyriques.

2 février. — Depuis son entrée, le malade n'a eu aucun trouble, lorsque tout à coup, hier, à 11 heures du soir, il a été pris d'un accès et nous le retrouvons ce matin dans le même état.

Voici ce que nous observons : l'intelligence est très-nette. Le malade comprend bien les questions et y répond sans peine ; il trouve parfaitement les mots et n'a par conséquent pas d'aphasie. Pas de céphalalgie ; les pupilles sont égales ; les paupières sont parfaitement mobiles ; ni strabisme, ni diplopie.

La commissure labiale droite est déviée à gauche ; la gauche est fortement tirée de ce côté ; la langue est déviée à droite ; la parole est peu nette ; le malade ne peut facilement articuler ; il tourne la tête aussi facilement à droite qu'à gauche. Les mouvements de déglutition et la respiration s'exécutent normalement. La motilité est complètement abolie dans les membres du côté droit. Lorsqu'on les soulève, ils retombent lourdement sur le lit ; le malade ne peut leur imprimer le moindre mouvement. La sensibilité tactile et thermique est conservée. Pas de trouble dans la miction ni l'évacuation des selles.

Cet accès dure jusqu'à onze heures du matin ; puis tout disparaît subitement. Le malade conserve, pour la première fois, pendant toute la journée, une lassitude générale.

3 février. — Nouvel accès de 4 heures un quart à 5 heures et demie avec les mêmes symptômes. Nous assistons au retour des fonctions nerveuses ; à ce moment, le malade ressent dans les membres droits des fourmillements, de l'engourdissement et il peut aussitôt les mouvoir. La parole devient de nouveau facile. La déviation des commissures disparaît.

Traitement : frictions mercurielles avec 4 grammes d'onguent napolitain. Iodure de potassium.

7 février. — Les accès ne reparaissent plus : le malade peut se lever et marcher ; toutefois, la jambe droite glisse sur le sol et le bras du même côté reste immobile. La déviation de la commissure persiste encore à un faible degré. Le malade accuse des douleurs à la région mastoïdienne droite. Nous

n'observons pas d'autres symptômes. — Force au dynamomètre : différence de 10 degrés entre les deux mains.

15 février. — Les deux mains exercent la même pression au dynamomètre. C'est à peine si le pied droit traîne encore sur le sol.

On suspend les frictions mercurielles le 30 février et on continue l'iodure de potassium.

15 mars. — Le malade est guéri.

Nous n'entrerons pas dans les nombreuses considérations qu'a soulevées l'observation précédente. Nous admettons, de prime-abord, que la cause des phénomènes d'intermittence est le résultat d'une fluxion ou d'une anémie passagères. Que la lésion directe, cause de ces accidents, soit une exostose, une artérite, une tumeur gommeuse, peu importe.

Le fait sur lequel nous voulons appeler l'attention, c'est la difficulté de constituer l'étiologie de l'affection cérébrale : aucune trace de syphilis, pas d'athérôme, absence de lésions cardiaques. Une pareille incertitude fournit une présomption suffisante pour recourir à un traitement spécifique. Ne pas agir dans ce sens serait méconnaître le caractère original et protéiforme de la syphilis cérébrale ; ce serait se priver du seul critérium auquel on puisse faire appel ; enfin, ce serait enlever au malade la seule chance de salut qui lui reste. C'est ce qu'ont parfaitement compris MM. Parisot et Spillmann, en prescrivant les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

#### OBSERVATION V

(Empruntée à la thèse du Dr KURN, recueillie à l'hôpital Saint-Charles, dans le service de M. le professeur BERNHEIM).

*Paralysie du nerf moteur oculaire commun ; troubles cérébraux ; troubles moteurs.*

Le nommé M. A..., coiffeur, marié depuis 1873, sans enfant ; se présente

à la consultation de M. le professeur Bernheim, à l'hôpital Saint-Charles, le 16 mai 1878.

En 1871, le consultant avait contracté un chancre sans bubon : un mois après il eut des plaques muqueuses à l'anus. Il entra pour cela à l'hôpital militaire en Afrique et en sortit guéri au bout de 6 semaines. Trois semaines après sa sortie de l'hôpital survinrent des plaques à la gorge et à la langue. L'hiver 1873, il eut de nouveau des ulcérations à la gorge.

L'été dernier, pendant qu'il rasait un client, il eut une perte de connaissance déterminant une chute; nouvelle faiblesse le même jour, mais pas de convulsions. Deux mois après la vision commença à s'altérer.

Depuis le mois de novembre dernier la vision a diminué.

Actuellement, on constate une dilatation plus considérable de la pupille gauche; strabisme externe de l'œil gauche, avec impossibilité de le ramener vers le nez. Les mouvements en haut et en bas sont très bornés. Certain degré de blépharoptose.

Depuis quelques jours douleur au niveau du pariétal gauche.

Force motrice égale des deux côtés.

Quand le malade marche les yeux ouverts, il y a de l'incertitude, il écarte les jambes; un peu de titubation.

La commissure labiale est légèrement déviée à gauche.

Traitement : Chaque deux jours 30 grammes de sulfate de soude pendant 8 jours. Chaque jour 5 grammes d'iodure de potassium. Friction mercurielle tous les deux jours.

28 mai. — Le malade se présente aujourd'hui. Pendant huit jours il a fait un traitement préparatoire; a été purgé 3 fois; comme nourriture, il a pris de la soupe avec un peu de viande le matin, potage le soir. Pas de salivation. La douleur pariétale gauche a complètement disparu. L'état des yeux est le même. Marche mieux, a toujours une certaine impulsion vers le côté gauche.

13 juin. — A fait aujourd'hui sa 1<sup>re</sup> friction. N'a pas cessé de sortir depuis qu'il est en traitement; a de la salivation depuis la semaine dernière. Haleine fétide. La douleur de tête a disparu depuis la 4<sup>e</sup> friction; cette douleur avait duré trois semaines. Le malade avait une sensation de titubation vertigineuse depuis le mois de novembre; cette sensation a complètement dis-



paru ; il marche bien aujourd'hui ; l'écartement des jambes a disparu ; le malade peut courir, ce qu'il ne pouvait faire auparavant.

Toujours un peu de diplopie. Strabisme externe. Dilatation de la pupille qui ne peut être ramenée au-delà de la ligne médiane. Il y a de plus un peu de conjonctivite.

Gargarismes au chlorate de potasse (200 grammes). Purgatifs.

On prescrit au malade de continuer les frictions en lui recommandant expressément de garder la chambre et d'observer le régime indiqué.

Le malade fut revu huit jours après ; la diplopie avait disparu ; mais le régime prescrit n'ayant pas été suivi exactement, le traitement fut abandonné.

En somme, au bout de six semaines de traitement, le malade qui, au début, avait eu des troubles très accentués de la vision et de la marche, et qui en outre avait présenté des symptômes tels que, perte de connaissance et douleurs crâniennes, le malade, dis-je, s'est trouvé débarrassé de tous ces phénomènes inquiétants ; il ne persistait plus qu'un peu de strabisme avec de la dilatation pupillaire.

Les antécédents du malade établissent qu'il est en puissance du virus syphilitique depuis 1871.

Les symptômes principaux sont des troubles de la vision, une hémiplegie partielle de la face et une titubation vertigineuse qui rend la marche incertaine.

Les accidents visuels font diagnostiquer, à coup sûr, une paralysie du nerf oculo-moteur commun. Cette branche innerve les muscles droit interne, droit supérieur, droit inférieur, petit oblique, releveur de la paupière supérieure, sphincter de l'iris et le muscle ciliaire. Nous n'entrerons pas dans les considérations physiologiques qui rendent compte des principaux symptômes, résultant de la suppression de l'innervation dans ce groupe de muscles ; tels que le strabisme externe, la difficulté du globe oculaire de se mouvoir en haut et en bas autour du méridien, la diplopie, la mydriase et le ptosis de la paupière supérieure. Ce qu'il importe de faire remarquer ici, c'est que cette paralysie

de la 3<sup>e</sup> paire ne trahit pas la cause qui l'a produite. On la rencontre avec les mêmes désordres de la vision dans la méningite tuberculeuse, dans le rhumatisme cérébral, dans la méningo-encéphalite diffuse et principalement dans l'ataxie. Il serait superflu d'entamer une discussion tendant à prouver que notre sujet n'est atteint d'aucune de ces maladies : le fait est évident.

Cette paralysie est donc due à la syphilis cérébrale. Nous ajouterons qu'elle est très-fréquente et qu'elle décèle presque à coup sûr une origine spécifique. Telle est l'opinion de M. Alfred Fournier : « On peut dire sans exagération que les paralysies motrices de l'œil portent avec elles le cachet de la syphilis. » L'auteur rappelle en même temps le mot bien connu de M. Ricord : « Une paralysie oculaire, c'est en quelque sorte la signature de la vérole sur l'œil d'un malade (1). » Et quoi d'étrange ! N'avons-nous pas constaté que les environs de la selle turcique sont une sorte de lieu d'élection tant pour le syphilome de l'encéphale que pour le syphilome et la sclérose de ses enveloppes. Il est du reste facile de comprendre que le nerf oculo-moteur commun, émergeant du cerveau en avant du pont de Varole, entre les pédoncules cérébraux et gagnant l'orbite par le sinus caverneux et la fente sphénoïdale, est exposé dans ce long trajet, au contact des parois osseuses, à des accidents multiples de compression.

Chez notre malade, la paralysie de la 3<sup>e</sup> paire est-elle due à une compression osseuse, gommeuse ou bien à un étranglement scléreux ? C'est ce qu'il est difficile de préciser. Dans tous les cas l'affection est syphilitique, le traitement en fait foi. Nous admettrions cependant volontiers qu'il s'agit dans le cas présent d'une méningite scléreuse diffuse de la base, ce qui nous permettrait de donner une explication sinon certaine du moins probable des autres symptômes. Ainsi la déviation de la commissure labiale serait due à une altération partielle du nerf facial. Quant aux troubles moteurs ils seraient la conséquence

(1) A Fournier (*Loc. cit.*)



des désordres visuels. « Les conditions anormales des organes de la vision provoquent le désordre dans la coordination, accompagné de la sensation subjective du vertige... L'étourdissement accompagne le nystagmus. Dans les cas de paralysie oculo-motrice, par une maladie de la troisième paire, un des symptômes caractéristiques est l'étourdissement, ou le tourbillonnement qui envahit le malade lorsqu'il essaie de marcher d'un pas assuré dans une direction donnée, l'œil sain étant fermé (1). » Au reste chacun de nous n'a-t-il pas éprouvé, lorsqu'il fermait les yeux ou que la lumière était exclue, un certain degré d'incertitude et d'indécision, dans les adaptations motrices même les plus accoutumées et les plus automatiques.

Tous les accidents disparurent en grande partie, grâce aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium. Le malade ne garda qu'un léger strabisme avec dilatation pupillaire, très-probablement parce qu'il n'exécuta qu'imparfaitement les prescriptions qui lui furent ordonnées et qu'il abandonna trop tôt le traitement mercuriel. Ce reliquat pourrait également dépendre d'une organisation trop complète de la néoformation scléreuse dont la thérapeutique n'aurait eu qu'incomplètement raison.

#### OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le professeur BERNHEIM, à l'hôpital Saint-Charles, salle Saint-Charles, n° 8.)

*Affection des méninges et du cercelet. — Céphalalgie, hébétude, délire, titubation, mouvement de recul. — Syphilides papuleuses. — Eschares. — Guérison.*

Le nommé B. . . . , né à Nancy, demeurant à Malzéville, âgé de 31 ans, pêcheur, est amené à l'hôpital Saint-Charles le 22 novembre 1878.

(1) Ferrier. *Les fonctions du cerveau*, trad. de H. de Varigny, p. 89.

Les détails suivants sur les antécédents du malade nous sont fournis par une parente qui l'accompagnait.

Depuis un an, B... est séparé de sa femme et vit avec une concubine qui lui a transmis le virus syphilitique au mois de décembre 1877. Se serait soigné en prenant une centaine de pilules hydrargyriques.

Il aurait eu d'autres accidents que ceux qu'il présente à son entrée.

Depuis 15 jours le malade se plaint de céphalalgie générale plus intense au niveau du front et des tempes. Aurait eu du délire la nuit, ainsi que des cauchemars (faisait des contes).

Santé antérieure bonne, quelques habitudes alcooliques. Son père, devenu aliéné par suite d'excès de ce genre, serait mort en état d'ivresse, noyé dans la Meurthe en exerçant sa profession de pêcheur.

Depuis un mois environ, cette parente aurait remarqué des taches foncées sur tout le corps du malade. Elle s'était surtout aperçue que son intelligence était de plus en plus affaiblie, sa tristesse plus grande. La céphalalgie avait également augmenté. Il n'y aurait jamais eu ni tremblement, ni attaques épileptiformes.

État actuel. — 22 novembre. — Examiné à la salle de consultations, on constate l'état suivant : taille moyenne, constitution bonne ; fortement musclé. Paraît triste, hébété ; teint terreux ; abattement assez prononcé. Sa démarche est incertaine ; il ne s'approche de la table de la salle qu'avec hésitation et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La face présente un masque indifférent sur lequel on ne peut lire aucune idée. Pas de tremblement de la langue ni de déviation des traits.

Paresse du membre supérieur droit qui retombe plus lourdement que le gauche. Sensibilité conservée, un peu diminuée. Il faut enfoncer l'épingle assez profondément pour faire réagir le malade. Mutisme absolu ; ne demande pas à manger.

Grand nombre de papules disséminées sur tout le corps, rouge cuivré, disposées en forme circulaire et losangique ; discrètes par places (face, région antéro-externe du bras, jambes, cuisses), confluentes sur d'autres parties (dos, espace interscapulaire, région sacro-coccigienne). Ganglions cervicaux et inguinaux engorgés. L'éruption est symétrique, polymorphe et variée, papules, macules, avec disposition ombiliquée, en voie de desqua-

mation. Ulcération à la gorge, au pilier gauche. Papules et érosions multiples sur le gland. Cicatrice au frein avec induration à gauche dans le sillon balano-préputial.

Les organes des sens sont intacts ; pas d'iritis.

23 novembre. — T. s. 38,4. P. 64. Même état.

Traitement : friction sur les deux mollets avec onguent napolitain (4 gr.). Iodure de potassium, 1 gr.

24 novembre. — T. m. 37,2. P. 64 ; T. s. 38,6. P. 52.

Le pouls est régulier. Hier a eu lieu la première friction mercurielle. L'éruption persiste sur les membres supérieurs à leur face antéro-externe. Elle est confluyente principalement sur l'épaule droite. Il existe des syphilitides avec ulcérations sur le prépuce et le gland.

Urines involontaires. Même état de torpeur. Pupilles égales. Le malade ne parle pas, ne réclame pas de nourriture. Quand on le découvre, il se recouvre aussitôt ; il tient habituellement les mains dans son lit et ne fait aucun mouvement. Pas de contractions. Quand on lui demande quel est l'état de sa santé, il répond invariablement : « Cela ne va pas. » On ne peut obtenir d'autres réponses.

Il remue également les deux membres inférieurs et supérieurs. Les mouvements réflexes existent ; la sensibilité persiste. Il se tient difficilement debout, titube et tomberait si on ne prévenait la chute ; il rejette la tête en arrière, et quand on veut le faire marcher, il est comme attiré en arrière par le poids de son corps et subit un mouvement de recul, une sorte de rétropulsion irrésistible. Si on ne le retenait il tomberait sur le dos. Pour le faire marcher en avant, il faut l'entraîner. Il se soutient instinctivement à la barre du lit pour ne pas tomber. Il regarde, les yeux fixes et effarés. Quand on l'interroge, il répond par monosyllabes, oui et non. Abandonné à lui-même, il s'endort facilement.

2<sup>e</sup> friction mercurielle sur les cuisses (5 gr. d'onguent napolitain). Potion avec iodure de potassium, 2 gr., eau, 100 gr., sirop d'écorce d'orange, 30 gr.

25 novembre. — T. m. 36,8. P. 58 ; T. s. 38,2. P. 72.

Diaphorèse abondante hier soir ; on a remarqué des secousses dans les membres supérieurs et inférieurs. Le malade a déliré et chanté pendant la nuit. Pupille droite mieux contractée que la gauche.

3<sup>e</sup> friction mercurielle sur les bras.

Iodure de potassium : 2 grammes.

26 novembre. — T. m. 36,2. P. 64; T. s. 38,2. P. 64.

Le malade a commencé à parler hier soir. Il boit seul. Il accuse du mieux. Il tire la langue sans tremblement et répond mieux aux questions. Il dit qu'il a mal à la tête et montre les tempes comme siège de la douleur. Il indique exactement le nombre des doigts qu'on lui fait voir.

Un peu de salivation et léger gonflement des gencives. Urines et selles involontaires. La face est moins indifférente. Même état des taches. Ses mains sont agitées. Sommeil calme.

On a suspendu les frictions mercurielles à cause de la salivation.

Chlorate de potasse et poudre d'alun.

Lavement purgatif avec séné et sulfate de soude.

27 novembre. — T. m. 37,8. P. 104; T. s. 38,4. P. 100.

Le malade a déliré pendant la nuit. Urines et selles involontaires. Les syphilides semblent avoir légèrement pâli, en avant et en arrière. Commencement d'eschares au sacrum. Il répond nettement, mange seul et s'assied lui-même dans son lit. La céphalalgie a disparu. Ne peut encore se tenir seul debout. La titubation et le mouvement de recul persistent. Il n'y a pas d'ataxie, le malade jette bien les jambes sur le sol. Il boutonne seul son habit. Il peut faire deux ou trois pas en avant, puis revient en arrière sans tomber. Dans cette marche rétrograde les mouvements des jambes sont rythmés. La sensibilité est conservée. Vision nette; pupilles égales et dilatées. Le malade peut mieux serrer avec la main gauche qu'avec la droite.

4<sup>e</sup> friction mercurielle sur le côté gauche du thorax.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

28 novembre. — T. m. 37,2. P. 88; T. s. 38,8. P. 108.

Le malade a été agité pendant la nuit. Il se plaignait et se retournait fréquemment dans son lit. A voulu battre l'infirmier. Même état des pupilles. Répond nettement aux questions, par monosyllabes et après quelques instants d'hésitation. Accuse du vertige et de la céphalalgie à la région temporale gauche. Urines et selles involontaires.

5<sup>e</sup> friction sur le côté droit du thorax.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

29 novembre. — T. m. 38,2. P. 104 ; T. s. 38. P. 116.

Le malade mange seul. Il est levé lors de la visite. Commence à se tenir debout, mais difficilement encore. Même mouvement de recul ; intelligence plus nette.

Il se livre à l'onanisme sans honte et avec une sorte de rage, au point que l'infirmier lui applique quelques poignées de neige sur la partie génitale. Par là s'expliquent les secousses des membres remarquées dans la journée du 24 et l'agitation des mains, signalée le 25.

Lavement purgatif avec séné et sulfate de soude.

30 novembre. — T. m. 37,6. P. 96 ; T. s. 39,8. P. 120.

Le lavement purgatif a produit plusieurs selles involontaires. On aperçoit quelques excoriations superficielles à la fesse droite. Le malade répond aux questions avec plus de précision. Il indique toujours comme siège de la céphalalgie, les régions frontales et temporales. N'a pas de vertige quand il est au lit. Il reste assis sur une chaise, tranquille et triste. Il a encore le regard un peu fixe. Il se lève difficilement à cause de la douleur causée par les eschares. Se tient debout et marche seul d'un pas incertain, mais sans rétropulsion. De temps en temps il trébuche. Il se retourne et marche plusieurs minutes sans difficulté ni vertige. Il ne se rappelle point qu'il ne pouvait pas avancer, il y a deux jours. On parvient cependant à lui faire souvenir qu'il marchait à reculons.

6<sup>e</sup> friction sur les bras.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

1<sup>er</sup> décembre. — T. m. 37,8. P. 116 ; T. s. 39,8. P. 109.

Selles et urines toujours involontaires. La nuit a été calme. Le malade comprend toutes les questions ; il répond tristement mais avec justesse. La langue est un peu sèche. Soif vive, bon appétit. Il accuse avoir l'habitude de boire 1 litre de vin par jour et de l'eau-de-vie pour cinq à six sous.

Il a pu descendre hier les escaliers sans difficulté. Les eschares tendent à s'étendre par suite des urines involontaires.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

2 décembre. — T. m. 38,4. P. 124 ; T. s. 38,8. P. 112.

7<sup>e</sup> friction sur les deux mollets.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

3 décembre. — T. m. 38,1. P. 120; T. s. 39. P. 124.

Selles et urines involontaires. Le malade est calme et ne parle pas spontanément. Il reste indifférent. Pupilles dilatées. Dit aujourd'hui que quand il est dehors, il sent sa tête tourner. Quand on lui demande où il a mal, il indique la région sacrée où se trouvent les eschares. Boulimie.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

4 décembre. — T. m. 38,2. P. 116; T. s. 38,2. P. 127.

La fièvre persiste. Selles et urines involontaires. Eschares nombreuses. La peau est éraillée et comme déchiquetée dans toute la région fessière.

Face toujours hébétée.

Bain tiède (durée : 1 heure).

Sulfate de quinine : 1 gr. 50.

5 décembre. — T. m. 37,3. P. 87; T. s. 38. P. 115.

Selles et urines involontaires. Même état mental. A eu une faiblesse au sortir du bain.

8<sup>e</sup> friction mercurielle sur le côté droit du thorax.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

6 décembre. — T. m. 37,3. P. 82; T. s. 38,2. P. 92.

Le malade n'a eu ni selles ni urines involontaires. Langue toujours sèche. L'éruption pâlit.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

7 décembre. — T. m. 37,5. P. 96; T. s. 37,8. P. 96.

Plus de selles involontaires. Urines spontanées. Le malade dort bien. Dit ne pas voir de bêtes ni de choses extraordinaires pendant son sommeil.

9<sup>e</sup> friction. sur le côté gauche du thorax.

Iodure de potassium ; 2 gr. 50.

8 décembre. — T. m. 36,5. P. 80; T. s. 37,9. P. 70.

Le malade continue à mieux aller. La fièvre est tombée.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

9 décembre. — T. m. 37,4. P. 88; T. s. 37,6. P. 75.

Plus de trouble dans la miction ni la défécation. Eschares aux fesses, au grand trochanter. Au côté droit du sacrum, il en existe une plus profonde, ayant la dimension d'une pièce de 5 francs. Autour de cette eschare, il y a une éraillure du derme large comme la main.

10° friction sur les deux mollets.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

Pommade au tannate de plomb. Matelas à eau.

10 décembre. — T. m. 37,2. P. 84 ; T. s. 37,5. P. 84.

Les eschares ont un meilleur aspect que la veille.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

11 décembre. — T. m. 37,4. P. 75 ; T. s. 37,5. P. 100.

Langue moins sèche. Appétit très-vif. Un peu d'urine involontaire.

11° friction sur le côté droit du thorax.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

12 décembre. — T. m. 37,3. P. 76 ; T. s. 37,6. P. 76.

Une selle involontaire. Intelligence plus nette.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

13 décembre. — T. m. 37,7. P. 80 ; T. s. 38. P. 94.

Ni selles ni urines involontaires.

12° friction sur les deux bras.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

14 décembre. — T. m. 37. P. 80 ; T. s. 37,2. P. 92.

De nouveau selles et urines involontaires.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

15 décembre. — T. m. 37. P. 76 ; T. s. 37,8. P. 86.

Une selle involontaire. Le malade crache contre le mur et ne tient pas compte des remontrances. L'eschare du sacrum mesure 6 centimètres de hauteur sur 4 de largeur ; celle du grand trochanter a 4 centimètres de diamètre. Elles sont en voie de guérison.

13° friction sur les deux mollets.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

16 décembre. — T. m. 37,2. P. 88 ; T. s. 37,4. P. 80.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

17 décembre. — T. m. 36,5. P. 84 ; T. s. 37,4. P. 95.

Encore quelques troubles passagers dans la miction et la défécation. Pas de délire. Intelligence très-nette.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

18 décembre. — T. m. 37. P. 68 ; T. s. 37. P. 80.

Urines volontaires. A éprouvé le besoin d'aller aux cabinets ; mais n'a pu arriver à temps.

14<sup>e</sup> friction sur le côté gauche du thorax.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

19 décembre. — T. m. 36,2. P. 60 ; T. s. 37. P. 84.

Selles et urines volontaires. Les eschares sont en bonne voie de cicatrisation.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

20 décembre. — T. m. 36,8. P. 72 ; T. s. 38. P. 84.

Craint les réprimandes. Réponses très-exactes.

15<sup>e</sup> friction sur le côté droit du thorax.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

21 décembre. — T. m. 37,2. P. 76 ; T. s. 38. P. 110.

A eu une faiblesse près du poêle de la salle. L'eschare du grand trochanter est guérie ; celle du sacrum est comblée par les boutons charnus.

22 décembre. — T. m. 36,4. P. 60 ; T. s. 37. p. 88.

Aide l'infirmier à faire le service. Il y a dans la salle un ancien peintre atteint d'encéphalopathie saturnine. Notre malade conduit « ce fou », comme il l'appelle. Il n'a pas souvenance qu'il s'est trouvé dans un état mental analogue.

16<sup>e</sup> friction sur les deux mollets.

23 décembre. — T. m. 37. P. 80 ; T. s. 37. P. 76.

Les fonctions intellectuelles et physiques s'accomplissent normalement. Le malade lit le journal, se promène dans la salle et cause avec ses voisins.

Iodure de potassium : 2 gr. 50.

24 décembre. — T. m. 36,4. P. 80. T. s. 37,8. P. 96.

17<sup>e</sup> friction sur le côté droit du thorax.

Iodure de potassium : 3 gr.

25 décembre. — T. m. 37. P. 92 ; T. s. 37,8. P. 80.

Iodure de potassium : 3 gr.

26 décembre. — T. m. 37,8. P. 80 ; T. s. 38,6. P. 100.

Le malade a eu une selle diarrhéique.

18<sup>e</sup> friction sur le côté gauche du thorax

Iodure de potassium : 3 gr.



27 décembre. — T. m. 37. P. 72; T. s. 37,8. P. 92.

Iodure de potassium : 3 grammes.

28 décembre. — T. m. 37. P. 80; T. s. 37,8. P. 84.

19<sup>e</sup> friction sur les deux mollets.

Iodure de potassium : 3 grammes.

29 décembre. — T. m. 37,8. P. 80; T. s. 37,9. P. 92.

Iodure de potassium : 3 grammes.

30 décembre. — T. m. 37,4. P. 82; T. s. 37,8. P. 92.

20<sup>e</sup> friction sur les deux bras.

Iodure de potassium : 3 grammes.

31 décembre. — T. m. 37,8. P. 80; T. s. 37,8. P. 96.

L'eschare du sacrum est presque complètement cicatrisée.

Iodure de potassium : 3 grammes.

1<sup>er</sup> janvier 1879. — T. m. 37. P. 80; T. s. 37,2. P. 88.

Le malade continue à bien aller. N'a plus ni céphalalgie ni vertige. Reste debout toute la journée.

21<sup>e</sup> friction sur les deux mollets.

Iodure de potassium : 3 grammes.

2 janvier. — T. m. 37,2. P. 88; T. s. 37,6. P. 100.

Iodure de potassium : 3 grammes.

3 janvier. — T. m. 37,8. P. 96; T. s. 37,8. P. 92.

Le malade se plaint de coryza. Les ailes du nez sont rouges. On remarque en outre sur la face une poussée de bouton d'acné. L'iodure de potassium est suspendu.

22<sup>e</sup> friction sur les deux bras.

4 janvier. — T. m. 37,4. P. 92; T. s. 37,8. P. 92.

5 janvier. — T. m. 37,4. P. 90; T. s. 37,6. P. 84.

23<sup>e</sup> friction sur les deux mollets.

6 janvier. — T. m. 37. P. 82; T. s. 37,6. P. 84.

7 janvier. — T. m. 37,6. P. 80; T. s. 37,8. P. 82.

On suspend les frictions mercurielles, bien qu'il n'y ait pas de salivation, et on reprend l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes.

Les taches ont considérablement pâli. L'eschare principale touche à sa fin. Des macules rougeâtres remplacent les anciennes plaies.

11 janvier. — Le malade quitte l'hôpital bien portant. Il n'éprouve plus ni vertige ni douleur de tête. Il marche très-bien ; cause raisonnablement. L'éruption est à peine reconnaissable.

18 janvier. — M. Hippolyte, interne du service, revoit le malade. Il se trouve bien et se dit aussi fort qu'au paravant. A continué à prendre jusqu'à ce jour de l'iodure de potassium. Il exerce de nouveau son métier de pêcheur.

Sa concubine se trouve actuellement à la maison de secours. Elle présente comme accidents syphilitiques secondaires, des pustules d'ecthyma sur les cuisses.

Vu la longueur de cette observation, nous résumons les principaux symptômes qui ont dominé la scène pathologique, avant de passer au diagnostic différentiel.

Il y a environ un an que B. a été infecté. Il a pris comme traitement des pilules hydrargyriques? Il a des habitudes alcooliques. Il est fortement musclé et de bonne constitution.

On constate, à son entrée, une éruption papuleuse, teinte maigre de jambon, discrète par places, confluyente par d'autres et généralisée à tout le corps ; un engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux ; des papules et érosions multiples sur le gland et le prépuce, avec une induration cicatricielle dans le sillon balano-préputial, enfin une ulcération à la gorge.

Quinze jours avant son arrivée, il se plaignait d'une céphalalgie persistante au front et aux tempes. Il avait de l'insomnie, délirait (faisait des contes). En même temps ses facultés intellectuelles baissaient presque subitement. Il se présente à la salle de consultations avec un air hébété et une figure indifférente, sans expression aucune. Il se renferme dans un mutisme absolu. Il existe une certaine parésie du bras droit. La sensibilité est légèrement diminuée.

Debout, le malade titube. Il subit un mouvement irrésistible de rétropulsion et de recul. De plus, il est gâteux. Ajoutons à cela des eschares nombreuses et profondes.

DISCUSSION. — S'agit-il ici d'une affection mentale simple, telle que la lypémanie ou la démence? Il est vrai que chez notre sujet il y a absence d'idées et d'idéation, ou démence complète; mais les déments marchent très bien et ce n'est pas le cas de notre malade, dont la locomotion est profondément troublée. Est-ce alors une démence paralytique, autrement dit, une paralysie générale ou méningo-encéphalite diffuse? Non, car le début de cette maladie n'est pas aussi brusque, bien qu'il puisse survenir un accès de démence aiguë concomitante. La paralysie générale n'entraîne pas si rapidement ni si nettement ce vertige et ces désordres graves du système locomoteur. En outre, dès le début de cette forme de paralysie il se produit un tremblement fibrillaire généralisé, à la tête, aux mains, à la langue, aux membres inférieurs. Cette caractéristique fait complètement défaut chez notre sujet. On peut donc écarter l'aliénation mentale avec ou sans paralysie.

Est-ce l'ataxie locomotrice qui est en cause? Pas davantage. Quand on fait lever le malade, on constate à la vérité qu'il est en équilibre instable; il ressemble à un homme ivre, il titube. Mais il ne présente pas les phénomènes principaux que Charcot a signalés dans la sclérose des cordons postérieurs de la moelle; il n'éprouve pas la sensation cottonneuse; il ne projette pas ses pieds en avant sans mesure et sans cadence. Au contraire, il rejette son corps en arrière et est entraîné dans le même sens. Il subit un mouvement de recul, mais cette marche à reculons est parfaitement rythmée, coordonnée. Ces phénomènes ne varient pas si on lui ferme les yeux. Autre raison, les ataxiques sont sains d'esprit et notre malade est dans une déchéance intellectuelle profonde. Ce n'est donc pas de l'ataxie locomotrice.

Pendant il est incontestable que nous avons affaire à une affection organique de l'encéphale. Quelle peut en être la cause productive?

Si nous consultons les antécédents du malade, nous ne pouvons accuser que l'alcoolisme ou la syphilis.

Est-ce l'alcoolisme? L'abus des spiritueux peut amener une mé-

ningite chronique, à évolution lente, caractérisée par de l'abrutissement, du tremblement des mains et de la langue et une espèce de paralysie générale. Ce n'est pas en présence de cette affection que nous nous trouvons, car chez B. le début a été brusque et la maladie rapide ; en outre on n'a jamais constaté d'accès de delirium tremens.

Est-ce une pachyméningite hémorragique ? Il est admis que cette maladie est presque toujours d'origine alcoolique. Elle consiste dans la production de fausses membranes qui se développent entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétal, au niveau de la convexité des hémisphères. Ces pseudo-membranes sont stratifiées, très-vasculaires et donnent facilement lieu à des hémorragies. L'hématome de la dure-mère peut rester à l'état latent, à part la céphalalgie, et ce n'est que postérieurement que les accidents de dépression surviennent. Ce qui élimine ici la pachyméningite, c'est : 1° le mouvement de recul du malade ; 2° la syphilis. En effet, l'étiologie alcoolique est plus mal établie que l'étiologie syphilitique. Et puis on ne connaît pas d'exemple de pachyméningite avec ce mouvement de recul. Car dans le cas de pachyméningite, il y a compression de la convexité du cerveau ; d'où résulte un affaiblissement général dans la motilité, mais sans rétro-pulsion et sans titubation. D'autre part, on sait que dans les lésions du cervelet on observe souvent cette démarche titubante avec vertige qui entraîne le malade d'un côté ou de l'autre ; c'est ce que Duchenne, de Boulogne, a appelé *titubation cérébelleuse*. En outre les expériences physiologiques de Flourens et de Wagner ont démontré que si l'on fait une incision dans le *vermis inferior* du cervelet d'un animal, celui-ci tombe en avant ; c'est le contraire qui se produit si on incise le *vermis superior*.

S'il existe, chez notre malade, une lésion du cervelet, ce qui est fort probable, bien qu'on n'ait rencontré ni diplopie ni névralgie occipitale, symptômes assez fréquents des affections cérébelleuses, elle ne consiste donc pas dans une pachyméningite alcoolique. Celle-ci est très-rare au niveau du cervelet, son siège de prédilection étant la convexité des

hémisphères. Nous pouvons cependant faire une part à l'alcoolisme dans la production des accidents cérébraux. Ne serait-ce pas lui qui, par les excitations qu'il détermine dans le cerveau, aurait préparé un terrain propice au développement du produit spécifique? Il aurait été ainsi une cause adjuvante et non déterminante.

En conséquence, nous sommes forcé d'admettre que la vraie cause de cette encéphalopathie est la syphilis et qu'il s'agit ici d'une syphilis cérébrale. Reste à indiquer le siège des lésions et leur forme anatomique.

Le cervelet est sans doute atteint; mais il n'est pas le siège des facultés mentales; il faut donc qu'il y ait une autre lésion intéressant la couche corticale des hémisphères où la physiologie a placé les centres intellectuels. Encore cette lésion des hémisphères doit-elle être diffuse et tout à fait superficielle, car il n'y a chez notre malade ni aphasie, ni hémiplegie, c'est à peine si l'on a pu constater une légère parésie du membre supérieur droit. Il est donc à peu près certain que dans le cas actuel, l'encéphalopathie syphilitique consiste premièrement dans une méningite hyperplasique diffuse de la pie-mère et intéressant la couche corticale des hémisphères par voie de contiguïté; et secondement dans un foyer de même nature siégeant au niveau du *vermis superior*. De la méningite spécifique dérivent les désordres intellectuels, les troubles de la miction et de la défécation; du foyer cérébelleux dérivent la titubation, le mouvement de recul et peut-être aussi l'excitation génitale que certains physiologistes placent dans le cervelet.

Nous devons attirer l'attention sur la précocité des accidents cérébraux qui font leur apparition onze mois après la contamination primitive. C'est en nous appuyant sur cette précocité que nous avons admis une lésion cérébrale de nature inflammatoire, hyperplasique, de préférence à des tumeurs gommeuses dont l'évolution est plus tardive et appartient à la période tertiaire.

Nous n'insisterons pas sur les eschares dont le thermomètre nous avait dénoncé la production. Elles étaient dues au décubitus dorsal non

moins qu'au séjour du malade dans une malpropreté dont il était inconscient. Peut-être aussi que le virus spécifique n'était pas complètement étranger à leur développement. Le sulfate de quinine régularisa la température, et sous l'influence du traitement général, l'hygiène aidant, les pertes de substance furent vite réparées.

S'il nous restait encore des doutes sur le diagnostic de syphilis cérébrale, l'efficacité du traitement spécifique suffirait à les lever. Le malade fut soumis aux frictions mercurielles répétées chaque deux jours et prit journallement de l'iodure de potassium à doses croissantes, depuis 1 gramme jusqu'à 3. Dès la 6<sup>e</sup> friction, le mouvement de recul avait disparu ; l'intelligence était plus nette. Le mieux alla s'accroissant et le malade était complètement guéri de sa syphilis cérébrale, après une série de 23 frictions. Nous ferons observer qu'aucun accident mercuriel n'apparut dans le cours du traitement, si ce n'est une légère salivation après la 3<sup>e</sup> friction qui céda très-facilement au chlorate de potasse et à la poudre d'alun. De même l'iodure de potassium ne produisit qu'un coryza passager et une poussée insignifiante de quelques boutons d'acné sur la face.

#### OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le Dr CHRISTIAN, médecin principal, anciennement à Maréville, actuellement à Charenton.)

*Manie aiguë. — Predispositions héréditaires. — Accidents secondaires syphilitiques, concomitants. — Guérison.*

X..., confiseur, âgé de 31 ans, est amené à l'asile de Maréville le 1<sup>er</sup> mai 1876, après avoir déjà fait un séjour de cinq mois dans une maison de santé.

Un frère du malade a été traité à Maréville, il y a une douzaine d'années ; plusieurs de ses proches se font remarquer par leur originalité.

Il est atteint de manie : loquace, incohérent, il met tout en désordre, de-

chire ses habits, se roule dans la poussière ; il est impossible de fixer son attention. Il est violent, sujet à de fréquents accès d'agitation, et à une insomnie presque continuelle.

De petite taille, d'une constitution assez grêle, X.... est maigre et pâle ; il a cependant un appétit excellent. Il existe sur les bras, les jambes, aux joues, des plaques de psoriasis dont la teinte cuivrée décèle l'origine. Nous apprenons d'ailleurs que le malade a eu la syphilis avant son mariage et qu'il n'en a jamais été guéri. En poursuivant notre examen, nous constatons l'existence de plaques muqueuses au pharynx et sur la face interne des joues.

Un traitement spécifique fut institué (Iodure de potassium 1 à 3 grammes dans la tisane de houblon ; bains prolongés), et continué sans interruption pendant plusieurs semaines. Les accidents locaux s'amendèrent rapidement, et dès le mois de juillet, on remarque que X..., devient plus calme, plus ordonné. Il sort guéri le 1<sup>er</sup> septembre : il y a donc plus de deux ans que la guérison est maintenue.

Dans les observations I, II et VI, nous avons déjà pu constater des désordres intellectuels graves, tels que perte de la mémoire, hébétude, hallucinations, délire, voire même de la lypémanie. Mais ces troubles mentaux coïncidaient, avec des symptômes d'un ordre différent, et faisaient partie de tout un ensemble de manifestations connexes, céphalée, hémiplégie, épilepsie, titubation, mouvement de recul, qui s'entremêlaient, se succédaient, se compliquaient, sans qu'il fût toujours possible de discerner à laquelle de ces manifestations était réservé le principal rôle.

Chez notre sujet, au contraire, l'affection mentale fait son apparition sans qu'aucun autre phénomène ne l'ait précédée ou accompagnée. C'est à la fois une protopathie et une monopathie encéphalique qui, d'emblée, passe à l'état aigu et se manifeste par l'extravagance des paroles et des actes. Quel nom donner à cette forme d'aliénation mentale ? « La manie, dit Dagonnet, est une affection caractérisée par la surexcitation désordonnée des facultés, d'où résultent l'incohérence

des idées, l'impossibilité de fixer l'attention, un impérieux besoin de mouvements et des impulsions violentes (1). » Notre malade présente bien tous ces symptômes sans en excepter un seul, ce qui nous permet de poser le diagnostic de *manie aiguë*.

Le principal n'est pas d'arriver au diagnostic, mais de trouver la cause de cette manie. Est-elle syphilitique ? Voilà une question qui a soulevé de vives controverses. Certains syphiliographes, entre autres Lancereaux, Hildenbrand, Huguenin, Jackson, Alf. Fournier, se sont prononcés pour l'affirmative et admettent la folie syphilitique. D'un autre côté, plusieurs médecins aliénistes ont traité les premiers de syphilomanes, et les ont accusés de voir la vérole partout. M. Christian lui-même, dont nous nous plaignons, d'ailleurs, à reconnaître la haute compétence en pareille matière, met en doute, dans le cas actuel, la spécificité de la manie. Il croit que chez le nommé X..., elle a eu pour causes : 1<sup>o</sup> les prédispositions héréditaires ; 2<sup>o</sup> les excès de toutes sortes commis par le malade. La syphilis n'a été qu'une complication qui a eu pour effet non de provoquer, mais probablement d'exagérer le délire déjà existant. Cette cause d'irritation ayant disparu, le délire lui-même a guéri exactement comme l'on voit une maladie incidente aiguë survenir chez un maniaque, guérir et amener la guérison de la folie.

Evidemment, le raisonnement de M. Christian est fort juste, si nous admettons que cet individu, prédisposé à une affection mentale, a perdu de sa résistance contre la folie le jour où la diathèse syphilitique s'est emparée de son économie. Même dans cette hypothèse, la syphilis ne joue-t-elle pas déjà un rôle tout-à-fait secondaire, nous le demandons, dans l'explosion des désordres intellectuels ? Sans elle, il est à supposer que la manie eût été plus tardive et moins violente. N'est-ce pas là une demi-concession accordée à l'action de la syphilis dans les cas de folie.

Mais nous pouvons nous placer à un autre point de vue et nous demander si la débilitation des hémisphères, centres noëtiko-kinétiques

(1) Dagonnet. *Traité des maladies mentales*, 1876, p. 177.



(Ferrier), débilitation créée par des antécédents personnels et héréditaires de folie, n'établit pas un *locus minoris resistentiæ*, où les produits spécifiques trouveront un terrain favorable à leur développement, de sorte que la prédisposition à l'aliénation mentale sera la cause adju-vante, et la syphilis la cause déterminante de la folie. On le voit, nous arrivons au même produit que M. Christian, la manie, mais, pour cela, nous avons interverti l'ordre des facteurs.

X... était donc maniaque de par la syphilis. L'existence de cette diathèse n'est pas à démontrer chez lui, puisque plusieurs lésions spé-cifiques secondaires, polymorphes, coexistaient avec la manie. Ces syphilitides disparurent en même temps que l'affection mentale sous l'in-fluence d'un traitement antisiphilitique, ce qui apporte une proba-bilité de plus à notre manière de voir.

Nous terminerons cette discussion par quelques réflexions qui ont un grand intérêt pratique.

Le médecin se trouvera parfois très-embarrassé en présence de cer-tains cas d'aliénation mentale de nature syphilitique. Il n'aura pas toujours pour l'éclairer des lésions secondaires spécifiques ou des acci-dents cérébraux concomitants qui le mettront sur la voie du dia-gnostic. Le plus souvent, il ignorera les antécédents de syphilis et il ne pourra compter sur les renseignements que lui fournira un malade en délire. Il reconnaîtra bien que les facultés intellectuelles baissent sensiblement, que la mémoire est en défaut ; qu'il a affaire à un hypocondriaque, à un lypémaniaque, à un monomane, etc., mais ce n'est pas là l'essentiel. La chose capitale, c'est de remonter à la source primitive d'où dérivent ces troubles mentaux et d'attaquer le mal dans son principe. Le praticien devra donc scruter, avec une scrupuleuse attention, l'étiologie de son malade, et se rappeler qu'une négligence de sa part peut compromettre la vie qui lui est confiée. Quelle influence aura un traitement hydrothérapique, si énergique qu'il soit, sur un individu atteint de folie syphilitique ? Aucune, fort probablement. Au contraire, n'obtiendra-t-on pas une amélioration, sinon une guérison

complète, par l'emploi d'un traitement spécifique ? Certes, quand il y va de l'existence d'un malade, le praticien est gravement coupable s'il s'est borné à une enquête superficielle. En supposant que cette enquête ne lui ait rien révélé de positif, il n'outrépassera pas son mandat, en faisant appel, pour dissiper ses doutes, à la sanction du traitement antisypilitique.

Qu'on n'aille pas croire que les aliénés de par la vérole sont des exceptions. Ils forment, si nous nous en rapportons à Erlemeyer, un sérieux contingent dans la population des asiles publics ou privés. Nous avons parcouru le travail remarquable de cet auteur sur les psychoses syphilitiques (*Luetischen psychosen*). Sa partialité ne pourra être suspectée, puisqu'il dirige lui-même une maison de santé très-importante ; du reste, il cite des faits à l'appui de ses théories. Il divise les psychoses syphilitiques en trois catégories, savoir :

A. — Les psychoses syphilitiques simples, c'est-à-dire les maladies mentales qui ne sont pas accompagnées de désordres dans le système moteur et sensitif ;

B. — Les psychoses qui se compliquent de troubles des nerfs moteurs, sensitifs et sensoriels (convulsions, épilepsie, paralysie de quelques nerfs et de tout une moitié du corps, paraplégie, névralgies et anesthésies, désordres dans les fonctions de certains organes des sens) ;

C. — Les psychoses se présentant sous la forme de la paralysie générale.

Notre dernière observation rentre dans la 1<sup>re</sup> catégorie, et les observations I, II et VI dans la seconde. Quant à la paralysie générale d'origine syphilitique, son existence est fortement controversée. Cependant, Erlemeyer, Huguenin, Alf. Fournier et d'autres syphiliographes distingués n'ont pas craint d'affirmer que la syphilis était capable de produire une pseudo-paralysie générale.

L'anatomie pathologique leur donne raison. En effet, la méningite scléreuse syphilitique ne diffère pas sensiblement soit comme lésion

organique, soit comme lésion fonctionnelle consécutive, de la méningo-encéphalite diffuse. Aussi retrouve-t-on dans les deux cas des symptômes à peu près analogues, affaiblissement du mouvement, embarras de la parole, délire des grandeurs ou des richesses, diminution progressive des facultés intellectuelles, tremblement fibrillaire. Cependant la paralysie générale vraie semble évoluer plus lentement et d'une façon plus régulière que la paralysie générale syphilitique. La marche de celle-ci est plus saccadée. C'est ainsi, d'après Junius Mikle, « que les troubles mentaux sont souvent précédés d'altérations marquées de la motilité et de la sensibilité. On voit survenir rapidement la névralgie faciale, la névrite optique, des anesthésies localisées, la céphalée nocturne. Les convulsions généralisées ou localisées apparaissent également plus tôt que dans la paralysie générale. L'insomnie, les douleurs rhumatoïdes sont plus accusées, plus rebelles. La syphilis cérébrale s'accompagne plus souvent d'aphasie précédée d'attaques apoplectiformes, d'anémie profonde, de cachexie spéciale. L'embarras de la parole, le tremblement fibrillaire des muscles de la face et de la langue font défaut et sont peu marqués. L'âge peut encore donner une indication utile puisque la paralysie générale ne s'observe guère avant 25 ans, tandis que la syphilis cérébrale peut éclater avant cet âge (1). »

D'après l'auteur anglais la syphilis cérébrale est bien la cause de tous ces symptômes qu'il cherche à différencier de ceux de la paralysie générale. Mais la syphilis cérébrale n'est qu'un terme générique désignant une localisation de la syphilis dans l'encéphale et ses dépendances. Si donc l'ensemble des symptômes rappelle la maladie connue sous le nom de paralysie générale, il semble que nous sommes autorisé à diagnostiquer une paralysie générale d'origine syphilitique.

Voyons maintenant quelle est la terminaison de cette pseudo-para-

(1) *Syphilis in the insane; Remarques sur la syphilis chez les aliénés.* Junius Mikle. Londres, avril 1877. — (*Revue des sciences médicales de Hayem*, t. IX.)

lysie générale ? Nous devons l'avouer, la science a bien peu de succès à enregistrer, malgré l'intervention d'un traitement énergique. Cependant si les succès complets se comptent, les améliorations sont moins rares. Malheureusement le traitement vient souvent trop tard, et, s'il est triomphant en face du syphilôme, il reste inefficace contre les lésions secondaires, inflammatoires, qui se sont développées à sa périphérie, de sorte que la mort est le plus souvent le terme fatal où aboutit la paralysie générale syphilitique. C'est sans doute là le principal argument sur lequel s'appuient les adversaires de la paralysie générale de nature spécifique. De l'inefficacité du traitement, ils concluent à l'absence de syphilis. Ils ne sont cependant pas sans savoir que l'iode ou l'hydrargyre sont incapables, de même que leurs modes spéciaux de traitement, à refaire les cellules et les tubes nerveux désorganisés. En conséquence si le traitement spécifique échoue, c'est que la lésion n'en est pas justiciable ; c'est que cette lésion ne dérive que secondairement de la syphilis. Nous admettons donc la paralysie générale d'origine syphilitique.

M. Christian et M. le Dr Picard, directeur de la maison de santé de la Malgrange, nous ont communiqué plusieurs observations de paralysie générale développée chez des sujets incontestablement syphilitiques. Nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de publier les trois suivantes.

#### OBSERVATION VIII

Communiquée par M. Christian.

*Paralysie générale. — Syphilis constitutionnelle. — Un traitement approprié guérit les syphilides mais n'influe en rien sur la marche de la paralysie. — Mort. — Cancer du foie.*

D..., capitaine d'infanterie, âgé de 42 ans, entre à Maréville le 2 juillet 1876. Paralysie générale au début ; le malade est criard, agité ; il est maré-

chal de France, duc, prince, etc. On remarque un engorgement ganglionnaire au cou et l'on apprend que D... a eu la syphilis. L'iodure de potassium est administré à doses successivement croissantes (1 gr. à 5 gr.) et tous les accidents locaux disparaissent. Mais la paralysie générale ne fut pas enrayerée un instant dans sa marche progressive. D... succomba dans le marasme le 31 mai 1877, n'ayant été alité que pendant 2 jours.

L'autopsie révéla les lésions ordinaires de la paralysie générale et en outre une altération du foie que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie. Le foie était cancéreux et avait pris un développement énorme : il pesait 2 k. 500 grammes. Or rien pendant la vie n'avait appelé l'attention du côté de cet organe. D... mangeait beaucoup ; il n'avait jamais eu ni ictère, ni troubles digestifs ; deux jours avant la mort il avait eu les jambes enflées ; on le fit coucher et alors seulement on constata l'énorme hypertrophie du foie avec une ascite légère. Le malade mourut subitement.



### OBSERVATION IX

(Communiquée par M. Christian).

*Paralysie générale. — Diathèse syphilitique. — Épilepsie syphilitique ayant précédé la paralysie générale. — Guérison de l'épilepsie. — Insuccès du traitement spécifique contre la paralysie générale. — Mort.*

X..., tailleur, âgé de 48 ans, avait eu la syphilis vers l'âge de 20 ans. Pendant dix ans, de 20 à 30, il avait eu des attaques d'épilepsie. Un traitement antivénérien long et vigoureux l'avait guéri.

Il se maria et s'amassa une jolie aisance, mais les huit enfants qu'il eut, moururent en bas âge. A 48 ans, sans qu'il ait jamais fait d'excès, la paralysie générale débute. X... est loquace, désordonné, puéril ; l'intelligence est très-affaiblie. Deux jours après la mort survient. Un nouveau traitement antisiphilitique institué à l'asile où X... vient de mourir, n'avait produit aucun effet.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. le Dr Picard).

*Paralysie générale ; syphilis constitutionnelle ; ataxie ; épilepsie ; hémiplegie alterne. Le traitement spécifique ne donne aucun résultat. — Mort.*

R..., 36 ans, tempérament nerveux, caractère impressionnable, timoré ; marié, un enfant sain. A été traité pour des accidents syphilitiques, il y a environ douze ans.

Il entre à la maison de santé de la Malgrange le 28 juin 1877. Paralysie générale des aliénés dont les premiers symptômes ont été observés au mois d'octobre 1875. Bégaiement, délire des grandeurs, mouvements ataxiques des membres inférieurs, pas d'inégalité pupillaire.

8 août 1877. — Premières crises épileptiformes ; hémiplegie gauche du corps et de la face à droite.

12 août. — Le délire des grandeurs disparaît pour faire place à une perte presque complète de la mémoire des faits récents. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Frayeurs soudaines.

Septembre. — L'hémiplegie a disparu.

Octobre. — Affaiblissement progressif de l'intelligence. Gâteaux. Crises épileptiformes toutes les trois semaines avec mêmes accidents paralytiques du côté gauche.

Septembre 1878. — Ulcérations gangréneuses aux pieds et au sacrum. — Mort, le 28 octobre.

Traitement : Biiodure de mercure ; iodure de potassium.

— Les réflexions sur la paralysie générale, d'origine syphilitique, dont nous avons fait précéder ces trois observations, nous dispensent de tout autre commentaire. C'est pourquoi nous passons sans plus tarder à des accidents d'un autre genre, mais dont la cause est encore syphilitique.

OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le Professeur agrégé Spillmann).

*Syphilis cérébrale; coma; erreur de diagnostic; traitement par les frictions mercurielles. — Guérison.*

Mademoiselle B. . . , âgée de 46 ans, a contracté la syphilis il y a huit ans. Elle a eu à cette époque une série d'accidents secondaires cutanés et muqueux et a suivi un traitement de six mois seulement. Encore ce traitement a-t-il été fort incomplet; la malade a pris de la liqueur de Van-Swieten pendant trois mois, puis de l'iodure de potassium.

Il y a trois ans, je fus mandé près de cette dame qui se plaignait de légères douleurs en avalant. Je constatai l'existence d'une gomme du voile du palais qui céda heureusement à l'emploi de l'iodure de potassium à hautes doses et de frictions hydrargyriques. Je suivis la malade pendant plusieurs mois, lui recommandant d'insister sur le traitement.

Au commencement du mois de décembre dernier, je fus mandé en toute hâte auprès de M<sup>lle</sup> B. . . Elle était tombée subitement et gravement malade depuis trois jours et le traitement employé par le médecin de l'endroit n'avait produit, disait-on, aucun effet.

Voici ce qui s'était passé. M<sup>lle</sup> B. . . souffrait depuis plusieurs mois d'une céphalée intense, surtout nocturne, et sa santé s'était altérée profondément. On avait vainement combattu cette céphalée à l'aide d'opiacés, de chloral, etc. Elle vaquait néanmoins aux soins du ménage, allait et venait et surveillait même le commerce de sa sœur avec laquelle elle vivait. Depuis quelques jours, elle s'était plaint d'un peu de surdité et de quelques troubles visuels, quand un soir, le 7 décembre, elle tomba brusquement comme sidérée, au moment de se mettre au lit. Le médecin appelé en toute hâte trouva la malade dans un état comateux; résolution complète des muscles, respiration stertoreuse, diminution de la sensibilité; émission involontaire des urines; le pouls était faible, ralenti; la malade avait vomi plusieurs fois. — Notre confrère songea à l'existence d'une hémorrhagie cérébrale ou d'une méningite et prescrivit des révulsifs sur les membres, de la glace sur la tête et du

calomel à doses fractionnées. Je vis la malade dans cet état trois jours environ après le début des accidents. Je mis aussitôt le médecin traitant au courant des antécédents syphilitiques de la malade et il fut convenu qu'on ferait sur le champ des frictions hydrargyriques et qu'on administrerait l'iodure de potassium à hautes doses.

Je revis la malade le surlendemain; elle commençait à sortir du coma, mais avait encore de l'hébétude et une surdité à peu près complète.

Les jours suivants, l'amélioration allant en augmentant, les accidents se dissipèrent successivement, et dans les premiers jours de janvier, la malade commençait à se lever pendant qu'on faisait son lit. La faiblesse était encore grande et la malade avait de la peine à se soutenir sur ses jambes. Cependant la sensibilité et la motilité étaient intactes.

L'emploi de l'iodure de potassium fut continué, associé à des toniques, et des frictions hydrargyriques furent renouvelées à deux reprises.

Aujourd'hui (6 mars) la malade se lève; la surdité a disparu; les forces, l'appétit se raniment et M<sup>lle</sup> B... a même pu faire une petite promenade à pied.

Cette observation est du plus haut intérêt, en raison : 1<sup>o</sup> de la gravité des symptômes observés; 2<sup>o</sup> de l'erreur du diagnostic à laquelle elle a donné lieu; 3<sup>o</sup> du bénéfice immense obtenu par les frictions hydrargyriques et l'iodure de potassium.

Une première question se pose ici tout naturellement : la syphilis cérébrale peut-elle se traduire par un coma sidérant ? Cette manifestation est peut-être rare, mais elle n'est pas impossible. En effet, le syphilôme joue le rôle d'un corps étranger; par conséquent sa présence au sein des tissus peut provoquer un processus irritatif caractérisé par une fluxion intense subite, dont le choc amènerait une suspension brusque des fonctions cérébrales. Ou bien il pourrait encore comprimer quelques troncs veineux, par le fait gêner et même supprimer à un certain moment la circulation en retour; d'où congestion progressive aboutissant au coma. Il s'établirait ainsi une congestion permanente ou une stase sanguine, n'ayant aucune tendance à disparaître sponta-



nément, puisque la cause de tous ces accidents persiste. C'est là précisément ce qui fait la gravité du coma de nature syphilitique : on comprendra sans peine qu'un tel état ne puisse pas être longtemps compatible avec la vie. Donc, un coma étant donné, il faut toujours, comme le recommande M. Alf. Fournier, « songer à la syphilis comme cause possible de ce coma. »

En général, le coma d'origine syphilitique est précédé de certains prodromes : ainsi chez la malade observée par M. Spillmann, il existait depuis plusieurs mois une céphalée intense, surtout nocturne, qui résista, en vertu de sa nature, aux opiacés et au chloral. Quelques jours avant le coma il était survenu des troubles passagers du côté de l'ouïe et de la vue. Ces désordres étaient déjà la manifestation d'un état morbide, qui bientôt et spontanément acquit la plus redoutable gravité : le coma sidérant. Cette femme tombe brusquement, comme foudroyée, sans connaissance. La respiration est laborieuse ; les membres sont dans une résolution complète ; la sensibilité est diminuée ; les urines sont involontaires ; il y a des vomissements.

Nous n'avons là, il faut bien le reconnaître, aucun symptôme pathognomonique. Aussi, le médecin appelé en premier lieu, ne se préoccupant que du coma, diagnostique sur-le-champ une méningite ou une hémorragie cérébrale et dirige son traitement dans ce sens. Inutile de dire qu'il fait fausse route et que son erreur peut avoir les conséquences les plus déplorables. Nous avons déjà signalé une faute du même genre dans notre deuxième observation. C'est donc un devoir pour le médecin, avant d'instituer un traitement, de s'enquérir minutieusement des antécédents du malade. Découvre-t-il des lésions caractéristiques de la syphilis ; obtient-il de l'entourage du malade quelques confidences qui lui font soupçonner une contamination antérieure, alors il n'a plus à hésiter sur le traitement à prescrire. Celui-ci devra être réglé sur la gravité du mal et l'imminence du danger, c'est-à-dire qu'il sera rapide et énergique. Celui qui fut employé par M. Spillmann, frictions hydrargyriques et iodure de potassium, nous semble réunir ces deux qualités

au plus haut degré. Nous en prenons à témoin les heureux résultats obtenus à l'aide de cette médication spécifique. Dès le second jour la malade sortait du coma, encore hébétée, avec une surdité presque complète et une grande faiblesse. Ces phénomènes pathologiques s'amendèrent de jour en jour et le 6 mars la malade pouvait commencer à se promener.

Dans le cas présent, il est à supposer que la lésion spécifique, cause du coma, était une gomme siégeant au voisinage du nerf auditif dont la fonction fut compromise jusqu'au moment où le traitement antisiphilitique ayant supprimé la cause, les effets disparurent.



# QUATRIÈME PARTIE

---

## CONSÉQUENCES PRATIQUES TIRÉES DE NOS OBSERVATIONS

CONCERNANT

L'ÉTIOLOGIE, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE

Bien que nos observations soient peu nombreuses, nous avons cependant cru pouvoir en tirer certaines conséquences pratiques dont nous allons donner les plus importantes.

ÉTIOLOGIE. — Quelles sont les causes qui peuvent produire la syphilis cérébrale? Il n'en est qu'une, c'est la diathèse syphilitique. Cette question paraîtra peut-être oiseuse, mais il n'en est pas moins vrai que deux fois sur onze nous avons eu l'occasion de signaler une grave erreur de diagnostic, et cette erreur provenait de ce que le médecin avait négligé de se préoccuper des antécédents spécifiques de son malade.

Au point de vue pratique, il est donc indispensable, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'accidents cérébraux, de se demander

si l'individu n'est pas en puissance de syphilis, à moins cependant que la cause de ces accidents ne soit évidente. C'est pourquoi le médecin devra procéder avant tout à établir l'étiologie de l'affection cérébrale. Il interrogera soigneusement son malade et recherchera avec la plus grande attention les stigmates de la syphilis. S'il néglige ces précautions, il commet une faute grave dont il est responsable.

A côté de la cause déterminante, existe-t-il des causes occasionnelles capables de provoquer l'explosion de la syphilis cérébrale ? Nous serions disposé à en accepter, malgré le petit nombre d'exemples sur lesquels nous pouvons nous appuyer. Ainsi dans notre 2<sup>e</sup> Observation, avant l'apparition des symptômes cérébraux, l'individu avait passé par toutes les émotions que déterminent un procès et une condamnation à trois mois de prison ; son cerveau avait été surmené ; l'hémiplégie s'aggravait sous l'influence de la colère ; les malades qui font l'objet des obs. V et VI avaient des habitudes alcooliques avérées ; de même le maniaque dont M. Christian nous a communiqué l'histoire, avait des prédispositions héréditaires et personnelles à la folie.

En conséquence tout ce qui crée dans l'encéphale un certain état morbide ou qui suractive ses fonctions physiologiques, nous semble favoriser l'éclosion de la syphilis cérébrale. Il est tout naturel en effet que le virus attaque là où il rencontrera le moins d'opposition. Et l'alcoolisme, les émotions violentes, les fatigues intellectuelles, les prédispositions à l'aliénation mentale, sont bien propres à diminuer la résistance cérébrale.

Deux de nos observations (III et V) nous ont suggéré une remarque d'un grand intérêt pratique : nous voulons parler de la *précocité* de la syphilis cérébrale.

La plupart des syphiliographes placent les accidents cérébraux dans la période tertiaire. Le plus souvent, ils ont raison ; mais la syphilis ne s'accommode pas toujours du programme que lui a tracé Ricord et il est peut-être moins rare qu'on ne le croit généralement de voir les

troubles les plus graves du côté de l'encéphale apparaître pendant la période secondaire. Nous en avons la preuve dans nos deux malades qui furent pris d'accidents cérébraux, moins d'un an après la contamination première. Que ce soient là des anachronismes, nous l'admettons ; ils existent quand même et méritent d'être signalés pour que le médecin ne se laisse pas surprendre.

DIAGNOSTIC. — Les observations que nous publions nous ont permis de passer en revue un nombre fort respectable des symptômes par lesquels peut se traduire l'encéphalopathie spécifique. Parmi toutes ces manifestations diverses nous n'en avons trouvé aucune qui fût caractéristique de la syphilis cérébrale. De sorte qu'elles ne sauraient fournir au diagnostic que des éléments incertains, de simples présomptions.

Nous avons signalé à plusieurs reprises les difficultés de tous genres que rencontrait le praticien pour établir l'existence d'une diathèse trop souvent latente et toujours insidieuse. C'est ainsi que beaucoup d'individus cachent à dessein les maladies vénériennes dont ils ont été atteints antérieurement ou ignorent la nature des indispositions qu'ils ont pu présenter à des époques généralement éloignées ; que d'autres, frappés dans l'intelligence ou la parole, sont incapables de répondre. Par le fait, l'examen oral qui devrait jouer un rôle important, devient un instrument inutile entre les mains du médecin. Il lui reste bien l'examen direct, c'est-à-dire, l'exploration de toutes les parties accessibles à la vue et au toucher. Mais cette méthode facile dans les salles d'hôpital, l'est peut-être moins dans la pratique journalière. Son emploi exige du tact et une grande habileté. De plus il peut y avoir des cas où elle ne révélera aucune trace de syphilis.

Cependant deux conditions sont indispensables pour arriver à un diagnostic d'une certitude presque mathématique. Il faut 1° que l'existence d'une syphilis antérieure soit démontrée ; 2° que le traitement spécifique modifie favorablement les désordres observés.

Nous venons de dire que la première de ces conditions n'est pas toujours facile à réaliser. Quant à la seconde condition, c'est plutôt une sanction *a posteriori* qu'un véritable élément de diagnostic. Et avant d'en appeler à cette sanction, il faut au moins avoir des présomptions sur la spécificité des phénomènes cérébraux.

Ce diagnostic de présomptions et de probabilités repose entièrement sur des faits d'observation ; nous en avons noté plusieurs dans le cours de nos discussions, nous en donnons ici le résumé :

1° C'est une céphalalgie intense, continue, avec exacerbation nocturne ;

2° Ce sont des accès d'épilepsie survenant pour la première fois chez une personne de 54 ans ;

3° C'est une hémiplégie apparaissant chez un jeune homme de 20 ans ;

4° C'est une paralysie de l'oculo-moteur commun ;

5° C'est une association de symptômes que l'on ne rencontre pas, en général, dans les affections idiopathiques de l'encéphale : ainsi, le mouvement de recul coexistant avec des troubles intellectuels ; une épilepsie partielle suivie d'hémiplégie et se compliquant de lypémanie ;

6° Ce sont des caractères particuliers de certains symptômes, comme l'intermittence dans l'hémiplégie, des convulsions épileptiformes localisées dans des groupes musculaires, etc. ;

7° C'est, enfin, l'incertitude dans laquelle se trouve le médecin, lorsqu'il veut se prononcer sur la cause des accidents cérébraux.

Il y a là autant de motifs de présomptions suffisantes pour prescrire un traitement qui, sauvant les jours du malade, confirmera le diagnostic ou, du moins, n'exercera aucune influence fâcheuse sur toute autre affection cérébrale vulgaire, le plus souvent incurable.

Le traitement spécifique est donc toujours le critérium auquel on doit faire appel pour transformer ces présomptions en certitudes,

et pour démontrer l'origine du mal : *naturam morborum ostendunt curationes.*

Nous nous taisons sur le pronostic de la syphilis cérébrale, dans la crainte que certain médecin, se basant sur les succès que nous avons enregistrés, soit déçu dans ses espérances.

TRAITEMENT. — Le traitement antisypilitique est la pierre de touche de la syphilis cérébrale. Il est tout puissant quand il se trouve en face de lésions franchement spécifiques ; au contraire, il échoue devant des lésions secondaires. Huit fois sur onze, nous avons pu constater ses merveilleux effets. Aussi, peut-on dire en clinique, avec M. Jullien (*loc. cit.*) : « Heureux les syphilitiques, ou du moins, heureux les épileptiques, les paralytiques qui le sont de par la vérole, car ceux-là reviendront peut-être à la santé. »

La syphilis cérébrale comporte le traitement applicable aux accidents vénériens secondaires et tertiaires. Ce traitement devra donc être essentiellement mercuriel et ioduré. Dans nos observations, ces deux spécifiques ont été employés isolément et simultanément, ils ont également réussi ; de sorte que nous sommes fort embarrassé de donner la préférence à l'un plutôt qu'à l'autre.

Cependant, M. Schutzenberger recommande, dans ses « *Observations pratiques,* » d'avoir recours à une médication qui puisse arriver le plus rapidement (*cito*) et le plus sûrement (*tuto*) à la guérison de la syphilis. Or, le traitement qui nous semble réunir le mieux ces deux conditions, c'est celui qui consiste en frictions hydrargyriques faites chaque deux jours, avec 5 à 6 grammes d'onguent napolitain, et en iodure de potassium pris à doses croissantes, de 1 à 6 grammes. En même temps, il sera bon de prescrire au malade un régime modéré et quelques purgatifs légers, et de combattre, par une médication appropriée, les accidents qui ne relèvent pas de la syphilis. Ce traitement a donné les meilleurs résultats entre les mains de MM. les professeurs Bernheim et Spillmann. Du reste, il a l'avantage de ne pas fatiguer les organes digestifs, de

provoquer rarement la salivation mercurielle et de manifester son action bienfaisante après un nombre restreint de frictions. Et puis, dans les cas graves, lorsqu'il y a péril en la demeure, comme dans nos observations V et VI, ce n'est pas le moment de dorer la pilule, d'agir timidement, il faut intervenir promptement et énergiquement. Les frictions hydrargyriques et l'iodure de potassium sont le mieux appropriés à ce double rôle.

Vu et approuvé.

Nancy, le 16 mars 1879.

*Le Président de la thèse,*

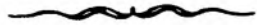
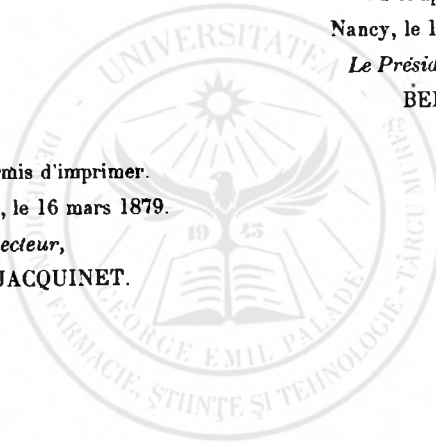
**BERNHEIM.**

Vu et permis d'imprimer.

Nancy, le 16 mars 1879.

*Le Recteur,*

**JACQUINET.**





# QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

---

- 1° ANATOMIE. — Développement des vaisseaux sanguins et lymphatiques.
- 2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Corps étrangers des articulations.
- 3° PHYSIOLOGIE. — Innervation de l'iris.
- 4° HYGIÈNE ET PHYSIQUE. — Emploi et utilité de la balance dans les recherches physiologiques. — Du travail dans l'air comprimé.
- 5° CHIMIE. — Constatation du glucose et de l'albumine dans les urines.
- 6° MÉDECINE LÉGALE. — Des fractures du crâne au point de vue médico-légal. — Pronostic des lésions.
- 7° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des ascarides. — Ascarides trouvés sur l'homme.
- 8° ACCOUCHEMENTS. — Des différents moyens de réduire le volume de la tête fœtale dans l'accouchement.
- 9° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Du cancer et du cancroïde.
- 10° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des complications du rhumatisme articulaire aigu.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — De la blépharoplastie.
- 12° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Quels sont les médicaments dénutritifs ?

---

Nancy, Imprimerie nancéienne, 1, rue de la Pépinière. — Directeur : GEBHART.



