

malade était en état de suppléer à l'insuffisance des renseignements qui nous avaient été donnés. Les réponses à nos premières questions ont fourni à notre diagnostic anticipé une entière confirmation. Cette femme nous racontait, en effet, qu'elle a été affectée de syphilis il y a un peu moins de trois ans, qu'elle a eu des plaques muqueuses à la vulve et à la gorge, avec des taches sur la peau, qu'elle a fait un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital de Lourcine, où elle a été traitée par des pilules de proto-iodure; mais que depuis sa sortie de cet hôpital, il y a de cela deux ans, elle n'a éprouvé aucun accident nouveau. Je vous ai signalé, d'autre part, l'absence de toute manifestation syphilitique actuelle; conséquemment la malade était dans cette période transitoire, de durée indéterminée, qui sépare les symptômes secondaires des déterminations plus profondes que l'on réunit en France sous le nom de période tertiaire.

Ce n'est pas tout. A ces premiers renseignements, qui démontraient à l'évidence mon diagnostic nosologique, cette femme ajouta bientôt d'autres détails qui justifiaient avec la même certitude mes conclusions touchant le siège et la nature de la lésion encéphalique; les accidents avaient suivi une marche toute différente de celle qui nous avait été indiquée, et voici comment en réalité les choses s'étaient passées. Dix-huit ou vingt jours avant l'apparition des étourdissements graves qui avaient précédé la perte de connaissance, la malade avait souffert de douleurs de tête extrêmement violentes; cela, nous le savions; mais en outre, trois ou quatre jours après le début de la céphalalgie, elle avait commencé à loucher de l'œil gauche, ce dont elle s'était aperçue à ce qu'elle

était obligée de regarder tout à fait de côté pour bien se diriger dans la rue; peu après, la face s'était déviée, et ces symptômes avaient persisté sans changement jusqu'à la grande attaque. Les paralysies crâniennes précoces n'avaient donc pas été simultanées; elles avaient été séparées l'une de l'autre par un certain intervalle, puis une autre période les avait séparées de l'ictus apoplectique; cette évolution successive, et comme par étapes, prouvait clairement que les nerfs gauches de la sixième et de la septième paire avaient été atteints dans leur trajet périphérique, et non pas dans leurs origines intra-bulbaires, et puisqu'il était survenu un peu plus tard une hémiplegie des membres droits, la lésion était évidemment au moins double, si ce n'est multiple. La diffusion des lésions était encore établie par cette autre particularité qui aurait suffi à elle seule pour la démontrer: au début de la période d'étourdissements, du 2 au 4 décembre, la malade avait constaté un affaiblissement subit, puis l'inertie de ses membres gauches, tandis que le côté droit était dans la plénitude de sa force; alors survient l'attaque, à l'issue de laquelle nous trouvons une hémiplegie droite, sans trace de parésis dans les membres de l'autre côté. Ainsi donc, tandis que les lésions des nerfs crâniens gauches témoignaient de leur fixité par la persistance des paralysies, une atteinte passagère des éléments kinésodiques destinés aux membres gauches attestait le progrès et la diffusion du travail pathologique; à cet épisode, dû sans aucun doute à une fluxion passagère, succèdent, avec l'attaque, des lésions nouvelles non moins fixes que celle des nerfs crâniens primitivement atteints, et qui portent, d'une part, sur l'hy-poglosse, sur le spinal gauches, d'autre part, sur les

éléments moteurs des membres droits, et cela vraisemblablement au niveau du pédoncule cérébral gauche. Mieux connue, la marche des phénomènes démontrait directement la réalité des exsudats méningés diffus, dont une élimination raisonnée m'avait fait admettre la présence.

Après quinze jours, la face de la malade était redressée, le strabisme avait disparu, la déviation de la langue et la dysphagie avaient cessé ; les mouvements commençaient à reparaitre dans les membres, et aujourd'hui, vingt-cinq jours après le début du traitement, vous pouvez constater qu'il n'y a plus que de légères traces de ces désordres, qui auraient infailliblement tué cette femme, si l'intervention médicatrice avait été plus tardive.

Les exemples authentiques de syphilis cérébrale sont aujourd'hui fort nombreux, et déjà, dans l'ouvrage de Gros et Lancereaux, vous pouvez en trouver une riche collection. Le plus grand nombre des faits concernent des lésions crâniennes avec extension vers les organes nerveux, ou bien des foyers cérébraux plus ou moins bien circonscrits (syphilomes cérébraux de Wagner), ou bien encore des tumeurs proprement dites, nées soit de la masse encéphalique, soit des méninges. La lésion dont a été affectée notre malade, exsudats ou syphilomes méningés diffus de la base, est sans contredit la forme la plus rare ; cependant il y en a déjà quelques exemples, justifiés les uns par l'analyse clinique, les autres par l'anatomie pathologique ; telles sont les observations de Gjør et de Knorre, tels encore les faits de Westphal, Ziemssen, Tüngel, Quaglino et Scarenzio, ou celui de Dixon, dans lequel les exsudats, plus circonscrits que dans notre

cas, n'ont produit que des paralysies crâniennes à développement successif (1). Ces productions syphilitiques peuvent atteindre séparément la dure-mère, le tissu nerveux, peut-être même la pie-mère, ainsi que tendraient à l'établir les observations de Gildemeester et Hoyack, de Griesinger ; mais, le plus souvent, les méninges sont prises dans toutes leurs couches, ainsi qu'on le voit dans les deux cas de Howitz, et si le tissu nerveux est intéressé, les enveloppes à ce niveau participent à l'altération ; c'est un point dont il est facile de se convaincre par l'étude des remarquables observations de Wagner (2).

Un fait plus rare est la production d'une attaque apoplectique dans le cours de lésions basilaires diffuses ; pour rare qu'il soit cependant, le fait a été observé déjà, notam-

(1) Westphal, *Ueber zwei Fälle von Syphilis des Gehirns* (*Allg. Zeits. f. Psychiatrie*, 1863).

Tüngel, *Chronische Hirnkrankheit mit Beziehung zur constitution. Syphilis in Klinische Mittheilungen*. Hamburg, 1863.

Ziemssen, *Ueber Lähmung von Gehirnnerven* (*Virchow's Archiv*, 1858).

Quaglino e Scarenzio, *Tributo alla storia delle malattie sifilitiche del sistema nervoso* (*Ann. univ.*, 1863-1864).

Dixon, *Med. Times and Gaz.*, 1858.

Comparez :

Galligo, *Trattato teoretico-prattico delle malattie veneree*. Firenze, 1864.

Leidesdorf, *Beitrag zur Gehirnsyphilis* (*Wiener med. Jahrb.*, 1864).

Zeissl, *Lehrbuch der constitutionellen Syphilis*. Erlangen, 1864.

Behrend, *Gehirnsyphilis* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1864).

G. Meyer, *Syphilis des Gehirns* (*Eodem loco*, 1864).

(2) E. Wagner, *Das Syphilom des Nervensystems* (*Archiv der Heilkunde*, 1863).

Gildemeester und Hoyack (*Nederland. Weekbl.*, 1854).

Griesinger, *Archiv der Heilkunde*, 1860.

Howitz, *Hospitals-Tidende* 1862, et *Behrend's Syphilidologie*, 1862.

JACCOURD. — Clin. Lariboisière. — 2^e édit.

ment par C. Meyer, par Esmarch et Jessen ; et ce dernier cas est d'autant plus important, que l'apoplexie a tué le malade, de sorte que la condition pathogénique de l'accident a pu être élucidée. Vous comprenez en effet, messieurs, que des exsudats de la base du crâne, encore bien qu'ils intéressent et les méninges et le tissu nerveux, ne peuvent par eux-mêmes, directement, provoquer cette suspension subite des opérations cérébrales, qui constitue l'apoplexie ; entre la cause et l'effet il faut nécessairement un intermédiaire, qui est la condition instrumentale du phénomène, et dans le fait d'Esmarch et Jessen cet intermédiaire était un épanchement séreux sous-arachnoïdien d'une remarquable abondance. Fort de cette notion je n'hésite pas à rapporter à la même cause l'apoplexie graduelle qui a frappé notre malade ; en raison de leur siège, les lésions ont pu agir par compression sur les sinus et les plexus veineux basilaires, peut-être même ont-elles déterminé la thrombose de quelques-uns des vaisseaux de la pie-mère, et à un moment donné l'augmentation de la pression intra-vasculaire, résultant de la gêne de la circulation en retour, a été assez forte pour provoquer une exsosse séreuse sous-arachnoïdienne, et vraisemblablement aussi de l'hydrocéphalie ventriculaire. La malade ayant heureusement guéri, cette interprétation, je le reconnais, conserve quelque chose d'hypothétique, mais c'est celle qui concorde le mieux et avec les cas déjà connus, et avec l'ensemble des phénomènes pathologiques que nous avons observés.

La femme dont je viens de retracer et de discuter l'histoire clinique est aujourd'hui dans un état voisin de la guérison, et, en raison des progrès rapides non inter-

rompus de l'amélioration, il est certain que d'ici à peu de jours elle aura recouvré une santé parfaite. Mais, messieurs, gardez-vous de croire que les choses prennent toujours cette tournure favorable, et que, par cela seul qu'une lésion des centres nerveux apparaît chez un sujet syphilitique, elle doit guérir si le traitement convenable est institué. Ce serait là une erreur qui pourrait vous induire en de regrettables fautes de pronostic.

Il y a ici deux sources de déception et d'insuccès, savoir l'âge de la lésion et la coïncidence.

Vainement l'altération est-elle bien et dûment syphilitique, si elle est ancienne elle peut n'être plus susceptible de réparation ; les éléments néoplasiques ont perdu l'instabilité et l'aptitude à la résorption qu'ils possèdent dans les premiers temps de leur existence, et le travail morbide, au lieu d'être borné à une genèse de cellules et de noyaux infiltrés et diffus dans le tissu nerveux, a déterminé une formation conjonctive, dont la persistance est d'autant plus certaine que la lésion est plus ancienne.

La structure du syphilome cérébral, bien connue depuis les travaux de Wagner, est la raison anatomique de ce fait, que nous avons empiriquement appris de trop nombreux insuccès thérapeutiques.

Vous vous rappelez peut-être l'un des aphasiques dont nous nous sommes précédemment entretenus, je veux parler de l'hémiplégique avec glossoataxie qui est au n° 14 de la salle Saint-Jérôme. Cet individu, à n'en pas douter, a été affecté de syphilis il y a une quinzaine d'années ; les renseignements précis et circonstanciés qu'il donne établissent le fait avec une complète certitude ; eh bien ! au début de sa maladie cérébrale, il a été sou-

mis par son médecin à un traitement antisyphilitique qui a été régulièrement suivi sans aucun résultat ; lorsque cet homme est arrivé dans mon service, j'ai, malgré cet insuccès, obéi à la même indication, et j'ai institué un traitement méthodique dont l'inefficacité est aujourd'hui trop bien démontrée ; voyez la faute de pronostic qu'eût commise le médecin qui, arguant de la syphilis antérieure, eût inconsidérément promis la guérison.

Ce n'est pas tout encore que cette question d'ancienneté, il faut toujours songer à la possibilité d'une coïncidence ; de ce qu'un individu est syphilitique, il ne s'ensuit pas que toutes ses maladies ultérieures auront la syphilis pour origine : raisonner ainsi serait s'exposer à de sérieux mécomptes ; dans l'espèce, cette influence pathogénique est probable, elle n'est point certaine, et en fait il n'y a pas de raison pour qu'un sujet en puissance de syphilis ne soit pas affecté d'une lésion commune, non diathésique, du système nerveux. Au mois de juin 1870, j'ai été consulté par un monsieur de Bordeaux que M. le docteur Azam m'avait fait l'honneur de m'adresser ; ce malade était atteint d'une paraplégie à peu près complète, survenue dans le cours d'une syphilis de date encore récente ; la conclusion s'imposait d'elle-même, la détermination spinale devait être tenue pour syphilitique et traitée en conséquence. C'est ce que fit très-sagement mon habile confrère de Bordeaux, mais en vain ; les accidents de paraplégie allèrent croissant, et quand je vis le malade, son état était voisin de l'infirmité. L'indication étiologique paraissait néanmoins si nette que je persistai dans la voie suivie, en ayant seulement la précaution de modifier les procédés de la médi-

cation. L'insuccès fut le même, et le malade rentra chez lui aussi paraplégique qu'auparavant. Dix mois plus tard, étant de passage à Bordeaux, j'appris de M. le docteur Azam que la situation du patient était devenue de plus en plus mauvaise, et qu'il était arrivé à cette phase stationnaire et torpide qui caractérise les dernières périodes des maladies chroniques de la moelle épinière.

Au reste, une semblable déception n'était pas absolument nouvelle pour moi ; deux ans auparavant j'avais eu dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine un paraplégique d'une trentaine d'années, dont la maladie spinale s'était développée deux ans après le début d'une syphilis non douteuse ; ici encore mes efforts furent stériles, et je dus conclure que le malade avait été atteint d'une lésion commune de la moelle, sans rapport avec son affection constitutionnelle.

Ainsi, messieurs, âge de la lésion, possibilité d'une simple coïncidence, voilà des éléments d'insuccès que je vous conseille de ne jamais perdre de vue, et qui doivent modifier le pronostic trop favorable ordinairement attribué aux lésions viscérales chez les syphilitiques. Lorsque par fortune vous échappez à ces deux écueils, et que la médication spécifique amende les accidents cérébro-spinaux, rappelez-vous bien que vous ne sauriez traiter trop longtemps vos malades ; après la guérison complète, insistez encore, continuez le traitement pendant six mois, un an, vous ne pouvez avoir trop de prudence ; les faits abondent pour démontrer que si la médication est interrompue dès que les phénomènes cérébraux ont disparu, le malade reste sous le coup de récidives imminentes, et que l'issue en a été souvent fatale. Je me rap-

pelle un monsieur de cinquante-deux ans que j'ai vu en 1868 ; il était sous le coup d'une syphilis cérébrale qui deux fois déjà s'était manifestée par une attaque apoplectique avec hémiplegie temporaire ; à chaque fois, le traitement spécifique avait été institué, mais abandonné par le malade dès la disparition des accidents paralytiques ; quand survint la troisième attaque, la famille fit transporter cet homme dans mon service à la Maison municipale de santé, mais le coma ne put être dissipé et le patient succomba ainsi deux ou trois jours après son arrivée, victime de sa négligence.

C'est en tout cas une chose grave, messieurs, qu'une syphilis cérébrale ou cérébro-spinale, et le traitement veut être énergiquement conduit. Je l'ai dit ailleurs : la lésion, pour être syphilitique, n'en agit pas moins comme corps étranger, comme épine irritative ; elle détermine des fluxions, des épanchements séreux, des inflammations de voisinage ni plus ni moins qu'une tumeur encéphalique quelconque, et ces accidents, qui sont au maximum dans les formes apoplectiques, doivent être combattus par les saignées générales ou locales, ou bien par les drastiques. Lorsque les phénomènes comateux ou congestifs sont dissipés, il faut instituer la médication constitutionnelle, et je vous conseille de recourir toujours, comme je le fais moi-même, au traitement mixte ; la date du début de la syphilis n'est pas toujours bien précise, la période de la maladie est mal déterminée, les traitements antérieurs sont souvent mal connus, et pour tous ces motifs je tiens pour dangereux de subordonner ma détermination thérapeutique aux renseignements fournis par le malade ; quelles que soient ses

assertions, je donne d'emblée et concurremment le mercure et l'iodure de potassium, savoir, le matin à jeun, une, puis deux pilules contenant chacune un centigramme de sublimé, et une demi-heure avant le repas du soir, le sel potassique à la dose initiale de 2 grammes, que j'élève graduellement jusqu'à 4 ou 6, selon les cas. Trois fois déjà il m'est arrivé d'obtenir de la sorte une guérison complète chez des malades infructueusement traités jusqu'alors par l'iodure de potassium seul : j'ai signalé deux de ces cas dans mes Leçons cliniques de la Charité, j'ai vu le troisième en 1869 ; un pharmacien de province entra dans mon service à la Maison de santé avec une hémiplegie droite et une aphasie d'origine syphilitique ; le malade, parfaitement éclairé sur la cause de ces accidents, s'était traité chez lui pendant plusieurs semaines par l'iodure à hautes doses sans voir survenir dans son état aucune amélioration, et c'est justement cet insuccès qui l'avait déterminé à se faire conduire à Paris. Je le soumis au traitement mixte, selon les règles que je viens de vous indiquer, et cinq ou six semaines plus tard j'eus la satisfaction de le renvoyer chez lui complètement guéri.