

854

L. Palmer Ka...

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 218

THÈSE



POUR

la soutenance de la thèse

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Présentée et soutenue le 3 août 1868

PAR CLÉANTHE DAVIDOGLOU

Né à Réni (Moldavie).

ANCIEN ÉLÈVE DES HÔPITAUX DE PARIS.

SUR

LA SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

56504

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1868

M. KIR FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNYEGYSÉG
MÉDICALISZEMLEGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJÁNAK
KÖNYVTÁRA.
CSOPORT. SZÁM.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	KONIGET.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	LASEGUE.
Pathologie médicale.	AXENFELD.
	HARDY.
Pathologie chirurgicale.	BROCA.
	VERNEUIL.
Anatomie pathologique.	VULPIAN.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	SEE (G.).
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale.	GRISOLLE.
	MONNERET.
	BÉHIER.
	LAUGIER.
Clinique chirurgicale	GOSSELIN.
	N.
	RICH'T.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

Au Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLAUQUET, GROUVELLIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. FOURNIER.	MM. LABOULBÈNE.	MM. PANAS.
CHANGOT.	GUYON.	LÉGEROIS.	PARROT.
DÉSPLOTS.	HOUEL.	LÉFORT.	POTAIN.
DESPRÉS.	JACCOUD.	LORAIN.	RAYNAUD.
DE SEYNES.	JOULIN.	LUTZ.	SEE (M.).
DOLBEAU.	LABBÉ (Léon).	NAQUET.	TARNIER.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des sens.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N.
— de l'ophtalmologie	N.

Examinateurs de la thèse.

MM. LAUGIER, président; VULPIAN, JOULIN, LORAIN.

M. FORGET, Secrétaire.

Par délibération du 9 décembre 1907, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MON ONCLE

Témoignage de reconnaissance et d'amitié.

A LA MÉMOIRE
DU PROFESSEUR N. GUILLOT

A LA MÉMOIRE
DU PROFESSEUR TROUSSEAU

A M. LAUGIER

PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU,
OFFICIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR, ETC.

A M. PANAS

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE,

Agrééz ici l'expression de ma reconnaissance pour les bons
conseils que vous avez bien voulu me donner.

A M. MESNET

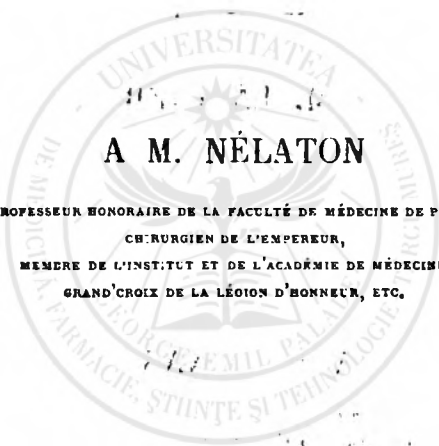
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE.

MEDICINE ALI

DE PROFESORUL DE CHIRURGIE

1880

DE COMPTABILITATE



A. M. NELATON

PROFESOR HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
 CHIRURGIEN DE L'EMPEREUR,
 MEMBRE DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
 GRAND' CROIX DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

1880

1880

1880

SUR LA

SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX

La syphilis du système nerveux a été de nos jours l'objet de nombreux et importants travaux. Cependant, malgré ce concours d'études et de patientes recherches, cette branche de la syphiliographie n'est encore, disons-le, qu'à l'état d'ébauche; les faits qui s'y rapportent sont pour la plupart vagues, obscurs, mal définis. Cela tient à ce que la syphilis du système cérébro-spinal n'a pas de symptomatologie qui lui soit propre. Aucun signe, aucun caractère spécial ou intrinsèque ne peut, en effet, conduire directement, pendant la vie, à déterminer d'une manière certaine l'origine syphilitique d'une lésion viscérale profondément située.

L'anatomie pathologique elle-même est le plus souvent impuissante à nous la révéler. On la devine, on la soupçonne plutôt qu'on ne la reconnaît, d'après les antécédents du malade, les symptômes concomitants, et surtout d'après les merveilleux effets du traitement iodé. Aussi n'est-ce que depuis la découverte de l'iole et de ses propriétés thérapeutiques qu'il a été possible de constituer cette classe nouvelle des affections syphilitiques tertiaires, dont la création, toute imparfaite qu'elle soit encore, constitue, d'après M. Maisonneuve, l'un des progrès les plus importants de la chirurgie contemporaine.

Cependant, d'après les observations qui nous paraissent assez concluantes, et les opinions des auteurs les plus recommandables, nous essayerons d'aborder son histoire.

Les anciens syphiliographes (Ulrich de Hutten, Paracelse, etc.)

n'ignoraient pas entièrement la syphilis du système nerveux. Ainsi, au vi^e siècle, Nicolas Massa rapporte un fait de manie syphilitique d'après l'intensité des douleurs ostéosopes. « Un jeune homme de 25 ans se livre à un coït impur, il contracte des ulcères profonds qui s'accompagnent de pustules disséminées sur tout le corps. Chaque soir, au coucher du soleil, il éprouve des douleurs de tête très-intenses dont la malignité, en atteignant les ventricules du cerveau, lui cause des accès de manie aiguë. Ce jeune homme guérit complètement par l'emploi de quelques minoraux, des pilules indiennes, etc. »

Thierry de Héry professe, dès 1634, que des accidents nerveux peuvent succéder à la syphilis ; il cite le spasme, et parle d'un homme affecté d'épilepsie et de syphilis qui, traité par les remèdes propres à cette dernière, fut délivré des deux maladies.

Nous étudierons d'abord les lésions et les symptômes syphilitiques des enveloppes cérébrales, puis ceux du cerveau et de la moelle, et enfin de certains nerfs périphériques le plus souvent affectés par la diathèse syphilitique.

CHAPITRE PREMIER.

MÉNINGOPATHIES SYPHILITQUES.

Lésions anatomiques. — C'est la dure-mère qui est le siège le plus fréquent de la syphilis. Les altérations qu'on y rencontre sont, les unes, diffuses et analogues à la pachyméningite chronique, les autres, circonscrites et ressemblant aux tumeurs gommeuses. Il n'est pas rare de rencontrer ces deux formes à la fois. Les méninges molles et même la substance cérébrale peuvent être atteintes, et alors il résulte une adhérence de la dure-mère aux enveloppes sous-jacentes à l'aide d'une substance jaunâtre qui parfois pénètre jusque dans la substance nerveuse.

La pachyméningite est externe ou interne. La première (endocrânite) est le plus souvent accompagnée de lésions osseuses (épaississement ou atrophie, ostéophytes); la seconde coïncide plutôt avec des altérations de la pie-mère et du cerveau.

Bayle et Kergaradec ont trouvé, sous la dure-mère adhérente aux os du crâne, quatre tumeurs dures, ayant chacune le volume d'une noix. La pie-mère et l'arachnoïde étaient épaissies, indurées et injectées; la substance cérébrale altérée sur plusieurs points.

OBSERVATION I^{re} (par Rayer, Laucer., t. I).

Epaississement et adhérence des membranes du cerveau. — Tumeur gommeuse qui a désorganisé la substance cérébrale. — Mort.

Un homme âgé de 40 ans, d'une constitution vigoureuse, était affecté d'ulcères siégeant au voile du palais, et d'une ozène syphilitique; il éprouvait des douleurs ostéocopes dans la tête et les extrémités, des vertiges, de la faiblesse dans les membres, et de la surdité à droite. Plus tard, il fut pris de violentes convulsions épileptiformes, la fièvre s'alluma, il y eut du coma, et la mort arriva bientôt.

Autopsie. — Les membranes d'enveloppe de l'hémisphère droit sont lardacées, adhérentes entre elles et avec le cerveau, principalement vers la base.

Dans la fosse du rocher, à droite, il existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, adhérant fortement à l'os, lardacée, évidemment formée de lymphes plastique, et en tout analogue à une gomme; le cerveau est ramolli dans tous les points où existent des adhérences; pas de caillots apoplectiques; la partie osseuse sur laquelle reposait la tumeur était dénudée et rugueuse.

OBSERVATION II (Meyer, loc. cit.).

Dure-mère épaissie et adhérente aux autres membranes et au cerveau. — Trois tumeurs de nature fibroïde comprimant et désorganisant la substance grise. — Mort.

G. H... éprouva d'abord plusieurs accès épileptiformes, plus tard une céphalalgie persistante et des vertiges, puis une hémiplégie gauche incomplète avec embarras de la parole ; en dernier lieu délire et coma, tremblements, soubresauts des membres et la mort.

La surface extérieure de la dure-mère, au milieu du lobe antérieur gauche, est épaissie, âpre, rugueuse, injectée ; la table interne adhère au cerveau dans une étendue d'environ 3 pouces carrés, par l'intermédiaire d'un tissu fibroïde dans lequel se trouvent trois masses fibrineuses, denses, opaques et blanchâtres ; ces masses, qui ont le volume d'une noisette, pénètrent en partie dans le cerveau, dont la substance grise n'est plus reconnaissable. Dans le corps strié gauche existe un kyste du volume d'une noisette, évidemment d'origine apoplectique, la moitié du corps strié droit est congestionnée et ramollie ; thrombose ancienne de la carotide interne gauche ; cicatrices et gommes du foie, dentelures de l'épiglotte.

OBSERVATION III (Roth, loc. cit. .

Tumeur semi-dure de la tête. — Tumeur circonscrite de la dure-mère. — Trois tumeurs dans l'épaisseur du foie. — Mort.

Un homme de 52 ans, qui avait un chancre de la verge, ne remarqua jamais d'autre symptôme syphilitique. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, ce malade présentait une tumeur semi-dure du crâne et se plaignait, la nuit surtout, de douleurs de tête ; trois jours plus tard survinrent plusieurs accès épileptiformes ; le surlendemain il avait une fièvre ardente et une pneumonie du pou-

mon gauche qui fut suivie de mort. — A la surface du crâne cicatrices multiples et anfractuosités dues à des tumeurs assez petites, d'un blanc-jaunâtre et fibreuses ; au niveau de l'extrémité antérieure du lobe gauche du cerveau, une tumeur lisse, circonscrite, traverse la dure-mère et la soude aux parties voisines ; les granulations de Pacchioni sont augmentées de volume et nombreuses ; pneumonie et pleurésie purulentes à gauche ; le foie est volumineux, son bord antérieur est tuméfié, et vers la partie moyenne du lobe droit on constate deux cicatrices superficielles ; plus profondément existent trois tumeurs dures, arrondies, juxtaposées ; rate tuméfiée. Les tumeurs de la dure-mère et du foie sont d'un rouge grisâtre, elles sont dues à une hypertrophie du tissu cellulaire avec formation de noyaux multiples ; on y constate plusieurs foyers en voie de dégénération graisseuse, sorte de momification des cellules et des noyaux déjà formés.

On ne peut donc mettre en doute les lésions syphilitiques de la dure-mère. Tantôt elles consistent en un épaississement de la membrane ; tantôt on y trouve des masses jaunâtres, caséuses, étalées ou circonscrites, sous forme de tumeurs ayant le volume d'un grain de chènevis, d'une noisette, peu ou pas vasculaire, se ramollissant par le fait de la métamorphose régressive. Leur siège le plus fréquent est la face convexe des hémisphères, puis la partie antérieure de la base au niveau de la selle turcique. Wagner les a rencontrées sur la face du cerveau.

La pachyméningite sans hémorragie, et la méningite tuberculeuse offrent des lésions anatomiques qui ressemblent à celles de la méningite syphilitique diffuse. Mais la première de ces lésions offre une fausse membrane qui n'adhère point aux membranes sous-jacentes ; tandis que, dans la méningite syphilitique, les membranes adhèrent entre elles et offrent un aspect lardacé caractéristique. Les granulations, petites, arrondies, blanchâtres et tout à fait spéciales de la méningite tuberculeuse, en outre le siège respectif de celle-ci ne peuvent pas induire en erreur.

Les fungus de la dure-mère, dénomination sous laquelle on comprend des lésions non identiques, telles que épithéliomas, tumeurs fibro-plastiques, fibromes, diffèrent des tumeurs gommeuses; les uns, comme des épithéliomas, par une structure histologique tout à fait particulière; les autres, comme les tumeurs fibro-plastiques, par leur vascularité, une coloration, une consistance toute différente de celle des productions syphilitiques. Quant aux fibromes, ceux ci siègent le plus ordinairement à la base du crâne, tandis que les dépôts gommeux se rencontrent le plus souvent à la voûte.

Symptômes. — Les troubles fonctionnels provoqués par des lésions syphilitiques de la dure-mère diffèrent nécessairement, suivant le siège, l'étendue de ces lésions, et le degré de compression qu'elles déterminent. Toutes les fois que la dure-mère cérébrale était affectée, les symptômes qu'on a observés pendant la vie, ont été une céphalée plus ou moins violente, des étourdissements, des vertiges, des accès épileptiformes, ou, bien plus, une paralysie sous forme hémiplegique. Quand les lésions syphilitiques siègeaient sur la dure-mère cérébelleuse, à ces symptômes s'ajoutaient des nausées, des vomissements et même des désordres du côté de la vision (photophobie).

OBSERVATION IV (résumée). (Tüngel, Lanc.).

Céphalée. — Accès hystéro-épileptiques. — Albuminurie. — Erysipèle. — Mort.
— Dépôts gommeux de la dure-mère. — Induration cérébrale.

Une fille, âgé de 40 ans, domestique, au teint pâle et à la figure boursoufflée, entre, le 15 mars 1860, à l'hôpital. Elle avait appartenu à la classe des prostituées pendant quelque temps, et elle était soignée à l'hôpital pour un ulcère primitif de la commissure postérieure et pour des accidents secondaires. Elle accuse, cinq mois avant son entrée, des maux de tête et des vertiges et une

perte graduelle de ses forces. Quatre jours après son entrée, attaque épileptique.

Deux nouvelles attaques le 14 avril et fatigue, céphalalgie fréquente, bouffissure du visage. Un nouvel accès le 18 avril, le 19 et le 29 juillet, puis le 4 août. Le 3 et le 10 décembre, perte de connaissance sans convulsions. Diurétiques et disparition de l'œdème. En octobre, le caractère de la malade devient mélancolique, accès d'oppression, bourdonnements d'oreilles, pesanteur de tête, pleurs.

En février 1861, œdème plus considérable ; poids spécifique de l'urine augmenté ; ce liquide contient des cylindres fibrineux, minces, de nombreux corpuscules de sang et beaucoup d'albumine ; l'emploi de la coloquinte et de la gomme gutte reste sans succès. Ascite. Pas d'accès convulsifs jusqu'au 3 avril. A la suite d'un accès survenu ce même jour, pesanteur de tête, sopor, déjections involontaires, pouls fréquent et petit, érysipèle de la jambe gauche. Le 5, deux attaques épileptiques. Le 6, mort.

Autopsie. — La dure-mère est solidement unie à la boîte crânienne du côté gauche. Entre l'os et la membrane, on constate une couche exsudative ferme et d'une coloration d'un blanc jaunâtre. La surface interne du crâne est spongieuse et dépolie, l'os frontal est épaissi et anfractueux à gauche. Sur la face externe du pariétal droit, dépression de la largeur d'une pièce de 5 francs, mal limitée, avec ostéophytes sur ses bords. La dure-mère, à ce niveau, adhère à la pie-mère, tantôt par un tissu cellulaire à petites aréoles, tantôt par une exsudation calleuse, et, en trois endroits différents, par des masses solides, élastiques, sèches et jaunes, s'enfonçant entre les circonvolutions, dont elles sont en partie inséparables. La substance médullaire qui correspond à ces masses est injectée et incomplètement ramollie. Pas d'altération d'ailleurs au sein de la substance nerveuse, sérosité peu abondante dans les ventricules. Absence de cicatrice au pharynx et au voile du palais ; tuméfaction ferme transparente à la face externe de l'épiglotte. A la partie

moyenne de cet opercule, saillie rouge sale, et à la coupe dépôt, d'une ligne d'épaisseur, solide et jaunâtre. Liquide hydropique dans plusieurs cavités. La surface du foie présente de nombreuses dépressions, dues à un tissu calleux, qui s'étend de la séreuse dans la profondeur du tissu hépatique. Granulations comme cirrhotiques, absence de dépôts gommeux. Rien aux parties génitales externes. Tibias non tuméfiés.

OBSERVATION V (Tüngel).

Céphalée intense, nausées, vomissements, pneumonie. — Mort. — Tumeurs gommeuses et adhérences des méninges cérébelleuses.

Un négociant, âgé de 35 ans, est traité depuis plusieurs années pour des récurrences fréquentes de syphilis secondaire à forme légère. Se croyant rétabli, il se marie et il a un enfant bien portant.

En mars 1859, il est pris de céphalalgie, de nausées et de vomissements, symptômes d'abord intermittents, plus tard continus. La céphalalgie, tolérable dans le repos, augmente considérablement par le mouvement. Les vomissements paraissent surtout quand le malade se lève. Photophobie, exaltation de l'ouïe, tressaillement au moindre bruit.

Appétit diminué, aliments rendus en totalité, affaissement du ventre, lenteur du pouls, intelligence conservée, douleurs à la palpation du crâne, absence de convulsions et de paralysie.

Toutes les médications sont inutiles. Au commencement d'avril, le D^r Tüngel, consulté, pense arrêter le mal à l'aide de l'iodure de potassium ; mais, le 15 avril, le malade meurt de pneumonie.

Autopsie. — Corps amaigri, dure-mère sanguinolente et tendre, cerveau ferme et turgescant, ventricules latéraux distendus par un liquide transparent, l'épendyme est épaissi. Le cervelet adhère au côté droit de la base du crâne ; et, à ce même niveau, la dure-mère et la pie-mère sont réunies par une exsudation solide, transparente, ayant à son centre un noyau dur et jaunâtre. Le nerf tro-

chléaire traverse l'exsudat, mais sa structure, pas plus que celle des autres nerfs, n'est altérée. L'artère basilaire, un peu tirillée à droite, n'est le siège d'aucune lésion. Cerveau sain. Rien au voile du palais.

Les poumons sont infiltrés avec hépatisation à droite, de l'engouement à gauche. Taches laiteuses à la surface du cœur. Le lobe gauche du foie est atrophié et ratatiné; il existe à sa surface plusieurs dépressions infundibuliformes. Sur les faces supérieure et inférieure du lobe droit se rencontrent plusieurs dépôts gommeux, jaunes et irréguliers qui s'enfoncent dans la substance hépatique. Cicatrice peu nette sur le gland. Pas d'engorgement ganglionnaire dans le voisinage.

Il résulte donc de ces observations que les méningopathies syphilitiques se distinguent par une céphalée le plus souvent continue, persistante, localisée en un point du crâne, accompagnée de vertiges et d'étourdissements, des accès convulsifs analogues aux attaques d'épilepsie, et dont la liaison incontestable avec les gomes des méninges est déjà depuis longtemps connue.

On observe en outre des signes particuliers d'après leur siège anatomique : pour certaines portions du cerveau, l'aphasie; pour le cervelet, le vomissement, l'ivresse, la photophobie ou le strabisme. La contracture et la paralysie sont des symptômes relativement rares. Plus fréquemment on constate un léger affaiblissement des facultés intellectuelles, des pertes subites de connaissance avec ou sans attaques convulsives (épilepsie syphilitique). Les épilepsies syphilitiques ont des caractères distincts. On voit manquer l'aura, le cri épileptique, l'écume à la bouche, l'état soporeux. Parfois un petit nombre de muscles entrent en convulsion, et ces muscles occupent la même moitié du tronc.

Dans les observations précédentes, les malades ont succombé à une maladie intercurrente. Mais la guérison est possible, d'après un bon nombre de faits. Aussi lorsque chez un malade depuis longtemps atteint de céphalée, de vertiges, d'accès épileptiformes

sans hémiplegie, on constate une guérison rapide et complète sous l'influence des mercuriaux, il est permis de croire qu'on a eu affaire à une lésion syphilitique des méninges.

Diagnostic. — L'âge des malades, l'absence d'antécédents épileptiques héréditaires, et ce fait que les attaques syphilitiques ont été suivies de troubles plus ou moins persistants, servent à différencier les accès syphilitiques épileptiformes de l'épilepsie vraie.

La pachyméningite et les tumeurs non syphilitiques de la dure-mère se distinguent, l'une par l'apparition rapide et presque subite d'accidents aigus, caractérisés en général par de la contracture, de la somnolence et autres phénomènes de compression; les autres, par une céphalée en général peu intense et des symptômes lentement progressifs. Mais en outre, dans ces affections, on n'observe point cette cachexie qui est le propre des individus arrivés à la période viscérale de la syphilis.

Le pronostic n'est pas grave quand on intervient dès le début des accidents.

CHAPITRE II.

ENCÉPHALOPATHIES SYPHILITIKES.

On divise les lésions syphilitiques du cerveau en deux formes : la forme diffuse ou encéphalite syphilitique, et la forme circonscrite ou gommeuse. La première a été décrite sous le nom de ramollissement ou d'induration du cerveau. Virchow trouva, chez un officier mort à la suite d'une syphilis constitutionnelle avancée, la substance cérébrale jaunâtre, très-tenace, ressemblant par sa consistance presque à du cuir; les ventricules cérébraux étaient remplis de sérosité.

Un fait observé par Meyer, c'est la soudure des méninges, et, en même temps, la transformation en une bouillie jaune, blan-

châtre, de la substance corticale du cerveau ; dans la substance médullaire, au contraire, existaient plusieurs points d'induration, d'aspect transparent, ayant à leur centre un noyau dur et blanchâtre.

OBSERVATION VI (Marotte).

La femme D..., âgée de 60 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle du Rosaire, service de M. Marotte, le 15 décembre 1862. Elle a une apparence cachectique et porte des pustules d'ecthyma disposées en cercle, et des ulcérations se voient sur la peau, au niveau de la région de l'épaule droite. Le tibia, du même côté, est le siège d'une exostose.

Cette malade a eu la maladie vénérienne. On s'aperçoit, dès son entrée, que sa physionomie est étrange et hébétée, que ses réponses ne sont pas justes ; de plus elle est maladroite de ses membres et souvent elle laisse tomber des objets qu'elle tient à la main. Elle ne peut coudre que difficilement, tant ses doigts sont agités de tremblement. Sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique qui avait son indication dans l'affection cutanée, ces différents phénomènes subirent une amélioration très-notable, au point que la malade allait quitter l'hôpital, quand, le 28 décembre, elle tomba dans une sorte de coma, fut prise d'attaques convulsives qui se répètent plusieurs fois avant la mort, laquelle a eu lieu le 31 décembre.

Autopsie. — Les pustules d'ecthyma sont en grande partie cicatrisées. Le crâne est intact, les méninges sont saines ; quelques-unes des circonvolutions cérébrales antérieures paraissent plus fermes et un peu atrophiées ; les hémisphères n'offrent rien de spécial. La protubérance annulaire est le siège d'un ramollissement qui occupe la moitié environ de sa partie supérieure et antérieure. En ce point, la substance nerveuse diminue de consistance, tranche par son injection et sa coloration sur les parties

voisines; elle est parcourue par de nombreux vaisseaux et elle est d'une teinte rougeâtre; les tubes nerveux sont friables, brisés, granuleux, et, dans leurs intervalles, se rencontrent des noyaux ronds ou ovoïdes très-abondants. La membrane interne des ventricules est partout couverte de petits points saillants qui lui donnent l'aspect d'une langue de chat; elle est épaissie et renferme de nombreux corpuscules amyloïdes; ces mêmes corpuscules se retrouvent encore dans l'une des couches optiques.

L'épendyme spinal forme au centre de la moelle un petit cylindre du volume d'une aiguille à tricoter : il est constitué par une substance conjonctive et par de nombreux corpuscules amyloïdes, dont quelques-uns bleussent par la teinture d'iode. Les faisceaux médullaires sont, à leur partie supérieure, plus fermes qu'à l'état normal. Les artères cérébrales sont intactes, l'artère basilaire est libre; les autres organes sont peu altérés; la rate est volumineuse, ainsi que le corps thyroïde, le foie est gras et cicatrisé à sa surface.

La forme gommeuse a pour siège les hémisphères du cerveau, l'isthme de l'encéphale et le cervelet; ils présentent des tumeurs tantôt isolées et entourées d'une zone fibreuse, tantôt groupées et réunies par une gangue fibroïde.

De même que les tumeurs gommeuses du cœur et du foie, les gommages du cerveau sont constituées par une série de couches superposées ayant la même gangue et les mêmes éléments constitutifs. Elles subissent aussi la métamorphose granulo-graisseuse, en vertu de laquelle elles perdent peu à peu leur consistance, deviennent de plus en plus molles et jaunâtres, et se confondent bientôt avec la substance cérébrale, si elles n'en sont pas bientôt séparées par une enveloppe organisée.

L'observation suivante est destinée à montrer la marche de ce processus.

OBSERVATION VII (résumée).

Céphalée, vertiges, hémiplégie subite. — Tubercules syphilitiques sur la peau. — Retrecissement du rectum. — Iodure de potassium. — Guérison. — Plus tard, cachexie. — Mort. — Dépôt jaunâtre et tumeurs gommeuses dans le cerveau.

La nommée S..., âgée de 31 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 30 mai 1861, salle Saint-Antoine. Elle a été traitée à Lourcine, il y a dix ans, pour des accidents syphilitiques. Elle a une céphalée violente, qui date de deux ans; en même temps, sa vue baisse et ses facultés intellectuelles déclinent. Depuis plusieurs mois, elle présente une éruption de la peau de la face et du cou; il paraît de plus qu'elle aurait eu des accès épileptiformes; enfin, il y a quelques jours, elle a été frappée d'apoplexie avec hémiplégie.

Etat actuel. La surface cutanée offre une teinte un peu jaunâtre ou bronzée; sur le menton et sur le cou se rencontrent des saillies papuleuses d'un rouge brunâtre disposées en forme de cercle; il existe au voisinage des oreilles des tubercules cutanés manifestement syphilitiques; l'hémiplégie porte sur le côté gauche; la jambe peut encore être mue volontairement, mais le bras reste dans une immobilité presque complète; la sensibilité est conservée, du moins en grande partie; la commissure labiale est légèrement tirée à droite; vision du côté gauche complètement abolie; l'œil, cependant, paraît sain à la simple vue. Rien d'appréciable du côté des autres organes. A 2 ou 3 centimètres de l'anus, le doigt rencontre une sorte de disque cicatriciel qu'il lui est difficile de franchir. Diarrhée passagère.

La coexistence, chez cette malade, d'une affection cutanée syphilitique et de troubles cérébraux, ayant quelque chose de tout spécial dans leur évolution et leur marche, fit supposer à M. Hérard, suppléant de M. le professeur Rostan, qu'il s'agissait dans ce fait d'une double et peut-être d'une triple manifestation syphilitique. En conséquence, un traitement spécifique fut institué, et peu à peu les

tubercules cutanés s'effacèrent, l'hémiplégie diminua, mais sans disparaître entièrement. Le traitement (iodure de potassium et pilules de protoiodure de mercure) fut continué durant plusieurs semaines, ce qui n'empêcha pas l'apparition d'accès épileptiformes, avec déviation des globes oculaires, mais toujours sans morsure de la langue. Au bout de quelques mois, le traitement spécifique, qui n'avait pu amener une guérison complète, fut abandonné. La paralysie du bras devint plus complète, le deltoïde du côté gauche s'atrophia peu à peu, et l'épaule parut s'abaisser; il survint une diarrhée, d'abord légère, plus tard abondante, et dans les derniers temps, des vomissements multipliés; la cachexie ne fit que croître, la céphalée et les vertiges reparurent, et la malade succomba le 12 mars 1862.

Autopsie. — A la coupe, la substance cérébrale est décolorée; sa consistance, diminuée en quelques points, paraît plus ferme en d'autres endroits. A l'aide d'un examen attentif, on reconnaît, à la coupe de l'hémisphère droit, des points jaunâtres autour desquels la substance cérébrale est comme déchirée et ramollie. Plaques jaunes à la surface des ventricules, au niveau desquelles on constate la présence de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une lentille. Ces tumeurs sont formées d'un noyau central foncé, autour duquel il est facile d'extraire avec la pince une sorte de membrane jaunâtre. Celle-ci est composée de fibres de tissu cellulaire, de corps sphériques granuleux, d'abondantes granulations grasses, de globules d'huile, de cristallisation de matière grasse, et aussi de quelques rares capillaires dégénérés, tandis que le noyau central ne renferme guère que des granulations la plupart grasses, des globules gras et des noyaux granuleux et déformés. La substance cérébrale, moins consistante autour des foyers jaunâtres, est manifestement altérée. Quelques-uns de ces foyers, de petit volume et de coloration grisâtre, contiennent une matière fibroïde. Les plaques jaunes offrent la même coloration que les foyers; on y trouve principalement des éléments de matière grasse,

des détritits du tissu conjonctif et de substance cérébrale. Cette lésion se retrouve encore à gauche, bien que l'hémisphère droit en soit plus particulièrement le siège. La substance grise des circonvolutions ne paraît pas altérée; quelques cellules cependant sont très-fortement granuleuses, et bon nombre de capillaires sont chargés de granulations graisseuses; on y reconnaît manifestement à l'œil nu trois couches, dont la moyenne est d'une coloration jaunâtre très-tranchée. Les os du crâne sont épais.

Ces dépôts syphilitiques de l'encéphale ne se terminent pas toujours par une transformation graisseuse, ou, plus rarement, calcaire. Ces dépôts peuvent se résorber, et la zone fibreuse qui les circonscrivait présente alors la forme d'un kyste vide. On a pris plusieurs fois pour des kystes ces restes de produits gommeux résorbés, chez des malades morts de syphilis.

Meyer a vu dans un cas l'hémisphère droit du cerveau transformé en une cavité parcourue par de nombreux cordons sous forme de réseau, et dont les parois étaient constituées par une couche mince de substance cérébrale ramollie. La couche optique et le corps strié correspondants étaient atrophiés. Il y avait de plus des tumeurs gommeuses de la dure-mère cérébrale et du foie. Des accès épileptiformes, des accès maniaques et une hémiplegie complète à gauche, tels avaient été les phénomènes observés pendant la vie.

Les tumeurs gommeuses de l'encéphale ne doivent pas se confondre avec le tubercule ni avec les tumeurs fibreuses ou cancéreuses (gliome ou sarcome), auxquelles elles ressemblent au début. Plus tard elles offrent de l'analogie avec les kystes séreux ou hémorrhagiques anciens. Mais les dépôts syphilitiques se distinguent des tumeurs cancéreuses ou fibreuses par leur faible vascularité; ils se rapprochent davantage du tubercule du cerveau, avec lesquels on les a plusieurs fois confondus. Aucune zone fibreuse cependant ne circonscrit aussi nettement le tubercule du cerveau; celui-ci subit d'une façon plus uniforme la métamorphose gras-

seuse. Il est souvent unique et entouré de granulations de même nature.

Les kystes apoplectiques ont une forme arrondie, et leurs parois sont imprégnées de la matière colorante du sang à l'état amorphe ou cristallin. Les infarctus résorbés se distinguent des cicatrices par l'altération concomitante des artères.

Symptômes. Les symptômes des lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent se diviser en plusieurs groupes. Un premier, qui semble répondre aux encéphalites partielles, consiste dans des troubles de mouvements, plus rarement dans des désordres de l'intelligence et de la sensibilité. Dans ces conditions les individus, après avoir éprouvé une céphalée, sont frappés de paralysie le plus souvent hémiplégique, mais quelquefois restant limitée à un membre, et plus souvent aux muscles de l'œil. Les muscles paralysés ne s'atrophient généralement pas, puisque les centres sont ici le siège habituel de la lésion.

Dans un second groupe se rangent des désordres du côté de l'intelligence, et que caractérisent l'embaras de la parole, l'hébétéude, la diminution et la perte graduelle de la mémoire. Ces désordres fonctionnels se rattachent à une lésion de la périphérie de l'encéphale, et offrent des caractères voisins de ceux de la paralysie générale et de la démence paralytique. Le cas suivant a présenté successivement les deux variétés de désordres.

OBSERVATION VIII (résumée).

Névralgies. — Hémiplégie, céphalée, insomnie, paralysie des sphincters. — Iodure de potassium. — Amélioration. — Plus tard, paralysie générale, cachexie. — Mort. — Hypertrophie des os du crâne.

La femme G..., âgée de 45 ans, entre à la Pitié le 24 juillet 1860. Il y a dix ans, elle fut atteinte d'une névralgie sciatique du côté droit. Cette douleur se faisait sentir quelquefois le jour, mais souvent la nuit en même temps qu'une douleur violente à la base du

crâne; il y avait de l'insomnie. Cet état dura environ cinq ans. Pendant ce temps la malade fut traitée par plusieurs médecins, qui épuisèrent les moyens généralement employés contre les névralgies. Valleix, qui lui fit sur les cuisses des cautérisations profondes, dont on peut voir les traces, la montra comme un curieux exemple de névralgie rebelle. M. Marotte, dans le service duquel elle se trouva placée plus tard, fut conduit à recourir à l'emploi de l'iodure de potassium. La malade n'en avait pas pris depuis plus de huit jours que les douleurs avaient disparu, que le sommeil était revenu, au point qu'elle dormait presque constamment, même durant les visites des médecins et des étrangers. Le traitement ne pût être continué plus longtemps; la malade voulut quitter l'hôpital, mais depuis lors de nouvelles douleurs reparurent presque tous les mois, et cédèrent toujours rapidement à l'usage de l'iodure de potassium; au dire de la malade, ces douleurs disparaissaient quelquefois dès le lendemain de l'emploi du médicament.

Etat actuel, 31 juillet. Maigreur, embarras de la parole datant de la fin de janvier; stupidité du visage, pleurs faciles, mémoire faible, intelligence encore nette; faiblesse musculaire dans le côté droit, les membres ont de la peine à être soulevés et à exécuter leurs mouvements habituels. La sensibilité est conservée; céphalalgie, insomnie, étourdissements, vertiges, intégrité de chacun des sens. Iodure de potassium, 1 gr. 50; le médicament est continué pendant huit jours et les accidents disparaissent en grande partie; une diarrhée abondante étant survenue, on se trouve dans la nécessité de le cesser. Trois semaines plus tard, hémiplégie du côté gauche. Les sphincters se paralysent, les pleurs deviennent presque continuels. A chaque parole qu'on lui adresse, la malade se met à pleurer en jetant des cris, et en faisant des contorsions caractéristiques, bien propres à faire supposer un ramollissement cérébral. Elle accuse une douleur intense, avec exacer-

bation nocturne, localisée à la partie postérieure droite de la tête; de l'insomnie, des vertiges, de la faiblesse.

Le 8 septembre, on essaye de donner 30 gr. de sirop d'iodure de fer; et sous l'influence de ce médicament, continué pendant cinq jours, la malade se trouve mieux, la diarrhée disparaît.

Le 15, l'iodure de potassium est repris à la dose de 1 gramme; quelques jours plus tard, on porte la dose à 1 gr. 50, puis à 2, à 3 grammes, avec 15 grammes de sirop de morphine. La malade peut le supporter, l'appétit revient, et bientôt les accidents de paralysie diminuent.

Le 25, le bras est soulevé au niveau de la tête, la jambe se meut avec plus de facilité; la tendance à pleurer n'existe plus; la douleur de tête, l'insomnie, les vertiges ont presque entièrement disparu. L'amélioration continue les jours suivants.

Le médicament est supprimé le 10 octobre; à cette époque, la malade conserve une faiblesse générale, un peu plus prononcée toutefois du côté gauche; néanmoins, elle peut se lever et marcher dans la salle, non pas, il est vrai, sans faire quelques chutes. Quelques jours plus tard, perte de connaissance, céphalée occipitale, étourdissements, vertiges, insomnie; la tendance aux pleurs reparaît. Le 20, on reprend l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme; le 30, il y a déjà un mieux appréciable. Le médicament n'est plus continué à partir du mois de janvier, et bientôt reparaissent la céphalée, la faiblesse des membres, surtout des membres inférieurs, qui se paralysent presque entièrement; les matières fécales et les urines ne sont plus retenues; la sensibilité devient obtuse; la moindre émotion provoque le rire, les pleurs; la mémoire se perd en grande partie, la parole s'embarrasse. Toutefois, les facultés intellectuelles permettent à la malade de reconnaître jusqu'au moment de la mort les personnes qui l'entourent. Plus tard, cachexie, peau jaunâtre et terreuse; diarrhée, œdème, et mort le 12 septembre 1861.

Autopsie. — Les os du crâne sont hypertrophiés ; leur épaisseur est plus que doublée ; une sérosité limpide et abondante s'écoule aussitôt après l'enlèvement du crâne. Les vaisseaux veineux des méninges sont dilatés et gorgés de sang noir. Quelques plaques muqueuses, de peu d'étendue, se remarquent à la surface de l'arachnoïde du côté gauche. La dure-mère, du côté droit, est piquetée de sang et tapissée, dans une petite étendue, d'une néomembrane très-mince et transparente. La substance cérébrale est partout plus molle qu'à l'état normal ; la substance corticale est un peu jaunâtre. Les ventricules latéraux sont dilatés et renferment un liquide trouble ; ce même liquide se trouve dans le ventricule de la cloison. Dépôt plasmatique jaunâtre au niveau de la fente cérébrale de Bichat, derrière la glande pinéale ; adhérence de la lyre à l'isthme de l'encéphale. La substance grise du cerveau est intacte ; la substance blanche offre des taches ou mieux des foyers jaunâtres ayant environ 0^m,01 d'étendue, constitués par de nombreuses granulations graisseuses, des noyaux et des cellules granuleuses ; ces foyers sont distribués également dans les deux hémisphères cérébraux. A la surface du corps strié droit existe une plaque jaune ayant 0^m,02 de diamètre, légèrement saillante ; ramollie à ce niveau ; la substance cérébrale forme une sorte de magma blanc-jaunâtre. Le corps strié du côté gauche est le siège d'un foyer jaune, également constitué par des granulations moléculaires et graisseuses abondantes et par des globules granuleux. Nulle part il n'existe de traces d'hématine. Coloration jaune et diminution de consistance de quelques circonvolutions cérébelleuses. Corps pituitaire volumineux, ferme, jaunâtre ; quelques vertèbres lombaires sont le siège d'hyperostoses.

La paralysie générale et la démence paralytique sont aussi, dans certains cas, des formes symptomatiques liées à la syphilis. Un malade, observé par Rauch de Graetz, avait d'abord une cécophalée continue ; il devint oublieux, paresseux, inattentif à son commerce, niais ; puis il tomba en enfance et dans l'idiotie la plus

complète; l'ouïe et la vue, d'abord troubles, finirent par être abolies. Les extrémités inférieures, la vessie, le rectum se paralysèrent, et il survint enfin du coma. Cet état, qui a duré pendant six mois, céda complètement aux onctions mercurielles et à l'iodure de potassium.

Gailleton rapporte qu'un homme contracte la syphilis, à deux reprises différentes; il est atteint d'accidents constitutionnels. Deux ans plus tard, il présente une paralysie double de l'élévateur des paupières, de la diplopie, de l'amblyopie; et cet homme, autrefois intelligent, devient à peu près idiot; il répond à peine, sa parole est embarrassée, sa marche est vacillante. Il guérit par l'iodure de potassium.

Leidesdorf a rencontré, chez des sujets syphilitiques, deux cas de démence, qui ont été, l'un très-notablement amélioré, l'autre rapidement guéri par l'iodure de potassium.

On observe aussi quelquefois chez les syphilitiques un trouble moral, comparable, jusqu'à un certain point, à un dérangement analogue à celui qu'on observe chez les gouteux. La tristesse et la frayeur constituent le caractère principal des individus ainsi affectés; ils redoutent surtout la manifestation de la maladie dont ils sont atteints (*syphilophobia*).

Un troisième groupe de symptômes se rapportent plus spécialement aux produits gommeux de l'encéphale. Une céphalée persistante, des étourdissements, des vertiges, des pertes subites de connaissance ou des attaques apoplectiques, quelquefois de la somnolence, du délire ou du coma. Ces symptômes sont très-mobiles et très-fugaces. On observe aussi des convulsions cloniques, mais rarement de la contracture.

L'observation suivante, recueillie par Grisolle, confirme ce que nous venons d'énoncer et nous enseigne, de plus, qu'il ne faut pas s'arrêter aux dénégations des malades; mais, se basant aux signes cutanés et cérébraux de la syphilis, on doit recourir d'emblée à l'iodure de potassium à haute dose, sans être influencé par certains symptômes un peu effrayants.

OBSERVATION IX.

Syphilide tuberculeuse et gommeuse. — Désordres cérébraux multiples. —
Guérison par l'iodure de potassium.

Le nommé B..., âgé de 39 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 24 juin 1862. D'une force moyenne, d'une bonne constitution, il n'a jamais fait de maladie sérieuse, et il prétend n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne, aucune lésion aux parties génitales. C'est à l'usage de la pipe qu'il attribue les accidents qui l'amènent à l'hôpital. Il y a deux ans il eut un mal de gorge sur la nature duquel il lui est difficile de se prononcer. Depuis trois mois, il est atteint d'une éruption qui existe encore, et qui se présente sous forme de boutons ou de tubercules groupés en cercle, d'une coloration cuivrée, et occupant d'une façon assez symétrique les parties postérieures des cuisses, les parties antérieures des aines, et les régions des reins. Cette éruption se retrouve sur les bras, dans le creux poplité, et sur le gland. A la face postérieure des deux avant-bras, à 0^m,02 environ de l'olécrâne, on constate la présence de deux tumeurs arrondies assez fermes et mobiles, du volume d'une petite noisette. Légère exostose de la clavicule gauche. Tibias intacts. Depuis environ six semaines, vertiges, étourdissements, céphalée intense, insomnie opiniâtre ; puis tout à coup accès vertigineux plus violents, suivis de perte de connaissance sans convulsions. Ces mêmes accidents se reproduisirent, une saignée fut pratiquée, puis il survint une hémiplegie du côté gauche. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital. La paralysie, fort incomplète, n'empêche pas la marche ; mais le malade fait remarquer qu'en marchant il se dirige toujours à gauche malgré lui ; il a pu se rendre à pied à l'hôpital, obligé, dit-il, de prendre le trottoir de gauche, le seul sur lequel il puisse rester. Bien que la bouche paraisse légèrement déviée, l'hémiplegie de la face est cependant fort douteuse. La parole depuis la dernière attaque est embarrassée,

la mémoire peu fidèle, l'intelligence obtuse, la physionomie hébété. Absence de fièvre. Le foie paraît sain. Le diagnostic de l'affection cutanée ne pouvant être mis en doute malgré les dénégations du malade, il y avait lieu de croire que les troubles cérébraux dépendaient d'une lésion ayant la même origine; ce fut l'avis d'un grand nombre de médecins et de M. Grisolle en particulier, qui institua un traitement spécifique (iodure de potassium, pilules de Dupuytren).

Au bout de quelques jours l'embarras de la parole diminua, avec la céphalée, les vertiges, et la paralysie gauche; mais en même temps, le bras droit se paralysa; le traitement fut continué.

Le 27, le malade se soutient mieux du côté gauche; mais il marche en fauchant de la jambe droite, qui est plus faible. La dose de l'iodure de potassium est portée à 3 grammes.

Le 28, les tumeurs gommeuses des avant-bras sont en voie de résorption, l'éruption pâlit et s'affaïsse. La syphilide disparaît peu à peu sans laisser la moindre trace, les tumeurs des avant-bras cèdent également, l'exostose décroît. Plus tard on voit diminuer les accidents cérébraux, et ils avaient presque totalement disparu, quand le malade demanda sa sortie, le 11 juillet suivant.

L'observation suivante montre la coexistence de ces différents groupes symptomatiques se rattachant aux différentes lésions ci-dessus mentionnées.

OBSERVATION X (Tungel).

Exostose. — Convulsions, céphalée, insomnie, hémiplégi^Ae, épilepsie, délire, coma.

Un négociant, âgé de 46 ans, fut pris d'une attaque de convulsions cloniques en 1859, avec intégrité de sa connaissance. Ces convulsions commencèrent par les muscles de la langue, passèrent ensuite aux muscles de la mâchoire inférieure, et de l'œil

gauche. Deux mois après il eut une convulsion de la jambe gauche; le malade tomba sans perdre connaissance. Dans l'intervalle il avait un léger tremblement de la plupart des muscles de la face, et des douleurs térébrantes, presque continues de la tête, au niveau surtout de l'os pariétal droit. Insomnie, exaltation de caractère. Le malade, deux ans auparavant, avait eu une tuméfaction douloureuse de l'olécrâne droit, dont il restait encore une tumeur osseuse assez considérable. Il avoua être syphilitique depuis plusieurs années. Des troubles du côté du tube digestif n'ont pas permis de continuer longtemps les onctions mercurielles et l'iodure de potassium, et on fut obligé de les suspendre. Néanmoins à ce moment on constate une amélioration notable, la disparition de la céphalée, du tremblement et des convulsions. Plus tard l'anxiété et la mélancolie revinrent; les muscles de la face étaient pris de tremblement de temps en temps.

Vers le 6 décembre 1859, faiblesse, insomnie; les douleurs de tête reparaissent, il survient une perte de connaissance passagère, suivie d'une paralysie de tout le côté gauche. Le malade devient pleurnicheur, il a de la céphalalgie, un tremblement plus prononcé des muscles de la face; l'iodure de potassium et le cautère à la nuque sont sans succès.

Pendant l'année 1860, il a eu plusieurs attaques épileptiques avec perte complète de connaissance. Ensuite, en janvier 1861, il est pris d'un érysipèle ayant pour point de départ le cautère, il s'infiltré; des gangrènes au sacrum et à l'olécrâne amenèrent une maigreur excessive et la mort le 2 mars.

Autopsie. L'os pariétal droit est, à sa surface interne, dans une étendue d'une pièce de 2 francs, spongieux, vasculaire; et, en ce point, la surface de la dure-mère est couverte d'une fausse membrane vilieuse. La dure-mère adhère, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, avec la pie-mère et la couche corticale du cerveau. La masse qui produit cette union est, vers sa partie moyenne, solide, consistante, sèche et élastique; elle s'enfonce entre les cir-

convolutions, où elle forme trois excroissances conoïdes. Ces excroissances sont en partie indurées et jaunâtres, en partie transformées en une bouillie granuleuse. La substance médullaire du voisinage, qui est très-dure, envoie des prolongements calleux jusqu'au centre ovale; elle contient une petite tumeur ferme, du volume d'un noyau de prune, grisâtre à la périphérie, sèche et jaune au centre. La substance médullaire de l'hémisphère droit, d'une couleur jaune-citron, en apparence ramollie, mais en réalité plus ferme, est traversée par un tissu calleux. On trouve quelques points plus mous au niveau de cette altération, qui occupe surtout les deux côtés de la fosse de Sylvius.

Réflexions. — D'après ce que nous avons dit sur les lésions du cerveau d'origine syphilitique, nous en trouvons dans cet exemple des preuves à peu près irrécusables. En effet, en commençant par la dure-mère, ses excroissances indurées et jaunâtres comprimaient le cerveau, et donnaient naissance aux convulsions, sans perte de connaissance, que le malade a eues au début de sa maladie. Ensuite les excroissances indurées et jaunâtres de la substance cérébrale, n'étant pas arrêtées dans leur métamorphose par un traitement spécifique administré à temps et convenablement, se sont transformées en une bouillie granuleuse et ont causé le ramollissement des parties voisines. Ce dernier état, se manifestant à l'extérieur par une perte complète de connaissance, par des convulsions fréquentes, et par une hémiplegie durable, devait amener la mort, si celle-ci n'était pas provoquée préalablement par l'érysipèle, le marasme et les eschares.

Lorsque le cervelet est plus spécialement le siège des lésions syphilitiques, on voit alors des nausées, des vomissements, l'ivresse des mouvements, la titubation dans la marche, des spasmes dans les muscles de la face ou de l'œil, et parfois des troubles de la vision.

OBSERVATION XI (Vard, Nouv. Bibl. méd., t. IV, p. 368).

J. S., malade depuis huit mois, accuse des douleurs traversant la tête et apparaissant à deux heures du matin; il éprouve parfois des spasmes dans les muscles de la face. Nausées, vomissements. Des émissions sanguines copieuses et répétées, des purgatifs, des pilules mercurielles, n'amènent aucune amélioration. Ses douleurs deviennent franchement intermittentes et reviennent toutes les deux nuits. Mort subite. *Autopsie.* Engorgement des vaisseaux du péricrâne et du cerveau; liquide abondant dans les ventricules; lymphes coagulables dans les ventricules et sur les corps striés; dans l'hémisphère droit du cervelet, tumeur comme squirrheuse, de la grosseur d'une petite noix, de consistance cartilagineuse, en contact avec l'occipital, sur lequel elle a produit un commencement d'absorption.

OBSERVATION XII (Leveu, Bull. Soc. biol., année 1863, p. 150.)

Une femme, âgée de 31 ans, qui avait eu un chancre induré, des plaques muqueuses, etc., entra à l'hôpital Lariboisière, dans le service du D^r Duplay, portant sur les membres supérieurs une syphilis très-caractérisée. Depuis plusieurs semaines, cette malade se plaignait de céphalalgie occipitale très-violente; elle avait des vomissements incoercibles, et l'iodure de potassium, qu'on lui avait administré, ne pouvait rien contre ces accidents. Bientôt elle s'affaiblit et elle se mit à tituber; la marche devenait de plus en plus pénible, et, au commencement de mars 1863, elle était obligée de garder le lit. Dans cette position, elle pouvait encore exécuter des mouvements en tous sens avec les membres inférieurs, dans une direction préconçue; elle pouvait coordonner ces mouvements; on ne constatait pas de paralysie proprement dite, mais un affaiblissement énorme; il en était des membres supérieurs comme des membres inférieurs: affaiblissement musculaire, paralysie appa-

rente ; puissance de coordination des mouvements intacte. En même temps que le trouble de la motilité dans les membres, parut un strabisme convergent qui alla croissant, au point que les deux yeux disparaissaient en partie derrière les paupières, et que la physionomie de la malade avait contracté un aspect hideux ; le strabisme se compliquait, au début, de diplopie. Sous l'influence de la volonté, la malade pouvait réagir en partie contre le strabisme porter l'œil en dehors, mais avec peine. Nous constatons ici encore, non pas une paralysie, mais un trouble dans le système locomoteur de l'œil. L'intelligence et la sensibilité n'avaient pas été touchées dans ce cortège de symptômes graves ; il n'y avait ni fièvre ni toux ; la nutrition était profondément altérée par les vomissements prolongés ; la malade s'était amaigrie. Un traitement mercuriel (deux pilules Sédillot par jour) fut institué dans la première semaine de mars, et, au bout de huit jours, il y eut déjà une amélioration sensible : les maux de tête se calmèrent, puis les autres symptômes graves s'amendèrent peu à peu, la malade reprit ses forces, elle put rester assise dans son lit, se tenir sur ses jambes ; le strabisme céda également et, après six semaines de traitement mercuriel, en avril 1863, les douleurs de tête et les vomissements avaient disparu. La malade, qui avait recouvré la puissance de ses mouvements, quitta l'hôpital, guérie du strabisme et pouvant marcher facilement. La guérison se maintint.

Le passage du sucre dans les urines a été noté par Leudet, Jaksch et Düb. Une observation du D^r Gentilhomme, de Reims, indique la polydipsie et la polyurie tout à la fois.

OBSERVATION XIII (résumée).

Chancres et bubons de nature douteuse. — Hémiplegie guérie par l'iode de potassium. — Gommages, polyurie.

Le nommé D..., âgé de 54 ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre en 1860, pour des troubles gastriques. Il a eu, vingt-six ans au-

paravant, un chancre sur le gland et un bubon dans l'aîne droite, lequel s'est terminé par suppuration. Il n'a pas eu d'accidents secondaires, et on n'en trouve pas à l'exploration. En 1837, il fit une chute, laquelle lui fractura la clavicule et de plus lui luxa l'épaule droite.

Il reprend son travail, et, quelque temps après, il est pris d'une hémiplegie droite, qui survient lentement et progressivement sans s'accompagner de troubles cérébraux; il existe en même temps des douleurs très-vives dans la partie droite de la tête. Il entre dans le service de M. Boyer, qui l'a guéri par l'iode de potassium. Il retourne à ses travaux, mais il est arrêté, au bout de quelques temps, par une nouvelle paralysie, qui siège cette fois dans le côté gauche du corps. Cette paralysie suit du reste la même marche et s'accompagne de mêmes accidents que la première, mais elle ne disparaît pas; et D....., est placé à l'hospice de Bicêtre pour cette infirmité. Depuis, cette hémiplegie a presque entièrement disparu sous l'influence de l'iode de potassium. Il y a trois ans, il a eu trois gomes au niveau du lobule de l'oreille droite, et dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et du genou droits, pour lesquels M. Després lui administre de l'iode de potassium. Quelques-unes de ces tumeurs disparaissent par résolution, les autres par ramollissement. Mais les gomes du lobule de l'oreille ont fini par détruire complètement cet appendice. Celles qui siégeaient à la jambe ont laissé de petites fistules.

En 1861, le malade garde le lit; il est très-faible, très-maigre, cachectique. Il y a huit mois, il commença à éprouver une soif plus grande que d'habitude : il buvait 3 litres de tisane par jours. Ce besoin a toujours été en augmentant; aujourd'hui il boit 4 litres de tisane par jour, et il urine dans les mêmes proportions. Les gencives sont molles, sanglantes; les dents, gâtées et déchaussées, sont fréquemment le siège des douleurs très-vives et très-persistantes; la bouche est mauvaise, la langue rouge et brunâtre. Les fonctions digestives sont altérées; il éprouve des douleurs au

niveau de l'estomac, et des étouffements derrière le sternum. Les vomissements ne disparaissent, de même que les douleurs, qu'après que l'estomac a rendu les matières contenues dans sa cavité. Symptômes de broncho-pneumonie du côté de la poitrine. Augmentation de la sécrétion urinaire sans sucre ni albumine. Céphalée vive et nocturne. Exostoses superficielles des os du crâne sensibles au toucher, visibles même. Les fonctions intellectuelles saines, de même que les organes des sens. L'amaigrissement fait de nouveaux progrès. Les vomissements sont continuels, la soif vive. Le malade succombe à la lésion du poumon.

Autopsie. — Sur le frontal, exostoses aplaties, irrégulières, au niveau desquelles le péricrâne se décolle facilement. Dans l'intervalle de ces exostoses le tissu osseux est résorbé et remplacé par du tissu fibreux. La dure-mère adhère à la portion du frontal qui correspond aux exostoses superficielles. Le cerveau est sain; aucune tumeur à la base du crâne. La moelle épinière et les nerfs n'ont pas été examinés.

Les deux premiers exemples nous ont offert presque tous les symptômes qui correspondent aux lésions syphilitiques du cervelet : absence de fièvre, céphalalgie occipitale, nausées, vomissements, défaut de coordination des mouvements sans paralysie, spasmes dans les muscles de la face et des yeux, aucun trouble dans l'intelligence et la sensibilité.

Dans le premier cas le traitement spécifique n'étant pas administré, on ne pouvait pas expliquer d'une manière certaine les symptômes observés pendant la vie; mais la tumeur qu'on a trouvée à la base du cervelet a éclairé, selon moi, le diagnostic. Dans le second cas, un traitement mercuriel dissipa tous les symptômes.

La nature syphilitique de l'observation 13 est prouvée par les gommès multiples, l'hémiplégie, les exostoses extra-crâniennes, les céphalées intenses, désordres dont les uns ont été guéris, les autres améliorés par l'iodure de potassium. Quant à l'origine des troubles gastriques avec douleurs et vomissements, de la poly-

dipsie et de la polyurie, on ne l'a pas trouvée, ou, pour mieux dire, on n'a pas examiné attentivement tout le système cérébro-spinal, car il est probable qu'alors on aurait pu se rendre compte de ces phénomènes. Pour la glycosurie qu'on a trouvée chez les syphilitiques, on sait aujourd'hui, d'après les expériences de Cl. Bernard, qu'une piqûre pratiquée sur le plancher du quatrième ventricule manifeste la présence du sucre dans les urines. Il est possible qu'une tumeur gommeuse syphilitique, prenant naissance sur ce plancher même, ou bien sur les parties voisines et venant ensuite irriter cette paroi du bulbe, soit de nature à causer la glycosurie.

La marche de ces lésions du cerveau est lente et progressive ; la céphalée, les vertiges, l'insomnie et les étourdissements sont généralement les premiers symptômes ; surviennent plus tard les accès convulsifs, les paralysies et les troubles de l'intelligence.

Leur durée varie entre quelques semaines et plusieurs années. Leur guérison spontanée est rare, mais d'ordinaire elles subissent vite l'influence d'un traitement général. Ces lésions ne disparaissent toutefois complètement que lorsque les éléments qu'elles attaquent conservent encore leur intégrité. Or, comme presque toujours ces éléments finissent par s'altérer après un certain temps, si l'on n'intervient pas dès le début par un traitement spécifique, il en résulte que certains symptômes comme la paralysie persistent indéfiniment.

Les lésions syphilitiques de l'encéphale, lorsqu'elle sont étendues, peuvent causer la mort ; ou, même étant circonscrites, elles occupent une partie de la moelle allongée dont l'intégrité est indispensable au maintien de la vie.

Diagnostic. — Le diagnostic est difficile quand les signes commémoratifs de la syphilis constitutionnelle sont obscurs, et que les symptômes présentent des formes nombreuses. Cependant une céphalalgie intense, persistante et opiniâtre, avec paroxysmes noc-

turnes, étourdissements et vertiges, se dissipant rapidement sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium, ne permet pas le doute sur la cause spécifique. L'insomnie, qu'elle accompagne ou non la céphalée, est un signe non moins important. Parmi les autres symptômes, la paralysie a quelque chose de spécial, car elle est fugace; elle n'a ni le début soudain, ni la stabilité de l'hémiplégie qui provient d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral succédant à une oblitération artérielle.

Des attaques épileptiformes sans aura, des accès convulsifs sans perte absolue de connaissance, précédés et suivis d'une céphalée plus ou moins violente, ne mettent pas moins sur la voie du diagnostic.

CHAPITRE III.

MYÉLOPATHIES SYPHILITIKES.

Pour l'étude des lésions syphilitiques de cette partie du système cébro-spinal, nous n'avons qu'une observation recueillie par M. Potain, à l'Hôtel-Dieu. C'était une femme qui était affectée d'une syphilis secondaire, caractérisée par une céphalalgie persistante surtout la nuit, une adénopathie indolente des ganglions post-cervicaux et inguinaux, plusieurs papules muqueuses à la marge de l'anus. Cette femme accoucha de deux jumelles qui moururent après trois jours. L'autopsie montra chez les deux fœtus l'altération syphilitique spéciale du foie, décrite par Gubler.

Chez l'un des fœtus seulement, la moelle était, dans toute sa longueur, diminuée de volume, dure, sans traces de division entre les substances, et tout à fait semblable à un tendon fibreux, sauf la coloration qui était d'un gris rougeâtre. Au microscope, M. Potain ne put découvrir ni cellules nerveuses, ni presque aucun tube nerveux distinct. La moelle semblait constituée par du tissu

lamineux condensé, feutré et entremêlé d'une substance granuleuse abondante. Les méninges rachidiennes intactes.

Les auteurs reconnaissent pour la moelle épinière les mêmes lésions syphilitiques que celles qui affectent le cerveau, mais dans une fréquence moindre. Ainsi elles occupent tantôt les enveloppes et plus particulièrement la dure-mère spinale, tantôt la substance nerveuse. Dans les premières, on trouve de même un épaississement plus ou moins considérable, avec adhérence aux parties voisines, ou bien des dépôts gommeux situés sur la surface externe ou interne de ces membranes.

Dans le cordon médullaire, on trouve les lésions syphilitiques sous l'une des deux formes, diffuse ou circonscrite. Dans la première forme, la moelle est indurée ou ramollie, l'épendyme est épaissi. Il se développe, entre les tubes nerveux, des éléments nouveaux du tissu cellulaire avec ou sans corpuscules amyloïdes. La substance nerveuse peut être consécutivement lésée ou détruite; on voit alors une véritable sclérose. C'est ce que démontre clairement le cas observé par M. Potain.

Symptômes. — Dans les symptômes qui se rapportent aux lésions syphilitiques de la moelle épinière, on observe des différences nécessaires selon le siège anatomique sur tel ou tel point des méninges ou de la moelle elle-même.

On observe d'abord une rachialgie ayant pour siège le cou, le dos ou la région lombaire. Ces douleurs n'ont ni l'intensité ni la rapidité des douleurs de l'ataxie locomotrice franche. Les malades accusent de plus des sensations diverses de froid, d'engourdissement, qui siègent plus spécialement sur les extrémités. On voit aussi fréquemment une paraplégie; et J. Franco considère la syphilis comme la cause la plus fréquente de cette paralysie des membres inférieurs.

La paraplégie survient longtemps après l'apparition de la diathèse syphilitique, et son début est progressif plutôt que brusque.

Elle présente, en outre, des moments d'arrêt dans sa marche et des rechutes. Sa durée est assez longue.

Diagnostic. — Les maladies qui peuvent se confondre avec les myélopathies syphilitiques, sont : la myélite partielle chronique, ou sclérose médullaire; les tumeurs épithéliales ou fibreuses. Pour établir alors les bases du diagnostic, il faut recourir aux antécédents du malade et aux affections concomitantes. Une paraplégie incomplète accompagnée de sensations douloureuses sur le trajet des cordons nerveux et de contracture, indique plus particulièrement une lésion occupant les enveloppes de la moelle. Tandis que, lorsque la paraplégie est complète avec des mouvements réflexes, elle appartient plutôt à une lésion primitive de la substance nerveuse.

CHAPITRE IV.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES.

De même que l'encéphale et la moelle épinière, les cordons nerveux peuvent subir d'une manière directe ou indirecte l'influence de la syphilis; c'est-à-dire ils peuvent être affectés primitivement sur une partie plus ou moins grande de leur étendue, ou secondairement par suite de la compression exercée par des organes altérés du voisinage et des os plus particulièrement.

Comme lésion anatomique des troncs nerveux, on rencontre aussi l'épaississement du tissu conjonctif (névrite interstitielle, hyperplasie diffuse), ou bien la présence de nodules comparables aux névrômes, mais qui ne sont en réalité que des tumeurs gommeuses.

On dit aussi que les nerfs oculo-moteurs, à leur sortie du crâne, sont noueux, d'une épaisseur triple de leur volume normal, et

transformés, de plus, en une masse homogène, lardacée, constituée par une substance finement grenue.

Les lésions syphilitiques affectent le plus particulièrement les nerfs cérébraux à leur point d'émergence. Plus rares sont les lésions des nerfs rachidiens.

Les cordons nerveux périphériques n'ayant pas une même fonction physiologique, une étude collective des symptômes qui correspondent à leurs lésions syphilitiques est impossible. De là la nécessité d'exposer les désordres séparément. Mais, n'ayant pu trouver des observations particulières à chacun de ces nerfs, nous nous bornerons à exposer l'affection syphilitique du nerf de la troisième paire, qui du reste est le plus fréquemment rencontrée. Nous décrirons ensuite les observations que nous avons recueillies dans les hôpitaux, et celles qui nous ont été transmises.

Paralysie du moteur oculaire commun.

Lorsque les muscles animés par la troisième paire sont paralysés, on remarque : 1° un ptosis paralytique ; 2° un strabisme fixe paralytique divergent ; 3° une mydriase paralytique.

1° *Ptosis paralytique.* — La paupière supérieure retombe sur l'œil, par suite de la paralysie du releveur qui ne contrebalance plus l'action de l'orbiculaire. Le malade alors, pour ouvrir l'œil, soulève la paupière avec le doigt. L'action de l'orbiculaire étant conservée, on n'observe point l'épiphora. Si le releveur de la paupière n'est pas complètement paralysé, le malade réussit mieux à relever ce voile membraneux, lorsque, fermant l'œil sain, il concentre sur l'œil affecté toute l'innervation dont il dispose.

Dans les anciennes paralysies, les efforts que le malade a faits pour relever la paupière à l'aide des muscles épicrotiniens, ont déterminé l'élévation du sourcil et sa forme arquée, et de nombreux sillons transverses sur la peau du front.

2. *Strabisme fixe paralytique divergent.* — Lorsqu'on relève la paupière prolabée, on voit que le globe de l'œil est dévié en dehors et un peu en bas, par suite de la paralysie des droits interne, supérieur et inférieur, et du petit oblique qui ne contrebalance plus l'action du grand oblique restée intacte. Quand on engage le malade à regarder en dedans, il fait tourner seulement son œil de dehors en dedans, suivant son axe antéro-postérieur. De plus il voit double lorsqu'il veut diriger l'œil dans une situation opposée à la déviation ; et en même temps il éprouve des vertiges, de sorte que, s'il essaye de marcher, la paupière étant soulevée, la marche est chancelante et irrégulière. La diplopie et les vertiges sont dus à ce que l'axe de l'œil paralysé n'est plus en concordance avec celui de l'œil sain.

3. *Mydriase paralytique.* — On désigne sous ce nom une dilatation permanente de la pupille, même lorsqu'on l'expose à la lumière, produite par la paralysie du sphincter de la pupille, qui permet l'action unique des fibres radiées.

Dans la paralysie des muscles moteurs de l'œil, on remarque en outre une saillie exagérée en avant du globe de l'œil, désignée sous le nom d'ophthalmoptosis, et qui est due à ce que la tonicité du muscle grand oblique, ayant de la tendance à repousser l'œil en avant, n'est plus contrebalancée par celle des muscles droits paralysés.

Lorsque les muscles animés par la troisième paire sont restés longtemps paralysés, il peut arriver que la même affection envahisse aussi l'abducteur. L'œil alors n'est plus dirigé vers la tempe, mais directement en avant, et, quelque effort que fasse le malade, il ne peut être porté dans aucun autre sens. On peut alors conclure que la cause morbide qui comprimait la troisième paire seulement, a étendu son action jusqu'au nerf de la sixième paire ; c'est ce qui est probablement arrivé chez la malade de l'hôpital Saint-Antoine.

Il est à remarquer que quelquefois tous les muscles animés par le nerf moteur oculaire commun ne sont pas simultanément paralysés. Aussi on voit parfois la chute de la paupière avec mobilité du globe de l'œil, l'immobilité du globe sans ptosis, enfin il peut y avoir ptosis et strabisme fixe sans mydriase, tandis que la mydriase peut aussi être le seul phénomène qui se présente.

M. Duchenne (de Boulogne) dit qu'il ne lui a pas été possible d'étudier la contractilité électro-musculaire dans la paralysie de ces nerfs moteurs, parce que jusqu'à ce jour il n'a pas réussi à localiser l'excitation électrique dans les muscles de l'œil.

DIAGNOSTIC.

La paralysie des muscles du globe oculaire se reconnaît : 1° Par la déviation fixe du globe dans un sens ; et cette déviation se distingue du strabisme vrai en ce qu'elle est fixe et ne se corrige pas quand on couvre l'œil sain. Le strabisme divergent fixe indique la paralysie du nerf moteur oculaire commun ; 2° l'impossibilité de certains mouvements. Dans la paralysie de la troisième paire, les mouvements de l'œil en haut, en bas, en dedans, sont impossibles, de même que le mouvement en dehors est aboli dans la paralysie de la sixième paire ; 3° la paralysie des muscles obliques semble avoir pour conséquence la perte des mouvements de rotation de l'œil dans son axe antéro-postérieur, et le retrait de l'œil ; 4° la proéminence anormale ; 5° la mydriase ; 6° la diplopie.

Suivant Mackenzie, la paralysie syphilitique s'accompagne d'une névralgie de la cinquième paire.

Enfin, suivant M. Duchenne, la paralysie des nerfs moteurs oculaires est très-souvent symptomatique d'affections musculaires graves, et cette paralysie se montre comme un des phénomènes initiaux de l'ataxie locomotrice progressive. Mais il n'a pas pu trouver un symptôme spécial qui puisse faire distinguer la paralysie ataxique de la paralysie syphilitique.

Traitement. — La paralysie des nerfs moteurs oculaires communs se rapportant tantôt aux symptômes tertiaires, tantôt aux accidents secondaires de la syphilis constitutionnelle, on doit la combattre par l'iodure de potassium à haute dose, ou par un traitement mixte.

M. Duchesne dit qu'il peut arriver que le traitement spécifique soit insuffisant, qu'il faille recourir alors à la faradisation pour obtenir la guérison. Alors la paralysie est analogue à une paralysie traumatique des nerfs, dans laquelle on voit, après la lésion de ces nerfs par compression, par contusion, et lorsque celle-ci n'existe plus, la paralysie persister cependant, et guérir ensuite par la faradisation localisée.

L'exercice forcé de l'œil malade, en masquant l'œil sain, surtout au moment où la paralysie commence à diminuer, est très-important pour achever de corriger la déviation et la diplopie.

Les deux cas suivants ont été observés en ville par M. le D^r Panas, qui a bien voulu me les communiquer.

OBSERVATION XIV.

M. X..., âgé de 40 ans, avait depuis douze ans des accidents suspects, consistant surtout en maux de gorge répétés, en maux de tête, et en éruptions vagues mal définies. Comme traitement, il ne prit jamais de mercure, rien que de l'iodure de potassium à petite dose (1 gramme).

Il y a trois ans, il éprouva des maux de tête et vit se développer une diplopie, surtout prononcée lorsqu'il regardait en bas (paralysie de l'un des droits supérieurs, du gauche), et qui le gênait beaucoup pour marcher. Deux ans après le début de la diplopie, étant dans la rue, il eut un vertige, et resta quelques instants sans connaissance. A partir de ce moment, la face se paralysa; et, dans quelque temps, sans nouveaux accidents cérébraux, les mus-

cles supérieurs et inférieurs droits se paralysèrent progressivement, et même il commença par avoir de l'incontinence d'urine et des fèces.

Après l'usage infructueux de l'iodure de potassium pendant un an, à la dose de 1 gramme, le malade consulta M. le D^r Panas, dans l'état qui vient d'être décrit précédemment.

Un traitement mixte, continué pendant trois mois, amena la guérison complète; l'amélioration ayant débuté chez ce malade une semaine après le commencement du traitement, qui a consisté :

- 1° En frictions mercurielles à la dose de 4 grammes par jour ;
- 2° En iodure de potassium à dose croissante jusqu'à 6 et 8 grammes par jour ;
- 3° En pilules aloétiques comme révulsif intestinal, et pour combattre la constipation dont le malade était atteint ;
- 4° Ventouses sèches tous les trois jours, sur la colonne vertébrale ;
- 5° En toniques : fer, quinquina, bains sulfureux ;
- 6° Séton au cou, et enfin massage.

Depuis un an, la guérison reste confirmée. L'expérience toutefois nous enseigne que, dans ces cas, il faut suivre pendant plusieurs années le malade; aussi, nous lui avons donné le conseil de renouveler l'emploi de l'iodure de potassium pendant un mois tous les ans, au moins dans les premiers temps.

OBSERVATION XV.

M. D..., âgé de 38 ans, contracte la syphilis il y a trois ans. Un an après, le chancre fut suivi de roséole et de maux de gorge, et fut traité par la tisane de Zittman et quelques frictions hydrargyriques. Il y eut chez lui une chute de la paupière droite sans diplopie (ce défaut de diplopie peut être expliqué par la chute de la paupière, qui abolissait pour le malade la vue de ce côté, et qu'on

n'avait pas la précaution de soulever pendant l'examen). Deux ans après, le malade eut une paralysie faciale du côté gauche, et, deux ou trois mois après, une hémiplégie à gauche qui survint la nuit brusquement comme une attaque d'apoplexie, avec perte de connaissance pendant quelques heures. Aujourd'hui, la paralysie faciale persiste, ainsi que la paralysie des membres supérieurs et inférieurs. Dans ce cas, il est à craindre, à cause de l'attaque avec perte prolongée de connaissance, que l'hémiplégie ne soit pas de nature purement vénérienne. Toutefois il est à espérer que le traitement mixte donnera les mêmes résultats, au moins partiellement, que dans l'observation précédente.

OBSERVATION XVI.

(Elle est recueillie dans le service de M. Panas, hôpital Saint-Autoine, salle Sainte-Marthe, lit n° 16.)

La malade X... entra dans l'hôpital, le 17 juin, pour y être traitée d'une chute de la paupière supérieure droite, avec céphalalgie intense. Elle est âgée de 33 ans, couturière, demoiselle. Elle a une constitution robuste, et a été affectée jadis d'un ictère léger, qui a cédé facilement par le seul repos. Il y a dix ou quinze ans, elle a attrapé des boutons, dit-elle, qui siégeaient sur les faces externes des grandes lèvres, pour lesquels elle n'a consulté aucun médecin; mais une femme pansait ces boutons avec de l'alcool camphré et de la poudre de calomel; ceux-ci ont guéri après dix ou quinze jours. Elle n'a pas eu de roséole ni d'angine; mais, depuis le début de la maladie, une céphalalgie intense revenait tous les mois et ne durait qu'un jour. En outre, des douleurs rhumatoïdes dans les jointures et dans la continuité des membres, sans rougeur ni gonflement, ni fièvre, la tourmentaient très-souvent, et l'obligeaient de suspendre son travail et de garder le lit

pendant dix ou quinze jours. Elle se faisait soigner par ses amies, en entourant les jointures douloureuses avec de la peau de mouton et avec de l'huile camphrée.

Depuis le mois de janvier de l'année actuelle, la céphalalgie devint plus fréquente et plus intense. La douleur occupait la moitié droite de la tête, s'irradiait à l'œil et à l'oreille de même côté et l'empêchait de dormir. Un mois avant son entrée à l'hôpital, le matin, en se levant, elle s'aperçut que son œil droit était complètement fermé; et malgré, tous les efforts qu'elle a faits, la paupière ne se relevait point. En soulevant avec le doigt la paupière prolapsée, dit-elle, la vue n'était pas abolie.

Etat actuel. La céphalée a un peu diminué depuis le prolapsus. En relevant la paupière, on voit d'abord que le globe de l'œil fait une saillie exagérée en avant, que la pupille, dilatée et immobile, occupe le centre de l'orbite. Le globe de l'œil lui-même a perdu la plupart de ses mouvements, car lorsqu'on dit à la malade de regarder en bas, en haut, en dehors et en dedans, malgré sa volonté l'œil reste immobile et n'exécute qu'une légère rotation de dehors en dedans, suivant son axe antéro-postérieur, qu'on perçoit lorsqu'on fixe une tache de l'iris ou une veinule de la conjonctive. Elle a des vertiges toutes les fois qu'on ouvre la paupière, et alors la marche devient titubante. Elle voit double quand on l'engage à regarder en dedans et en bas. Cette diplopie disparaît lorsqu'on la fait regarder en haut. L'interne du service a exploré la sensibilité de la peau de la face avec un compas, sans trouver aucune altération de la cinquième paire.

Son traitement consiste dans l'administration de 4 gr. d'iode de potassium par jour; des frictions mercurielles sur les jambes, un séton à la nuque.

Réflexions. La nature syphilitique de la maladie est constatée par les antécédents, les signes actuels et le résultat du traitement spécifique, car j'ai vu plusieurs fois la malade depuis qu'elle est

soumise à ce traitement ; la céphalalgie ne conserve que des traces, le globe de l'œil récupère ses mouvements, l'action du petit oblique étant réparée.

Chez elle, ce n'est pas seulement le nerf de la troisième paire qui est paralysé, car il y aurait alors un strabisme externe : tandis que la pupille dilatée reste immobile sur le milieu de l'orbite, ce qui prouve l'existence de la paralysie du nerf de la sixième paire. Quant au nerf de la quatrième paire, celui-ci n'a pas été affecté, puisque la rotation de dehors en dedans existait. Lorsqu'on comprime l'œil exophthalmique, il rentre facilement dans sa situation normale, d'où M. Panas conclut qu'aucune tumeur dans l'orbite ne comprime les nerfs paralysés, mais la lésion existe à la base du cerveau, atteignant primitivement l'origine de l'oculaire commun, se propageant ensuite vers l'oculaire externe. Mais de quelle nature est-elle, cette lésion ? Est-ce une exostose sur la gouttière basilaire qui a comprimé successivement l'origine des deux nerfs ? Est-ce une gomme de la dure-mère qui a produit le même effet ? L'absence des accès épileptiques et des troubles de l'intelligence fait supposer que la lésion n'a pas atteint la substance cérébrale elle-même.

OBSERVATION XVII.

(Elle est prise à l'hôpital de la Clinique, et publiée *plus in extenso* par M. Labbé, le 7 mai 1863, dans le Journal des hôpitaux.)

Le malade X..., âgé de 42 ans, graveur sur pierre, est d'une constitution robuste. Il n'a pas fait de maladies pendant sa jeunesse, excepté quelques conjonctivites légères provoquées par son métier de graveur. Seulement à l'âge de 20 ans, il attrape un chancre de nature indurée, accompagné de deux grosseurs dans l'aîne que des sangsues ont fait disparaître. Trois mois après, il a eu des plaques muqueuses et une roséole, pour lesquelles il a pris du mercure pendant trois ou quatre mois irrégulièrement.

Il y a six ans, il a été pris tout d'un coup d'éblouissement, sa vue gauche s'est subitement troublée, et, depuis un an seulement, la paupière droite a commencé de tomber lentement.

C'est peu de temps après (il y a environ trois ans aujourd'hui), que des phénomènes curieux se manifestèrent du côté de la bouche. Il s'est aperçu un jour que ses dents s'ébranlaient d'abord, puis tombaient successivement en commençant par la mâchoire supérieure, d'où le mal gagnait ensuite celles de la mâchoire inférieure. Cette chute des dents se faisait sans douleur ni hémorrhagie, et les alvéoles vides se cicatrisaient facilement. Il n'y a que deux alvéoles qui ont donné lieu à une hémorrhagie abondante, répétée deux fois.

Etat actuel. En regardant la bouche du malade, on voit que toutes les dents ont disparu, excepté deux grosses molaires en bas et à gauche; de plus, les deux arcades alvéolaires se sont usées complètement, de sorte qu'à leur place on trouve une gouttière profonde, limitée en dehors par les lèvres et les joues, et en dedans par une saillie formée en bas par les glandes sublinguales, et en haut par la voûte palatine qui est plane au lieu d'être courbe comme à l'état normal. Cette voûte est perforée à gauche, dans le sens antéro-postérieur; cette ouverture, plus large en avant, se prolonge en arrière jusqu'à l'apophyse ptérygoïde, et permet de voir toute la fosse nasale gauche avec les cornets inférieurs et moyens, et l'ouverture du sinus maxillaire. A droite, la voûte a commencé aussi par se perforer; mais ce travail est arrêté sous l'influence du traitement, et on y voit actuellement une fossette remplie de bourgeons charnus. Le voile du palais est sain; la voix est nasonnée. Les aliments passent par le nez, quand le malade ne fait pas attention pendant la mastication. La déglutition n'est pas dérangée. La figure est déformée d'une manière disgracieuse, les joues sont enfoncées, et les deux lèvres n'étant plus soutenues par les deux rangées alvéolo-dentaires, s'enfoncent dans la bouche;

les moustaches sont constamment mouillées par la salive, surtout lorsque le malade parle ou qu'il mange.

Du côté des yeux, M. Labbé, en l'examinant, il y a deux mois, a trouvé que la paupière droite recouvrait complètement l'œil, que celui-ci était immobile, et voyait double dans certaines directions. La paupière gauche était aussi à moitié tombée. Aujourd'hui les paupières sont plus ouvertes. Le globe de l'œil droit est mobile dans tous les sens. La pupille, un peu plus dilatée qu'à gauche, est encore immobile. La diplopie a disparu complètement; et ce n'est que lorsqu'on le fait regarder en dedans, puis en haut, qu'il voit trouble, et comme un brouillard, dit-il. Lorsqu'on ferme l'œil gauche, et qu'on fait marcher le malade en soulevant la paupière droite, il éprouve des vertiges, des étourdissements, et sa marche devient chancelante. Les céphalées et les douleurs rhumatismales qu'il a eues sont très-rares et très-peu intenses. Toutes les autres fonctions de l'organisme s'accomplissent comme à l'état normal. Son traitement est le suivant : de 4 à 5 grammes d'iodure de potassium par jour ; des bains sulfureux ; du vin de quinquina et de la tisane de salsepareille.

Ces phénomènes dépendent évidemment de la syphilis constitutionnelle dont il a été affecté, il y a vingt-deux ans. Le chancre, les plaques muqueuses, la roséole, la céphalée et les douleurs rhumatoïdes le prouvent surabondamment. Mais les accidents tertiaires offrent ici une physionomie curieuse et très-intéressante à étudier. La maladie vénérienne a frappé certaines branches des deux trijumeaux, l'oculaire commun droit tout entier, et l'oculaire gauche en partie. L'usure des alvéoles, la perforation de la voûte palatine, dépendent d'un arrêt de nutrition de ces portions osseuses et des follicules dentaires, sous l'influence d'une compression par voisinage, ou d'une lésion intime des nerfs dentaires, supérieur et inférieur, qui s'y rendent.

OBSERVATION XVIII.

(Empruntée à l'ouvrage de M. Duchenne, de Boulogne.)

Paralysie atrophique du membre supérieur par compression de quelques filets du plexus cervical et du plexus brachial, réfractaire à plusieurs autres moyens, guérie par le mercure.

Un homme d'environ 34 ans est admis à l'hôpital de la Clinique, service de M. Nélaton, fait provisoirement par M. Jarjavay, pour y être traité d'une paralysie du membre supérieur droit. Cet homme, d'une constitution assez bonne, avait, comme soldat de marine, habité pendant quelque temps une de nos colonies. Il n'avait pas été atteint de la colique sèche qu'on observe quelquefois chez les marins. Il raconte que, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il s'est réveillé un matin avec une paralysie du membre supérieur, sans aucune douleur, alors même qu'on imprimait des mouvements à son membre. Il n'éprouva d'abord qu'un fourmillement dans les doigts et de l'engourdissement avec sentiment de froid dans tout le membre. Trois ou quatre jours après le début de la paralysie, il commença à sentir une douleur lancinante, limitée à la région cervicale droite. Cette douleur se montra d'une manière intermittente et peu intense.

La paralysie, qui affectait tous les muscles du bras et de l'avant-bras, s'était circonscrite dans les muscles qui meuvent le bras sur l'épaule. A un premier examen, on crut à l'existence d'une paralysie du deltoïde. Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Duchenne fut invité par M. Jarjavay à examiner l'état de contractilité électrique des muscles paralysés, et, sans aucun renseignement sur l'histoire de la maladie, sans chercher quels étaient les muscles paralysés, il porta l'excitation électrique sur chacun des muscles qui meuvent l'épaule, et le bras sur l'épaule, alternativement du côté malade et du côté sain; il constata les phéno-



mènes suivants : du côté malade, le trapèze avait perdu sa contractilité dans ses deux tiers inférieurs, la portion claviculaire de ce muscle était la seule qui possédât sa contractilité. Le faisceau inférieur du grand dentelé ne se contractait pas, tandis que, du côté sain, la contractilité du même faisceau produisait une élévation de l'épaule par le mouvement de bascule du scapulum. On remarqua que les muscles sous-épineux et angulaire de l'omoplate avaient conservé leur contractilité électrique normale. Le grand pectoral n'avait perdu qu'une portion de cette propriété ; quant au deltoïde, ses deux tiers antérieurs étaient plus profondément atteints que le tiers postérieur.

L'examen des mouvements volontaires justifia cette localisation de la paralysie : ainsi le malade ne pouvait élever l'épaule directement, ni rapprocher le scapulum de la ligne moyenne ; sous l'influence de profondes inspirations, la portion claviculaire du trapèze et l'angulaire de l'omoplate se contractaient tous deux comme du côté sain ; on constata, enfin, que le grand dentelé se contractait seulement d'un côté.

M. Duchenne voyant que cette paralysie était survenue brusquement sans être précédée de douleurs, ni causée par un refroidissement, une influence toxique, ou une lésion traumatique, a cru rationnel de la rapporter à une cause cérébrale, car il possédait plusieurs observations pareilles. Mais dans toutes ces observations la contractilité électro-musculaire était conservée, tandis que chez ce malade elle était plus ou moins abolie. Il n'hésita plus alors d'attribuer la cause de la paralysie à une lésion de certains nerfs du plexus cervical et du plexus brachial. En effet, examinant plus minutieusement le malade, il constata dans la région cervicale droite, et au niveau de l'émergence des nerfs qui constituent ces plexus, l'existence d'un point très-sensible à la pression. Cette pression y déterminait une douleur qui s'irradiait dans tout le membre supérieur ; et c'est là que le malade aussi rapportait les douleurs lancinantes qui revenaient irrégulièrement et sponta-

nément. Et de plus, ayant trouvé que l'abolition de la contractilité électro-musculaire n'affectait que certains muscles, et même certaines portions de muscles, il conclut que tous les filets de ces plexus n'ont pas été atteints par la lésion.

M. Jarjavay fit appliquer un vésicatoire sur la région postérieure du cou, et pensa que la faradisation pouvait diminuer le dépérissement des muscles. Mais ni les vésicatoires, ni la faradisation localisée, ne purent arrêter la marche de l'atrophie, et les douleurs lancinantes qui augmentaient de plus en plus. Un mois après, M. Nélaton ayant repris son service, par un examen nouveau, il retrouva dans les antécédents du malade une infection syphilitique, et pensa qu'une exostose pouvait bien être la cause de la lésion locale. Un traitement spécifique (proto-iodure de mercure) fut alors prescrit ; en peu de jours les douleurs disparurent, puis la paralysie diminua progressivement dans les muscles qui n'avaient pas perdu leur contractilité électrique.

Conclusions : En récapitulant en peu de mots le sujet de notre thèse nous disons : que la syphilis arrivée à sa période tertiaire peut affecter le système cérébro-spinal avec ses enveloppes, et l'ordre de fréquence est celui-ci : la dure-mère cérébrale, le cerveau, le cervelet, et les nerfs périphériques crâniens, plus particulièrement le nerf moteur oculaire commun, puis la moelle épinière, et enfin les nerfs rachidiens ; qu'il faut avoir présente à l'esprit l'existence de cette diathèse désorganisatrice, toutes les fois que l'infection syphilitique est obscure dans les antécédents du malade, et qu'on voit des désordres du côté du cerveau, tels qu'une céphalalgie intense et prolongée, de l'insomnie, des convulsions épileptiques, sans prédisposition, perte de mémoire, démence ; du délire maniaque, sans cause traumatique externe, et sans mouvement fébrile. On ne doit pas moins soupçonner cette diathèse et recourir d'emblée à son traitement spécifique, quand on est en face d'une hémiplégie brusque et fugace, ou d'une paralysie limi-

tée dans certains muscles comme ceux de l'œil ou du bras ; et qu'on ne retrouve pas les autres signes d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral ou d'autres maladies qui peuvent causer une paralysie locale des membres.

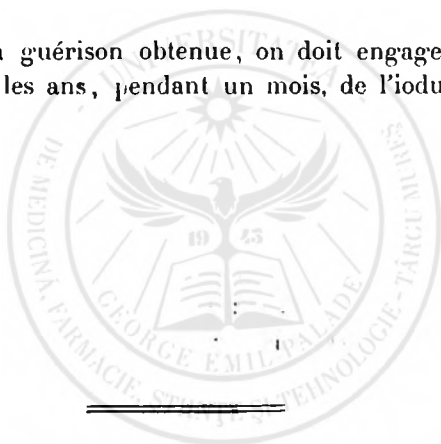
Quant au traitement à instituer, celui-ci doit être méthodique, varié, et d'une certaine énergie dès le début. Aussi nous adoptons complètement la manière d'agir de M. Panas dans ce cas :

1° Un traitement mixte, du protoiodure de mercure, ou bien des frictions mercurielles ;

2° Séton au cou ;

3° Ventouses sèches sur le dos, et quelques révulsifs intestinaux ;

4° Une fois la guérison obtenue, on doit engager le malade à prendre tous les ans, pendant un mois, de l'iodure de potassium.



QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Idée générale du squelette.

Physiologie. — De la menstruation.

Physique. — Action de la pesanteur sur les corps; centre de gravité; application au corps de l'homme.

Chimie. — De l'oxygène et du soufre; leurs propriétés caractéristiques et leurs modifications (ozone, soufre mou, etc.).

Histoire naturelle. — Quelles sont les divisions du règne animal?

Pathologie externe. — De l'anévrysme artérioso-veineux.

Pathologie interne. — Du rhumatisme nouveau.

Pathologie générale. — Des épidémies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la dégénération grise de la moelle épinière.

Médecine opératoire. — Des appareils inamovibles et de leur mode d'application.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par pulpes? Comment les prépare-t-on? Quelles sont celles qui sont employées en médecine?

Thérapeutique. — De l'expectation dans les maladies.

Hygiène. — Hygiène du nouveau-né.

Médecine légale. — Méthode de Stos pour la recherche des alcalis organiques.

Accouchements. — De la tête du fœtus à terme.

Vu, bon à imprimer.

LAUGIER, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

A. MOURIER.

székesfehérvári egyetem



7680 (15)

