

ne traduisent cependant pas leur pensée; tantôt, manquant absolument de mémoire, ils ne peuvent ni lire ni écrire, ils parlent difficilement, sont obligés de chercher les mots qui leur échappent, se fatiguent bientôt et ne répondent que par des mots invariables, ou par des monosyllabes. Un cas rapporté par Bouchard et Lépine (1), un autre de Westphal rentrent dans ce groupe; ils présentent l'un et l'autre une altération des méninges et des circonvolutions frontales. Le cas de Westphal (2) est relatif à un homme âgé de trente-trois ans, qui avait depuis longtemps une céphalée persistante avec dilatation de la pupille droite, proéminence de l'œil, ptosis de la paupière droite, attaques convulsives avec perte de connaissance. Cet homme, dont la mémoire s'affaiblissait peu à peu, ne trouvait plus le mot convenable, il balbutiait, avait une marche vacillante, des évacuations involontaires; l'iode fut sans effet, le malade devint stupide et mourut à la suite d'eschares au sacrum. Le lobe frontal gauche présentait une cicatrice à fond grisâtre, à bords saillants; au même niveau la face interne de l'os était couverte d'ostéophytes. La dure-mère adhérait, vers la scissure de Sylvius, à des noyaux gommeux pénétrant jusque dans la substance cérébrale; le corps strié droit offrait à la coupe plusieurs foyers de ramollissement, le gauche était simplement injecté; le pont de Varole était peu consistant, la pie-mère était épaissie autour du chiasma, le nerf oculo-moteur droit se trouvait transformé en un corps compacte, et autour du trijumeau existait une masse gommeuse grisâtre. Les autres nerfs étaient exempts de toute altération.

Dans quelques cas, les troubles intellectuels s'accroissent peu à peu de façon à constituer un état de véritable démence.

*Névrologies anciennes. Céphalée, insomnie. Hémiplegie droite, et plus tard hémiplegie gauche; pleurs fréquents avec convulsions du visage; paralysie des sphincters. Iodure de potassium, amélioration; enfin démence, cachexie et mort. Hypertrophie des os du crâne, foyers jaunâtres constitués en grande partie d'éléments gras; lésions rénales.*

Obs. XLIX. — La femme G..., âgée de quarante-cinq ans, admise à la Pitié le 24 juillet 1860, fut atteinte, il y a dix ans, de douleurs violentes dans le côté droit du corps et particulièrement dans la jambe droite. Ces douleurs, qui semblaient suivre les trajets des nerfs sciatique et crural, se faisaient sentir quelquefois le jour, plus souvent la nuit; en même temps, douleur violente à la base du crâne et insomnie. Cet état dura environ cinq ans. Pendant ce temps la malade fut traitée par plusieurs médecins qui épuisèrent les moyens généralement employés contre les névralgies. Valleix, qui lui fit sur les cuisses des cautérisations profondes dont on peut encore voir les traces, la montra comme un curieux exemple de névralgie rebelle. Marotte, dans le service duquel elle se trouva placée plus tard, fut conduit à recourir à l'emploi de l'iodure de potassium. La malade n'en avait pas pris depuis plus de huit jours que les douleurs avaient disparu, que le sommeil était revenu, au point qu'elle dormait presque constamment, même durant les visites des médecins et des étrangers. Le traitement ne put être continué, la malade voulut quitter l'hôpital; mais depuis lors de nouvelles douleurs reparurent

(1) Bouchard et Lépine, *Gaz. méd.*, p. 726, 1866.

(2) Westphal, *Ueber Syphilis des Gehirns*, *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, XX, 5 et 6, p. 481, 1863.

presque chaque mois, et cédèrent toujours rapidement à l'usage de l'iodure de potassium: au dire de la malade, ces douleurs disparaissaient quelquefois dès le lendemain de l'emploi du médicament.

Le 31 juillet, quelques jours après l'admission de cette malade, je constate: maigreur, peau sèche, écaillée; embarras de la parole; stupidité du visage, pleurs faciles, mémoire faible, intelligence encore nette; faiblesse musculaire dans le côté droit, difficulté des mouvements des membres; sensibilité conservée; céphalalgie, insomnie, étourdissements, vertiges; intégrité de chacun des sens. Iodure de potassium, 1 gramme 50 centigrammes.

Ce médicament est continué pendant huit jours, et les accidents disparaissent en grande partie; une diarrhée abondante obligea de le cesser. Trois semaines plus tard survint en quelques jours une hémiplegie complète du côté gauche. Les sphincters se paralysent, les pleurs deviennent presque continus. La malade répond à peine aux questions; à chaque parole qu'on lui adresse, elle se met à pleurer en jetant des cris et en faisant des contorsions caractéristiques bien propres à faire supposer un ramollissement cérébral. Elle accuse une douleur intense avec exacerbation nocturne, localisée à la partie postérieure droite de la tête, de l'insomnie, des vertiges, de la faiblesse; elle reste étendue sur le dos, sans force et sans volonté. Le 8 septembre, on essaye de donner 30 grammes de sirop d'iodure de fer, et sous l'influence de ce médicament, continué pendant cinq jours, la malade se trouve mieux, la diarrhée disparaît. Le 15, l'iodure de potassium est repris à la dose de 1 gramme; quelques jours plus tard, on porte la dose à 1,50, puis à 2, à 3 grammes, avec 15 grammes de sirop de morphine. La malade peut le supporter, l'appétit revient, et bientôt les accidents de paralysie diminuent. Le 25, le bras est soulevé au niveau de la tête, la jambe se meut avec plus de facilité; la tendance à pleurer n'existe plus; la douleur de tête, l'insomnie, les vertiges ont presque entièrement disparu; l'amélioration continue les jours suivants. Le 1<sup>er</sup> octobre, le médicament est supprimé. A cette époque la malade conserve une faiblesse générale, un peu plus prononcée du côté gauche; néanmoins elle peut se lever et marcher dans la salle. Vers le 8 octobre la malade accuse de nouveau une céphalée occipitale, des étourdissements, des vertiges, de l'insomnie; la tendance aux pleurs reparait. Le 20, on reprend l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme. Le 30, il y a un mieux déjà appréciable. Le médicament n'est plus continué à partir du mois de janvier; bientôt reparait la faiblesse des membres et la céphalée, et la malade passe à la Salpêtrière. Durant son séjour dans cet hospice, elle est placée parmi les incurables et ne reçoit plus aucun soin médical. Les membres inférieurs se paralysent presque entièrement; les matières fécales et les urines ne sont plus retenues; la sensibilité devient obtuse, la moindre émotion provoque le rire ou les pleurs; perte de la mémoire et embarras de la parole, cachexie progressive, diarrhée, œdème et mort le 18 septembre 1864.

*Autopsie.* — Les os du crâne sont hypertrophiés, leur épaisseur est plus que doublée; ils éclatent sous le marteau, mais il faut que la force qui tend à les briser soit considérable. Une sérosité limpide et abondante s'écoule du cerveau; les vaisseaux veineux des méninges sont dilatés et gorgés de sang noir. Plaques laiteuses peu étendues à la surface de l'arachnoïde du côté gauche; la dure-mère du côté droit est piquetée de sang et tapissée dans une petite étendue d'une néo-membrane très-mince et transparente. La substance cérébrale est partout molle; la substance corticale est jaunâtre. Les ventricules cérébraux, dilatés, renferment un liquide trouble. Dépôt plasmatique jaunâtre au niveau de la fente cérébrale de Bichat, derrière la glande pinéale; adhérence de la lyre à l'isthme de l'encéphale. Le cerveau est coupé par tranches minces à l'aide de sections horizontales, et l'on remarque plus particulièrement dans la substance blanche, à une faible distance de la substance grise, des taches, ou mieux des foyers jaunâtres ayant environ 0<sup>m</sup>,01 d'étendue, constitués par d'abondantes granulations grasses, des noyaux et des cellules granuleuses, une matière amorphe et grenue; ces foyers sont distribués également dans les deux hémisphères cérébraux. A la



surface du corps strié doit exister une plaque jaune ayant 0<sup>m</sup>,02 environ de diamètre, légèrement saillante; ramollie à ce niveau, la substance cérébrale forme une sorte de magma blanc jaunâtre. A la section du corps strié et de la couche optique du même côté, on aperçoit par places une coloration d'un jaune verdâtre. Le corps strié du côté opposé est le siège d'un foyer d'une étendue moindre que celle des foyers jaunes, mais, comme ces derniers, à peu près uniquement constitué par des granulations moléculaires et graisseuses abondantes, et aussi par des globules granuleux; nulle part il n'existe de traces d'hématine. En plusieurs endroits de la substance grise et de la substance blanche, on rencontre des amas de granules graisseux. C'est principalement sur le trajet des vaisseaux que ces granulations sont nombreuses. Coloration jaune et diminution de consistance de quelques circonvolutions cérébelleuses. Corps pituitaire volumineux, ferme, jaunâtre; absence d'altération à l'origine des nerfs crâniens. Sérosité abondante dans le rachis; la moelle n'est pas examinée; quelques vertèbres lombaires sont le siège d'hyperostoses.

Adhérences membraneuses des poumons à la paroi thoracique; induration de quelques lobules à la base du poumon droit (partie antérieure), et dilatation des bronches correspondantes. On trouve à ce niveau du tissu fibreux et des éléments plasmiques. Cœur mou et graisseux.

L'aorte est le siège de quelques plaques jaunes au niveau de sa courbure supérieure; l'artère carotide interne gauche est en partie oblitérée, au niveau du sinus caverneux, par une membrane qui se termine en pointe et adhère intimement à la paroi de ce vaisseau. Cette membrane, constituée par des noyaux et des cellules de tissu conjonctif plus ou moins altérées, offre sur quelques points une coloration rouillée qui tient à la présence de nombreux grains d'hématine et de cristaux d'hématoidine. La paroi de l'artère n'est pas athéromateuse en ce point. Dans la carotide droite existe un coagulum qui, adhérent à ses deux extrémités, n'obstrue qu'une faible portion de la lumière du vaisseau; il est composé de fibrine, de noyaux et de cellules de tissu conjonctif.

Foie de petit volume, légèrement granuleux, taches laiteuses au niveau de la capsule de Glisson, sillons cicatriciels multiples à la surface de l'organe. Peu nombreuses sur le lobe droit, si ce n'est vers son bord inférieur, les cicatrices sont beaucoup plus abondantes sur le petit lobe et surtout au voisinage du ligament suspenseur; elles ont une direction horizontale ou verticale; elles forment des sillons plus ou moins profonds, dont les lèvres sont ordinairement réunies à l'aide de tractus cellulux. Le parenchyme hépatique résiste à la coupe, il crie sous le scalpel; le tissu fibreux y paraît plus abondant qu'à l'état normal; la plupart des cellules hépatiques sont infiltrées de granulations graisseuses. La rate crie sous le scalpel; elle est volumineuse, ferme, résistante. Les ganglions prévertébraux sont pour la plupart augmentés de volume; à la coupe, ils offrent une coloration blanchâtre, une consistance médullaire. Le corps thyroïde est hypertrophié. Les reins sont volumineux; la tunique fibreuse est opaque et difficile à détacher. La surface extérieure de ces organes est granuleuse, ou plutôt parsemée d'un grand nombre de petites dépressions qui la rendent fort irrégulière. A la coupe, la substance corticale offre une coloration jaunâtre prononcée; la substance tubuleuse est brunâtre. Les corpuscules de Malpighi sont les uns volumineux, les autres plus petits et circonscrits par la trame conjonctive épaissie; à l'intérieur des canalicules il existe de nombreuses granulations et des cellules épithéliales détruites. La muqueuse vésicale est brunâtre, épaissie; les trompes adhérent à l'utérus. Les ovaires sont atrophiés, fibreux; leur tunique est blanchâtre, épaisse et résistante. Estomac et intestins sains.

Les faits où la démence est le désordre prédominant constituent un second type clinique. Dans l'observation qui précède, ce désordre a été tardif; mais il est des cas où il survient beaucoup plus tôt. Un malade observé par Rauch de

Gratz (1) se plaignit d'abord d'une céphalalgie continue; il devint oublieux, paresseux, inattentif à son commerce, niais, puis il tomba en enfance et dans l'idiotie la plus complète; l'ouïe et la vue, d'abord troubles, finirent par être abolies. Les extrémités inférieures, la vessie, le rectum se paralysèrent, et il survint du coma. Cet état, qui avait commencé depuis plus de six mois, céda complètement à l'emploi des onctions mercurielles et de l'iodure de potassium pris à l'intérieur. Un malade traité par Read de Dublin (2) ne pouvait se soutenir sur les pieds; l'articulation des mots était très-imparfaite, l'arrangement des idées très-défectueux ainsi que la mémoire, la vision des deux côtés considérablement altérée, et tout ce cortège symptomatique céda après trois semaines de l'usage des frictions mercurielles sur le cuir chevelu rasé. Des faits analogues ont été cités par Cirillo, Delpech, Sandras, etc. (3). L'observation première du mémoire de Goodwin (4) mérite d'être rapprochée de celles qui précèdent, comme aussi un fait du livre de Zambaco (5), dans lequel l'autopsie révéla l'existence d'un ramollissement périphérique et d'une tumeur qui n'était vraisemblablement qu'une gomme.

Un cas rapporté par Gailleton (6) trouve encore place ici. Un homme contracte la syphilis; à deux reprises différentes il est atteint d'accidents constitutionnels; deux ans plus tard, il présente une paralysie double de l'élevateur des paupières, de la diplopie, de l'amblyopie, et cet homme autrefois intelligent devient à peu près idiot, il répond à peine, sa parole est embarrassée, sa marche est vacillante; il guérit par l'iodure de potassium. Leidesdorf (7) a rencontré également, chez des sujets syphilitiques, deux cas de démence qui ont été, l'un très-notablement amélioré, l'autre rapidement guéri par l'iodure de potassium. Les faits de ce genre sont souvent difficiles à différencier de la paralysie générale des aliénés.

Il serait facile de rappeler ici d'autres cas de démence ou même de manie également rattachés à la syphilis. Mais ces cas n'offrent pas un cachet de certitude suffisant. Griesinger (8) pourtant accorde que les désordres intellectuels liés à la syphilis se présentent sous des formes variables depuis la manie la plus violente jusqu'à l'idiotisme le plus profond. Tout récemment, Berthier (9)

(1) Cité par Lagneau fils, *loc. cit.*, et Ladreit de Lacharrière, Thèse de Paris, 1861, p. 56.

(2) *The Dublin quarterly Journ. of medicine*, février 1852.

(3) Voy. ces observations dans les divers ouvrages de Lagneau fils, de Ladreit de Lacharrière, de Gros et Lancereaux. — Comparez: W. Smith, dans *British med. Journal*, July 11, 1868. — Kjellberg, *La paralysie progressive des aliénés et de la syphilis*, Vierteljahrsschr. für Psychiatrie, II, p. 122, 1868. — Williams, *Cas de folie syphilitique*, Journ. of mental sc. N. S. XV, p. 119, avril 1869. — H. Grainger Stewart, *ibid.*, oct. 15, p. 409, 1870. — Sandberg, *Norsk Magazine*, 3 R., p. 465, 1871. — O. Heubner, *Ueber die Hirnerkrank. der Syphilitischen*, Archiv der Heilkunde, 1870, p. 272. — Wille, *Die syphilitische Psychosen*, Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, XXVIII, p. 503, 1872. — Sylver, *Symptoms resembling general paralysis of the insane*, Med. Times and Gaz., 26 oct., 1872.

(4) Voici le titre de cette observation: *Syphilitic affection of brain; impairment of memory and mental power; attacks of great exhaustion, slight paralysis*, The Lancet, 19 July 1862.

(5) *Loc. cit.*, obs. LV, p. 331. — Comparez Arthaud, *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 347.

(6) Gailleton, *Sur trois cas de syphilis constitutionnelle compliqués de symptômes nerveux* (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1864).

(7) *Contribution à la syphilis cérébrale dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Medizinische Jahrbücher*, 1864, 4<sup>e</sup> livr.).

(8) *Archiv der Heilkunde*, 1863, p. 471.

(9) *Du délire lié à la goutte, au rhumatisme, à la syphilis et aux dartres*, dans *Union médicale de la Gironde*, p. 211.



a cherché à rapporter à la syphilis plusieurs formes de folie, notamment quelques variétés de délire, de manie, etc.; mais les faits très-incomplets sur lesquels il s'appuie sont loin de paraître concluants. Au résumé, certaines lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent produire un ensemble symptomatique ayant de grandes ressemblances avec les états morbides connus sous le nom de paralysie générale et de démence paralytique; peut-être aussi faut-il admettre une manie syphilitique. En tout cas, il importe de ne pas oublier que la marche et l'évolution de ces manifestations sont tout à fait particulières et différentes de ce que l'on observe lorsque la syphilis n'est pas en cause (1).

Dans un troisième cadre rentrerait enfin une série de symptômes se rattachant plus particulièrement à la présence des produits gommeux de l'encéphale. Une céphalée plus ou moins violente et persistante, des étourdissements, des vertiges, des pertes subites de connaissance ou des attaques analogues aux attaques apoplectiques, quelquefois de la somnolence ou un simple assoupissement, du délire ou du coma, tels sont ces symptômes, qui ont pour caractère une mobilité et une fugacité peu communes. Les convulsions cloniques ou accès épileptiformes s'observent principalement quand les gommages occupent la périphérie de l'encéphale; la paralysie et la contracture se rencontrent dans l'un de nos cas où la protubérance est spécialement affectée. Notons l'existence de mouvements choréiformes d'une moitié du corps dans un fait de Costhiles et dans un autre qui m'est personnel (2). Dans ce dernier, l'hémichorée succéda à une hémiplégie traitée depuis quelques jours par le calomel. D'autres fois on n'observe qu'un simple tremblement, comme cela a été noté une fois par Westphal et deux fois par Schutzenberger. Il y a lieu de remarquer que la couche optique était le siège de l'altération dans ceux de ces cas où l'examen nécroscopique a été fait, et qu'ainsi le désordre anatomique de ce centre ganglionnaire doit jouer un rôle dans la production du tremblement. Enfin, chez quelques malades, le seul symptôme

(1) A côté des désordres toujours liés à une lésion matérielle, signalons un trouble moral qui paraît se rattacher de préférence à la modification générale de l'organisme. Quelquefois, chez les syphilitiques, le moral subit un changement très-notable, comparable, jusqu'à un certain point, à un dérangement analogue que l'on rencontre dans d'autres conditions morbides, chez les gouteux par exemple. La tristesse et la frayeur constituent le fond du caractère des individus ainsi affectés; ce qu'ils craignent et redoutent surtout, ce sont les manifestations de la maladie dont ils sont atteints; aussi a-t-on pu dire qu'ils étaient frappés de syphilophobie.

Cet état a été remarqué et étudié par plusieurs observateurs; mais Bru en a tracé le tableau le plus exact bien qu'un peu exagéré. « Il se présente dans les hôpitaux, dit ce médecin, beaucoup de malades affectés de la manie vérolique. Il faut les satisfaire en leur faisant éprouver un léger traitement, mais avec un grand appareil de formes, afin de tranquilliser leur esprit... La manie vérolique a plusieurs degrés; quelques maniaques le sont avec fureur; ils sont en général très-alarmés sur leur état; quelques-uns sont moins effrayés; d'autres enfin, avec la certitude d'avoir le mal, ne s'inquiètent point des suites, parce qu'ils pensent qu'une fois l'acquisition faite on ne s'en délivre jamais, quelque traitement qu'on lui oppose.... J'ai connu plusieurs hommes affectés de cette maladie morale, qui croyaient avoir toutes les maladies qu'ils trouvaient dans les livres, et que rien n'en pouvait désabuser: un éblouissement, un tintement d'oreilles, la plus petite douleur, le plus léger mal de tête étaient des signes non suspects de vérole. » *Méthode nouvelle de traiter les maladies vénériennes*, t. II. Paris, 1789.

(2) Voy. Gros et Lancereaux, obs. LIX et CLIX.

appréciable était une tendance à exécuter des mouvements giratoires ou de manège, comme l'a vu Neumann dans un cas (1), ou encore l'impossibilité de marcher en ligne droite, ainsi qu'il en existe des exemples dans l'ouvrage de Lagneau, et que semble l'indiquer le fait suivant :

*Syphilide tuberculeuse et gommeuse. Désordres cérébraux multiples.*

Obs. L. — Le nommé B..., âgé de trente-neuf ans, n'a jamais fait de maladie sérieuse, et il prétend n'avoir jamais eu aucune lésion aux parties génitales. C'est à l'usage de la pipe qu'il attribue les accidents qui l'amènent à l'hôpital. Il y a deux ans, il eut un mal de gorge sur la nature duquel il lui est difficile de se prononcer. Depuis trois mois, il est atteint d'une éruption qui existe encore et qui se présente sous forme de boutons ou de tubercules groupés en cercle, d'une coloration cuivrée et occupant d'une façon assez symétrique les parties postérieures des cuisses, les parties antérieures des aines, et la région des reins. Cette éruption se retrouve sur les bras, dans le creux poplité et sur le gland. A la face postérieure des deux avant-bras, à 0<sup>m</sup>,02 environ de l'olécrâne, on constate la présence de deux tumeurs arrondies, assez fermes et mobiles, du volume d'une petite noisette; il existe une exostose sur la clavicule gauche. Depuis environ six semaines, vertiges, étourdissements, céphalée intense, insomnie opiniâtre; puis, tout à coup, accès vertigineux plus violents, suivis de perte de connaissance. Ces accidents se reproduisent, une saignée est pratiquée. Plus tard survient une hémiplégie du côté gauche, et le malade est admis à l'Hôtel-Dieu, le 21 juillet 1862. La paralysie, fort incomplète, n'empêche pas la marche; mais le malade fait remarquer qu'en marchant il se dirige toujours malgré lui vers la gauche. Il a pu se rendre à pied à l'hôpital, obligé, dit-il, de prendre le trottoir de gauche, le seul sur lequel il puisse rester. Bien que la bouche paraisse légèrement déviée, l'hémiplégie de la face est cependant fort douteuse. La parole, depuis la dernière attaque, est embarrassée, la mémoire peu fidèle, l'intelligence obtuse, la physionomie hébétée. Les battements du cœur sont sourds et irréguliers; matité précordiale étendue; le foie paraît sain. Absence de fièvre, mais teinte jaunâtre de la peau. Le diagnostic de l'affection cutanée ne pouvant être mis en doute, malgré les dénégations du malade, il y avait lieu de croire que les troubles cérébraux dépendaient d'une lésion ayant même origine; un traitement spécifique fut en conséquence institué (iodure de potassium, pilules de Dupuytren).

Au bout de quelques jours, l'embarras de la parole diminua avec la céphalée, les vertiges et la paralysie gauche; mais en même temps le bras droit se paralysa. Le traitement fut continué. Le 27, le malade se soutient mieux du côté gauche; mais il marche en fauchant de la jambe droite, qui est plus faible. La dose de l'iodure de potassium est portée à 3 grammes. Le 28, les tumeurs gommeuses des avant-bras sont en voie de résorption, l'éruption pâlit et s'affaïsse; le même traitement est continué. La syphilide disparaît peu à peu sans laisser la moindre trace, les tumeurs des avant-bras cèdent également, l'exostose décroît. Plus tard on voit diminuer les accidents cérébraux, et ils avaient presque totalement disparu, quand le malade demanda sa sortie le 11 juillet suivant.

Ce serait une erreur que de croire trouver, dans tous les cas, l'un ou l'autre des groupes symptomatiques en question. De même que l'on observe fréquemment la coexistence des différentes lésions dont il a été parlé, de même il n'est pas rare de rencontrer simultanément les divers désordres ci-dessus énu-

(1) Neumann, dans *Wien. med., Halle*, IV, 2, 3, 1863, et *Schmidt's Jahresh.*, t. CXIX, p. 166.



mérés : l'observation qui suit en est un exemple trop important pour être passé sous silence.

*Infection syphilitique. Exostose olécrânienne, céphalée, insomnie, hémiplegie gauche, accès d'épilepsie, délire et coma. — Adhérence de la dure-mère au cerveau. Induration diffuse et ramollissement de la substance cérébrale.*

Un négociant âgé de quarante-six ans, de vie sobre, eut une fièvre gastrique dans le courant du mois de mars de l'année 1859, et, pendant sa convalescence, il fut pris d'une attaque de convulsions cloniques, tout en conservant l'intégrité de sa connaissance. Ces convulsions, qui commencèrent par les muscles de la langue, passèrent ensuite aux muscles de la mâchoire inférieure et de l'œil gauche. Du 13 mars au 10 juin, ce malade compta onze attaques un peu plus faibles que la première et qui se distinguèrent par une rotation de la tête à gauche. Le 10 juin, mouvements convulsifs dans la jambe gauche; le malade tombe, mais sans perdre connaissance. Dans l'intervalle de ses attaques, il existait un léger tremblement de la plupart des muscles de la face, et en même temps des douleurs térébrantes presque continues de la tête, surtout au niveau de l'os pariétal droit. Le sommeil était mauvais, le caractère exalté ou déprimé. C'est dans ces conditions que ce malade entra à l'hôpital, présentant l'ensemble symptomatique propre à la pachyméningite chronique. On apprit que deux ans auparavant il avait eu une tuméfaction douloureuse de l'olécrâne droit, dont il restait encore une tumeur osseuse assez considérable. Il avoua avoir contracté la maladie syphilitique depuis plusieurs années. Les organes digestifs en mauvais état obligent de recourir aux onctions avec la pommade mercurielle. Quelques jours plus tard, exacerbation des douleurs de tête, pour lesquelles on prescrit une émission sanguine locale. Chaque jour on fait usage de 1<sup>er</sup>, 10 d'onguent napolitain sans provoquer de salivation; mais au bout de trois semaines, il survient de l'anorexie et des nausées. La médication est momentanément interrompue et reprise quelques semaines plus tard; mais les troubles gastriques ayant reparu, on la cessa définitivement. La céphalée, le tremblement et les convulsions avaient alors disparu. Le malade, toujours pusillanime, craintif, n'avait que peu de sommeil. Les maux de tête et les convulsions faisaient toujours défaut; mais de temps à autre les muscles de la face étaient pris de tremblement, il y avait parfois de l'anxiété précordiale.

Vers la fin du mois de novembre, grande faiblesse et insomnie. Le 6 décembre, réapparition des douleurs de tête, perte de connaissance suivie d'une paralysie de tout le côté gauche. Cette paralysie s'améliore bientôt, mais ne disparaît pas entièrement; le malade devient pleurnicheur, il a de la céphalalgie, un tremblement plus prononcé des muscles de la face; on lui administre l'iodure de potassium et on applique un cautère à la nuque, mais sans succès. En 1860, attaques épileptiques avec perte complète de connaissance, l'hémiplegie persiste, et parfois il s'y ajoute des convulsions; l'intelligence se fatigue vite. Le calcul est devenu presque impossible depuis la première attaque. Tel est l'état pendant l'hiver et l'été de 1860. En janvier 1861, se développe un érysipèle qui a pour point de départ le cautère, et qui, après avoir envahi toute la tête, finit par gagner le tronc. En février, l'érysipèle cesse, eschare de la peau qui recouvre le sacrum et l'olécrâne gauche. Le 2 mars, coma subit et mort dans l'après-midi.

*Autopsie.* — L'os pariétal droit est, à sa surface interne, dans une étendue d'une pièce de deux francs, spongieux, vasculaire, et en ce même point la surface externe de la dure-mère est couverte d'une fausse membrane villeuse. Par sa face interne cette membrane adhère, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, avec la pie-mère et la couche corticale du cerveau. La masse qui produit cette union est, vers sa partie moyenne, solide, consistante, sèche et élastique; elle s'enfonce entre les circonvolutions, où elle forme trois excroissances conoïdes. Ces excroissances sont en partie indurées et jaunâtres, en partie transformées en une bouillie granuleuse. La substance cérébrale du voisinage, qui est très-dure, envoie des

prolongements calleux jusqu'au centre ovale; elle contient une petite tumeur ferme du volume d'un noyau de prune, grisâtre à la périphérie, sèche et jaune au centre. La substance médullaire de l'hémisphère droit est traversée par un tissu calleux; on trouve quelques points plus mous au niveau de cette altération, qui occupe surtout les deux côtés de la fosse de Sylvius. Il existe une petite quantité de liquide dans les ventricules latéraux, dont l'épendyme est épaissi. Le foie est de petit volume, atrophié principalement au niveau du lobe gauche. Dans le voisinage du ligament rond existe un tissu cellulaire calleux sans noyaux jaunes. La rate est molle. Les autres organes n'offrent pas de changement appréciable. Ulcération de la peau qui recouvre l'olécrâne. (Tüngel.)

Dans cette observation se rencontrent les principaux désordres signalés plus haut. La coexistence de ces désordres, l'alliance de la paralysie avec les convulsions ou la contracture, une céphalée plus ou moins vive, sont des circonstances qui, même en dehors de toute espèce de symptômes concomitants, pouvaient mettre sur la voie de la syphilis, car elles ne s'observent pas habituellement dans d'autres maladies. La céphalée, l'insomnie, la faiblesse de la mémoire, la paralysie de quelques-uns des nerfs moteurs de l'œil, le strabisme avec troubles de la vue sont des symptômes qui, joints à un certain degré de cachexie, doivent faire songer à la syphilis. Notons que cet ensemble symptomatique n'est nullement rare, ce qui tient à ce que, le plus souvent, les méninges et le cerveau sont simultanément affectés.

Une céphalée généralement vive et persistante, avec ou sans paroxysmes nocturnes, est un phénomène, sinon constant, du moins fréquent dans les affections qui nous occupent; elle est le plus souvent associée à un certain degré d'hyperesthésie du cuir chevelu, à des vertiges et à des étourdissements. Dans le cours de ces affections, la sensibilité cutanée peut être troublée de diverses façons, ou bien primitivement, par suite de la localisation de la lésion encéphalique, ou bien secondairement, à cause de la dégénération consécutive de la moelle épinière. Dans ce dernier cas, le trouble se manifeste surtout sous forme hyperesthésique; dans le premier, c'est plutôt de l'anesthésie. Ce phénomène plus ou moins étendu, en général circonscrit à un membre ou à une moitié du corps, ne concorde pas ordinairement avec la paralysie, en ce sens qu'il s'observe souvent à gauche quand la paralysie est à droite, et inversement.

Lorsque le cervelet est le siège plus spécial de la localisation anatomique, les manifestations symptomatiques les plus communes sont des nausées, des vomissements, l'ivresse des mouvements, la titubation dans la marche (1), des spasmes dans les muscles de la face ou de l'œil (2), et parfois des troubles de la vision. Quand le bulbe rachidien est particulièrement lésé, surtout au niveau de son plancher, il se produit un symptôme des plus curieux et des plus importants, c'est la polyurie. Celle-ci est tantôt simple (diabète insipide), comme dans un cas observé par Perroud (3), et dans le fait qui suit, tantôt accompagnée

(1) Voy. les observ. de Hillairet et Greppo, dans Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 272 et 273. — Comparez Gailleton, *Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1864, obs. II.

(2) Ward, *Nouvelle bibliothèque méd.*, t. IV, p. 368, et Gros et Lancereaux, p. 272. — Leven, *Bulletin de la Soc. de biologie*, année 1863, p. 150.

(3) Perroud, *Tumeur du 4<sup>e</sup> ventricule avec polyurie et syphilis*, *Lyon méd.* 23 mai 1869, p. 81, et *Ann. de dermat. et de syphilig.*, t. I, p. 519. — Lancereaux, *De la polyurie*, Thèse d'agrégation, Paris, 1869.



de la présence de sucre dans l'urine (diabète sucré) ainsi que l'ont noté Leudet, Jaksch et Düb (1); d'autres fois enfin, elle coexiste avec le passage de l'albumine dans les urines (diabète albumineux) (2).

*Syphilis en 1834, accidents secondaires nuls, hémiplegie guérie par l'iodure de potassium, polyurie et polydipsie. Tumeurs gommeuses multiples et lésions des os du crâne.*

OBS. LI. — Le nommé D..., âgé de cinquante-quatre ans, raconte qu'il a eu sur le gland, en 1834, des chancres accompagnés d'un bubon dans l'aîne droite, lequel s'est terminé par suppuration. A la suite de ces chancres, il n'y eut point d'accidents secondaires, du moins après un séjour de deux mois à l'hôpital du Midi. En 1837, D... fit une chute du sixième étage dans la rue et tomba sur une voiture de foin. Transporté chez lui sans connaissance, il reprit bientôt sens et guérit rapidement d'une luxation de l'épaule droite et d'une fracture de la clavicule. Il reprend son travail, mais quelque temps après survient une hémiplegie droite lente et progressive, sans troubles cérébraux. Il existe en même temps des douleurs très-vives dans la partie droite de la tête, et du même côté que la paralysie des membres. Pendant plus d'un an, ce malade est inutilement traité; soigné enfin par H. Boyer, il guérit rapidement sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium. Il retourne à ses travaux, mais il est arrêté au bout de quelque temps par une nouvelle paralysie, qui occupe cette fois le côté gauche du corps. Cette paralysie suit la même marche et s'accompagne des mêmes accidents que la première, mais elle ne disparaît pas, et D... est placé à l'hospice de Bicêtre pour cette infirmité. Depuis lors, l'hémiplegie a presque entièrement disparu par l'emploi de l'iodure de potassium.

(1) Leudet, *Mémoire cité*, *Moniteur des sciences méd.*, 1860, p. 4189. — Jaksch, *Ueber die durch Syphilis bedingten Lahmungen*, *Allgemeinen Prager med. Wochenschrift*, 44-52, 1865. — Düb, dans *Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*, t. LXXVII; deux cas de diabète sucré avec manifestations syphilitiques, et guérison par un traitement spécifique.

(2) G..., trente ans, fumiste, s'aperçoit, le 15 août 1865, qu'il est porteur d'un chancre du prépuce; pitules de proto-iodure de mercure et liqueur de Van Swieten pendant trois semaines. Fin d'octobre, il entre à l'hôpital du Midi; excision du chancre, cicatrisation difficile, adénopathies cervicales, angine, iritis; il sort en décembre, après avoir été soumis pendant vingt-cinq jours à l'emploi de l'iodure de potassium. Santé générale assez bonne jusqu'en juin; survient un rupia qui envahit les membres et le tronc, et pour lequel sont administrés, à l'hôpital Saint-Louis, des bains de vapeur et des bains sulfureux. Cicatrisation de l'éruption sur la fin d'août, mais diminution des forces, œdème des jambes. Le 7 septembre, ce malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Lorain, qui voulut bien m'en prévenir. De larges cicatrices violacées sont répandues sur son corps; ses jambes sont œdématisées; ses urines, très-abondantes (plusieurs litres dans les 24 heures) et fréquemment rendues, contiennent de l'albumine. Céphalée persistante avec paroxysmes nocturnes, insomnie et étonnements. Le foie, les poumons, le cœur n'accusent aucun trouble; léger degré d'anémie. Iodure de potassium et mercure, vin de quinquina. Le 17 septembre, attaque épileptiforme, six accès dans l'espace d'une demi-heure, nouveaux accès dans la nuit, délire, la connaissance revient seulement le lendemain. La mémoire reste affaiblie, la vue est troublée; il existe une légère hémiplegie à droite, de l'oppression et quelques râles dans la poitrine. Pendant plusieurs jours, le pouls est à 108; l'état est des plus graves. Le traitement est continué sans interruption, et à la fin d'octobre, ce malade quitte l'hôpital, n'ayant plus ni œdème, ni albuminurie; son intelligence est nette, ses forces sont bonnes, et il se propose de reprendre bientôt ses occupations habituelles. — Comp. Hill, dans *British med. Journ.*, 24 mars 1868.

Que la syphilis ait été la cause des accidents éprouvés par ce malade, c'est là un point qu'il n'est pas possible de mettre en doute. Ce qui est plus discutable, c'est la corrélation de ces accidents, et surtout la liaison qui existe entre l'albuminurie et les troubles nerveux. Je pense, pour mon compte, que l'albuminurie était subordonnée aux accidents nerveux, à cause de l'ancienneté de la céphalée, de la disparition totale de l'albumine et de la guérison par les spécifiques.

Plus tard ce malade a eu des gommeuses, au nombre de trois, au niveau du lobule de l'oreille droite, qui est aujourd'hui détruit, et plusieurs autres dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et du genou droits, pour lesquelles Després lui administra l'iodure de potassium. Ces dernières ont laissé de petites fistules qu'on peut voir encore sur la face interne du tibia.

En avril 1861, le malade, faible, amaigri, décoloré et cachectique, est presque toujours au lit. Il y a huit mois, il commença à éprouver une soif plus grande que d'habitude. Il buvait trois litres de tisane par jour; ce besoin a toujours été en augmentant, aujourd'hui il boit quatre litres de tisane et urine dans les mêmes proportions. Les gencives sont molles, sanglantes, les dents gâtées et déchaussées. Au début de la maladie, les fonctions digestives étaient très-régulières, mais elles ne tardèrent pas à s'altérer. L'appétit alla graduellement en diminuant, les digestions devinrent pénibles et même impossibles. Sitôt qu'il prend un peu d'aliments, le malade éprouve des douleurs au niveau de l'estomac et derrière le sternum, des étouffements, des sensations étranges qu'il compare à une barre comprimant l'estomac, des envies de vomir presque toujours suivies de vomissements; les douleurs ne disparaissent qu'après que l'estomac a rendu les matières contenues dans sa cavité.

Le ventre est volumineux, les selles sont rares, il y a une constipation habituelle, quelquefois des coliques et de la diarrhée. L'abdomen est douloureux dans toute son étendue, mais principalement au milieu de l'hypochondre droit. Sonorité gazeuse dans l'hypochondre gauche, au niveau de l'estomac; à l'épigastre, matité très-prononcée qui s'étend en bas jusqu'au niveau d'une ligne horizontale qui passerait à 2 centim. au-dessous de l'ombilic, et qui se prolongerait à gauche jusqu'à 4 centim. de la ligne médiane. Tout à fait à l'extrême gauche de l'hypochondre droit, le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes; mais la matité qui indique sa présence remonte très-haut dans la poitrine. La palpation fait découvrir au niveau de l'épigastre une tumeur à bords tranchants, déjà indiquée par la percussion. Depuis six mois, toux accompagnée d'une expectoration de crachats mousseux blanchâtres. Le malade accuse dans la poitrine des douleurs assez semblables, par leurs caractères et par leur siège, à des névralgies intercostales. La sonorité est anormale des deux côtés. En avant, la respiration est forte et rude; en arrière, il existe quelques râles bronchiques dans les deux côtés de la poitrine. La circulation est normale; on constate une augmentation dans la quantité d'urines rendues, quatre litres par jour. Cette urine, examinée à plusieurs reprises, n'a jamais présenté trace de sucre ni d'albumine. Le malade se plaint d'une céphalalgie très-vive, qui se manifeste principalement pendant la nuit, et qui très-probablement se rattache à la présence d'exostoses très-nombreuses qui siègent dans les os du crâne. Ces exostoses sont petites, très-peu proéminentes; on les distingue cependant très-facilement par le toucher et même à la vue.

Les fonctions intellectuelles sont saines. Il existe une légère hémiplegie à gauche, accompagnée d'un peu d'anesthésie dans la jambe. Cette hémiplegie, presque complète à l'entrée du malade à Bicêtre, a beaucoup diminué à la suite d'un traitement syphilitique auquel il a dû être soumis pour des gommeuses, exostoses, douleurs, etc.; mais la paralysie n'a pas encore entièrement disparu. Il existe plusieurs ulcérations recouvertes de croûtes à la face interne du genou droit. A côté de ces ulcérations on trouve des cicatrices blanchâtres.

L'état du malade va continuellement en s'aggravant. L'amaigrissement fait tous les jours de nouveaux progrès. Vomissements continuels, soif vive. Le malade est tourmenté par des douleurs qui ne lui laissent aucun moment de calme; la toux devient plus fréquente. Il survient un peu de fièvre, vers le soir, puis cette fièvre continue, et le malade meurt avec tous les symptômes d'une broncho-pneumonie, le 20 avril.

*Autopsie.* — Sur le frontal existent des éminences osseuses aplaties de forme irrégulière et de grandeur variable; la plus grande ne dépasse pas la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Au milieu de ces nombreuses exostoses, il existe sur les os du crâne des espaces bleuâtres dans lesquels on enfonce facile-