

irrécusable, c'est qu'elle peut se produire *chez l'homme*, et cela plus souvent, à coup sûr, qu'on ne le croit généralement. Disons mieux : presque personne, de nos jours, ne croit encore à la possibilité d'une hystérie venant à se développer chez l'homme à propos et du chef d'une infection secondaire ; or, un tel fait, pour être rare, n'en est pas moins authentique, et les exemples à en citer ne font pas défaut.

C'est ainsi que le D<sup>r</sup> Zambaco a relaté le cas d'un jeune homme de vingt ans, exempt de tout antécédent nerveux soit héréditaire, soit personnel, qui fut pris, coïncidemment avec la première poussée secondaire, d'une série d'accidents nettement hystériques, à savoir : céphalalgie, étouffements, attaques convulsives suivies de crises de larmes, globe remontant de l'estomac au pharynx, etc. Un traitement par les pilules de Dupuytren dissipa tous ces accidents, assure l'observateur, dans l'espace de trois à quatre mois.

De même, un jeune malade de mon service, affecté d'un chancre syphilitique en août 1891, puis d'une foule d'accidents secondaires en janvier suivant, commença à présenter vers cette époque divers phénomènes d'ordre hystérique, tels que : analgésie disséminée, voire presque généralisée ; — analgésie de la langue ; — abolition du goût ; — affaiblissement de l'odorat ; — ouïe légèrement diminuée à droite et presque nulle à gauche ; — rétrécissement du champ visuel ; — cauchemars, etc. — Ainsi que le malade précédent, ce jeune homme était exempt de toute tare nerveuse héréditaire, et jamais jusqu'alors il n'avait éprouvé de troubles nerveux (1).

De même, un de mes clients, également indemne de tout antécédent névropathique, fut pris, au cours d'une syphilis secondaire qui d'ailleurs ne présentait rien que de normal, d'une pléiade d'accidents hystériques, tels que crises convulsives, étouffements, dyspnée, troubles de la sensibilité et des sens, hémispasmes glosso-labiés, etc.

Et ainsi de tant et tant d'autres exemples semblables qu'il serait, je pense, superflu de produire.

L'hystérie secondaire n'a et ne saurait avoir d'autres symptômes que ceux de l'hystérie essentielle ; et, en effet, elle n'est qu'une hystérie commune développée sous une incitation spéciale. Je n'ai donc pas à la décrire et me bornerai seulement à donner place ici, en ce qui la concerne, aux deux remarques suivantes.

I. — Il est dans la nature des choses que les troubles de sensibilité relevant de cette hystérie secondaire puissent se produire en coïncidence avec des troubles de sensibilité relevant directement de l'infection spécifique. Cela étant, comment différencier ceux-ci de

(1) Observation présentée à la Société de dermatologie et de syphiligraphie par le D<sup>r</sup> DJÉLALEDDIN MOUKHTAR, mars 1892.

ceux-là, et réciproquement ? J'ai essayé, dans ce qui précède (Voy. p. 668), d'établir entre les uns et les autres un parallèle séméiologique grâce auquel, je l'espère, ce diagnostic pourra être déterminé dans un certain nombre de cas. Mais je dois ajouter actuellement, pour rester fidèle à la vérité clinique, qu'il est de nombreux cas où un diagnostic de ce genre sera impossible à préciser. Sur quelles bases, en effet, établir un légitime partage entre symptômes de même siège et de même modalité, de façon à pouvoir dire : « Ceci revient à la syphilis, et cela est du domaine de l'hystérie ? Cette analgésie est d'ordre spécifique et cette autre d'ordre hystérique ? » Une telle différenciation ne repose, en l'espèce, que sur des nuances ou des particularités contingentes, ou bien encore sur la coïncidence ou la non-coïncidence de symptômes hystériques d'autres localisations. Fort heureusement, ce diagnostic ne comporte qu'un intérêt scientifique ; aussi bien me suffira-t-il de le signaler, avec les difficultés qui lui sont inhérentes, sans y insister davantage.

II. — En revanche, ce dont il y a plus d'intérêt pratique à prévenir le lecteur est ceci : Il n'est pas impossible que, par aventure, l'hystérie secondaire se traduise par tel ou tel symptôme insolite, bizarre, par telle ou telle modalité inattendue et presque extraordinaire. En sorte qu'en présence d'accidents de cet ordre, qui n'ont guère l'habitude de frayer avec la syphilis, le médecin peut se trouver absolument dérouter, déconcerté, ne pas savoir à quoi il a affaire, tout au moins ne pas songer à établir une relation entre ces dits accidents et l'état syphilitique de son malade.

Quelques exemples du genre ne seront pas inutiles à citer.

Une jeune femme d'une vingtaine d'années, d'assez bonne santé habituelle, et indemne jusqu'alors (ceci est à noter) d'accidents nerveux, contracte la syphilis vers août 1894. Pendant quatre mois elle est traitée à notre policlinique pour divers accidents secondaires (syphilides papuleuses, plaques buccales, maux de tête, etc.) qui ne font que céder au traitement spécifique pour récidiver presque aussitôt. — En janvier 1895, paralysie faciale gauche totale, qu'on ne sait d'abord à quoi rapporter. — Puis, bientôt après, invasion non douteuse d'hystérie secondaire, sous forme d'hémianesthésie faciale gauche, d'hémianesthésie totale sensitivo-sensorielle, de rétrécissement du champ visuel à gauche, etc. — En février, la malade se décide à entrer dans nos salles, où nous constatons sur elle, sans parler de divers accidents spécifiques, le plus riche tableau de manifestations hystériques, à savoir : crises de contracture des quatre membres ; — affaïssement général ; — dépression psychique, indifférence, tristesse ; — douleurs multiples, vagues et ambulantes ; — points hystérogènes ; — hémiparésie gauche ; — perte de notion de la situation des membres ; — grands vertiges, même au lit ; — puis, apparition de cet étrange trouble moteur qu'on a décrit sous le

nom d'*astasié-abasié* (1) et qui n'est pas sans terrifier la malade. — Les choses restent alors en l'état pour quelques semaines. — Puis, inopinément et spontanément, un transfert se fait de gauche à droite pour l'hémianesthésie et le rétrécissement du champ visuel. — A ce moment (qu'on remarque bien cette succession et cette intrication de phénomènes, les uns nerveux, les autres syphilitiques) survient une poussée nouvelle d'accidents spécifiques sous forme de syphilides linguales, de leucomélanodermie et de périostoses tibiales. — Finalement, en avril, ce double orage se calme; l'astasié-abasié, notamment, s'amende, puis disparaît. Et alors, se croyant guérie, la malade quitte l'hôpital.

Qu'un tel tableau ne soit pas matière à étonnement dans les services de la Salpêtrière, je le reconnais; mais on conviendra, en échange, qu'il n'est guère usuel dans les nôtres et que (bien à tort, il est vrai) il peut sembler n'y être pas à sa place. On est peu accoutumé vraiment à rencontrer la syphilis sous cet aspect et avec un tel cortège de phénomènes nerveux.

*A fortiori*, cette même remarque sera-t-elle applicable au cas suivant.

Une femme de vingt et un ans entre dans nos salles pour y être traitée d'un chancre anal syphilitique et de divers accidents secondaires tout récents (syphilides cutanées, syphilides muqueuses, alopecie, etc.). Brusquement, le 20 mars, elle se plaint de la tête et se met à *délirer*. Le lendemain, nous la trouvons dans un *état subcomateux*, avec immobilité, résolution complète et flaccidité des membres qui, soulevés, retombent comme des masses inertes. Cependant, la malade, en dépit de cette apparence comateuse, répond nettement aux questions qui lui sont adressées. — Avec cela, incontinence des urines et des matières; mouvements spasmodiques des paupières et de la bouche; oscillations rapides de la tête; raideurs des membres inférieurs; sensibilité partout obtuse, mais hyperesthésie très accentuée au niveau de la ceinture et de l'abdomen; — température abaissée, oscillant entre 35°,8 et 37 degrés.

Les choses restent en cet état pendant cinq jours et demi. — Puis, le sixième jour, tout à coup, à la stupéfaction générale, la malade ouvre les yeux, se lève et se promène dans la salle. — Les jours suivants, retour à l'état normal.

Puis, non moins subitement, le 4 avril, c'est-à-dire neuf jours après la fin de la précédente crise, la malade retombe dans un état comateux identique, avec reproduction des mêmes phénomènes.

Et, finalement, trois jours après, brusquement tout cesse. Retour à la santé (2).

(1) Voy. Blocq, *Arch. de physiol.*, 1888.

(2) Cette observation et la précédente, recueillies par le Dr GASTOU, chef de clinique de la Faculté, se trouvent insérées *in extenso* dans l'intéressante thèse d'un

J'ai même observé un cas plus surprenant encore et que je ne ferai que citer sous toutes réserves, en raison de son caractère non pas seulement exceptionnel, mais presque extraordinaire. Très succinctement, le voici :

Un jeune homme de vingt et un ans, jusqu'alors indemne (affirme-t-il) de tout symptôme nerveux, contracte la syphilis en décembre 1890 (chancres indurés de la verge). Il présente, dans les premiers mois de 1891, une série d'accidents secondaires : roséole, syphilide acnéiforme, plaques muqueuses buccales à répétitions multiples, etc. — Puis, en août, sans la moindre cause, sans le moindre incident provocateur, il commence à être affecté d'accidents nerveux, qui bientôt se multiplient sous les formes les plus variées et les plus étranges, à savoir (pour ne faire qu'énumérer les principaux) :

Début par accès de larmes incoercibles; — ictus, sans perte de connaissance, suivis de cris incessants que le malade dit ne pouvoir réprimer; — hémiparésie gauche; — accès d'éclats de rire, que provoque tout spécialement la vue de n'importe quel objet brillant (métal, cuiller, montre, flamme, etc.); — céphalée; — sensation de globe remontant de l'estomac à la gorge, avec crises de strangulation; — hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle très accentuée; — en outre, quotidiennement et presque à heures régulières, crises d'obnubilation mentale, au cours desquelles le malade, de son propre aveu, ne sait plus ce qu'il fait, devient « comme braque, stupide, détraqué, à peu près fou »; dans ces crises, propos déraisonnables, actes impulsifs, colères, menaces, violences, etc. — Et, parallèlement à cette scène, syphilis continuant son évolution propre, en s'accusant par toute une nouvelle série d'accidents : syphilides buccales à répétitions incessantes, iritis nettement spécifique, adénopathies, etc.

Si extraordinaires que soient les phénomènes précités quant à leur relation avec la syphilis, je n'ai pu cependant les rattacher étiologiquement qu'à la syphilis. D'une part, en effet, ces phénomènes (incontestablement hystériques) s'étaient développés sur un sujet en pleine évolution syphilitique aiguë et faisaient partie d'un ensemble marqué au coin de la spécificité la plus indéniable. Et, d'autre part, une enquête véritablement minutieuse, aussi approfondie que possible, ne permit de découvrir aucune cause autre que la syphilis à laquelle les accidents en question pussent être rationnellement imputés.

*Durée.* — Que devient et quelle durée affecte cette hystérie d'origine spécifique? Il serait prématuré, quant à présent, de donner une réponse à cette question; car, pour la juger, il nous faudrait ce qui

de mes élèves, le Dr N. KIRKOFF (*Étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire*. Thèses de Paris, 1898).

nous manque encore aujourd'hui, à savoir un stock plus ou moins considérable d'observations de longue haleine dans lesquelles des malades, devenus hystériques à propos et du fait de la syphilis, auraient été suivis pendant un long stade de leur existence. Ce qu'il m'est seulement permis de dire en l'espèce, d'après quelques faits de cet ordre, est ceci : que, pour la très grande majorité des cas, la disposition hystérique issue de la syphilis n'est, bien sûrement, que *passagère*. Sur la plupart de mes malades elle n'a duré que quelques mois, un an au plus, puis s'est évanouie avec l'orage secondaire. Je ne l'ai vue que par exception persister d'une façon quelque peu prolongée, et je suis donc conduit à penser qu'elle n'est pas susceptible de dégénérer en névrose permanente. — Toutefois, je le répète, la question est encore trop neuve pour qu'il soit possible de rien affirmer à son sujet, et un supplément d'enquête est indispensable à la solution qu'il convient de lui donner.

**Épilepsie secondaire.** — En second lieu, il est des cas où l'éréthisme secondaire se traduit par des **crises épileptiformes**, et cela sur des sujets n'ayant jamais présenté jusqu'alors le moindre symptôme épileptique.

Le fait brutal est celui-ci : Au cours de la période secondaire et presque toujours dans les premiers temps de cette période, explosion soudaine d'une crise convulsive qui, à la juger seulement d'après ses symptômes propres, est le type de l'attaque épileptique, le type de ce qu'on appelle vulgairement le *grand mal*. — Puis, reproduction d'attaques semblables qui, pour quelques semaines ou quelques mois, se succèdent à intervalles variables. — Si bien, je le répète, qu'à juger de la maladie par ses symptômes apparents, on pourrait croire à l'invasion (bien que tardive) d'une épilepsie vulgaire. Une telle erreur a même été commise plus d'une fois, ainsi que je pourrais en faire la preuve.

Les cas de cet ordre, je m'empresse de le dire, sont tout à fait rares. Je n'en ai guère observé plus d'une douzaine d'exemples dans toute ma pratique. Mais, pour être exceptionnels, ils n'en sont pas moins authentiques, et je leur dois une mention expresse à divers titres, en raison de leur importance clinique, en raison de l'effroi qu'ils jettent dans les familles, en raison aussi des regrettables erreurs auxquelles ils exposent.

Rien de mieux à faire, je pense, pour démontrer l'authenticité de tels faits et pour donner une idée de la scène qu'ils constituent, que d'en décrire quelques spécimens d'après nature.

Une jeune femme, de constitution moyenne et de santé antérieure assez bonne, entre à Lourcine pour des accidents, d'abord légers, de syphilis secondaire. — Quelques semaines plus tard, la maladie prend une forme

assez sérieuse et se caractérise par une véritable nuée de manifestations de tout genre : syphilides cutanées, syphilides muqueuses, adénopathies, myosalgies, ténosites, périostoses, douleurs multiples, et surtout phénomènes nerveux, tels que céphalée, névralgies, anesthésie, analgésie, algidités périphériques, etc. — Puis, tout à coup, sans cause incidente, sans provocation nouvelle, il s'ajoute à ces derniers phénomènes une série de crises convulsives des plus étranges. Ces crises, dont nous avons été témoins à maintes reprises, consistent en ceci : subitement, le visage prend une expression extraordinaire, indescriptible, de stupeur, d'immobilité extatique ; — la tête se tourne du côté gauche ; — le membre supérieur gauche s'élève brusquement vers la face, l'avant-bras tenu en flexion forcée, le poignet et les doigts fortement infléchis ; — le membre inférieur du même côté se convulse dans une extension forcée ; — tout le corps, enfin, est pris d'un mouvement de rotation sur l'axe vertical et pivote de droite à gauche. Ces divers phénomènes durent quelques secondes, moins de temps assurément que je n'en ai mis à les décrire. — Puis, de violents spasmes cloniques agitent par saccades précipitées le membre supérieur gauche (toujours le gauche, la moitié droite du corps continuant à rester étrangère à tous ces désordres). — Finalement la malade, quelques minutes encore, demeure comme hébétée, abasourdie, inconsciente, et c'est tout ; la crise est terminée.

Pendant quelques jours ces attaques se répètent sous la même forme ; mais bientôt la scène change. Ce qui se manifeste alors consiste en des accès d'épilepsie convulsive généralisée, d'épilepsie classique rappelant trait pour trait la crise de *haut mal*.

Nombre d'accès de ce dernier genre se succèdent dans le premier mois. — Déjà, dans le second, nous n'en observons plus que cinq. — Deux seulement se produisent dans les deux mois suivants.

Puis la détente se fait, sous l'influence d'un traitement spécifique énergiquement conduit. Les divers symptômes syphilitiques, cutanés ou autres, s'amendent ou disparaissent. Et, parallèlement, les crises convulsives se suspendent pour ne plus se reproduire.

Certes, aucun doute ne pouvait s'élever sur la nature franchement épileptique des phénomènes que je viens de décrire. Mais ces phénomènes, quelle en était l'origine ? La malade n'avait jamais éprouvé antérieurement de crises semblables ou analogues ; elle disait même d'une façon très catégorique n'avoir jamais été sujette au moindre malaise nerveux. Du côté des ascendants, nul symptôme épileptique. D'autre part, aucune cause incidente, aucune affection morbide actuelle, aucune prédisposition, professionnelle ou autre, ne pouvait être invoquée comme source de tels désordres. Bref, la syphilis *seule* restait en cause, après examen minutieux de la malade, pour expliquer ces accidents épileptiques ; et elle les expliquait d'autant mieux, je pense, qu'ils s'étaient produits avec elle et en pleine période secondaire, que leur invasion avait coïncidé avec une violente poussée spécifique et que leur disparition, enfin, suivit avec un synchronisme parfait la sédation de cette poussée.

Autre exemple.

Une jeune femme, forte et bien constituée, entre à Lourcine pour des accidents spécifiques dont l'origine paraît remonter à trois mois et qui, jusqu'à ce jour, n'ont été soumis à aucun traitement. Nous la trouvons affectée de divers symptômes manifestement syphilitiques, tels que : pléiades inguinales, reste d'induration chancreuse sur une grande lèvre ; — syphilides papulo-érosives de la vulve ; — syphilides amygdaliennes ; — roséole intense, couvrant le corps et les membres ; — analgésie disséminée, etc.

Quelques jours après son admission, cette femme est prise, dans la nuit, d'une crise convulsive violente, qui réveille les malades de la salle. On la trouve sans connaissance, « râlant, écumant, se débattant sur place dans des convulsions qui rappellent le haut mal ». A la suite de cette crise, elle tombe dans un sommeil profond. L'interne de service arrive près d'elle un quart d'heure plus tard et assiste à une seconde crise qui, d'après son dire, « était un type classique d'accès comitial ». Consécutivement, évacuation involontaire d'urine et sommeil « quasi comateux » qui dure jusqu'au matin.

A la visite du lendemain, je trouve la malade somnolente, dans un état de demi-hébétéude, incapable de répondre aux questions. La légère excitation qui paraît résulter de mon examen suscite une crise nouvelle, dont j'observe soigneusement les moindres détails et qui reproduit méthodiquement toute la scène d'une crise d'épilepsie commune : perte subite de connaissance ; — convulsions toniques initiales, de courte durée ; — puis, convulsions cloniques, sur place, d'une durée de quelques minutes ; — distorsion effrayante du visage ; grincements de dents ; écume sanguinolente sortant des lèvres ; morsure de la langue, etc. ; — et, finalement, stertor apoplectiforme. Bref, rien ne manque au tableau, pas même l'émission involontaire de l'urine.

Le lendemain, la malade a repris pleinement connaissance. Nous l'interrogeons alors avec insistance sur ses antécédents, et elle nous répond de la façon la plus péremptoire qu'elle n'a jamais éprouvé de crises semblables, non plus même que la moindre défaillance nerveuse. Elle n'est pas moins affirmative sur les divers membres de sa famille, dont aucun, dit-elle, n'est sujet à des accidents nerveux. D'autre part, une analyse aussi minutieuse que possible des troubles morbides antérieurs ou actuels ne révèle aucune cause étrangère à laquelle puissent être imputés les symptômes qui viennent de se produire.

En conséquence, le traitement spécifique (protiodure mercuriel) est continué, à l'exclusion de tout autre remède.

Sous l'influence de cette médication, la roséole, les syphilides vulvaires et les autres accidents spécifiques s'amendent et se dissipent rapidement. Les crises convulsives ne se reproduisent plus, et la malade sort en bon état trois mois plus tard.

Depuis lors nous avons eu l'occasion de la revoir plusieurs fois dans l'espace d'une année, à propos de diverses récidives légères de manifestations syphilitiques, et nous avons obtenu d'elle l'assurance formelle qu'elle n'avait plus été sujette au moindre accident d'ordre épileptique.

#### Troisième cas, celui-ci observé sur l'homme.

L'héritier d'une grande famille, jeune homme de vingt-cinq ans, grand, robuste et d'une excellente santé antérieure, contracte la syphilis en 1867.

Dans le cours de la période secondaire, du troisième au sixième mois, il est pris trois fois de crises épileptiques, formellement et incontestablement épileptiques (sidération subite, chute, perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, puis cloniques, cyanose et aspect « terrifiant » du visage, écume à la bouche, morsure de la langue, etc.). Inutile de dire si de tels accidents consternent le malade et jettent l'effroi dans sa famille, qui fait appel à divers médecins et accumule consultations sur consultations. Inutile également de dire si les causes de cette épilepsie sont recherchées par tout le monde avec un soin religieux, méticuleux. Or, vainement on interroge soit les prédispositions héréditaires, soit la santé antérieure du jeune homme, ses habitudes, son hygiène, ses moindres tendances morbides ; on ne trouve rien. Toutes les hypothèses imaginables sont tour à tour discutées et écartées. On va même jusqu'à soupçonner une affection vermineuse, et l'on administre le kouso qui n'expulse rien. De guerre lasse, force est de revenir à la syphilis, et, d'un commun accord, c'est à la syphilis seule qu'on finit par imputer les crises épileptiques. Et telle était bien, en effet, l'origine des accidents. L'événement le démontra. Car, une fois le traitement spécifique mis en œuvre et consciencieusement suivi, non seulement les manifestations extérieures de la diathèse se dissipèrent comme d'usage, mais l'épilepsie disparut, disparut complètement et sans retour. Vingt-six ans, aujourd'hui, se sont écoulés depuis lors, et le malade n'a plus jamais rien éprouvé qui, de près ou de loin, ait trait à l'épilepsie.

Ces trois faits, comme d'autres encore que je passe sous silence (parce qu'ils ne feraient que reproduire les précédents), établissent donc d'une façon incontestable que la syphilis secondaire peut déterminer parfois de véritables crises d'épilepsie (1).

(1) Pour tout médecin qui, observant dans un hôpital spécial de syphilitiques, a l'occasion de rencontrer de temps à autre des faits de ce genre, la relation qui rattache à la syphilis ces accidents d'épilepsie ne saurait rester douteuse. Mais je conviens que cette relation pourra, à bon droit, sembler hypothétique à ceux de nos confrères qui ne voient et ne traitent la syphilis qu'accidentellement. Je m'attends à ce que la nature spécifique de cette épilepsie secondaire éveille quelque défiance, si même elle n'est pas résolument contestée. Et cependant la spécificité de tels accidents ressort bien manifestement, me semble-t-il, de tout un ensemble de considérations des plus probantes. Ces considérations, je les ai longuement étudiées dans un travail déjà ancien (*De l'épilepsie syphilitique secondaire*, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 2<sup>e</sup> série, t. I), auquel je me bornerai à renvoyer le lecteur. Qu'il me soit permis du moins, sans les reproduire ici, de les formuler d'une façon toute sommaire. Ce sont les suivantes :

1<sup>o</sup> Impossibilité, tout d'abord, de rattacher ces accidents d'épilepsie incidente et passagère à une cause autre que la syphilis ;

2<sup>o</sup> Identité des conditions et des circonstances cliniques dans lesquelles se manifestent ces accidents d'épilepsie secondaire ;

3<sup>o</sup> Coïncidence chronologique de ces accidents d'épilepsie avec d'autres accidents de nature incontestablement spécifique ;

4<sup>o</sup> Évolution parallèle des accidents d'épilepsie secondaire et des autres manifestations syphilitiques contemporaines.

5<sup>o</sup> Enfin, influence curative du traitement spécifique.

De cet ensemble de considérations il ressort bien manifestement, à mon sens, que les accidents d'épilepsie qui s'observent parfois dans le cours, voire au début de la période secondaire, constituent des symptômes d'ordre syphilitique, des