

depuis six mois à un sujet syphilitique et contagionnée par lui. Je la trouvai couchée sur une chaise longue, affaissée sur elle-même, littéralement prostrée, et ne parlant qu'à demi-voix, comme si la parole eût été une fatigue pour elle. On me racontait que, depuis deux mois, elle n'avait pu quitter sa chambre et même son lit, tant elle se sentait fatiguée, harassée, incapable du moindre exercice : — qu'elle avait perdu tout appétit, mangeait à peine et digérait difficilement ; — qu'elle avait de la fièvre chaque soir, des poussées sudorales pendant la nuit, des oppressions, des palpitations ; — qu'elle avait beaucoup maigri, au point de « n'être plus que l'ombre d'elle-même », etc. — On ajoutait, enfin, qu'elle avait pris un rhume au cours du précédent hiver et qu'elle toussait un peu depuis lors. — De sorte qu'à première vue, sans parler de la syphilis qui s'attestait en toute évidence par une éruption papulo-crustacée, j'eus l'impression que j'avais affaire à une malade en voie de tuberculose pulmonaire. Je recherchai donc, de par les signes de percussion et d'auscultation, cette tuberculose qui me semblait par ailleurs évidente ; et, à ma grande surprise, je ne constatai de la sorte rien qui fût de nature à en légitimer le soupçon. Plus qu'il n'est usuellement nécessaire en pareil cas, je prolongeai cet examen, m'obstinant à vouloir trouver ce que je ne trouvais pas. Peine inutile. Après mûre investigation, je dus abandonner cette idée. Bref, exclusion faite d'autres hypothèses que je passe sous silence, force me fut, en définitive, de me rabattre sur la syphilis, comme seule cause légitimement acceptable des phénomènes graves que j'avais sous les yeux. Et c'était bien, en effet, de la syphilis, mais d'une syphilis asthénique et dénutritive, qu'il s'agissait en l'espèce ; car, d'une part, le traitement spécifique exerça sur cet ensemble morbide la plus heureuse influence ; et, d'autre part, cette jeune femme est aujourd'hui guérie, bien portante, à l'abri de tout soupçon de tuberculose.

Il en est, donc, de ces phénomènes d'asthénie secondaire comme de tous les autres symptômes secondaires. Ils n'ont qu'un temps. Si graves soient-ils d'apparence, ils cèdent au traitement spécifique et se dissipent sans laisser de traces, au moins pour l'énorme majorité des cas. Sans doute ils peuvent être plus ou moins durables, et ceux dont nous venons de parler sont usuellement plus durables que d'autres de même échéance chronologique ; mais ils n'en aboutissent pas moins à disparaître finalement. Et, somme toute, l'asthénie secondaire n'est qu'un *orage nerveux* transitoire, qui passe à la façon des autres orages secondaires.

IV

DOULEURS NÉVRALGIFORMES et NÉVRALGIES. — Les névroses douloureuses qui dérivent de la syphilis secondaire consistent bien plus souvent en de simples douleurs névralgiformes qu'en des névralgies vraies. On peut même dire que les névralgies vraies sont rares, au moins relativement rares dans l'étape secondaire, tandis que les douleurs névralgiformes y sont absolument communes.

Ces dernières se différencient des névralgies vraies par plusieurs caractères. D'abord, elles sont, si je puis ainsi parler, *moins anatomiques* que celles-ci, en ce sens qu'elles ne s'astreignent pas, comme elles, à suivre exactement le trajet d'un nerf et à se circonscrire rigoureusement à sa distribution, ce qui les rend plus diffuses, plus indéfinies, plus incertaines d'expression. — En second lieu, elles ne présentent que d'une façon bien moins accentuée, bien plus vague, ce qui caractérise essentiellement les névralgies, à savoir les *points fixes* douloureux. — D'autre part, aussi, elles sont plus mobiles, plus fugaces, plus intermittentes ou rémittentes d'évolution, etc., que les névralgies vraies.

Sous telle ou telle de ces formes, les névroses douloureuses de la syphilis secondaire sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. Nulle parité, à ce point de vue, d'un sexe à l'autre.

Siège. — Elles sont susceptibles de localisations multiples. D'après la fréquence de ces localisations on peut les classer de la façon suivante :

- I. — Types usuels, à localisations faciales ou craniennes.
- II. — Types rares, à localisations sur les nerfs intercostaux ou sur le sciatique.
- III. — Types exceptionnels, à localisations cervicale, cervico-brachiale, lombo-abdominale, crurale, mammaire, linguale, etc.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, que deux ou trois de ces types coexistent ou se succèdent au cours de la période secondaire.

Types usuels. — La tête est le siège favori de ces manifestations douloureuses. Là, elles peuvent affecter divers rameaux nerveux, à savoir :

- 1° Les rameaux de la cinquième paire ;
- 2° Les rameaux auriculaire et mastoïdien du plexus cervical ;
- 3° Le grand nerf occipital.

Des diverses névralgies qu'elles constituent de la sorte la plus commune est celle qui porte sur les branches de terminaison de la cinquième paire (*névralgie faciale*).

Cette névralgie faciale secondaire présente une particularité assez curieuse, c'est de n'affecter que d'une façon très exceptionnelle la

branche inférieure du trijumeau, d'une façon rare la branche moyenne, et assez fréquemment, au contraire, la branche supérieure dans ses rameaux sus-orbitaires. — La **névralgie sus-orbitaire** tient certes le premier rang comme fréquence dans cet ordre de manifestations.

Bien moins communes sont les autres névralgies de la tête (névralgie temporale, cervico-occipitale, etc.). Celles-ci, d'ailleurs, sont généralement assez vagues dans leur expression et assez indéterminées dans leur trajet pour devoir être taxées de douleurs névralgiformes plutôt que de véritables névralgies.

Cette même remarque n'est pas moins applicable aux névralgies *sciatique et intercostale*, qui sont les types le plus souvent observés après les précédents. L'une et l'autre ne se présentent guère que sous forme de névralgies *frustes*, à points fixes plus ou moins déficients, comme à irradiations limitées. Ainsi, la sciatique secondaire, prise comme exemple, n'affecte jamais le nerf dans toute son étendue. Toujours elle est *partielle*, segmentaire, c'est-à-dire limitée le plus souvent à la région lombo-fessière, quelquefois à la cuisse, bien plus rarement à la jambe.

Types rares ou exceptionnels. — Je n'insisterai pas sur les autres types névralgiques ou névralgiformes précités, parce que, d'une part, ils sont très rares et parce que, d'autre part, ils n'offrent rien de spécial comme symptomatologie. Mais je signalerai à l'attention, au titre d'accidents étranges et propres à dérouter le diagnostic, les quelques localisations suivantes, d'ailleurs très exceptionnelles, à savoir :

I. — La névralgie *mammaire (mastodynie)*, que j'ai rencontrée parfois chez la femme, au cours de syphilis d'ordre nerveux. Elle consiste en des douleurs et une sensibilité morbide des seins à la pression, cela sans aucune modification dans le volume et la forme des organes, non plus que dans la teinte des téguments, etc. — Elle est généralement bilatérale. — Elle est souvent assez rebelle.

II. — Des douleurs névralgiformes du *palais* et des *nerfs dentaires*.

III. — Des névralgies du *lingual*. — En voici un exemple :

Un malade auquel je donne actuellement mes soins a été affecté depuis dix-huit mois d'une série de crises névralgiques affectant la *langue* dans sa moitié antérieure. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en général ces crises *préparent à des poussées éruptives* se produisant sur la partie antérieure de la langue, cela sous forme de plaques lisses, non érosives (ne pouvant être confondues avec des herpès). L'éruption établie, les douleurs se calment, mais pour reparaitre quelques mois plus tard comme prodrome d'une éruption nouvelle. — Ces douleurs sont soulagées chaque fois par le traitement spécifique, mais elles récidivent avec une opiniâtreté désespérante. — Elles occupent exactement, je le répète, la moitié antérieure et surtout le tiers antérieur de la langue. Le malade les compare soit à un sentiment de « brûlure

continue », de tension sourde et pénible, soit à des « traits de feu intermittents » qui sillonnaient l'organe en divers sens. — A quoi rapporter de tels symptômes, si ce n'est à une névralgie du *lingual*? (1).

Symptômes. — Quels qu'en soient le siège et la forme, toutes les névroses douloureuses de la syphilis secondaire n'offrent rien que de banal comme symptômes, rien qui les différencie cliniquement de névroses d'autre origine. Elles n'exigent donc pas de description spéciale.

Elles sont plus ou moins aiguës, plus ou moins intenses. Il n'est pas rare qu'elles déterminent par accès des douleurs d'une violence excessive, intolérable.

Elles sont souvent assez capricieuses dans leur marche; — sujettes à des exacerbations ou à des rémissions que rien n'explique; — sujettes également à des recrudescences après sédation temporaire, comme aussi à des récidives après guérison, etc.

Il est positif que l'influence du *soir* ou de la *nuit* se traduit souvent sur elles par une exaspération marquée des douleurs. Ce signe, toutefois, n'est rien moins que constant; il n'offre d'ailleurs rien de pathognomonique.

Un seul caractère, mais celui-ci bien net, bien tranché, différencie ces névroses douloureuses spécifiques des névralgies vulgaires; c'est l'*action qu'exerce sur elles le traitement anti-syphilitique*. De même que la plupart des symptômes diathésiques, elles sont en général très rapidement modifiées et guéries par le mercure. Cela est de notion commune, à ce point qu'en pratique le mercure est souvent interrogé « comme pierre de touche » pour juger de la nature spécifique de certaines névralgies. Et, en réalité, merveilleuse est parfois l'influence qu'il exerce sur les accidents de cet ordre. Que de fois n'ai-je pas vu, que de fois tout médecin n'a-t-il pas vu des névralgies qui, méconnues quant à leur nature, avaient résisté opiniâtrement à toutes les médications les plus énergiques, céder et se dissiper comme par enchantement devant le traitement mercuriel!

Dernier point, celui-ci très essentiel pour la pratique.

Alors que ces névroses douloureuses coexistent avec d'autres symptômes patents de syphilis secondaire, il n'est nul embarras, nulle difficulté pour les rapporter à leur véritable cause et les traiter en conséquence. Tout est au mieux.

Mais supposez (ce qui est fréquent) qu'elles se présentent comme symptôme isolé, comme manifestation exclusive de syphilis; il y

(1) Comparer à ce fait un cas à peu près identique relaté par le Dr H. de Castelnau dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1^{re} année, t. I, p. 212.

aura certes risque qu'en telle condition elles soient méconnues quant à leur nature, considérées comme des névralgies vulgaires, et soumises au traitement qui leur convient le moins.

On dira : « Mais les antécédents seront toujours là pour fixer le diagnostic. » Oui, s'ils sont connus. Mais au cas contraire ? Ne peuvent-ils pas d'ailleurs être dissimulés, surtout si le malade prend sur lui de juger qu'ils sont indifférents en l'espèce ?

Aussi bien arrive-t-il très fréquemment — j'en appelle sur ce point au témoignage des praticiens — que les névralgies syphilitiques, tant par absence de phénomènes spécifiques contemporains que par ignorance des antécédents spécifiques, soient prises pour ce qu'elles ne sont pas, c'est-à-dire pour des névralgies de telle ou telle nature et restent privées du seul traitement qui pourrait les guérir. Elles sont donc essentiellement, peut-on dire, matière à méprise.

De là un fait souvent observé, dont voici le schéma : Une névralgie s'est produite (le plus habituellement sur une femme) ; cette névralgie, on l'a traitée par tel remède, puis par tel autre, puis par tel autre encore, mais toujours avec insuccès. Alors, de guerre lasse et en désespoir de cause, voire en l'absence de tout antécédent avoué, on se décide à prescrire le mercure, et cela à *tout hasard*. Presque à l'instant, changement à vue ; la névralgie s'amende subitement, puis guérit en quelques jours.

Exemple du genre, bon à méditer.

J'ai eu l'occasion, ces dernières années, d'être appelé près d'une jeune dame qui, *depuis quatre à cinq mois*, souffrait d'une affreuse névralgie faciale. Tous les traitements imaginables (sulfate de quinine, opium, belladone, chloral, bromure, injections hypodermiques, vésicatoires, etc.) avaient été mis en usage et n'avaient rien produit, ou n'avaient produit que des sédations médiocres de courte durée. Cet insuccès des médications les plus rationnelles et les plus énergiques sur une femme jeune, de bonne santé habituelle, et indemne jusqu'alors de toute affection nerveuse, me parut tout d'abord quelque peu suspect. Je cherchai la cause de cette névralgie, je la cherchai longtemps et ne la trouvai pas. Ne la trouvant pas, je songeai qu'elle pouvait m'être cachée. J'examinai alors la malade au point de vue de la syphilis et ne découvris rien de suspect. J'interrogeai en ce sens, et n'obtins que des dénégations formelles, voire irritées. Toutefois, comme les confrères qui m'avaient précédé ne m'avaient rien laissé à faire contre une névralgie d'ordre vulgaire, je me décidai à prescrire le mercure *quand même et à tout hasard*, c'est-à-dire comme « pierre de touche », suivant l'expression consacrée. Ce fut alors un véritable coup de théâtre. Dès le second jour de ce nouveau traitement, la malade, qui n'avait pas dormi depuis plusieurs nuits, put reposer quelque peu ; une semaine plus tard, elle était guérie ! J'étais donc tombé juste — et à tout hasard, je le répète — sur une

névralgie syphilitique et bien sûrement syphilitique, car, sans parler du succès significatif du mercure, des aveux ultérieurs vinrent confirmer ce diagnostic alors qu'il n'avait plus besoin de confirmation.

Donc, ne pas oublier, pour la pratique, que le mercure peut constituer un très utile recours contre certaines névralgies rebelles, d'origine spécifique méconnue.

Nature. — Que sont ces névralgies secondaires ? Les uns les considèrent comme purement dynamiques, c'est-à-dire comme se produisant sans lésions, *sine materiâ*, sous la seule influence de la diathèse ; les autres ne les admettent qu'au titre de névroses symptomatiques, symptomatiques de lésions intéressant soit la substance même des nerfs, soit leur névritisme, ou réagissant sur eux par compression, par irritation de voisinage. On a longuement disserté et l'on pourra disserter longtemps encore sur ce point, car les pièces à conviction font défaut au procès, l'anatomie pathologique (s'il en est une) des accidents que nous venons de décrire restant toute à faire.

Ce qu'il est permis seulement d'inférer du peu qu'on sait sur la question est ceci : il est bien possible que, pour un certain nombre de cas, ces névralgies dérivent de lésions matérielles (soit intrinsèques, soit extrinsèques) des cordons nerveux, et cela à la façon des névralgies tertiaires qui, elles, sont toujours symptomatiques de lésions de cet ordre. Mais il est probable que, bien plus souvent, elles ne sont que dynamiques. Ce qui — sous toutes réserves d'ailleurs — semble autoriser à les regarder comme telles, ce n'est pas seulement l'impossibilité actuelle de les rattacher à une lésion connue, c'est aussi un certain ensemble de caractères qui leur sont assez habituels, comme la multiplicité qu'elles affectent en certains cas, leur mobilité, leurs intermittences, leur disparition parfois très rapide, etc., toutes particularités peu compatibles, on en conviendra, avec l'existence d'une altération anatomique.

Traitement. — De par expérience, c'est le traitement *mixte* et à *bonnes doses* qui agit avec le plus d'efficacité contre cet ordre de manifestations. A savoir : mercure, sous forme, par exemple, de pilules de proto-iodure (5 à 10 centigrammes par jour) ou d'injections hypodermiques ; — et iodure de potassium, à dose quotidienne de 2 à 4 grammes.

V

NÉVRITES ET POLYNÉVRITES SECONDAIRES. — Ce groupe d'accidents n'est admis que par induction et par analogie, car le contrôle anatomique lui fait encore défaut. Mais comment la syphilis, maladie si éminemment et si profondément infectieuse, n'aurait-elle pas la

faculté de réagir sur les troncs nerveux à la façon des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphtérie, grippe, paludisme, tuberculose, lèpre, etc.) ou même des affections toxiques (alcool, plomb, arsenic) qui déterminent si souvent des symptômes de ce genre? Et, d'autre part, pourquoi cette action de la syphilis ne s'exercerait-elle pas à la période secondaire, période si prodigieusement féconde en accidents nerveux de tout ordre?

Cliniquement, d'ailleurs, l'existence de névrites ou de polynévrites secondaires paraît irrécusable, et cela de par certains symptômes ou syndromes qui, se produisant à une étape jeune de l'infection, semblent bien ne pouvoir être imputés qu'à un *état morbide des cordons nerveux, indépendamment de toute perturbation des centres* (1).

I. — Les névrites ou polynévrites de la période secondaire ne peuvent encore être considérées qu'au titre de manifestations peu communes ou même rares. Mais il est vraisemblable que la fréquence s'en exagérera lorsqu'elles seront plus connues.

Un fait curieux dans leur histoire, c'est leur tendance à se manifester dans une étape *jeune* de l'infection. Il n'est même pas rare, loin de là, qu'elles soient tout à fait *précoces*, c'est-à-dire contemporaines des premières poussées secondaires. Ainsi, on les a vues plus d'une fois coexister avec la roséole ou même avec la période terminale du chancre.

Elles s'observent de préférence chez les sujets jeunes et à prédispositions nerveuses. — A coup sûr, aussi, elles se rencontrent plus communément chez la femme que chez l'homme.

Aucune circonstance étiologique n'a été relevée jusqu'ici comme susceptible d'en motiver le développement.

II. — Cliniquement, elles ne se traduisent que par l'ordre des symptômes qui constituent le tableau usuel des névrites et des polynévrites de tout ordre. Inutile de répéter, en effet, ce qui est de notoriété commune, à savoir que la qualité d'un trouble nerveux dépend non pas de la nature de la lésion qui le provoque, mais de sa localisation.

C'est dire que les symptômes de ces névrites spécifiques seront forcément variables et des plus variables suivant que le nerf affecté sera un nerf moteur, un nerf sensitif, un nerf mixte, un nerf trophique; — comme aussi suivant que la lésion se limitera à un seul tronc ou portera sur plusieurs, etc.

En l'espèce, comme d'une façon générale, les symptômes en question consistent en ceci : troubles de la motilité (faiblesse musculaire, parésie et, moins souvent, paralysie vraie), avec prédominance marquée pour les extrémités des membres; — troubles sensitifs variés

(1) V., pour l'histoire de cette question, un travail récent dû au Dr Ménétrel (*Contribution à l'étude clinique des névrites et des polynévrites périphériques à la période secondaire de la syphilis*, thèse de Paris, 1898).

(troubles douloureux, analgésie, anesthésie, hyperalgésie, etc.); — troubles moteurs et troubles sensitifs le plus souvent associés; — troubles possibles, mais plus rares, des sensibilités spéciales ou sensorielles; — troubles trophiques (amyotrophie), ou même, mais exceptionnellement, troubles dermatrophiques, comme dans un cas du Dr Caradec (1), où une névrite du saphène interne s'accompagna d'hyperthermie locale et de rougeur de la peau, « avec production d'une ligne pigmentée brune suivant le trajet du nerf et poussée de poils plus abondants à ce niveau »; — troubles réflexes; — troubles de réaction électrique, etc.; — et tous ces troubles exactement circonscrits à la distribution anatomique du tronc nerveux.

En dépit de ces divers troubles, parfois très accentués, état d'intégrité apparente du nerf affecté, autant du moins qu'on en peut juger par l'exploration clinique. — En quelques cas cependant on a trouvé le nerf sensible, douloureux même à la pression, et cela sur tout ou partie de son trajet.

Dans le seul cas précité de Caradec, on a perçu sur le trajet du nerf (saphène interne) « une série de petits renflements ovoïdes, gros comme des grains de millet, au nombre de vingt-cinq à trente dans son parcours fémoral et de dix à vingt dans son trajet jambier ».

Enfin, rien autre que ces troubles locaux. — Absence absolue de tout symptôme indiquant une participation des centres nerveux. — De même, absence de toute réaction sur l'état général.

Dans cet ensemble, donc, rien de spécial, rien qui puisse servir d'élément différentiel entre ces névrites d'ordre spécifique et les névrites de n'importe quelle autre provenance. Tout au plus, en certains cas, exacerbation nocturne plus ou moins marquée des phénomènes douloureux; mais c'est là, on le sait, un symptôme qui s'observe en dehors de toute spécificité et qui, conséquemment, ne comporte qu'une signification diagnostique des plus restreintes.

En sorte que la spécificité de ces névrites spécifiques n'est démontrable par aucun de leurs caractères. Elle ne l'est qu'indirectement, de par les considérations suivantes : 1° elles sont toujours précédées d'antécédents de syphilis; — 2° elles coexistent souvent, le plus souvent, avec telle ou telle manifestation de syphilis; — 3° elles se produisent sous des formes à peu près semblables et en des conditions toujours identiques, à savoir sur des sujets en période secondaire et le plus habituellement à terme jeune de la période secondaire; — 4° enfin, soit dit par avance, elles subissent du traitement antisypilitique une influence curative qui n'est pas récusable.

III. — *Localisations.* — *Types les plus communs.* — Tantôt les accidents névritiques se limitent à un seul cordon nerveux; — et tantôt ils en affectent plusieurs, deux, trois, quatre, voire un plus

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 98.

grand nombre (*polynévrites*). C'est dire que tantôt ils se limitent à un membre, voire à un segment d'un membre, et tantôt ils affectent plusieurs membres (par exemple, les deux membres supérieurs ou inférieurs), ou même (mais bien plus rarement) les quatre membres.

Au surplus, tout ce qu'on pourrait dire encore sur ces localisations et leur fréquence respective reste absolument sujet à révision. Cela pour deux motifs : d'une part, c'est là un sujet de connaissance toute récente ; d'autre part et surtout la détermination exacte des accidents cliniques qui sont positivement imputables à des névrites est encore toute à faire. Ainsi, convient-il ou non de rapporter à des névrites ces hémiplegies faciales et ces paralysies oculaires qui se produisent parfois au cours de la période secondaire et dont la raison anatomique, imputée jadis à des périostoses et actuellement à des lésions propres des cordons nerveux, reste au total encore inconnue ? Convient-il de même de rapporter à des névrites ces troubles si curieux de la sensibilité (anesthésie, analgésie secondaire, etc.) dont je vais avoir bientôt à parler ? Impossible d'avoir une opinion faite sur ces divers points.

On dit avoir observé des névrites sur la plupart des nerfs, nerfs des membres, nerfs craniens, nerfs du tronc, nerfs moteurs, sensitifs ou mixtes, et même nerfs sympathiques. Tous ces divers types sont loin d'être démontrés. Quelques autres, au contraire, sont incontestables, tels que les suivants que je citerai comme exemples.

1° Aux membres supérieurs, c'est le **nerf cubital** qui, chose curieuse, est le plus fréquemment affecté.

Cette névrite du cubital, dont plusieurs exemples ont été relatés par MM. Gaucher, Barbe, Neumann, Champenier (1), etc., se traduit par les symptômes suivants : Comme entrée en scène, douleurs vagues dans le bras, avec engourdissement et fourmillements dans l'annulaire et l'auriculaire ; — puis, douleurs s'accroissant et se divisant en deux ordres : douleurs continues, de caractère sourd ; douleurs intermittentes, vives, sous forme d'élançements névralgiques et paroxystiques ; — puis, phénomènes de parésie ; diminution de la force musculaire de la main, avec gêne et faiblesse prédominantes pour certains mouvements (2) ; — diminution notable de la sensibilité tactile dans la moitié interne de la main ; — atrophie musculaire plus ou

(1) *Des névrites syphilitiques et, en particulier, de la névrite cubitale de la période secondaire*, thèse de Paris, 1895.

(2) Au détail, voici ce qu'on a observé comme troubles de motilité : « Difficulté pour pincer avec le pouce et l'index ; — impossibilité d'étendre complètement l'annulaire et le petit doigt ; — difficulté pour rapprocher le petit doigt de l'annulaire ; — diminution, très nette au dynamomètre, de la force de la main, ce qui est dû à la parésie des deux faisceaux internes du muscle fléchisseur profond qui sont innervés par le cubital ; — pour la même raison, flexion de la main difficile ; — adduction de la main difficile, parce que le cubital antérieur, qui participe à ce mouvement, est atteint dans son innervation. — En outre, contractilité électrique diminuée dans les muscles affectés. » (Champenier.)

moins accentuée des espaces interosseux et aplatissement de l'éminence hypothénar, etc.

Comme exemple, voici les particularités cliniques que M. Gaucher a relevées sur l'une de ses malades.

Femme âgée de trente-quatre ans. — Aucun antécédent hystérique. — Syphilis contractée vers novembre 1894. — Roséole ; quelques papules ; céphalée ; névralgie faciale droite ; névralgies intercostales du même côté.

Vers la fin de janvier 1895, fourmillements et engourdissements, d'abord intermittents, puis continus, dans l'annulaire et l'auriculaire droits, puis dans la moitié interne de l'avant-bras correspondant. — Diminution notable des diverses sensibilités dans la moitié interne de la main et au bord cubital de l'avant-bras. — Troubles moteurs. — Lorsqu'on fait serrer un de ses doigts entre le pouce et le petit doigt ou l'annulaire de la malade, on constate une grande diminution de la force musculaire du côté droit (adducteur du petit doigt). La différence, sans être aussi grande, est néanmoins sensible lorsque la malade pince avec le pouce et l'index (grand adducteur du pouce). — La force dynamométrique est notablement diminuée à la main droite (11 à droite contre 35 à gauche). — Dès février, atrophie musculaire notable, au niveau du bord interne de la main, des espaces interosseux et de l'éminence thénar (grand adducteur du pouce), etc.

2° Aux membres inférieurs, les névrites secondaires intéressent surtout le **sciatique**. Le cas suivant, relaté par le D^r Ludovic Dubois, est un bel exemple de névrite sciatique développée dans la période secondaire. Il tiendra lieu de description.

Femme âgée de vingt et un ans. — Grossesse et syphilis dès le début du mariage (mai 1882). — Lésions aux parties génitales ; puis syphilides. — Accouchement en décembre d'un enfant mort-né.

Peu de temps après l'accouchement, explosion d'une sciatique gauche des plus intenses. *Douleurs* extrêmement vives, surtout dans l'après-midi et la nuit.

Nerf douloureux dans toute son étendue. — Perte d'appétit. — Affaïssissement par le fait des souffrances.

Sensibilité diminuée dans tout le membre, mais plus manifestement en certains points (partie externe de la jambe et dos du pied).

Affaïssissement du membre malade. Marche impossible, non seulement par le fait des douleurs, mais en raison de la débilité des muscles de la jambe.

De plus, membre amaigri par *amyotrophie*. — Mensuration fournissant les chiffres suivants : 34 centimètres à la cuisse gauche, contre 38 à la cuisse droite ; — 25 centimètres au mollet gauche contre 27,5 au droit.

Sueurs très abondantes, localisées au membre malade.

Le 25 février, on commence le traitement mercuriel (injections de peptonate mercurique). — *Quatre à cinq jours après, amélioration notable.* Douleurs bien moins vives ; quelques jours plus tard, la malade peut marcher. — On associe au traitement les courants continus.

Le 31 mars, exeat.