

Pendant la grossesse et l'accouchement, la malade n'a présenté aucun phénomène notable. Mais, après ses couches, au bout d'un ou deux jours, elle remarqua que sa vue s'affaiblissait : elle voyait tout à travers un nuage ; en même temps, elle éprouva des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs.

Peu à peu, ces troubles de la vue s'accrochèrent ; aux fourmillements et aux engourdissements des bras et des jambes, s'ajouta de la faiblesse musculaire. La malade ne pouvait rester longtemps debout, ni marcher un peu sans être fatiguée, et elle exécutait plus difficilement les mouvements des bras surtout ceux du bras droit. Enfin la vue se perdit tout à fait, et la paralysie des membres du côté droit devint complète. Depuis cinq mois, la malade ne voit plus ; elle ne perçoit pas même la lumière du jour et ne distingue point le jour de la nuit. Les membres du côté droit sont complètement paralysés.

État actuel. — Femme brune, non amaigrie. L'expression du visage est terne, sans expression. Les yeux restent continuellement grands ouverts. On remarque, sur les cornées, les taches déjà signalées.

La malade est obligée de rester assise ou couchée dans son lit.

Le bras droit est inerte ; l'avant-bras, fléchi sur le bras, ne peut exécuter de mouvements ; la malade est obligée de le saisir avec la main du côté opposé pour le mouvoir. Le membre inférieur droit est aussi complètement immobile.

Les muscles de la face, des deux côtés, se contractent bien. La malade accuse une sensation d'épaississement aux lèvres, à la langue, du côté droit. Du reste, on n'observe aucune déviation des traits. La langue, lorsqu'elle est tirée hors de la bouche, ne se dévie d'aucun côté.

La paralysie de la motilité existe seule, dans les deux membres du côté droit ; la malade ressent bien les im-

pressions portant sur un point quelconque du tégument cutané de ces deux membres ; elle perçoit le tact simple, le chatouillement, la douleur, la chaleur et le froid ; en un mot, la sensibilité y est conservée dans tous ses modes.

Crampes douloureuses, soubresauts répétés et fréquents, sensation de froid dans les deux membres atteints. Toutes ces diverses sensations surviennent rapidement et durent quelques secondes, puis disparaissent. Il n'y a pas de position vicieuse des membres, mais, à certains moments, légère contracture, d'ailleurs toujours passagère, dans les deux ; la jambe se fléchit alors un peu sur la cuisse et l'avant-bras sur le bras ; cette contracture passagère est douloureuse et cesse après quelques minutes. Pas d'atrophie musculaire. Peut-être existe-t-il un peu de diminution de la température, dans les extrémités de deux membres du côté droit : du moins la malade se plaint de les sentir toujours froides.

Avec ces phénomènes hémiplegiques se montrent encore divers troubles importants.

Fréquemment, la malade a des vomissements, tantôt avec nausées, tantôt sans malaise et sans efforts. Ces vomissements sont verdâtres, bilieux ; ils viennent moins fréquemment aujourd'hui qu'au début de la maladie. Douleurs violentes dans la tête, se montrant à des intervalles plus ou moins rapprochés. Sensation de plénitude, de constriction extrêmement forte et de lourdeur occupant tantôt toute la tête, tantôt une région, tantôt l'autre, mais sans siège fixe et permanent. Encore aujourd'hui, la malade se plaint de ces douleurs, qui la font beaucoup souffrir, et c'est sur elles qu'elle insiste toujours, car elles tendent à devenir continuelles et plus intenses qu'auparavant.

Enfin il existe, d'après le dire de la malade, une diminution très-grande de la mémoire, une difficulté notable de

l'élocution et une lenteur très-marquée pour parler. Parfois même, il y a un peu de bégaiement.

L'ouïe, l'odorat et le goût sont très-bien conservés; seule, la vue fait totalement défaut. A part les opacités décrites plus haut, il n'existe pas trace de lésions apparentes dans les deux yeux.

L'état général de la malade est excellent; elle conserve un bon appétit; elle dort peu cependant, à cause des douleurs de tête. Constipation habituelle. L'examen du cœur, des poumons, du foie et de la rate, ne présente rien d'anormal à signaler.

L'urine a sa couleur normale et ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. — On institue le traitement à l'iodure de potassium, en commençant par un gramme chaque jour, pris en deux fois, à la fin du repas.

L'état de la malade resta le même jusqu'au commencement de mai; les contractures du bras droit avaient même à peu près disparu ou ne se montraient qu'à de rares intervalles.

Dans les premiers jours de mai, la malade est prise de céphalalgie violente, de vomissements et de contracture du bras droit.

Ces accidents se répètent tous les deux ou trois jours, jusqu'au 12 mai. A partir de cette époque, ils se produisent tous les jours et durent longtemps. Ces phénomènes s'accompagnent d'un embarras de la parole très-marqué; la malade répond avec beaucoup de difficulté et avec lenteur. Les traits de la face se dévient un peu à droite; cette déviation, très-marquée par instants, diminue et disparaît complètement, pour reparaître très-vite.

Le 12 mai, même série d'accidents. Ceux-ci sont suivis d'une période pendant laquelle la malade est plongée dans une somnolence complète; elle en sort cependant pour

répondre aux questions qu'on lui adresse; la respiration est normale.

Cet état demi-comateux dure environ une heure.

Les jours suivants, jusqu'au 16 mai, fréquentes attaques épileptiformes. Contracture dans le membre supérieur droit, vomissements, somnolence.

En même temps, on observe d'autres phénomènes.

La malade est prise d'écoulements leucorrhéiques abondants.

Constipation très-opiniâtre, qui nécessite l'emploi de lavements fréquents, souvent sans résultat.

A partir du 16 mai, les contractures sont peu accentuées; mais, en revanche, la somnolence est constante et dure plusieurs heures. Les questions adressées à la malade ne peuvent plus la faire sortir de sa torpeur. Dans l'intervalle des accès de somnolence, elle semble accablée et ne peut qu'avec peine prononcer quelques paroles.

La constipation et la leucorrhée persistent; des eschares se produisent au sacrum. Cet état dure jusqu'au 28 et va toujours en s'aggravant.

28 mai. — Coma absolu; respiration normale. Les membres sont dans une complète résolution; la somnolence est telle que les excitations extérieures ne peuvent réveiller la malade. Cependant, quand on lui parle un peu fort, il semble qu'elle entend, car elle remue les lèvres comme pour ébaucher une parole.

30 mai. — Le coma persiste encore; de plus, on constate une rougeur assez intense répandue sur toute la face; la malade est couverte de sueurs; constipation; incontinence d'urine.

Les pupilles sont moyennement dilatées et égales.

De temps en temps, quintes de toux peu intenses. A l'auscultation, on entend des râles humides aux deux bases des poumons en arrière.

La température de l'aisselle donne aujourd'hui 40°,4 et le pouls 120.

Depuis le 28, la malade n'a pris aucune nourriture. Aussitôt introduits dans la bouche, les aliments sont rejetés.

Les escharés sur les fesses, au sacrum, se sont considérablement étendues.

Elle meurt, dans le coma, le 31 mai. L'autopsie n'a pu être faite.

OBS. CXXXI. *Tumeur cérébrale d'origine syphilitique. — Amélioration progressive des accidents parétiques sous l'influence du traitement spécifique.*

La nommée X..., âgée de 30 ans, mécanicienne.

Entrée le 1^{er} février 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 12.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 30 ans, mécanicienne, a été réglée à 17 ans.

Les règles ont toujours été régulières.

Elle paraît avoir eu, dans son jeune âge, de la gourme, des gonflements ganglionnaires, des maux d'yeux et d'oreilles, qui auraient duré assez longtemps.

Il y a quatre ou cinq ans, il lui survint des plaques muqueuses à la vulve. L'accident primitif est passé inaperçu. Maux de gorge, qui furent accompagnés de douleurs vives dans la tête. Elle eut aussi une éruption généralisée sur tout le corps, et on voit encore à l'extrémité inférieure de la jambe gauche, ainsi que dans le dos, les traces de cette éruption.

Etat actuel. — La malade entre à l'hôpital pour une *hémiplegie du côté gauche*; la paralysie a débuté il y a trois ans et n'a fait que s'accroître depuis cette époque; l'hémiplegie a été consécutive à une perte de connaissance. La malade souffrait depuis quelques jours de douleurs de tête très-vives; en outre, elle avait des nausées et des vomissements. La perte de connaissance a duré une heure,

d'après ce qu'ont dit à la malade les personnes de son entourage. — Au commencement de l'attaque, il aurait existé des convulsions; d'ailleurs, déjà depuis quelque temps, la malade éprouvait dans les membres du côté gauche, des engourdissements, des fourmillements, et il lui semblait que quelque chose de froid était constamment appliqué à la surface de la peau. Les vomissements depuis lors ont été fréquents; ils n'étaient pas précédés de nausées. Elle a eu également quatre ou cinq fois des pertes subites de connaissance avec convulsions, analogues à la première et précédées des mêmes phénomènes de céphalée, d'éblouissements et de bourdonnements d'oreilles.

L'hémiplegie du côté gauche est aujourd'hui très-nette et beaucoup plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur. La faiblesse du membre supérieur est très-grande; la malade peut à peine serrer la main. Elle marche en fauchant et en traînant la jambe gauche. Pas de contractions involontaires des muscles du membre supérieur. Souvent, les doigts se fléchissent involontairement et très-fortement. La malade est obligée d'approcher sa main du feu pour ramener les doigts dans leur position normale. La jambe est légèrement fléchie sur le bassin et maintenue dans cette position par la contracture des muscles postérieurs de la cuisse. — Cette contracture et la flexion qui en est la conséquence, ne sont pas constantes.

La sensibilité tactile est conservée, excepté à la partie externe de la jambe gauche, où elle est presque nulle.

La sensibilité au froid est à peu près abolie.

Si l'on fait porter au nez la main gauche, quand les yeux sont fermés, la malade le fait avec beaucoup d'hésitation.

Continuellement, elle a des engourdissements dans les doigts; elle ne peut rien tenir à la main; elle a aussi des fourmillements incessants dans les jambes. Quelquefois des

nuages passent devant les yeux; fréquents éblouissements. La sensibilité de l'ouïe est très-augmentée.

La malade est devenue irritable; elle a perdu la mémoire. La mélancolie paraît être aujourd'hui son état ordinaire.

Insomnie habituelle, par suite des douleurs de tête. Il existe aussi parfois de violentes douleurs dans les membres paralysés.

Perte d'appétit; constipation.

L'urine ne contient pas d'albumine ni de sucre; rien à noter du côté des autres organes.

Traitement. — M. Vulpian ordonne 25 grammes de sirop de Gibert; en outre, un gramme d'iodure de potassium; vin de quinquina. Electrification quotidienne, avec la machine à courants induits. Ce traitement est continué un mois. Pendant ce temps de séjour à l'hôpital, la malade n'a pas présenté d'accidents particuliers. L'hémiplégie a rétrogradé progressivement, mais bien lentement; cependant, à son départ, le bras et la jambe avaient récupéré une partie de leurs mouvements; l'état général était très-satisfaisant.

SECTION II

PARALYSIES ET NÉVRALGIES FACIALES.

La physiologie, en déterminant avec précision, les propriétés et le rôle fonctionnel des différents nerfs crâniens, a rendu un service signalé à la pathologie. On ne discute plus aujourd'hui pour savoir quel est le nerf moteur principal, quel est le nerf sensitif de la face. La paralysie faciale, la névralgie faciale, le tic douloureux de la face ont leur siège anatomique bien déterminé.

L'étiologie de la paralysie faciale comporte une série de causes, la plupart faciles à comprendre et à expliquer; il

est pourtant quelques points en litige. L'étude de plus en plus approfondie de la texture et de la structure des centres nerveux, en nous faisant connaître très-exactement le lieu d'origine des noyaux du facial, a simplifié le problème. Pourtant elle n'a pas dit son dernier mot, car les avis sont encore partagés relativement au siège précis de ces noyaux, et surtout pour ce qui a trait à leurs relations avec les parties centrales du cerveau. Ces relations sont établies, comme on le sait, par l'intermédiaire de faisceaux de fibres nerveuses qui, vraisemblablement, vont du bulbe et de la protubérance vers les ganglions centraux. En outre, on se demande s'il faut admettre deux nerfs faciaux, un nerf facial supérieur, un nerf facial inférieur. On sait comment Duchenne de Boulogne, en étudiant la paralysie labio-glosso-laryngée, fut conduit à cette conception, et comment des histologistes trouvèrent bientôt des dispositions anatomiques confirmant cette vue de l'esprit.

Le facial doit-il être considéré comme formé de deux faisceaux dont l'un s'arrêterait dans les noyaux bulbaires d'origine de ce nerf et dont l'autre, l'inférieur, irait se mettre plus directement en relation avec le cerveau proprement dit? Question difficile à résoudre! En tout cas M. Vulpian fait remarquer que la différence entre les deux parties du facial, sous le rapport de leurs relations avec les ganglions cérébraux et l'écorce cérébrale, n'est pas absolue. La portion supérieure du facial, celle qui n'est pas aussi atteinte par les lésions cérébrales que l'autre, n'échappe cependant pas, complètement, à l'influence de ces lésions. On sait, en effet, que l'orbiculaire des paupières, chez les malades atteints d'hémiplégie complète, ne fonctionne pas avec la même énergie du côté paralysé que du côté sain. D'autre part, les observations de M. Potain (Thèse de M. Simoneau, Paris) tendent à prouver que l'orbiculaire palpébral, dans des cas de ce genre, ne peut plus d'ordi-