

813

*D. Lachner Károly 1887.*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THÈSE

N° 350

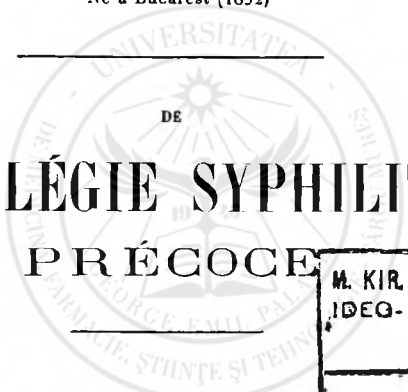
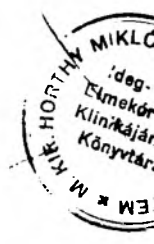
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 4 août 1880, à 9 heures,*

Par Ad. SCHWARZ

Né à Bucarest (1852)



L'HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE  
PRÉCOCE

M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDÓSI  
IDEG-ÉS ELMEGYÓGYÁSZATI  
KÖNYVTÁRA.  
CSOPORT.

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges. MM. { PINARD,  
LANCEREAUX, } agrégés.  
HALLOPEAU,

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

PARIS

IMPRIMERIE GAUTHIER-VILLARS

55, QUAI DES GRANDS-AUGUSTINS, 55

1880

16503

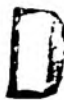


## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

<b>Doyen</b> .....	M. VULPIAN.		
<b>Professeurs</b> .....	MM.		
Anatomie . . . . .	SAPPEY.		
Physiologie . . . . .	BÉCLARD.		
Physique médicale. . . . .	GAVARRET.		
Chimie organique et chimie minérale. . . . .	WURTZ.		
Histoire naturelle médicale. . . . .	BAILLON.		
Pathologie et thérapeutique générales. . . . .	BOUCHARD.		
Pathologie médicale . . . . .	{ JACCOUD.		
	{ PETER.		
Pathologie chirurgicale. . . . .	{ TRELAT.		
	{ GUYON.		
Anatomie pathologique . . . . .	CHARCOT.		
Histologie. . . . .	ROBIN.		
Opérations et appareils. . . . .	LE FORT.		
Pharmacologie. . . . .	REGNAULD.		
Thérapeutique et matière médicale. . . . .	HAYEM.		
Hygiène. . . . .	BOUCHARDAT.		
Médecine légale . . . . .	BROUARDEL.		
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés . . . . .	PAJOT.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .	LABOULBÈNE.		
Pathologie comparée et expérimentale. . . . .	VULPIAN.		
Clinique médicale. . . . .	{ SÉE (G.).		
	{ LASEGUE.		
	{ HARDY.		
	{ POTAIN.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . .	BALL.		
Maladies des enfants. . . . .	PARROT.		
	RICHET.		
	GOSSELIN.		
	N.		
Clinique chirurgicale. . . . .	VERNEUIL.		
	PANAS.		
Clinique ophtalmologique . . . . .	DEPAUL.		
Clinique d'accouchements. . . . .	FOURNIER.		
Clinique des maladies de la peau . . . . .			
DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.			
Professeurs honoraires :			
MM. BOULLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.			
AGRÉGÉS EN EXERCICE.			
MM. ANGER.	MM. DELENS.	MM. HENNINGER.	MM. POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT.	FERNET.	MARCHAND.	STRAUSS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	
AGRÉGÉS LIBRES CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.			
Cours clinique des maladies de la peau . . . . .			MM. N.
— des maladies des enfants . . . . .			N.
— d'ophtalmologie. . . . .			N.
— des maladies des voies urinaires. . . . .			N.
— des maladies syphilitiques. . . . .			N.
Chef des travaux anatomiques . . . . .			FARABEUF.

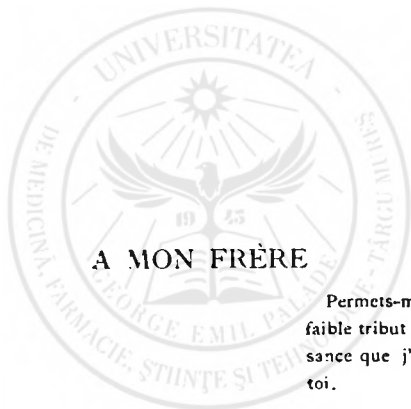
Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE!



A MA BONNE MÈRE

Affection et reconnaissance sans bornes



A MON FRÈRE

Permetts-moi d'alléger par ce faible tribut la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers toi.



A MES SŒURS

Affection et dévouement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

A MONSIEUR QUINQUAUD

Médecin des hôpitaux

A MONSIEUR CH. MAURIAC

Médecin à l'hôpital du Midi

A TOUS LES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST

DE

# L'HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE

## PRÉCOCE

---

### AVANT-PROPOS

L'idée de faire notre thèse sur ce sujet nous est venue d'une observation que nous avons recueillie à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Besnier, suppléé par M. le docteur Quinquaud.

Le fait de voir un individu être pris d'accidents cérébraux à une époque si peu éloignée de l'accident primitif nous a paru digne d'être étudié. Nous nous sommes donc décidé, encouragé et guidé que nous étions par M. le docteur Quinquaud, à faire des recherches dans ce sens. C'est le résultat de ces recherches que nous présentons aujourd'hui à nos juges et pour lequel nous demandons toute leur indulgence.

---

## INTRODUCTION

Dans son traité sur la syphilis, Hunter (p. 595), parlant de la marche de cette affection, divise les accidents qu'elle occasionne en deux périodes : la première, qu'il appelle les *parties du premier ordre*, qui sont les parties superficielles, externes : peau, amygdales, nez, gorge, etc. ; la seconde, appelée *parties du second ordre*, qui sont les parties profondes, internes : périoste, aponévrose, os, etc.

D'après Hunter, les intervalles qui séparent ces manifestations ne peuvent être fixés d'une manière certaine.

Ricord, dans ses annotations à la *Syphilis* de Hunter (p. 597), divise les accidents syphilitiques en primitifs, secondaires et tertiaires. Les accidents primitifs se montrent tout de suite après la contagion ; les secondaires arrivent rarement avant la troisième semaine qui suit l'apparition des accidents primitifs, et plus rarement encore après le sixième mois ; les accidents tertiaires ne paraissent presque jamais avant le sixième mois ; ils ont pour siège le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, les tissus fibreux, osseux et musculaire, certains organes : testicule, cœur, poumons, cerveau, etc. —

Il résulte de cette classification des manifestations syphilitiques de Ricord que le virus syphilitique est considéré comme pénétrant peu à peu dans la profondeur de l'organisme et marquant sa marche envahissante par des progrès réguliers et cycliques. Elle est basée sur cette opinion, exprimée par Ricord dans une de ses lettres, que « plus on est près du moment de la contagion, plus aussi les formes sont superficielles et généralement disséminées ; plus la vérole vieillit, plus les accidents qu'elle occasionne tendent à devenir de plus en plus graves, de plus en plus profonds. » Pour Ricord, les manifestations viscérales ne se montrent pas dans la période secondaire ; voici comment il s'exprime sur ce sujet : « S'il faut un certain temps pour arriver aux manifestations dont nous venons de parler (secondaires), de l'avis de tous les observateurs, il en faut bien davantage pour que la maladie gagne les testicules, le système fibreux, le cerveau, le foie, etc. »

Ainsi donc, pour Ricord, les manifestations secondaires sont superficielles, surviennent peu de temps après le chancre ; les manifestations tertiaires sont profondes et ne se montrent qu'au bout de six mois.

Il n'admet pas que les viscères : cerveau, foie, etc., puissent être atteints par le virus syphilitique dans une période peu éloignée de la manifestation primitive, et, à plus forte raison, coïncidant avec elle.

Cette manière de voir a été presque unanimement acceptée.

Déjà M. Bassereau avait admis que la syphilis, en se généralisant, pouvait attaquer indifféremment les membranes superficielles ou les tissus profonds, mais que d'abord elle ne les affectait que superficiellement, pour n'envahir que plus tard les couches profondes. Nous avouons qu'il nous est difficile d'admettre que le virus syphilitique affecte seulement la superficie d'un organe viscéral, comme le cerveau, le foie, sans pénétrer plus profondément, même au commencement de l'infection.

Dans ces dernières années, des travaux nombreux et de grande valeur ont été faits sur cette partie de la pathologie de la syphilis (1). De l'ensemble de ces travaux, il résulte que la syphilis ne présente pas toujours cette marche régulière décrite par Ricord; que des accidents viscéraux peuvent se montrer bien avant la période dite *tertiaire* : dans le courant de la première année, quelquefois même plus tôt.

M. le professeur Fournier (2) s'exprime ainsi à propos de quelques faits d'hémiplégie qu'il a observés dans le cours de la période secondaire : « Je ne saurais, quant à moi, conserver la moindre arrière-pensée sur la spécificité de leur origine et sur leur nature syphilitique. » Et dans un ouvrage

(1) Voir l'historique.

(2) *Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme*. 1873, p. 808.



récemment publié (1) : « Les accidents cérébraux, dit M. le professeur Fournier, peuvent être plus ou moins précoces, jusqu'à empiéter sur la période secondaire.... On a observé des accidents de ce genre dans le courant de la seconde ou de la première année de la maladie, voire à partir du septième, du sixième ou du cinquième mois du chancre. »

L'infection syphilitique, étant générale d'emblée, attaque tout l'organisme. Il n'existe aucun tissu, aucun organe, qui, dès le début de l'infection, ne soit sous son influence. On peut facilement voir, en même temps que l'accident primitif de la maladie et pendant les prodromes qui précèdent l'éruption générale, des symptômes qui accusent d'une manière indubitable que tout l'organisme est sous l'influence de l'intoxication générale. La chloro-anémie, la céphalée, la fièvre, la courbature, les douleurs ostéocopes, l'état de malaise général qu'on voit suivre le chancre ou même coïncider avec lui, sont autant de preuves de l'infection générale de l'économie.

D'après ce court exposé, il serait difficile de vouloir admettre que les centres nerveux seuls puissent se soustraire à l'action du virus syphilitique et que, seuls, ils ne donnent pas lieu à des manifestations cérébrales dès le début de l'infection. C'est ce que M. le docteur Mauriac a exprimé

(1) *La Syphilis du cerveau*, p. 6. 1879.

ainsi dans la première page de son *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux* : « Le virus syphilitique, introduit par absorption dans le courant circulatoire, suscite, après une incubation plus ou moins longue, une série d'actes morbides qui prouvent et traduisent l'infection de l'organisme. » Et plus loin : « L'infection de l'organisme est *rapidement* générale. Il n'y a pas de partie du corps qui puisse l'éviter. Elle pénètre partout; aucun tissu, aucun organe ne peut lui échapper. Et comment en serait-il autrement, puis que le liquide sanguin, qui arrose et nourrit toutes les molécules organiques, sert de véhicule au principe virulent et s'en sature pour ainsi dire, au point de devenir contagieux et inoculable, tout comme un chancre induré ou une plaque muqueuse? »

Plus loin encore : « Je ne vois pas de mode fonctionnel dans l'économie vivante qui possède la vertu de préserver certaines parties de l'organisme des atteintes du virus, en leur conférant, soit une immunité absolue, soit une immunité relative et variable suivant les différentes phases de la maladie constitutionnelle.

« Si donc on envisage, au point de vue de la topographie et de la chronologie, des affections que l'intoxication syphilitique suscite, on n'y trouve pas les éléments d'une classification rationnelle. La division des accidents consécutifs de la syphilis en secondaires, tertiaires et même quaternaires, est

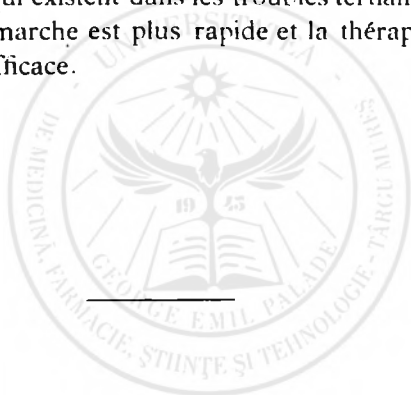
artificielle et arbitraire et ne s'applique pas plus à la syphilis qu'aux autres maladies constitutionnelles. Du moment que la matière virulente a proliféré dans la masse sanguine au point de la rendre virulente et capable d'imprégner sous ce nouvel état toutes les molécules organiques, chaque tissu, chaque organe, et chaque système organique, similaire ou non, se trouve dans les conditions d'opportunité propres à contracter l'action morbide. »

Certes, Hunter, Ricord et leurs successeurs avaient vu une partie de la vérité en ce qui regarde la marche de la syphilis ; ils avaient bien déterminé les périodes et leur évolution, mais ils avaient un peu trop schématisé en rangeant toutes les manifestations viscérales dans la période tertiaire ; les recherches modernes ont démontré que ces localisations pouvaient survenir dans la période secondaire, peut-être même sont elles fréquentes et ont-elles passé inaperçues parce qu'on ne les cherchait pas, tellement on admettait comme absolument vraie la théorie huntérienne.

Il est donc aujourd'hui prouvé par de nombreuses observations que le virus syphilitique peut donner lieu à des manifestations viscérales, autrefois classées parmi les accidents tertiaires.

Néanmoins, il reste encore de nombreuses recherches à faire sur ce sujet. On peut se demander si les phénomènes viscéraux secondaires sont de même nature que les tertiaires, s'il n'y a pas des différences anatomo-pathologiques de genèse,

d'évolution ; dans l'état actuel de la science, on ne peut répondre à cette question, les autopsies sont peu nombreuses et ne permettent pas de juger la question. Toutefois, certains faits tendent à faire admettre qu'il existe une très grande analogie entre les accidents viscéraux tertiaires et les phénomènes viscéraux secondaires ; par exemple, les exostoses précoces ressemblent beaucoup aux exostoses tardives. Il ne faudrait pas admettre une identité absolue, car les troubles viscéraux secondaires paraissent être causés par des lésions moins profondes que celles qui existent dans les troubles tertiaires ; de plus, la marche est plus rapide et la thérapeutique plus efficace.



## HISTORIQUE

Les affections syphilitiques du système nerveux n'étaient pas complètement inconnues des anciens. Dès le xvi<sup>e</sup> siècle, Ulrich de Hutten, Paracelse, font mention des observations touchant ces manifestations.

En 1644, Thierry de Hery professe 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.

Selon Sauvages (1706-1767), la paralysie, l'hémiplégie, la céphalée peuvent être produites par le virus syphilitique.

Astruc, dans son remarquable ouvrage, signale comme propres à la syphilis presque tous les désordres encéphalique.

Boerhaave, en 1728, dans ses *Aphorismes*, dit seulement que la maladie vénérienne, poussée à ses dernières limites, peut agir sur le cerveau.

Son commentateur, Van Swieten, dit : « Pos-sunt oriri tumores gummosi et exostoses in calvariae ossæ parte interna, quæ premendo cerebrum functiones ejus turbant... » Et plus loin : « Sæpe observantur cerebri lesiones in lue venerea inveterata a levissima vertigine ad lethalem apoplexiam usque,

pessimam epilepsiam, cecitatem, surditatem vidi. »

Benjamin Bell (1802) rapporte quelques observations de syphilis cérébrale pleines d'intérêt.

Hufeland (1761-1836) croit que les maladies chroniques les plus variées, même les plus opposées, peuvent être causées par la syphilis occulte. Des paralysies et des spasmes, l'hypochondrie... peuvent être de nature syphilitique et ne pouvoir guérir que par le mercure.

En 1804, Prost publie l'observation d'un individu qui, ayant contracté la syphilis et étant affecté de plusieurs exostoses, fut atteint d'hémiplégie, d'abolition de l'intelligence et des sens; il présenta aussi des attaques d'épilepsie; mais il guérit sous l'influence du traitement mercuriel.

Dans les années qui suivirent, de nombreuses observations de syphilis cérébrale furent publiées; toutes ces observations ont présenté des manifestations variées et multiples d'affections cérébrales qui ont guéri ou se sont améliorées par le traitement mercuriel ou par l'iodure de potassium.

En 1851, M. Ricord publie, dans sa *Clinique iconographique*, une observation très intéressante d'hémiplégie syphilitique survenue graduellement et assez prononcée pour empêcher la marche et priver presque complètement la main de ses usages; le malade avait en outre l'intelligence très affaiblie, la mémoire infidèle. Pendant près d'un mois, il fut pris d'aliénation mentale avec délire calme et tranquille. Il fut guéri par le traitement mercuriel et iodé.

En 1853, Vidal de Cassis publie, dans son traité des maladies vénériennes, trois cas d'hémiplégie syphilitique guéris par l'iodure de potassium.

Plusieurs autres observateurs judicieux ont publié des cas de syphilis cérébrale. Dans le cas publié par M. Rodet (*Gazette de Lion*, 1857), il y avait de l'atrophie des membres consécutive à l'hémiplégie.

En 1851, Bedel fait sa thèse inaugurale sur la syphilis cérébrale.

En 1854, Yvaren publie son travail sur les métamorphoses de la syphilis.

En 1861, M. Lagneau fils fait paraître son ouvrage intitulé : *Maladies syphilitiques du système nerveux*.

MM. Gros et Lancereaux, en 1861, étudient les lésions pathologiques de la syphilis cérébrale dans leur livre intitulé : *Des Affections nerveuses syphilitiques*.

La même année, paraît la thèse de Ladreit de la Charrière sur les maladies syphilitiques du système nerveux qui contient des observations nombreuses et intéressantes.

Zambacco en 1862, fait paraître son livre sur les affections nerveuses syphilitiques.

En 1870, paraît, dans *Archiv für Dermatologie und Syphilis de Prag*, la première partie du travail de M. Alrik Ljunggren de Stockholm, sur la syphilis du cerveau et du système nerveux, où il s'occupe spécialement de la syphilis cérébrale précoce. C'est dans cette partie de son ouvrage que nous avons trouvé cinq observations se rapportant à notre thèse et que nous publions plus loin.

En 1873, M. le professeur Fournier publie ses leçons de l'hôpital de Lourcine, dans lesquelles nous trouvons un chapitre consacré à la description de l'hémiplégie syphilitique secondaire chez la femme.

En 1874, dans la seconde édition de son ouvrage, M. Lancereaux met ses lecteurs au courant de la science sur la question qu'il a traitée en 1861 avec M. Gros.

Nous citerons aussi les leçons de M. Charcot, sur l'épilepsie partielle d'origine syphilitique, publiées dans le *Progrès médical*.

En 1872, M. le Dr Mauriac fait paraître son mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux.

En 1879, M. le professeur Fournier publie son livre : *Syphilis du cerveau*, ouvrage plein d'intérêt et d'aperçus nouveaux.

Nous devons encore citer le *Mémoire sur les affections syphilitiques des centres nerveux*, de M. Mauriac, paru en 1879.

Plus récemment encore, M. Fabret, chef de clinique de la faculté, a fait, dans les *Archives de médecine* de 1877, l'analyse des principaux ouvrages parus sur ce sujet, et, en particulier, de l'ouvrage de M. le professeur Fournier.

Nous terminerons ce chapitre en indiquant le travail sur l'épilepsie syphilitique secondaire, que M. le professeur Fournier vient de publier dans les *Annales de dermatologie et syphiliographie de l'année 1880*.



## CAUSES OCCASIONNELLES

M. le professeur Fournier (1) dit que « la syphilis, étant en puissance de l'organisme, affecte le cerveau sans y être appelée, sans le secours d'aucune provocation pouvant servir de cause occasionnelle. » Cependant, il existe un certain nombre de causes dirigeant vers le cerveau l'action de la syphilis, qui, comme toutes les diathèses, et en vertu d'une loi de pathologie générale, agit de préférence sur un organisme en état de suractivité physiologique ou d'excitation morbide. De même que, chez les enfants syphilitiques, la bouche, le scrotum, l'anus, etc., exposés à une irritation continue, se couvrent de syphilides cutanées; de même, le cerveau, n'échappant pas à cette loi, toutes les causes qui constitueront une suractivité habituelle ou éventuelle l'exposeront à subir plus facilement l'influence de la diathèse. Aussi voyons-nous souvent les accidents cérébraux survenir à la suite de fatigues intellectuelles, de travaux d'esprit, de préoccupations, d'inquiétudes, de chagrins, etc. Il faut encore citer parmi les causes manifestes l'alcoolisme, de même que les excès vénériens, dont

(1) Ouvrage cité.

l'influence est mise hors de doute par la fréquence des accidents survenus dans les premiers mois qui suivent le mariage (1).

On a encore cité comme cause occasionnelle le traumatisme crânien. (Broadbent.)

M. Broadbent (2), dans ses leçons sur la syphilis du système nerveux, admet que c'est principalement lorsque les symptômes secondaires ont été bénins ou ont fait défaut que les accidents nerveux ont fait explosion. Le résultat de nos observations publiées concorde pleinement avec les affirmations de M. Broadbent. Il résulte, en effet, que, dans nos observations, l'accident primitif et les accidents secondaires ont été très bénins, très légers, et ont persisté peu de temps et sans beaucoup gêner les malades. Nous devons, toutefois, faire une réserve au sujet de l'observation IX, où il s'agit d'un vieillard âgé de 68 ans, qui, quatre mois après le chancre, a présenté une éruption de syphilides malignes précoces, éruption qui s'est répétée deux mois après et qui a coïncidé avec l'explosion des accidents cérébraux.

(1) Mauriac : *Clinique de novembre* 1876.

(2) Affections syphilitiques du système nerveux, in *Lancet*, 1874.

---

## • SYMPTOMES

Nous entrons dans la partie la plus ardue de notre sujet, car si les documents abondent sur les paralysies qui surviennent à une époque plus ou moins avancée de l'infection syphilitique, il n'en est plus de même lorsque les recherches sont dirigées du côté des paralysies précoces. Les différents auteurs que nous avons consultés, après s'être étendus longuement sur les symptômes de la paralysie syphilitique ordinaire, restent muets sur les paralysies précoces, ou bien ne donnent que quelques renseignements très incomplets, basés sur un très petit nombre d'observations.

Cependant, nous devons nous hâter de le dire, M. le professeur Fournier, dont on ne saurait jamais trop citer les ouvrages et l'opinion lorsqu'il s'agit de traiter de ces matières, a observé quelques cas de syphilis cérébrale à forme paralytique dès les premiers mois de la syphilis, et il indique sommairement les signes qu'il a étudiés chez les malades dont il est question.

« J'ai déjà vu, dit notre illustre maître, une demi-douzaine de jeunes sujets syphilitiques être pris d'hémiplégie dans le cours de la *période secondaire*, à une époque même peu avancée de cette période,

telle que le sixième mois, par exemple. Or, les conditions dans lesquelles ces hémiplegies s'étaient produites ne pouvaient guère en laisser douteuse la nature spécifique. D'une part, les sujets affectés étaient tous jeunes, à la fleur de l'âge; ils ne présentaient aucune lésion du cœur ou des vaisseaux, aucune prédisposition héréditaire, personnelle, professionnelle ou autre, aux maladies du cerveau. D'autre part, ils avaient été frappés en plein état de santé, sans la moindre cause évidente, à la suite d'accès violents de céphalée, et presque toujours coïncidemment avec des poussées plus ou moins intenses de la diathèse. Enfin, dans tous les cas, ces hémiplegies guérirent d'une façon complète et rapide, sous l'influence du traitement mixte, concurremment avec les autres manifestations de la maladie, et ne furent suivies d'aucun trouble cérébral. Je ne saurais donc, quant à moi, conserver la moindre arrière-pensée sur la spécificité de leur origine, sur leur nature syphilitique.

« Il s'en faut, Messieurs, que l'hémiplegie secondaire soit admise par nos classiques, et, longtemps encore, elle sera discutée. Son histoire, d'ailleurs, ne peut qu'être ébauchée actuellement. Ce que j'en sais pour ma part se résume à ceci :

« D'abord, elle se produit sans attaque, c'est-à-dire sans cette espèce de sidération subite à laquelle on donne vulgairement le nom d'apoplexie, de coup de sang. Les malades, au moment où ils sont frappés, ne tombent pas, ne perdent pas con-

naissance, ne passent pas soudainement de l'état de santé à l'état de collapsus, de résolution générale. Tout se passe, au contraire, sans fracas, sans *ictus*, lentement, sourdement, de la façon suivante. Dans les jours qui précèdent la paralysie, les malades sont généralement obsédés par un mal de tête violent, gravatif, continu, « absorbant. » Ils sont comme engourdis, hébétés ; ils éprouvent des vertiges, des éblouissements. Quand ils marchent, on s'aperçoit, comme ils le disent eux-mêmes du reste, qu'ils ne sont plus « solides sur leurs jambes. » Puis, la sensation de vertige devient plus intense ; une des jambes commence à traîner dans la marche ; des faux pas, des heurts, des chutes se produisent ; — le bras, du même côté, s'alourdit, ne se meut qu'au prix d'un certain effort, n'est plus soulevé qu'avec peine ; la bouche se dévie, insensiblement d'abord, puis d'une façon de plus en plus marquée. Tout cela se fait sans secousse, tout cela s'accomplit graduellement en l'espace d'un ou deux jours, en l'espace de quelques heures même parfois, sans autres phénomènes qu'un état de malaise général et de torpeur plus ou moins accentuée.

« Ces troubles de motilité continuent à s'accroître, l'hémiplégie se trouve bientôt confirmée. Elle n'est jamais complète, absolue. Ainsi, le membre inférieur, bien qu'incapable de soutenir le poids du corps, reste susceptible de certains mouvements ; le supérieur, très diminué comme force, peut encore se soulever ; impuissants à serrer,

à saisir un objet, les doigts conservent quelque motilité ; la paralysie faciale n'est également que partielle ; l'œil (comme dans les hémiplegies d'origine cérébrale) peut encore se fermer ; la parole n'est embarrassée que pour l'articulation des consonnes labiales, etc. La bouche, en revanche, est toujours fortement déviée, et la distorsion des traits, surtout dans le rire ou les grands mouvements de la face, est des plus marquée.

« Je n'ai pas trouvé que la sensibilité fût compromise parallèlement à la motilité.

« Quant aux autres fonctions, elles restent à peu près indemnes ou ne sont influencées sympathiquement que d'une façon légère et sans intérêt.

« En ce qui concerne l'évolution ultérieure, j'ai toujours vu l'hémiplegie secondaire, sous l'influence du traitement spécifique, s'amender et se dissiper complètement en quelques semaines.

« Dès le premier ou le second septénaire, l'action de ce traitement se traduit par une amélioration notable et rapide dans les mouvements des membres, tandis que, relativement, la déviation de la bouche n'est que peu modifiée. Au delà, l'influence thérapeutique ne s'exerce plus que d'une façon relativement lente. La distorsion labiale est le dernier phénomène à disparaître. »

Telles étaient les opinions que M. le professeur Fournier soutenait il y a huit ans et que l'on trouve consignées dans un ouvrage qu'il a publié à cette

époque. (*Leçons sur la syphilis*, étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris 1873, p. 808 et suivantes.)

Ce passage intéressant se trouve également rapporté en note dans un récent ouvrage de l'auteur précité. (*Syphilis du cerveau*, leçons cliniques recueillies par E. Brissaud. Paris, 1879.) Cette note nous paraît prouver que M. le professeur Fournier n'a pas modifié son opinion sur ce point.

Il semble, au premier abord, qu'après un exposé aussi net des principaux symptômes de la paralysie syphilitique secondaire, il n'y ait rien à changer, sinon rien à ajouter.

Néanmoins, nous verrons, dans le cours de notre travail, que si, pour la majorité des cas, le processus est celui indiqué par M. le professeur Fournier, dans certains autres il n'en est pas de même. Nous verrons, dans les observations rassemblées par nous, que l'hémiplégie secondaire ou précoce débute par un *ictus* et qu'elle s'accompagne, par exception, il est vrai, de troubles de la sensibilité.

Du reste, on sait que la paralysie syphilitique tertiaire se complique assez souvent d'anesthésie : pourquoi en serait-il toujours autrement dans la paralysie précoce ? Ne peut-on pas admettre, au moins pour certains cas, une similitude de lésions causales ? Les accidents de la syphilis sont plus ou moins précoces : dès lors, comment expliquerait-on l'absence constante d'anesthésie ?

Ces préliminaires étant posés, nous pouvons entrer dans notre sujet.

Il n'est pas embarrassant de décrire les symptômes d'une affection sur laquelle les auteurs spéciaux nous ont laissé si peu de documents ; aussi nous en rapporterons-nous aux observations que nous avons pu réunir pour exposer aussi méthodiquement que possible les symptômes que l'affection a pu revêtir.

*Prodromes.* — Dans la paralysie spécifique tertiaire, les prodromes sont variés et tous les phénomènes de la pathologie cérébrale peuvent précéder la perte du mouvement. Là se trouve ce caractère protéiforme de la syphilis cérébrale signalé par M. le professeur Fournier. En est-il de même dans la paralysie précoce (monoplégie, hémiplegie, paralysie de la face)?

Comme dans la forme tertiaire, nous retrouvons là des prodromes qui font rarement défaut et peuvent, étant connus, servir utilement au médecin en le mettant sur la voie du diagnostic, ou en lui permettant d'agir préventivement d'une manière efficace.

L'un des prodromes les plus fréquents, les plus caractéristiques, est certainement la *céphalée*, ordinairement nocturne ; dans certains cas, cependant, on la voit torturer le malade aussi bien le jour que la nuit. Parfois, elle se montre pendant quelques heures, le soir ordinairement, comme dans l'obser-



vation X, où le malade souffrait surtout de 5 heures à 9 heures du soir.

Cette céphalalgie peut être localisée à un seul côté de la tête (observ. X); dans d'autres circonstances, elle est généralisée et profonde: c'est *dans la tête* que le malade souffre, comme l'indique l'observation XII. Légère dans certaines encéphalopathies, elle est horriblement douloureuse, au contraire, dans quelques autres, constrictive, gravative, térébrante, martellante, etc.; elle peut revêtir, enfin, tous les caractères que nous lui connaissons déjà dans la syphilis cérébrale vulgaire.

La céphalée se rencontre parfois en même temps que des vertiges, des étourdissements, des vomissements même (observ. VIII) précédant quelquefois l'attaque. On a observé également de l'apathie, de la somnolence et, dans certains cas graves (ob. VIII), des bourdonnements d'oreilles, des troubles visuels et du délire nocturne.

La paralysie peut elle-même, dans une certaine mesure, être considérée comme un prodrome dans les cas où, légère, limitée et passagère, elle précède pendant un temps plus ou moins long une hémiplégie durable.

Enfin, disons-le, les prodromes peuvent, bien que rarement, faire absolument défaut, et l'on assiste alors à une paralysie survenant subitement dans l'état de santé le plus satisfaisant, sans aucun phénomène nerveux précurseur (observ. II).

Nous retrouverons la céphalée comme sym-

ptôme persistant après l'attaque apoplectiforme, mais nous devons insister dès maintenant sur la valeur énorme de ce signe, lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie survenant chez un individu jeune.

En l'absence d'autres indices, la céphalée suffirait à elle seule pour faire soupçonner, sinon affirmer, la syphilis et pour justifier l'institution d'un traitement antisyphilitique.

*Début.* — Le début, comme nous vous l'avons déjà fait pressentir, est variable. Si nous examinons les cas les plus communs pour étudier à la fin les exceptions, nous voyons, comme l'ont déjà dit plusieurs auteurs, et notamment M. le professeur Fournier, nous voyons le début se faire graduellement, comme une sorte d'affaissement lent, successif.

Et d'abord, à quelle époque de la syphilis peuvent se produire ces paralysies ? Si nous jetons un coup d'œil sur les dix-huit observations qui viennent à l'appui de notre travail, nous voyons que l'espace qui sépare la paralysie de l'accident primitif varie de deux mois à un an.

Le début de l'hémiplégie peut être précédé d'une attaque d'apoplexie comme dans l'observation II, attaque qui n'est suivie d'aucune paralysie, d'aucun trouble de la parole, puis bientôt une nouvelle attaque survient qui, elle, est suivie de paralysie.

Dans d'autres cas, nous voyons la paralysie débiter lentement, commencer par la face, par

exemple, puis, après un jour ou plus d'intervalle, envahir le membre supérieur, et enfin le membre inférieur.

L'attaque se fait ordinairement sans perte de connaissance; le malade a conscience de son état, mais il s'affaisse, tombe et est relevé paralysé.

Comme nous le voyons dans certaines observations, après quelques jours de céphalée plus ou moins intense, après quelques fourmillements, quelques sensations d'engourdissement dans certaines parties des membres, c'est à son réveil que le malade se trouve paralysé sans que, pendant son sommeil, rien ne l'ait averti du bouleversement qui venait de s'opérer en lui.

Ces attaques surviennent ordinairement sans convulsions, sans contractures, mais il peut en être autrement, comme nous le voyons par exemple dans l'observation X : malgré ces mouvements convulsifs, le malade peut ne pas perdre connaissance.

Dans des cas assez nombreux (observ. IV, XI, XVI, XVIII), le malade perd totalement connaissance; chez quelque individus même, le coma a persisté un certain temps. En général, ces malades étaient gravement atteints, et parmi eux il s'en est trouvé un qui a succombé à la gravité de la lésion (observ. XI); un autre ne guérit qu'incomplètement (observ. IV). Il semble résulter de ces faits que la perte de connaissance dans l'attaque d'hémiplégie syphilitique indique l'existence d'un foyer

étendu, d'une lésion mortelle dans quelques cas, irréparable dans certains autres, grave toujours. Notons cependant que, malgré la perte de connaissance, deux malades ont vu leurs paralysies s'améliorer très rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

On peut conclure de ces faits que l'on ne doit pas forcément porter un pronostic sérieux en présence d'une hémiplegie ayant débuté par un ictus avec perte du sentiment.

Les différents modes de début nous sont connus, nous pouvons maintenant étudier les divers symptômes qui signalent l'hémiplegie, ou, d'une manière plus générale, les paralysies syphilitiques secondaires.

C'est ici qu'il convient de placer nos observations pour signaler à propos de chacune d'elles les symptômes remarquables qu'elles relatent.

## OBSERVATION I.

Nous voyons dans cette observation que l'hémiplégie faciale est survenue à une période peu éloignée du chancre, et, sans la céphalée, on pourrait discuter la nature syphilitique de la paralysie. De plus on conviendra qu'au mois d'août un courant d'air est bien insuffisant pour déterminer une paralysie faciale à *frigore*.

Notons, de plus, que le malade n'a pas eu d'anesthésie.

*Hémiplégie faciale droite avec déviation de la lèvre à gauche survenue moins de deux mois après le chancre induré et quelques jours après l'apparition des accidents consécutifs.*

(Observation due à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> Mauriac.)

M. X..., âgé de 21 ans, épicier, de bonne santé et sans antécédents de famille, eut commerce avec une femme de maison, à Lille, le 1<sup>er</sup> juin 1877, après un mois environ de continence. Apparition d'un chancre, situé dans la rainure balano-préputiale, du 25 au 30 du même mois, jour où le malade vint consulter M. le D<sup>r</sup> Mauriac.

Le 10 ou le 12 du mois d'août (40<sup>e</sup> jour du chancre), céphalalgie; apparition d'une roséole papuleuse à petites élevures; il survint en même temps des maux de gorge et de la céphalée.

Le 18 août au matin (46<sup>e</sup> jour du chancre), sans avoir eu

de maux de tête plus forts que ceux qui avaient signalé le début de l'intoxication, le malade s'aperçut qu'il ne pouvait pas fermer l'œil droit et que sa bouche était de travers. Il avait une hémiplegie faciale survenue peu à peu sans aucun symptôme d'encéphalopathie. Il attribuait cet accident à un courant d'air.

A l'examen, le malade présenta les symptômes suivants : bouche déviée, entraînée à gauche, joue droite flasque, traits effacés s'enflant légèrement au moment de l'expiration ; impossibilité de siffler. L'œil droit reste ouvert, le malade ne peut le fermer qu'à demi ; il existe un peu de larmoiment ; pupille droite très peu dilatée. La sensibilité est conservée. Pas de paralysie des muscles de l'œil.

En examinant la gorge, on voit que la luette est déviée du côté gauche ; il n'existe pas de gonflement des amygdales.

*Traitement.* Pilules de protoiodure de mercure à 0,02 c., 3 par jour. Après 4 jours de cette médication, le malade va beaucoup mieux ; il se plaint seulement de douleurs derrière l'oreille gauche, sur le trajet du facial et dans la région mastoïde.

Le 28 août. — L'induration chancreuse est énorme, l'adénopathie inguinale est considérable, la roséole papuleuse est devenue confluyente.

11 septembre. — Le malade va beaucoup mieux ; l'hémiplegie faciale a presque complètement disparu depuis 8 jours. Cinq jours après l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille, les mouvements de la face commencent à revenir. L'orbiculaire des paupières a recouvré toute sa contractilité ; la luette est toujours un peu déviée à gauche.

Le chancre présente toujours la même induration considérable ; l'éruption roséolique a disparu. La santé générale est très bonne. Le malade continue toujours à prendre 3 pilules de protoiodure de mercure par jour.

20 septembre. — Les symptômes continuent à s'améliorer : on ne voit presque plus de traces de l'hémiplegie faciale ; les plis de la face sont revenus ; l'occlusion des paupières se fait normalement. La sensibilité est toujours

conservée. On n'observe aucune gêne, aucun trouble fonctionnel. Rien du côté de la vision ni de l'œil. La lchette est toujours déviée à gauche. L'induration chancreuse est toujours considérable.

Le malade continue toujours à prendre 3 pilules de protiodure par jour. Apparition d'une plaque muqueuse à l'anus.

11 décembre. — La guérison continue à se faire. L'hémiplégie faciale ne s'est pas reproduite. Le malade a eu plusieurs éruptions de plaques muqueuses dans la bouche et sur le scrotum, qui sont disparues après un traitement approprié. Il continue le traitement interne. Santé générale excellente.

26 février 1878. — L'hémiplégie ne s'est pas reproduite. Aucun accident consécutif nouveau, ni du côté de la peau, ni du côté des muqueuses.

1<sup>er</sup> juin 1878. — M. Mauriac révit le malade plusieurs fois depuis pour des plaques muqueuses et d'autres petits accidents superficiels. Aucun retour de l'hémiplégie, dont la guérison est complète.



## OBSERVATION II.

Cette observation offre un exemple curieux de paralysie intermittente, et c'est dans les cas analogues que l'on peut dire que la paralysie peut être le prodrome de la paralysie.

L'hémiplégie siège à droite et s'accompagne d'aphasie et de troubles de la mémoire, perte de la faculté d'écrire; mais, la *sensibilité est émoussée*. Le malade présente, en outre, des tremblements des lèvres. — La guérison se fait après un an de traitement.

*Encéphalopathie syphilitique avec hémiplégie droite et aphasie survenue au 6<sup>e</sup> mois du chancre.*

(Observation due à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> Mauriac.)

S. L., 23 ans, employé de commerce, d'une bonne constitution et sans antécédents de famille, entra le 31 mai 1876 à l'hôpital du Midi, service de M. Mauriac.

À la suite d'un coït suspect pratiqué vers la fin d'octobre 1876, le malade vit apparaître un chancre infectant, vers le milieu de décembre de la même année, c'est-à-dire près de deux mois après avoir vu la femme.

Au mois de mai 1877, le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Hillairet. À l'examen, il présenta, en même temps que son chancre, des plaques muqueuses de la gorge et du scrotum. (Traitement mixte.)

Vers la fin de juin 1877 (6<sup>e</sup> mois du chancre), malgré la continuation du traitement, le malade fut pris d'une attaque apoplectiforme survenue instantanément sans prodromes et sans perte de connaissance.

À la suite de cette première attaque, il ne lui est resté aucune paralysie; pas d'embarras de la parole. Le malade quitte l'hôpital, guéri.

Après une amélioration qui dura quelque temps, le malade commença à souffrir pendant cinq ou six semaines de violents maux de tête qui furent suivis d'une hémiplégie droite (8<sup>e</sup> mois du chancre).

Le malade rentra alors à la maison Dubois, où, en même temps que son hémiplégie, il lui survint de l'aphasie avec perte complète de la mémoire ainsi que de la faculté d'écrire.

Quoique amélioré, le malade ne quitta l'hôpital qu'au mois de novembre 1877.

Après un nouveau stage qu'il fit chez lui, son état s'était de nouveau empiré; il revint alors pour la seconde fois à l'hôpital Saint-Louis, où il resta jusqu'au mois de janvier 1878. Depuis cette époque, le malade va mieux, il parle à peu près bien.

À la fin de mai 1878 (17<sup>e</sup> mois du chancre), le malade se



présente à la consultation de l'hôpital du Midi, et demande son admission.

Voici quel était son état. Le côté droit du corps est affaibli, mais non paralysé; la sensibilité *autrefois émoussée* est revenue à son état normal. La mémoire lui fait défaut par moment; ses lèvres tremblent un peu; sa parole est parfois embarrassée, surtout lorsqu'il parle vite. Sommeil calme; érections peu fréquentes.

Il ne présente aucune éruption sur le corps; le malade affirme qu'il ne lui est survenu aucun accident autre que l'encéphalopathie. Aucun trouble du côté des sens, ni des autres organes.

Depuis son entrée, il prend 5 grammes d'iodure de potassium par jour; il va mieux.

Le 21 juin 1878, le malade a pu écrire assez correctement son histoire.

### OBSERVATION III.

Nous résumons ici plusieurs observations de syphilis cérébrale précoce, publiées par le docteur Alrik Ljunggren dans *Archiv für dermatologie und syphilis*, qui paraît à Prague. Année 1870.

Hémiplégie faciale droite compliquée d'embarras de la parole, céphalée violente, le tout après une attaque apoplectiforme, tels sont les principaux phénomènes à noter dans l'histoire de ce cas pathologique.

M. R..., âgé de 42 ans, de bonne constitution, sans antécédents de famille, souffre quelquefois d'un léger rhumatisme.

Au mois de mars 1867, il a contracté une érosion chancreiforme, qui a été traitée avec du vin aromatique. Guérison. Pas d'autres symptômes.

Au mois de mai 1867, il survient un malaise général et des douleurs dans les muscles, qu'il attribue à son rhumatisme. Malgré le traitement qu'il avait pour habitude d'employer, ces douleurs ont persisté, et, de plus, un violent mal de tête est venu s'y ajouter.

Au mois de juin (4<sup>e</sup> mois du chancre), se trouvant à la campagne, il fut subitement pris d'une attaque apoplectiforme, à la suite de laquelle il eut le côté droit de la face paralysé et de la difficulté de la parole. Cette hémiplegie faciale était accompagnée d'une éruption de la peau.

Le 18 juin 1867, il se présente chez moi. A l'examen, je n'ai pas trouvé la trace de son chancre, mais une adénopathie dure, indolente à la pression, siégeant aux aines, à la nuque et aux coudes ; le corps était couvert d'une roséole syphilitique confluyente, la gorge était atteinte d'angine syphilitique et les amygdales gonflées. Les muscles du côté droit de la face étaient paralysés; la commissure labiale gauche, tirée en haut; le malade parlait avec difficulté. La céphalée était tenace et violente. Les battements du cœur ne présentaient rien d'anormal, le pouls était régulier.

Traitement : iode de potassium à dose croissante et calomel à dose purgative.

Après quelques jours de cette médication, l'amélioration était très nette.

Craignant une récurrence, j'ai soumis le malade à un traitement mercuriel externe. Rien de particulier n'est survenu pendant le cours de ce traitement; l'appétit et le sommeil étaient bons, l'état général satisfaisant.

Après plusieurs frictions, une stomatite mercurielle se déclare. On suspend les frictions le 7 août, mais il continue l'iode de potassium. Après 3 semaines, le malade quitte Stockholm. Au mois d'octobre, le malade m'écrit qu'il va très bien et que sa santé ne laisse rien à désirer.

OBSERVATION IV.

Dans quelques cas, on observe une hémiplégié alterne. — Ici, l'hémiplégié et la paralysie faciale sont du même côté, à droite, et la parole est troublée. — Le malade a eu une attaque, avec perte de connaissance. Cette attaque a été précédée de maux de tête, de vertiges, qui ont duré plusieurs semaines. Au bout d'un an de séjour à l'hôpital, nous le voyons sortir non encore guéri.

A. P. L., Charpentier, 34 ans, a toujours joui d'une bonne santé.

Chancre syphilitique, en décembre 1865. Au commencement de l'année 1866, il entre à l'hôpital. On constate une roséole syphilitique sur le corps et des plaques muqueuses à l'anus.

Soumis à un traitement par le protoiodure de mercure, ces manifestations disparaissent et le malade quitte l'hôpital en mars.

Au mois de juin (*7<sup>e</sup> mois du chancre*), il voit survenir pour la première fois des maux de tête et des vertiges, qui l'obligent à suspendre son travail. Cet état a duré plusieurs semaines, lorsque, le 26 juin, il est frappé d'une attaque apoplectiforme avec perte de connaissance. Transporté à l'hôpital, je constate une hémiplégié droite avec une hémiplégié faciale du même côté, et paralysie des muscles de la langue; la parole est difficile; la céphalée intense. — Les battements du cœur sont normaux; le pouls lent, mais régulier et égal. Rien de particulier aux autres organes.

Plaques muqueuses abondantes à l'anus.

Les ganglions inguinaux et épitrochléens sont gonflés, non douloureux, et roulent sous le doigt.

*Traitement.* — Iodure de potassium.

Après quelques jours de cette médication, le malade va mieux; il peut descendre de son lit et se promener avec des béquilles, qu'il quitte plus tard pour une canne.

A la fin de l'année, le malade quitte l'hôpital, mais sans être complètement guéri.

### OBSERVATION V.

Dans cette observation, nous voyons une paralysie de la face et de la langue subséquente à une attaque apoplectiforme venant accuser le siège central de la lésion pathogénique.

La fille A. S., domestique, 26 ans, sans antécédents morbides, a eu, en mai 1866, un chancre induré sur la grande lèvre gauche; quelques jours après se déclare une adénopathie inguinale droite.

Elle entre à l'hôpital le 7 juillet. A l'examen, on ne peut trouver la trace de son chancre, mais on constate des taches sur le corps et une adénopathie inguinale droite.

*Traitement.* — Frictions mercurielles; elle sort après 20 jours.

A la fin du mois d'août, elle fait un voyage en mer par un temps pluvieux et froid et se refroidit.

Le lendemain, elle est prise d'un violent mal de tête, de vertiges et de vomissements. — Alopecie.

En septembre (5<sup>e</sup> mois du chancre), elle est prise pour la première fois d'une attaque apoplectiforme; revenue à elle, elle était paralysée du côté droit de la face et de la langue; la parole est difficile. — Le 24 septembre, elle entre à l'hôpital. A l'examen, je constate les mêmes symptômes. Le mal de tête est moins violent, mais elle se plaint de vertiges et de bourdonnements d'oreilles.

Pas d'éruption sur la peau ni sur les muqueuses. — Rien aux autres organes.

*Traitement.* — Iodure de potassium et vésicatoires à la nuque; la malade va mieux.

Elle sort guérie au commencement de l'année 1867.

#### OBSERVATION VI.

Chez ce malade, la paralysie faciale ne s'est pas compliquée de paralysie linguale; mais la céphalée, les vertiges et les troubles oculaires indiquaient suffisamment le siège de la lésion.

La guérison est venue confirmer le diagnostic.

A. L., ouvrier à la Manufacture de tabac, 19 ans, n'a fait aucune maladie, entre à l'hôpital le 30 mai 1866, pour une ophtalmie. A l'examen, on constate sur le corps un lichen syphilitique et une iritis syphilitique à gauche. On ne trouve pas de trace d'induration syphilitique ni de cicatrice sur la verge, mais on trouve une adénopathie inguinale, cervicale et épitrochléenne.

*Traitement.* — Collyre au sulfate d'atropine et frictions mercurielles. Tous ces symptômes sont améliorés après 5 semaines de ce traitement.

Le 18 juillet (probablement au 4<sup>e</sup> mois du chancre), le malade se présente dans mon cabinet avec une hémiplégie faciale gauche sans paralysie des muscles de la langue ni de ceux de l'œil. Les pupilles sont également dilatées et sensibles à la lumière. — Pas de vomissements ni envie de vomir. Rien dans les autres organes.

Le malade n'a pas su me dire dans quelles conditions est survenue l'hémiplégie; mais il se rappelait avoir souffert de maux de tête très violents quelques jours après sa sortie de

l'hôpital. Ces maux de tête étaient accompagnés de vertiges et de troubles de la vue.

Reçu à l'hôpital, le malade est soumis à un traitement par l'iodure de potassium et des vésicatoires à la nuque.

Sous l'influence de cette médication, le malade n'a pas tardé à guérir et de son hémiplegie et de ses maux de tête.

### OBSERVATION VII.

Comme l'a signalé M. le professeur Fournier, nous trouvons ici dans les prodromes de la paralysie l'hésitation dans la marche; le malade se tenait comme un homme ivre.

M. B. C., 27 ans, a eu un chancre induré au mois de mai 1863. En juillet, apparition de roséole syphilitique sur le corps et les membres.

Au mois d'août, il se présente dans mon cabinet et je lui prescris des frictions mercurielles; l'éruption n'a pas tardé à disparaître. Appétit conservé, sommeil tranquille. L'état général ne laisse rien à désirer. Après 20 frictions, je fais cesser la médication mercurielle, et je prescris de l'iodure de potassium et des bains froids.

Dans les premiers jours du mois d'octobre le malade commence à se plaindre de céphalée, vertiges et étourdissements; il marche comme un homme ivre. — Traitement: iodure de potassium.

Vers la fin d'octobre (6<sup>e</sup> mois du chancre), se trouvant à table dans un restaurant avec un de ses amis, celui-ci lui fit remarquer que sa figure présentait quelque chose d'anormal.

Effrayé, il se présente chez moi, et je constate une légère hémiplegie du côté droit de la face; la bouche déviée à gauche; la langue ne présente rien d'anormal; le malade prononce bien les mots; il n'existe pas de troubles de la parole; le cœur est sain, les battements normaux. Je lui

prescrits de l'iodure de potassium ; en même temps, j'applique l'électricité.

Après quelques jours de ce traitement, le malade commence à mieux aller. Le rétablissement complet s'est opéré dans l'hiver de 1863-64.

Il n'est pas survenu d'autres symptômes de syphilis.

### OBSERVATION VIII.

Ce cas est remarquable par la gravité que les symptômes ont revêtue d'emblée. Malgré cela, la malade n'a pas eu d'anesthésie. L'ensemble des signes graves qui signalaient le début de la paralysie, l'incontinence des matières, la torpeur, l'agitation nocturne, les troubles respiratoires, et surtout l'apparition d'une eschare au sacrum, à gauche de la ligne médiane, c'est-à-dire du côté paralysé, ne devait laisser aucun doute sur la terminaison fatale de cette hémiplégie, non moins que l'envahissement par la paralysie du côté opposé, les sueurs profuses et la température élevée. Habituellement, la température reste peu élevée à la suite de l'hémiplégie; et, en présence d'une ascension thermique aussi considérable, on devra toujours redouter une complication grave, ainsi qu'il semble résulter de cette observation.

*Hémiplégie gauche, puis droite; escharre au sacrum; mort en quelques jours. Foyers d'encéphalite développés dans le cours d'une syphilis grave. Observation publiée par M. Barthélemy, interne, dans le Bulletin de la Société anatomique, année 1877.*

Marie G., âgée de 27 ans, domestique, entrée à l'hôpital

de Lourcine (service de M. Martineau), le 27 décembre 1877. Le 30 décembre, on constate des syphilides périanales et périvulvaires papulo-hypertrophiques et érosives, répandant une odeur infecte, nombreuses, surtout confluentes sur la grande lèvre droite, qui est très tuméfiée : syphilides papuleuses disséminées sur tout le corps. Vagin rouge et purulent. Pléiade ganglionnaire dans les deux aines. A la surface, les syphilides papuleuses sont aussi confluentes; elles sont revêtues de croûtes jaunâtres, ce qui, sur certains points, leur donne l'aspect impétigineux. Céphalée peu intense mais continue depuis une quinzaine de jours. La malade a toujours l'air hébété; réponses justes, mais lentes; pleurs faciles; malpropreté.

11 mars. — Malgré l'appétit conservé et les digestions bonnes, à part une constipation habituelle, l'état général est toujours mauvais. La malade est pâle, fatiguée; elle a des sueurs abondantes la nuit, la peau moite le jour et le pouls petit et fréquent. Syphilides papuleuses toujours très nombreuses sur le corps. Plaques muqueuses guéries à la vulve.

14 mars. — Embarras gastrique. Ipéca. Suspension du traitement antisiphilitique.

16 mars. — Maux de tête, surtout à la région occipitale; la malade garde le lit. Epistaxis légère. Constipation. On reprend le traitement mercuriel (liqueur de Van Swieten, 2 cuillerées par jour).

18 mars. — Accablement, somnolence, hébétude plus grande. Dans la journée, la malade se lève un peu, mais elle est si faible, qu'après s'être baissée très difficilement, elle ne peut se relever sans aide. Elle se plaint d'avoir toujours froid, passe sa journée auprès du fourneau, se sentant « tout étourdie », accusant des troubles visuels et des bourdonnements d'oreille, d'ailleurs pas de diarrhée ni de colique; pas de douleur ni de gargouillement à la pression de la fosse iliaque droite.

19 mars. — Langue sale, haleine mauvaise. On remplace la



liqueur de Van Swieten par des frictions d'onguent mercuriel. Température axillaire, 37,7 matin ; soir, 38,2.

22 mars. — Même état. Hier, un vomissement bilieux spontané ; constipation persistante malgré des lavements. 37,9. Céphalalgie. Pendant la nuit, insomnie, agitation, subdélirium.

25 mars. — Ventre souple, non douloureux. Vomissements après les repas.

28 mars. — Surdité, troubles visuels, céphalalgie opiniâtre. insomnie, subd lirium nocturne, somnolence, hébétude dans la journée. Yeux ternes, abattus, non convulsés. Langue sale, sans tremblement. M chonnement continu l.

29 mars. — Sans que rien pût le faire prévoir, sans qu'on ait remarqué d'attaque ou de perte de connaissance, la malade a été trouvée ce matin atteinte d'hémiplégie gauche bien nette. Pouls, 540. Respiration régulière ; de loin en loin un profond soupir ou quelques faibles gémissement. La malade ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit. Sensibilité conservée. Selles involontaires. Rien à droite. Pupilles également dilatées. Orbiculaires et releveurs des paupières intacts.

30 mars. — Revenue à elle, la malade n'accuse ni douleurs ni fourmillements. Céphalalgie obtuse. Pouls petit, régulier. fréquent, 112. La paralysie motrice est complete dans tout le côté gauche du corps ; le mâchonnement persiste.

31 mars. — Douleur quand on presse la région rachidienne. Grande raideur au niveau de la nuque. La tête est renversée en arrière. Soif vive, voix nasonnée.

1<sup>er</sup> avril. — Pas de convulsions. Selles inconscientes. Torpeurs diurnes. Subd lirium nocturne presque continu l.

2 avril. — Ce matin, on trouve la malade dans le coma et l'on constate d'une manière évidente que la paralysie s'est étendue à tout le côté droit, est par conséquent devenue générale et absolue.

4 avril. — Nuit très agitée. Bavardage continu, incompréhensible. Le jour, on ne tire que très difficilement la malade

de sa torpeur. Elle fait quelques réponses, mais ne prend la parole pour rien. Elle avale bien lentement. Soupirs intermittents, mâchonnement, sueurs profuses. Température 41,8. Pouls petit, régulier, innombrable. Les réflexes sont abolis; la sensibilité, intacte. Escharre au sacrum en deux points, plus prononcée à gauche. Œdème environnant. Les paupières sont abaissées, mais non paralysées; il faut même une certaine force pour empêcher la malade de les soulever quand elle veut le faire. Pupilles normales. Mastication et déglutition faciles; de loin en loin, la malade avale de travers et tousse. Rien dans la poitrine. Rien au cœur. Jamais elle n'a eu de rhumatisme. Face légèrement colorée, non congestionnée. Urines très ammoniacales. Mort dans la soirée sans convulsion.

Autopsie le 6 avril. Poumons congestionnés. A la base du poumon gauche, une large ecchymose sous-pleurale. Dans l'estomac, la muqueuse de la petite tubérosité est le siège de nombreuses taches ecchymotiques lenticulaires sans ulcération. Foie volumineux, légèrement grasseux. Intestins, cœur, rein, moelle, parfaitement sains.

*Cerveau.* — La face inférieure du lobe frontal droit est sensiblement plus large et plus molle que celle du côté opposé. Toutes les artères de la base, celle de la scissure, du corps strié, sont parfaitement saines. Le bulbe, la protubérance n'offrent ni dégénération secondaire, ni teinte grisâtre. Circonvolutions normales; méninges remarquablement minces, sans adhérence à la substance cérébrale, qui, à la coupe, est remarquablement pâle et anémiée. Pas de liquide sous-arachnoïdien ni intra-ventriculaire.

*Hémisphère gauche.* — Sur les coupes de la région fronto-pariétale, on voit, dans la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions, une série de petites lacunes du volume d'une lentille, grisâtres, non diffuses, mais plus molles que le tissu ambiant et se déprimant par la coupe.

*Hémisphère droit.* — Sur les coupes préfrontale, pédiculo-frontale et pariétale, on trouve les mêmes lésions que du côté opposé, mais beaucoup plus accentuées.

Substance grise intacte, substance blanche seule affectée. L'examen microscopique a montré seulement qu'on avait affaire à des foyers d'encéphalite, mais sans en indiquer la nature.

Sans doute la syphilis n'exempte pas des affections cérébrales et un syphilitique peut en être atteint tout aussi bien qu'un individu non contaminé; il est néanmoins difficile ici de ne pas faire jouer un rôle quelconque à la syphilis, qui était grave et qui avait cachectisé le malade. Comment, en effet, expliquer autrement une lésion cérébrale grave, symétrique, si rapide, chez une femme jeune, ayant le cœur, les artères et le reste des centres nerveux dans un état d'intégrité parfaite ?

### OBSERVATION IX.

La syphilis chez cet homme, comme chez la plupart des vieillards, a revêtu un caractère grave (ecthyma, rupia, etc.).

Bien que siégeant à droite, l'hémiplégie ne fut pas accompagnée d'aphasie; il est vrai de dire qu'elle était incomplète. Le malade n'avait pas eu d'attaque apoplectiforme.

#### OBSERVATION PERSONNELLE.

*Syphilis maligne pustulo-gangréneuse chez un homme de 68 ans. Accidents cérébraux précoces. Hémiplégie droite et délire débutant 6 mois environ après le chancre infectant. Guérison rapide par le traitement mixte.*

Au mois d'août 1879, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Léon n° 25, le nommé Ch., âgé de 68 ans. Cet homme est atteint d'une syphilis maligne. Il est grand, conserve

encore le reste d'une bonne constitution et n'avait jamais été malade. Il fait quelques excès de temps à autre, mais ne paraît pas alcoolique. Sa maladie remonte à deux mois ; à cette époque, il fut pris d'une grande courbature avec malaise, anorexie, se mit au lit avec une fièvre assez intense, avec accès irréguliers débutant par des frissons et suivis de chaleur et de sueur. Depuis un temps qu'il ne peut préciser mais qu'il évalue à cinq ou six mois, il était porteur d'un chancre qui ne guérit complètement qu'après deux mois environ de traitement par le vin aromatique. Il y a deux mois, il s'est aperçu de boutons survenus sur la surface cutanée ; ces boutons, d'abord petits, ont grossi et acquis le volume d'une petite noisette. Les signes généraux ont continué même après l'éruption.

*État actuel.* — Il existe une adénopathie occupant les ganglions inguinaux, les ganglions cervicaux postérieurs et latéraux, et les ganglions épitrochléens. A la région inguinale, on ne retrouve aucune cicatrice, mais on en trouve une sur la face dorsale du gland. Pas de trace de plaques muqueuses.

L'anus, la bouche, le pharynx, les amygdales, l'épiglotte, ne présentent rien d'anormal. L'éruption cutanée est caractérisée par plusieurs éléments éruptifs. Sur le front, vers les commissures labiales, vers le menton, sur la face antérieure du thorax, on voit de larges placards arrondis, nummulaires, déprimés au centre avec un relief périphérique. Ils ont 3 à 4 cent. de diamètre avec une couleur de rouge cuivre, et quelques croûtelles au centre. Ils présentent une certaine épaisseur ; on sent qu'il existe une certaine infiltration néoplasique du derme. Ce sont des papules plates nummulaires dénotant la signature de la syphilis. A la région dorsale on trouve un nodule étalé vers ses bords, fortement saillant au centre, ressemblant à une large papule d'ecthyma, au centre de laquelle existe une escharre noirâtre, peu humide, encadrée par une saillie en forme de cadre, qui l'entoure.

Sur l'abdomen, au niveau des cuisses, des tibias, à la nuque, on trouve les mêmes élevures, dont les unes se mon-

trent avec de larges ulcérations, dont les autres sont à l'état pustuleux; enfin sur cinq ou six le centre est mortifié et réduit à l'état d'escharre assez profonde. En présence de ces éruptions et des adénopathies, il n'est pas douteux qu'il s'agisse de syphilides et qu'elles doivent être classées dans les syphilides malignes précoces.

La maladie constitutionnelle ne s'est pas arrêtée là. Le 20 août, cet homme a été pris rapidement de divagation intellectuelle; il était agité avec tremblement des membres, céphalée nocturne; en même temps, il fût pris d'hémiplégie droite incomplète. Il serrait beaucoup moins de la main droite que de la gauche, bien qu'il fût droitier. Lorsqu'il marchait, la claudication était très nette; à peine si les traits de la face étaient déviés. Cette hémiplégie est donc loin d'être complète.

Le malade n'est point un alcoolique, n'a pas de pituite ni de tremblement avant ses derniers accidents, ni cauchemar, n'a jamais eu de rhumatisme et n'a rien au cœur. Nul doute encore ici que la syphilis ne soit la cause de tous ces accidents; car les troubles cérébraux sont survenus en même temps qu'une nouvelle poussée de syphilides malignes ulcéro-gangréneuses. d'ailleurs l'allure même des symptômes est assez particulière. L'hémiplégie est incomplète, elle coïncide avec du délire et de la céphalée nocturne.

D'ailleurs, le traitement vient donner raison à ce diagnostic. Cet homme est soumis au traitement mixte: iodure de potassium, 1 gramme par jour; friction mercurielle, 2 fois par jour dans les aines, à la partie interne des cuisses et dans les aisselles; de plus, il a pris 4 grammes d'extrait de quinquina et 15 gouttes de perchlorure de fer par jour.

Après 4 jours de cette médication, l'amélioration était très nette; 8 jours après, le délire cessait. La parésie a persisté une vingtaine de jours, mais elle a guéri. Ce n'est que vers le 40<sup>e</sup> jour que les ulcérations syphilitiques étaient cicatrisées. Néanmoins, de temps à autre survenaient encore quelques pustules d'ecthyma syphilitique non gangréneuses.

Le malade avait pris un certain embonpoint.

Depuis cette époque, nous avons perdu de vue cet homme,

mais le diagnostic ne laissait aucun doute sur la nature de ses éruptions et des accidents cérébraux qu'il avait présentés.

### OBSERVATION X.

Les intermittences de l'hémiplégie, dans ce cas, précoce (six mois environ après l'infection), sont un fait remarquable.

L'intermittence de l'aphasie ne l'est pas moins. Le malade n'a présenté aucun trouble de la sensibilité.

*Chancre infectant en décembre 1875. — Deux mois après, céphalée. — Apparition de petites nodosités sous le cuir chevelu. — En mai, premières manifestations encéphalopathiques, qui se sont répétées les jours suivants. — En août, iritis syphilitique double.*

(Observation communiquée par M. Fraiser, agrégé à la Faculté.)

M. X..., âgé de 29 ans, contracta la syphilis vers la fin de novembre 1875. Le 12 décembre, il vit apparaître, sur le prépuce, une ulcération qui présenta, dans la suite, tous les caractères d'un chancre infectant. Ce chancre était complètement cicatrisé le 30 décembre. Le traitement mercuriel ne fut institué qu'à cette époque. M. X... prit alors tous les jours une cuillerée à potage de liqueur de Van Swieten.

Vers le 5 février 1876, il ressentit pour la première fois de la céphalée, qui, dès lors, se montra régulièrement chaque jour de 5 heures à 9 heures du soir.

Le 14 février, c'est-à-dire 2 mois après l'apparition du chancre, il me fit constater, en différents points du cuir chevelu, une dizaine de petites tumeurs sous-cutanées, de 1 à

2 centimètres de diamètre, formant, à leur centre, un relief assez marqué et se confondant insensiblement, à leur périphérie, avec le tégument; ces nodosités étaient de consistance assez dure et très douloureuses au toucher; on pouvait faire glisser les parties molles sur elles sans les déplacer. Il s'agissait évidemment là de plaques disséminées de périostite péricrânienne précoce. Le malade les avait remarquées depuis 4 ou 5 jours. Pendant ce temps, la céphalée persistait avec les mêmes caractères et prenait de jour en jour une intensité plus grande. Quelques papules croûteuses disséminées se voient sur le cuir chevelu. Les ganglions sous-occipitaux sont augmentés de volume et indurés.

*Prescription.* — Sirop de Gibert, à la dose d'une cuillerée à potage par jour.

Le 28 février, les plaques péricrâniennes ne sont plus aussi saillantes; elles ne sont plus douloureuses au toucher, la céphalée est moins violente. Cette amélioration serait survenue dès le 20 février. L'état général est excellent. Les fonctions digestives sont en parfait état. Il y a de la gingivite mercurielle.

Le 27 mars, après avoir interrompu le traitement pendant 15 jours, M. X... revint me consulter, à cause de la persistance des maux de tête. Il ne restait plus trace alors de la périostite péricrânienne. (Prescription: liqueur de Van Swieten.)

Quelque temps plus tard, apparurent des troubles nerveux assez inattendus. Le 8 mai, le malade fut pris tout à coup de mouvements convulsifs dans le côté droit de la face et dans le bras droit, avec impossibilité de parler. Il ne perdit pas connaissance et put se rendre un compte exact de ce qui lui était arrivé. L'accès dura un quart d'heure environ.

Le 9 mai, nouvel accès, semblable à celui de la veille et de même durée.

Le 10, à part la céphalalgie, que M. X... localisait particulièrement au côté gauche du crâne, je ne constate chez lui aucun phénomène nerveux persistant. (Prescription: sirop de Gibert.)

Dans les jours qui avaient précédé la première attaque, il n'avait éprouvé ni vertige ni engourdissement dans le côté droit du corps. Il m'affirme n'avoir jamais eu d'attaque de ce genre, ni dans ces dernières années, ni dans sa jeunesse. Il ne présente aucun signe d'affection vasculaire ou cardiaque.

Le 15, à 10 heures du matin, troisième accès, différent, cette fois, des précédents; il fut caractérisé par une paralysie subite de tout le côté droit; le malade, qui était debout, s'affaissa; l'hémiplégie droite était accompagnée d'aphasie (autant que j'ai pu en juger d'après son récit). Il conserva toute sa connaissance et resta ainsi pendant vingt minutes environ; au bout de ce temps, la paralysie disparut presque subitement. M. X... put, immédiatement après, se lever, aller et venir sans éprouver de vertige ni de faiblesse musculaire; il était l'heure du repas, il se mit à manger avec son appétit ordinaire.

Le 16, je n'observe chez lui ni paralysie, ni anesthésie du côté droit du corps, ni le moindre embarras de la parole. La surface du crâne ne présente d'empâtement en aucun point, elle n'est pas douloureuse au toucher. Le malade éprouve une céphalalgie gauche assez vive, continue, avec redoublement vers la fin de la journée.

A partir du 16 mai, il survint chaque jour, et à peu près à la même heure (vers 5 heures du soir), une attaque du même genre; mais, au bout de 4 à 5 jours, les phénomènes nerveux s'atténuèrent progressivement. Quand la crise survenait, le malade s'asseyait pour ne pas tomber. Le côté droit du corps restait engourdi, et la parole était moins embarrassée; au bout d'un quart d'heure, tout rentrait dans l'ordre. Ces attaques persistèrent ainsi jusqu'au 10 juin; les dernières n'étaient plus qu'une ébauche de celles du début. La céphalalgie diminua peu à peu et finit elle-même par disparaître (traitement ioduré, 3 gr. de sel par jour, remplacé vers le milieu de juin par le traitement mixte).

Des accès de céphalée survinrent de nouveau dans le courant du mois de juillet, mais sans s'accompagner de paralysie ni de convulsions. Il existait à ce moment des plaques mu-





queuses gutturales et quelques papules syphilitiques sur les jambes et les cuisses.

En août, M. X... fut atteint d'une iritis syphilitique double. Tous ces accidents, y compris le dernier, disparurent en quelques semaines, sous l'influence du traitement mixte.

Quant aux phénomènes nerveux, ils ne se sont plus montrés depuis le 10 juin 1876, c'est-à-dire depuis deux ans et demi. La santé générale de M. X... est excellente.

### OBSERVATION XI.

Chez cette malade, les accidents ont suivi une marche typique : paralysie faciale guérie spontanément et vite. De plus, symptômes rares dans le genre de paralysie qui nous occupe ; nous voyons survenir, du côté de la face qui fut paralysée, une névralgie devenant intolérable en quelques jours.

La paralysie se fit lentement d'abord ; puis, le malade eut une nouvelle attaque, compliquée de coma et d'incontinence des matières. La mort, enfin, a été la terminaison dans ce cas grave.

*Dans le courant de l'année 1873, syphilides papuleuses sur les grandes lèvres, amygdales, alopecie, psoriasis palmaire. Février 1874, névralgie de la moitié droite de la face. Mars 1874, manifestations encéphalopathiques, hémiplégie, aphasie.*

(Observation publiée par le D<sup>r</sup> Vergely dans le *Bordeaux médical*, février 1876).

M<sup>me</sup> X..., âgée de 32 ans, d'une bonne constitution, n'a jamais été malade. Elle a accouché, à 22 ans, d'une petite fille

qui est bien développée et jouit d'une bonne santé. Il y a environ 8 ans que cette jeune femme, poussée, dit-elle, par l'inconduite de son mari, a quitté le toit conjugal pour aller chercher fortune.

Elle a mené pendant cette période une existence assez convenable, toujours à son dire, et n'a jamais fait aucune maladie digne d'être notée. Dans le courant de l'année 1873, elle vint me consulter pour des boutons qu'elle portait sur la poitrine. Je reconnais des papules syphilitiques très nettes. Un examen plus complet ne tarde pas à me prouver que M<sup>me</sup> X... est en pleine évolution d'accidents secondaires syphilitiques. Outre les papules, elle a du psoriasis palmaire, des plaques muqueuses sur les grandes lèvres, sur les amygdales. Elle a perdu des cils, ses cheveux sont également tombés. Enfin, je retrouve des chaînes ganglionnaires indurées au niveau des aines, au devant de l'oreille et des muscles du cou. L'état général est à l'unisson de cette série d'accidents : la face est pâle, les conjonctives décolorées ; l'expression de la physionomie triste, découragée. Elle éprouve en même temps un sentiment de courbature générale.

Six mois auparavant, j'avais donné des soins à cette dame pour une paralysie faciale droite qui cédait au bout de 20 jours à des frictions stimulantes et à l'usage interne de la strychnine. Je recherchais, en présence des accidents nouveaux, si cette hémiplegie faciale n'avait pas eu quelque relation avec l'évolution des accidents les plus hâtifs de la période secondaire, mais la malade ne s'était pas aperçue de l'apparition de l'accident primitif ; elle ne se souvenait pas avoir eu des taches sur la peau, autres que celles qui couvrent maintenant la poitrine. Elle n'avait pas eu de douleurs à la vulve, ni d'écoulement sanieux. Bref, je ne pus obtenir à ce sujet aucun renseignement positif.

Je traitai les accidents actuels par la liqueur de Van-Swieten, à la dose de 15 grammes par jour, et, au bout de 15 jours, je lui prescrivis 100 pilules contenant chacune 5 milligrammes de sublimé corrosif et 1 centigramme d'opium brut. Je touchai les plaques buccales et vulvaires avec une solution de nitrate d'argent : tout disparut ; l'état général

même s'améliora. Je donnai alors à la malade des ferrugineux, de la viande crue et des bains sulfureux, qui achevèrent de lui rendre sa santé habituelle, du moins en apparence.

Vers la fin de l'année 1873, des accidents légers apparurent sur la langue : taches opalines, petites plaques muqueuses; elle eut également une petite fissure à l'aile du nez. Je lui fis prendre 100 pilules, chacune de 5 centigrammes de protoiodure de mercure, et de nouveau le mal céda.

Dans le courant du mois de décembre 1873 et de janvier 1874, elle semblait avoir récupéré sa bonne santé habituelle, sa bonne mine. Elle se sentait forte, elle mangeait bien, dormait également bien, enfin son état était excellent.

Mais, vers la fin de février 1874, moins d'un an après l'apparition des accidents secondaires, elle éprouve des douleurs névralgiques très vives occupant la moitié droite de la face; elles avaient pour siège les principales branches du trijumeau. 50 centigrammes de sulfate de quinine, une friction belladonnée, apaisent les douleurs. Je lui conseille de l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour.

Le 4 mars, la douleur névralgique faciale reparait avec une intensité intolérable et ne cède qu'à l'emploi du sulfate de quinine et du bromure de potassium. Le pouls avait sa fréquence habituelle. Rien ne trahissait, dans l'aspect extérieur, dans l'état intellectuel de la malade, les accidents qui devaient survenir le lendemain.

Le 5, je vois M<sup>me</sup> X..., à 10 heures du soir; elle est dans un état complet d'affaissement; sa physionomie a l'air hébété; ses yeux sont dans le strabisme, la pupille gauche plus dilatée que la droite; les sillons de la moitié gauche de la face sont effacés; la commissure de la lèvre gauche abaissée; la paupière gauche ne se ferme pas complètement; la langue n'est pas déviée et ne porte la trace d'aucune morsure.

Elle répond lentement et seulement après plusieurs interpellations aux questions qu'on lui adresse. Elle n'accuse aucune douleur, ni dans la tête, ni dans le cou; elle se plaint

seulement de la fosse iliaque droite, où elle ne peut tolérer la pression de la main.

La parole est difficile, la langue pâteuse, épaisse; elle mange les mots, pour me servir d'une expression qui donne une idée de son langage. Cependant, elle se sert parfaitement des mots appropriés pour désigner ce qu'elle veut dire.

La main droite et la jambe droite, élevées au-dessus du plan du lit et abandonnées, retombent lourdement; mais la plus légère pincée, la plus légère piqûre, sont perçues aussi bien à droite qu'à gauche.

Elle a été involontairement à la selie et a uriné dans son lit. Le pouls est à 76, plein, régulier; la peau sans chaleur.

Avec lenteur, mais avec assez de précision, et ce récit a été confirmé par les personnes qui l'entouraient, elle me raconte que c'est à 4 heures du soir qu'elle a senti son bras droit s'engourdir insensiblement, puis sa bouche se dévier; sa langue est devenue épaisse, et enfin la jambe à son tour a été prise de lourdeur et de paralysie. Si elle n'avait pas été assise, elle serait tombée. Elle n'a pas éprouvé de douleurs de tête, seulement un léger vertige.

*Traitement.* — Sinapismes sur les membres inférieurs, lavement purgatif. Potion: sirop d'éther, 40 grammes; teinture d'arnica, 2 grammes; infusion de menthe 80 grammes. Le lendemain, on lui donna une cuillerée de sirop de Gibert.

Le 6, le pouls à 72. Même état que la veille; mais elle ne peut serrer la main, et la parole est plus lente, plus difficile; on ne peut la comprendre.

Elle est somnolente; cependant, elle a conservé la mémoire des personnes qui sont venues la voir; à l'audition de leur nom, elle fait un signe d'assentiment. (10 gr. de calomel en 10 paquets.)

Le 7, pouls à 72. Elle remue le bras jusque vers 6 heures. A cette heure, tout mouvement volontaire a disparu dans le bras et dans la jambe droite. Il est difficile de la tirer de sa torpeur. Aux questions réitérées qu'on lui adresse elle répond le mot: *malcof*. On lui présente sa petite fille, on lui parle en la plaignant de sa situation, elle paraît écouter avec une

profonde indifférence, alors qu'habituellement elle était pleine de sollicitude pour son enfant.

Le moindre pincement à gauche, comme à droite, lui fait pousser un cri comme si elle avait été fortement couturée.

Le 8, pouls à 72. Température de l'aisselle gauche, 38°,5 à midi. La malade ne prononce aucune parole; impossible d'obtenir, malgré les demandes les plus réitérées, d'autres signe d'intelligence qu'une légère pression de main du côté gauche. Elle est dans une somnolence continuelle. Elle urine et va à la selle involontairement. Elle accepte néanmoins du potage et du lait. (10 grammes de calomel en 10 paquets.)

Le 9, même état que la veille, torpeur intellectuelle, paralysie du mouvement, complète à droite, avec persistance de la sensibilité. (Une cuillerée de sirop de Gibert.)

Le 13, elle sort un peu de l'engourdissement dans lequel elle était plongée; la figure a plus d'intelligence; les yeux sont ouverts, les pupilles également dilatées; même paralysie du mouvement avec continuation de la sensibilité.

Le 14, elle a pu se lever la nuit; elle remue un peu la jambe mais non le bras. Sur ma demande, elle tire la langue, qui n'est pas déviée. Elle dort et mange bien; pouls à 72.

Le 16 mars, elle s'assoit sur son lit, me reçoit en souriant, mais elle ne peut articuler une parole. Pas de modification dans la déviation des traits de la face. M. le Dr Venot fils visita la malade et nous convinmes ensemble de lui donner une cuillerée par jour de la préparation suivante: sirop simple 300 grammes; biodure de l'hydr., 10 centigrammes, iodure de potassium, 10 grammes.

M. Venot regarda avec moi ces accidents cérébraux comme étant de nature syphilitique.

Le 17, le 18, le 19 la peau devient chaude; le pouls s'élève à 108 pulsations; la malade se plaint de douleurs dans l'abdomen; constipation. (Lavement purgatif.)

Le 20, apparition des règles, qui durent jusqu'au 24. Le 24, l'intelligence paraît plus nette, la malade sourit, elle dit les mots: ah! non! elle paraît comprendre tout ce qu'on lui dit; le membre supérieur droit est toujours immobile.

Depuis cette époque jusqu'au 29 avril, retour graduel de la force et du mouvement dans la jambe droite et dans le bras droit, plus marqué dans la jambe que dans le bras; elle se promène dans l'appartement comme une hémiplégique, en traînant un peu le pied; elle ne perd l'équilibre que lorsque'elle veut tourner sur elle même. Elle serre la main, saisit divers objets menus. L'intelligence et la mémoire semblent être aussi revenues. Elle contre.jit par des gestes négatifs sa petite fille qui m'avait donné un renseignement inexact sur l'époque à laquelle était partie une personne de la famille. Je lui énumère les jours de la semaine et elle m'arrête exactement au jour cherché. Il en est de même pour la date. Poul 76, appétit bon, sommeil et digestion se faisant bien. (1 gramme d'iodure de potassium par jour.)

Dans les premiers jours du mois de juin, l'aphasie a encore diminué; elle répète avec lenteur mais netteté des phrases entières. Elle croit pouvoir écrire les mots qu'on lui dicte, mais son écriture n'est constituée que par des traces à peu près informes qui ont vaguement l'aspect des signes de l'écriture anglaise et qui sont illisibles. Les traits de la face sont toujours déviés; la pupille gauche un peu plus dilatée que la droite, le poul est plein, régulier à 60 pulsations. Appétit, sommeil, excellents; l'embonpoint et les forces sont revenus. La malade prend 2 grammes d'iodure de potassium par jour et un bain sulfureux à jour passé; pas de manifestations syphilitiques du côté de la peau, des muqueuses ou des os.

Le 9 juillet, au moment où elle part pour retourner auprès de sa famille, son état n'est guère changé: le bras droit pend le long du corps, elle en est encore fort maladroite; elle marche en traînant la jambe droite; les traits de la face sont toujours déviés; son état moral est meilleur, elle s'inquiète de son enfant, s'attriste sur son sort, se montre émue de son prochain retour dans sa famille.

Les autres fonctions s'exercent très bien; la menstruation est régulière et assez abondante.

Elle part pour son pays; 15 jours après, j'apprends qu'elle est morte en quelques heures dans le coma.

## OBSERVATION XII.

L'absence de lésions matérielles appréciables, démontrée par l'autopsie, est un fait bien remarquable et mérite d'être noté.

*Syphilis antécédente, céphalée, symptômes apoplectiformes, hémiplegie droite. — Mort. — Absence de lésions cérébrales.*

(Observation 86, in *Affections nerveuses syphilitiques* de Gros et Lancereaux.)

Brollard, 37 ans, entre à l'hôpital du Midi (service de M. Ricord) le 27 avril 1858, pour un impétigo syphilitique de l'angle des narines. Il dit avoir eu il y a six mois un chancre, et accuse de vives douleurs dans la tête. Ce fut surtout à partir du 15 mai qu'il renouvela ses plaintes à chaque visite, mais il le faisait d'une voix si calme, d'un timbre si naturel, qu'on ne pouvait les croire fondées. Le malade souffrait aussi bien le jour que la nuit et ne présentait ni contracture, ni paralysie, ni mouvements convulsifs.

Le 27 mai (7<sup>e</sup> mois du chancre), à la visite du matin, on trouva le malade dans l'état suivant : la bouche est déviée, la parole difficile, le bras droit est incomplètement paralysé, la jambe droite est engourdie; la sensibilité est du reste intacte, l'intelligence parfaitement lucide; le malade est inquiet. (Sangsues, lavements purgatifs.) Le 28, un peu d'amélioration, parole plus facile; mais cette amélioration ne se soutient pas; la paralysie du bras droit complète; le membre inférieur exécute néanmoins encore quelques mouvements; le malade peut même le soulever un peu et le détacher du lit; langue fortement déviée à droite, bouche tirée à gauche; déglutition facile, parole trainante et embarrassée. La sensibilité et l'intelligence se conservent intactes.

Cet état persiste jusqu'au 10 juin. Dans la nuit du 10 au 11 juin survient un nouvel et brusque accroissement des symptômes. Le matin, on constate une paralysie complète du membre inférieur droit, un assoupissement considérable; par moments, parole impossible; les yeux restent fermés et cependant l'intelligence paraît intacte. Aux encouragements pleins de bonté que lui prodigue M. Ricord, le malade répond en lui serrant la main et en pleurant; la sensibilité est également conservée. Dans la journée se manifestent de l'incontinence des urines et des selles involontaires, puis de la contracture du bras droit, des soubresauts dans le membre inférieur gauche, un trismus intermittent; le malade se mord la langue; la sensibilité reste néanmoins intacte, comme on peut s'en assurer en pinçant le malade; l'intelligence est saine; le malade répond par signes aux questions qu'on lui adresse; la déglutition est facile. Le malade mourut dans cet état le 13 juin dans la nuit. L'autopsie, faite le 15 au matin, ne fait découvrir aucune lésion des centres nerveux ni de leurs enveloppes, aucun foyer apoplectique, aucun épanchement, aucun ramollissement, rien d'anormal, en un mot.

### OBSERVATION XIII.

Signalons ici la présence d'une paralysie alterne.

*Syphilis secondaire; hémiplégie gauche; traitement hydrargyrique; guérison.*

(Observation publiée dans la thèse de M. Bütterlin, 1872).

Le nommé B..., 47 ans, entre dans le service du professeur Schutzenberger le 31 mai 1871. C'est un homme robuste, d'un tempérament sanguin, toujours bien portant jusqu'alors.

La veille, il fut frappé subitement, sans contracture, sans convulsion, sans perte de connaissance, d'une paralysie du côté gauche. Intelligence intacte; aucun trouble visuel; parole



libre. L'attaque avait été précédée de douleurs de tête, vives mais passagères, et, quelques jours avant, de vertiges et d'un peu de somnolence. La motilité est abolie dans les membres inférieurs et supérieurs du côté gauche, avec persistance de la sensibilité tactile et exagération de la sensibilité réflexe. Légère paralysie faciale à droite. Douleurs ostéocopes dans les jambes. Roséole sur tout le corps. Aucun accident du côté de la gorge. *Trace de l'accident primitif remontant à 4 mois environ*, à la base du gland. Apyrexie complète. Aucune altération du cœur et des artères. Eu égard aux accidents spécifiques, cette hémiplegie subite est attribuée à la présence d'une tumeur gommeuse cérébrale et l'on prescrit 10 gr. de sublimé en 2 injections tous les 2 jours. — Régime ordinaire. Au 25<sup>e</sup> jour, le malade se promène dans la salle à l'aide de béquilles; l'hémiplegie a disparu, ainsi que l'éruption maculeuse. Après 5 nouvelles injections, on cesse le traitement. Le malade circule dans la salle. Aucune irritation locale, un peu de salivation vers le 20<sup>e</sup> jour; gargarisme chloraté. État général excellent.

OBSERVATION XIV.

*Blennorrhagie, chancres, adénopathie inguinale, cervicale; syphilides, alopécie, chute des sourcils et de la barbe, céphalée, paralysie faciale et hémiplegie incomplète. Amélioration rapide aussitôt que le traitement spécifique a été institué.*

(Observation due à M. Oulmont, publiée dans la thèse de M. Ladrect de Lacharrière)

M. H..., âgé de 25 ans, employé, n'avait jamais été malade, lorsque, au mois d'avril 1860, il contracta une blennorrhagie et un chancre qui s'accompagna de ganglions dans l'aîne. Il alla consulter un médecin qui lui prescrivit un traitement antisyphilitique; mais il fut très mal suivi. Cependant, au bout de 15 jours à peu près, le chancre fut cicatrisé. Très

peu de temps après, nous dit le malade, survinrent des accidents secondaires : taches sur la peau, ganglions nombreux dans la région cervicale, chute des cheveux, de la barbe et des sourcils. Il alla consulter, pour ces accidents du côté de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, et on lui prescrivit de l'iode de potassium.

Le 22 octobre 1860 (6<sup>e</sup> mois du chancre), il entra dans le service de M. Qulmont, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, n<sup>o</sup> 18 ; c'est là que nous avons pu l'observer. Ce jeune homme nous dit que depuis quelques jours il s'était fait en lui des changements qu'il ne savait expliquer ; il n'avait de goût pour rien ; il comprenait moins bien ce qu'on lui disait. Depuis 2 jours il s'apercevait qu'il ne savait plus écrire et qu'il parlait plus difficilement. Cet homme était sujet aux maux de tête ; aussi n'avait-il pas fait grande attention à ceux qui avaient précédé les symptômes de paralysie que je viens de mentionner. Il entra à l'hôpital dans l'état suivant : visage congestionné et un peu bouffi ; facies portant l'empreinte d'une cachexie profonde ; taches sur le front, d'une teinte cuivrée caractéristique ; éruption miliaire végétante sur le pourtour des paupières et aux joues ; alopecie plus grande sur le sommet de la tête ; perte presque complète de la barbe. Le malade, qui portait une barbe assez épaisse, n'avait plus à cette époque que quelques poils sur le visage ; il n'y avait plus à la place des sourcils que quelques poils très fins ; la vue, l'odorat, le goût, étaient bien conservés ; pas de maux de gorge ; les traits du visage étaient légèrement abaissés du côté droit, surtout quand le malade parlait ; la langue était aussi un peu déviée du même côté ; la parole était difficile, embarrassée ; le malade bégayait pour prononcer certains mots, d'autres lui échappaient complètement, il ne pouvait les dire ; la mémoire était très affaiblie, surtout celle des noms ; il dormait bien et ne se plaignait que d'une douleur sourde dans la tête.

Le corps était couvert de macules syphilitiques types ; elles étaient brunes alors, mais, à leur apparition, elles avaient la teinte cuivrée caractéristique ; elles étaient très

abondantes, surtout sur le tronc ; le mamelon avait pris une teinte noire.

Le malade accusait un notable affaiblissement du côté droit ; la sensibilité était bien conservée.

Cet homme avait fait beaucoup d'excès de coït ; il voyageait sans cesse, et ne pouvait que rarement se reposer. Aussi M. Oulmont, quoique soupçonnant le virus syphilitique de causer les accidents du système nerveux, voulut d'abord essayer un traitement tonique. Le malade prit, chaque jour, de l'extrait de quinquina et de l'extrait de gentiane. Au bout de très peu de temps, le malade se trouva mieux, mais cette amélioration ne continua pas d'une manière progressive, et il fut bientôt évident qu'elle était causée par le repos et le régime auquel il était soumis.

Vers le milieu de janvier 1861, l'état du malade était à peu près le même ; l'embarras de la parole et l'affaiblissement du côté droit persistaient toujours ; les cheveux et les poils repoussaient très peu. M. Oulmont institua alors le traitement par le protoïodure de mercure, une pilule chaque jour, de 5 centigrammes.

Nous avons vu le malade dans les premiers jours de février ; il nous dit que depuis son nouveau traitement il allait tous les jours de mieux en mieux ; la parole était en effet plus facile, les cheveux et les poils repoussaient rapidement et l'état général était des meilleurs.

Le malade est encore dans le service de M. Oulmont, et continue le traitement (10 février 1861).

OBSERVATION XV.

*Chancres indurés; cinq mois après, céphalalgie, amblyopie, hémiplégie, amélioration rapide sous l'influence d'un traitement antisypilitique; nouveaux accidents, iritis, papules muqueuses, douleurs, guérison.*

(Observation due à M. le D<sup>r</sup> Fournier, et publiée dans la thèse de M. Ladreit de la Charrière.)

Un jeune homme d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle, contracte un chancre induré en août 1857. Ce chancre fut traité, dès le début, par un pharmacien à l'aide de quelques pilules, probablement mercurielles. Le malade ne vint me trouver qu'un mois environ après le début de la contagion. Je constatai à cette époque un chancre induré type avec son adénopathie spécifique, à ganglions multiples, durs et indolents. Un traitement mercuriel fut prescrit, mais très irrégulièrement observé.

*Cinq mois après*, je vis le malade pour la seconde fois. Il me raconta qu'il avait souffert, dans ces dernières semaines, de très violentes douleurs de tête, douleurs spécialement nocturnes; qu'il avait éprouvé surtout autour de l'orbite et dans les yeux, des souffrances intolérables; l'œil droit, dont il se sert de préférence pour graver à la loupe, s'était insensiblement affaibli, et sa vue de ce côté était fort compromise. M. Desmarres, consulté par le malade, avait reconnu une hyperémie considérable de la rétine et de la papille du nerf optique. En raison des antécédents, il avait prescrit un traitement mercuriel.

Ce jeune homme n'avait pas présenté d'éruption sur le corps, mais il avait souffert de la gorge pendant quelque temps; les glandes cervicales postérieures étaient prises; un peu d'alopecie. Je conseillai au malade de reprendre le traitement mercuriel.

Trois jours après notre entrevue, 24 décembre, il se ré-

veilla un matin hémiplégique; l'hémiplégie n'était pas complète, les mouvements étaient seulement affaiblis. Je le vis ce jour même, et voici ce que je constatai : hémiplégie faciale très accusée (impossibilité de fermer l'œil, bouche déviée, immobilité de la moitié droite de la face, etc.); mouvements du bras droit très affaiblis, impossibilité de le relever, il est pendant le long du corps; le malade tient un crayon, mais il n'a pas la faculté de le diriger. Même affaiblissement mais à un degré moindre, de la myotilité dans le membre abdominal du même côté; le membre peut exécuter quelques mouvements de flexion et de rotation, mais il ne peut soutenir le corps. Le malade ne peut se tenir debout qu'en s'appuyant sur une canne et sur le membre opposé; apyrexie complète, pouls normal, appétit excellent; la sensibilité est intacte. Chose remarquable, la vue s'est subitement améliorée; l'œil droit, qui hier ne distinguait pas un objet, aujourd'hui peut lire distinctement. Céphalalgie intense. 25 sangsues à l'anus; le lendemain, 30 grammes d'huile de ricin, le surlendemain 27, on commence le traitement spécifique (proto-iodure d'hydrargyre, 10 grammes, et iodure de potassium 1 gramme).

Le 30. L'état est à peu près le même, douleurs de tête, toujours exaspérées la nuit; douleurs rhumatoides dans les membres. Même traitement; la dose d'iodure de potassium est portée à 2 grammes.

5 janvier. — Un peu de mieux au dire du malade; le membre inférieur serait plus fort. 3 grammes d'iodure.

Le 8. — Amélioration évidente; le malade serre mieux les objets avec la main; la paralysie faciale est moindre.

Le 15. — Les mouvements reviennent notablement dans le membre supérieur; le bras peut être levé; les doigts saisissent plus adroitement les objets; amélioration semblable pour le membre abdominal, moins sensible à la face. 15 centigrammes de protoiodure, 4 grammes d'iodure de potassium.

Du 15 au 30, le mieux fut progressif, le bras reprit les mouvements, la marche devint facile, quoiqu'il restât tou-

jours un peu d'incertitude dans le mouvement de projection en avant du membre.

A la fin du mois, la paralysie faciale avait presque entièrement disparu, la bouche était encore un peu déviée, l'œil pouvait se fermer librement. Même traitement.

En février, disparition complète des accidents. Le traitement ne fut plus alors suivi qu'avec beaucoup d'irrégularité; de nouveaux accidents syphilitiques se manifestèrent : iritis, papules muqueuses, céphalée violente, douleurs rhumatoïdes.

Ces accidents cédèrent à la reprise du traitement.

Aucune autre manifestation diathésique ne s'est produite jusqu'à ce jour, 30 janvier 1858.



OBSERVATION XVI

*Hémiplégie complète.*

« Owen Richards, âgé de 30 ans, se présente avec une hémiplégie droite complète, les traits de la face tirés d'une manière notable vers le côté gauche. Après l'attaque, il avait perdu connaissance pendant quelque temps; il ne peut encore articuler distinctement. Il a eu sur le gland un large chancre contracté *trois mois* au moins avant l'attaque de paralysie. Cette dernière maladie éprouva une amélioration très notable sous l'influence du mercure, de la salsepareille et de l'iodure de potassium, mais le malade voulut sortir avant sa guérison complète. » (Observation rapportée par M. Thomas Imman, de Liverpool, dans *London medical Gazette*, juillet 1843. 119<sup>e</sup> observation de l'ouvrage de M. Lagneau fils, *Maladies syphilitiques du système nerveux.*)

OBSERVATION XVII

*Hémiplégie.*

« F. contracta, l'été de 1856, un chancre induré suivi d'engorgements des ganglions cervicaux, de tubercules muqueux dans la gorge, d'éruption papuleuse sur le cuir chevelu. Traitement énergique par le protoiodure, puis l'iodure de potassium, pendant *huit mois* au moins. En septembre 1857, accidents cérébraux graves : paralysie incomplète de tout un côté du corps, céphalalgie, douleurs nocturnes. Ces accidents cédèrent à l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose et longtemps prolongé. » (Observation publiée par le Dr Notta, in *Archives générales de médecine*, mars 1860. 219<sup>e</sup> observation de l'ouvrage de M. Lagneau fils.)

OBSERVATION XVIII.

Les fornications dont la malade a souffert, alternant avec les attaques d'hémiplégie, sont ici le point remarquable.

Notons, de plus, une intensité plus grande de la céphalalgie à gauche et l'existence de l'hémiplégie à droite.

*Hémiplégies passagères.*

Marguerite P... eut une santé parfaite jusqu'à 24 ans. Mariée à un militaire, il lui survint une inflammation à l'aîne droite. Deux mois après, céphalalgie frontale, plus intense à gauche qu'à droite, petites tumeurs au côté gauche du front, inflammation de la peau correspondante, évacuation du pus; ulcération du gosier, altération du timbre de la

voix. (Pansement avec onguent probablement mercuriel.) Deux mois après, guérison apparente; cicatrices du front irrégulières, déprimées. 20 jours après, céphalalgie violente, sentiment d'engourdissement et de formication, qui s'étend jusqu'aux orteils du pied droit; ensuite, privation, pendant une heure environ, du sentiment et du mouvement dans tout le côté droit du corps.

Depuis la manifestation de cette hémiplegie momentanée, fourmillement en engourdissement dans tout le côté droit de la face, comme si une toile d'araignée était appliquée sur la peau; sensation semblable dans la moitié droite de la langue et dans le pouce droit (vésicatoire à la nuque); point d'amélioration; tumeurs au côté gauche du cou, au-dessus du sternum, au côté droit du cou, enfin à l'épaule droite. Tout à coup, nouvelle exaspération des symptômes cérébraux, privation complète, pendant une heure environ, de la sensibilité et du mouvement dans toute la moitié droite du corps. Peu à peu, retour au même état qu'avant cette recrudescence subite et momentanée de l'encéphalite. La malade, âgée de 27 ans, entre à ma clinique le 16 mai 1833, dans l'état suivant: céphalalgie vague; côté gauche du front un peu plus bombé que le côté droit, à l'endroit déprimé des cicatrices; croûtes verdâtres adhérentes aux cicatrices du cou et de l'épaule; vers le milieu du sterno-mastoïdien droit, tumeur sous-cutanée; à l'olécrâne gauche, exostose, plus douloureuse la nuit que le jour; persistance de l'engourdissement de la joue, de la langue et du pouce du côté droit. Le 17, pendant la nuit, hémiplegie semblable aux deux précédentes, mais d'une demi-heure seulement de durée; le matin, engourdissement dans tout le côté droit. Le 18, bain, 4 pilules de Sédillot, décoction de salsepareille. Le 20, faiblesse des membres, sensation de froid dans le côté droit. Le 21, légère tumeur à la surface de la voûte palatine, sensibilité des gencives (3 pilules). Le 1<sup>er</sup> juin, ulcération de la petite tumeur du palais; légère salivation. Le 6, apparition au palais d'une dartre vive; diminution de l'engourdissement et des fourmillements du côté droit. Les jours suivants, diminution de la douleur et du gonflement de l'olécrâne



gauche. ainsi que de la tumeur du cou et de l'ulcération de la voûte palatine ; cessation complète des fourmillements et de l'engourdissement du côté droit. Le 20, cessation des pilules de Sédillot, continuation de la salsepareille. Vers la fin du mois, n'éprouvant plus aucun phénomène morbide, refuse de continuer son traitement. (Lallemand, de Montpellier. 75° observation de l'ouvrage de M. Lagneau fils.)

Si nous analysons les symptômes étudiés dans les observations qui précèdent, nous voyons que l'hémiplégie syphilitique secondaire limitée à la face ou étendue à toute une moitié du corps, survient ordinairement d'une manière lente et qu'elle est rarement complète, flaccide ; au contraire, elle mérite plutôt le nom de parésie dans quelques cas, comme dans l'observation XIV par exemple.

Les autres troubles de la motilité, que l'on observe dans la syphilis cérébrospinale tertiaire, n'ont pas été observés encore, du moins d'après les observations que nous connaissons. Ainsi, nous ne voyons citer nulle part des troubles des muscles moteurs de l'œil ; dans une observation, nous avons vu que les réflexes étaient abolis ; ce cas était l'un des plus graves.

Quant aux paralysies sensorielles, si fréquentes dans la syphilis cérébrale tertiaire, elles font défaut en grande partie dans les observations que nous avons étudiées.

L'odorat n'a pas été atteint.

Le goût, même dans les cas où la langue était

frappée de paralysie, n'est pas signalé comme ayant été lésé.

Les troubles visuels ne sont ni bien fréquents ni bien graves en tant que troubles nerveux, mais accessoirement on peut voir se développer d'autres lésions secondaires, l'iritis, la rétinite, etc.

L'ouïe, parfois atteinte dans la syphilis tertiaire (Fournier, Jullien), semble ménagée par la syphilis secondaire. On cite bien quelques bourdonnements d'oreille, mais c'est tout. Il n'est pas question de surdité, d'acousie.

Les contractures sont rares, et quand elles se montrent il s'agit en général d'un cas grave.

Nous en dirons autant des convulsions et des tremblements.

Les convulsions épileptiformes limitées à un ou plusieurs membres précèdent parfois l'attaque de paralysie et siègent ordinairement dans le membre qui doit être privé un jour du mouvement.

Les troubles de la sensibilité consistent en exagération ou diminution de cette faculté. Mais, hâtons-nous de le dire, ces troubles sont extrêmement rares dans la paralysie syphilitique secondaire, et, parmi les dix-huit observations précédentes, nous n'en trouvons que deux dans lesquelles ils soient notés. Dans l'observation XI, on voit qu'à un certain moment de la paralysie le plus léger pincement est perçu comme une forte contusion.

L'anesthésie n'est pas moins rare; cependant, elle peut exister, et l'observation II paraît le démontrer.

En effet, il y est dit que la sensibilité, qui était *émoussée*, s'est améliorée.

On peut croire encore que la malade de l'observation XVIII, qui sentait comme une toile d'araignée sur plusieurs points du corps, avait une anesthésie incomplète.

Les douleurs musculaires, les névralgies, se montrent quelques fois avant l'attaque de paralysie ou après, et dans l'une de nos observations nous voyons la douleur acquérir une intensité très grande.

Nous ne réviendrons pas sur le caractère de la céphalée autrement que pour en rappeler l'importance au point de vue du diagnostic. Les troubles de l'intelligence sont fréquents, mais à un degré moindre que dans la paralysie tertiaire; cependant, ils affectent à peu près les mêmes caractères atténués.

La mémoire est l'une des facultés de l'intelligence que l'on voit atteinte le plus souvent. Tel malade a des lacunes, oublie certains mots. Tel autre ne sait plus écrire. C'est une atténuation des troubles graves de la mémoire observés chez les paralytiques de la période tertiaire de la syphilis. Rappelons ce malade dont parle M. le professeur Fournier dans ses *Leçons sur la Syphilis du cerveau*, p. 273, qui, au lendemain des événements de 1870-71, se plaisait à se faire raconter les détails des faits auxquels il avait assisté et qu'il avait totalement oubliés! Le malheureux avait perdu jus-

qu'au souvenir du nom de ses enfants ; il avait même fini par oublier qu'il eût des enfants !

Ainsi que nous l'avons vu dans plusieurs observations, l'*aphasie* est fréquente et coïncide avec une hémiplégié droite. Il n'est pas constant de la rencontrer avec cette paralysie ; en d'autres termes, l'hémiplégié droite, surtout lorsqu'elle est incomplète, comme dans l'observation IX, ne s'accompagne pas fatalement d'aphasie, mais dans ces cas on observe souvent des troubles plus ou moins graves du langage, embarras de la parole, tremblement des lèvres, qui rappellent ceux que l'on connaît chez les paralytiques généraux.

Le sommeil ne paraît pas présenter de phénomènes. Quelques malades gravement touchés ont eu de l'agitation nocturne. C'est pendant le sommeil que, chez quelques-uns, la paralysie s'est produite, et ils ont été trouvés hémiplegiques à leur réveil.

Le *coma*, enfin, ne s'est montré le plus souvent que dans les cas où la terminaison devait être fatale.

Quant aux troubles des autres appareils, on ne les voit survenir que dans les paralysies graves.

Les troubles cardiaques et surtout les troubles respiratoires (respiration suspirieuse, dyspnée, etc.) sont l'indice d'un danger imminent.

L'incontinence des matières, la paralysie de la vessie, bien plus rares que chez les paralytiques

tertiaires, s'observent, toutefois, chez ceux de la période secondaire.

On voit par l'exposé de cette symptomatologie que, à part l'intensité, les paralysies précoces de la syphilis rappellent assez bien les signes fournis par la grande syphilis cérébrale tertiaire à forme paralytique.



## MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.

Nous connaissons maintenant les prodromes, les divers modes de début, et les symptômes ordinaires de l'hémiplégie syphilitique, précoce, secondaire. Il nous reste à étudier la marche de cette hémiplégie. Pour cela, il nous suffit de rappeler les faits instructifs contenus dans les observations citées plus haut.

Faisons remarquer, tout d'abord, que, dans les cas que nous avons rapportés, les sujets en observation étaient presque tous des hommes. En outre, si la syphilis cérébrale précoce paraît moins fréquente chez la femme que chez l'homme, en revanche ses déterminations sont beaucoup plus graves chez la femme.

Sur dix-huit cas, quatorze concernent des hommes, et quatre ont pour sujet des femmes; de ces quatre derniers, deux ont été mortels, et un autre fort grave.

Chez l'homme, nous trouvons un seul cas mortel sur quatorze.

Il résulte donc de tous ces faits, que la syphilis cérébrale précoce à forme paralytique peut être mortelle. La mort survient ordinairement d'une manière rapide. Les accidents se précipitent et

aboutissent promptement au terme fatal. Les malades s'éteignent dans le coma.

Dans les cas, heureusement beaucoup plus fréquents, où la maladie se termine par la guérison (sous l'influence du traitement, bien entendu), la paralysie persiste plus ou moins longtemps. Nous voyons certaines observations nous montrer des guérisons encore inachevées, incomplètes, au début d'un an; d'autres, au contraire, ont trait à des malades qui, sous l'influence d'un traitement vigoureusement dirigé, ont guéri en cinq, quatre, deux mois, et même moins.

Lorsque la guérison est la terminaison de la maladie, on voit les membres paralysés recouvrer peu à peu leurs fonctions, en commençant par le membre inférieur; puis le membre supérieur se meut, devient moins gauche; les doigts peuvent serrer de plus en plus, et, au bout d'un temps plus ou moins long, les fonctions se rétablissent. Pendant ce temps, la mémoire revient par degrés, la langue se délie, l'aphasie tend à disparaître de jour en jour.

Dans certaines formes de paralysie, la guérison s'effectue assez rapidement, mais après deux, trois attaques successives.

Il est bien entendu, encore une fois, qu'il n'est question ici que des cas reconnus et traités.

Il est permis de croire que la mort serait la terminaison naturelle de l'encéphalopathie, ou que, tout au moins, les lésions n'ayant aucune tendance

à rétrocéder, les paralysies deviendraient définitives.

*Pronostic.* — Est-il besoin, d'après ce qui précède, d'insister sur ce chapitre de la question? Nous ne le croyons pas. Il est certain qu'une paralysie, même limitée, de cause syphilitique et survenant dans les premiers mois de l'infection, est toujours un fait grave. Elle marque la tendance cérébrale de la puissance de la diathèse, et nul ne peut savoir comment se terminera une syphilis cérébrale secondaire, si légère qu'elle apparaisse au début.

Quoi qu'il en soit, la nature spécifique de l'affection étant reconnue, une ressource immense reste au médecin en même temps qu'une espérance sérieuse de guérison au malade : nous voulons parler du traitement. Appliqué au début, ses effets, comme on le sait, tiennent parfois du merveilleux.

#### DIAGNOSTIC.

Un individu jeune, présentant nettement des antécédents syphilitiques de fraîche date, est-il pris de céphalée vespérale ou nocturne, suivie bientôt d'une hémiplegie incomplète survenant lentement, sans ictus apoplectique, en pleine connaissance, pourra-t-on ne pas voir là une paralysie de cause syphilitique?

Tel est le cas simple; mais, hâtons-nous de le



dire, il n'en est pas toujours ainsi, la symptomatologie n'est pas toujours aussi simple, et grand sera l'embarras dans les cas s'éloignant plus ou moins de cet ensemble typique.

Chez un vieillard, même en admettant que ses antécédents syphilitiques soient connus, si la paralysie survient brusquement après un ictus apoplectiforme, avec perte de connaissance, hémiplégie complète et aphasie, le doute, ce nous semble, sera parfaitement excusable ; ne serait-ce pas imprudemment que l'on affirmerait la nature spécifique de l'hémiplégie, ou au contraire sa non spécificité, son caractère vulgaire ? voilà le cas complexe.

Comme l'enseigne M. le professeur Fournier, dans ces circonstances, on doit tout attendre du traitement pour affirmer son diagnostic ; et encore, si le malade ne guérissait pas, ce ne serait peut-être pas une preuve de la non-intervention de la syphilis dans la production de la paralysie. On sait, en effet, que cette maladie peut engendrer des lésions indirectes, irréparables. M. le professeur Fournier l'a démontré dans ses leçons : l'autopsie de la malade qui fait l'objet de l'observation VIII, par les lésions importantes qu'elle a fait découvrir, en est une nouvelle preuve.

En présence d'une paralysie suspecte (paralysie de la face, ou hémiplégie complète), si l'on hésite entre une paralysie syphilitique précoce et une paralysie à *frigore* (paralysie faciale), ou une hémiplégie par embolie, hémorrhagie cérébrale, etc.,

on pourra s'aider des signes suivants pour établir le diagnostic : paralysie syphilitique : jeunesse du sujet, recherches des antécédents syphilitiques, céphalée persistante nocturne, mobilité de la paralysie, son degré d'intensité, absence d'affections cardiaques ou d'athérome; mais, par-dessus tout, c'est le traitement qui, en amenant des modifications profondes et durables dans l'état du malade, permettra d'affirmer la véritable étiologie.

De plus, dans la paralysie faciale, on rejettera l'hypothèse de paralysie à *frigore* lorsque l'on constatera en même temps de la paralysie linguale, lorsqu'il y aura eu *ictus*, tous les symptômes qui dénotent une lésion centrale.

En outre, chez un individu niant tout antécédent syphilitique, surtout si c'est un homme, on pourra rechercher sur les parties génitales la trace plus ou moins récente du chancre initial, trace qui, suivant MM. Horand et Moutaz, devient indélébile (1).

## TRAITEMENT

Nous ne nous étendrons pas longuement sur ce chapitre; nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les points principaux du chapitre *Traitement*, qui se trouve consigné à la fin de l'ouvrage de M. le professeur Fournier (2) :

(1) Moutaz. — *Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique, ses caractères*. Lyon, 1877.

(2) Ouvr. cité.

Le traitement spécifique doit être institué le plus tôt possible, c'est-à-dire à l'époque la plus rapprochée du début même de l'invasion de la syphilitide du cerveau.

Il faut que le traitement soit, comme action médicamenteuse, le plus énergique possible. Les deux médicaments que nous possédons pour combattre cette diathèse sont l'iodure de potassium et le mercure. La dose à laquelle le premier de ces deux agents peut être administré ne doit jamais être inférieure à 3 grammes par jour, « qu'on ait affaire à un jeune homme, à un homme d'âge mûr ou même à une femme. » (Fournier.)

Plus tard, cette dose sera élevée par degrés à 4 et 5 grammes, voire à 6 grammes pour les 24 heures.

Le mercure, administré par la bouche, doit être prescrit aux doses suivantes :

Pour le proto-iodure, de 10 à 20 centigrammes (quotidiennement) ;

Pour le bichlorure (sublimé), de 2 à 5 centigrammes.

Administré en frictions, le mercure doit être prescrit à la dose de 5 grammes d'onguent mercuriel double.

Cette dose pourra être élevée à 8, 10 et 12 gr. pour chaque jour.

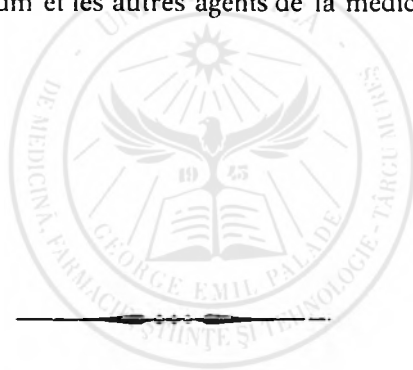
Il faut que le traitement soit prolongé pendant toute la durée des manifestations cérébrales, et cela

de façon à conserver, malgré l'accoutumance, son intensité d'action originelle.

Il faut que le traitement soit suivi longtemps encore après la disparition des accidents, au delà de ce qu'on peut appeler la guérison actuelle de la maladie.

Comme médication auxiliaire, on peut avoir recours à l'hydrothérapie, qui est indiquée dans la forme épileptique.

Dans certains cas où l'on observe des phénomènes d'excitation, d'éréthisme nerveux, de délire, d'insomnie, etc., on peut administrer le bromure de potassium et les autres agents de la médication sédative.



## QUESTIONS

*Anatomie et histologie normale.* — De l'appareil de la digestion.

*Physiologie.* — De l'effort.

*Physique.* — Induction par les courants; appareils employés en médecine.

*Chimie.* — Préparations et propriétés des sulfures de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine et de mercure.

*Histoire naturelle.* — Des inflorescences; comment les divise-t-on? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces?

*Pathologie externe.* — Des abcès du cou et de leur traitement.

*Pathologie interne.* — De l'hypertrophie du cœur.

*Pathologie générale.* — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

*Anatomie et Histologie pathologique.* — De la phlébite.

*Médecine opératoire.* — De la suture de l'intestin.

*Pharmacologie.* — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

*Thérapeutique.* — De la médication altérante et de ses principaux agents.

*Hygiène.* — De l'encombrement.

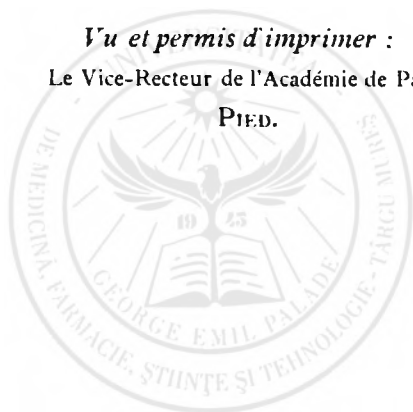
*Médecine légale.* — Rigidité cadavérique. Phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les lieux, genre de mort, l'âge et les diverses circonstances.

*Accouchements.* — De l'accouchement par le pelvis.

*Vu et permis d'imprimer :*

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

P. I. E. D.



Paris — Imp. Gastier-Villars, quai des Grands-Augustins, 55.

~~7021 461 17~~



