

Chez cette malade, on a aussi essayé, mais sans succès, le salicylate de soude en potion à la dose de 4, 6, 8 grammes et l'aconitine en injections sous-cutanées dans la région temporale. Au mois d'août, il n'y avait guère de modification dans l'état local, ni dans l'état général.

OBS. CXXXIV. — *Tic douloureux de la face, datant de quinze ans. — Accès douloureux se rapprochant de plus en plus jusqu'à devenir continus. — Attaque apoplectique. — Hémorrhagie cérébrale. — Mort rapide. — Autopsie.*

Le nommé Champion, âgé de 65 ans et 6 mois, maréchal ferrant, entré le 15 mars 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 22.

*Renseignements.* — Ce malade dit s'être toujours bien porté.

Vers l'âge de 14 ans, il eut, dans le Berry, des fièvres intermittentes qui durèrent trois mois; elles ne se sont pas reproduites.

Il reconnaît avoir bu souvent avec excès, surtout du vin. Pas d'antécédents syphilitiques. Rien à noter du côté des parents.

Il est marié et père d'une fille parfaitement bien portante.

Jamais d'accidents rhumatismaux, quoique son métier le prédispose aux refroidissements brusques.

Dès l'âge de seize ans, il avait souvent mal aux dents; une grande partie de celles-ci étaient cariées; les autres se déchaussèrent presque toutes; il en fit arracher un certain nombre, et il ne lui en reste presque plus.

Il y a 15 ans, sans raison appréciable, il fut pris tout à coup, dans la joue gauche, de douleurs atroces; il lui semblait qu'on lui enfonçait des couteaux dans cette joue.

En même temps, il lui était absolument impossible d'ouvrir la bouche, si ce n'est en employant les deux mains;

c'était en procédant ainsi qu'il pouvait ingurgiter quelques cuillerées de bouillon. Ces douleurs, s'exaspérant plusieurs fois par jour, durèrent huit jours.

Son œil gauche clignait un peu, dit-il, pendant les crises.

Un mois après, ces crises le reprirent et furent bientôt arrêtées par des applications de vésicatoires sur la joue et du sulfate de quinine à l'intérieur.

Au bout de quelque temps, les accès le reprirent encore, et, à partir de ce moment, ils revinrent tout les cinq mois environ.

Puis ils se rapprochèrent, survinrent tous les trois mois, tous les deux mois, tous les mois et enfin tous les quinze jours.

Les clignements de l'œil s'accrochèrent de plus en plus, et enfin, depuis 5 ou 6 ans, la face est grimaçante du côté gauche.

L'œil gauche commence à larmoyer, et ce larmoiement alla en augmentant.

Jamais il ne ressentit de douleur dans la partie droite de la face; jamais il ne vit cette région se contracter, grimacer convulsivement comme la gauche.

Depuis le mois de septembre dernier, la douleur, intermittente jusqu'alors, s'établit en permanence à gauche, ainsi que les grimaces convulsives et le larmoiement de ce même côté.

Tous les jours, depuis cette époque, il est pris de quatre à cinq accès épouvantables comme intensité de douleurs; la durée de ces accès varie, d'après son dire, entre quelques secondes et deux ou trois minutes. Ces accès viennent surtout quand il mange, et c'est avec frayeur qu'il commence ses repas, malgré son excellent appétit.

La douleur continuant et augmentant même, les accès douloureux devenant plus fréquents, il entra à l'hôpital le 15 mars 1877.

*Etat actuel.* — C'est un homme un peu vieux pour son âge, légèrement amaigri. Son visage présente une vague expression de tristesse et d'anxiété; les traits sont un peu tirés à gauche.

L'œil gauche, un peu plus fermé que le droit, est le siège d'un clignement fréquent et d'un écoulement continu de larmes.

On constate, par moments, à gauche, des mouvements choréiformes, dans le peaucier, les muscles de la face, l'orbiculaire. Les cheveux et la barbe présentent la même coloration à droite et à gauche.

Pendant que nous l'interrogeons, le malade se met à manger, quoique avec une grande appréhension, et il nous avertit que ses crises vont survenir. En effet, pendant son repas, qui dure environ un quart d'heure, il est pris de trois accès douloureux de quelques secondes chacun.

L'œil gauche se ferme et est agité, par moments, de mouvements convulsifs; la joue s'élève, les muscles de la face se contractent, les traits se dévient un peu à gauche.

Le malade ferme l'œil droit volontairement; il ferme aussi la bouche, il n'ose plus manger; la tête est fléchie en avant et à gauche, les mains portées vers la figure, la face un peu congestionnée. Le malade demeure ainsi quelques secondes dans une angoisse excessive. Puis tout cesse, et, sauf une douleur continue, mais beaucoup plus légère dans la joue gauche (c'est plutôt une sensation de tension), le malade ne ressent plus rien.

Le malade se remet à manger, et cet accès douloureux le reprend encore deux fois en notre présence.

Le siège de la douleur permanente est à gauche, et le malade la limite parfaitement, dans l'espace compris dans le tracé suivant : ligne tirée de la partie supérieure de l'articulation temporo-maxillaire gauche à l'angle externe de l'œil, puis suivant la bordure inférieure de la paupière

supérieure jusqu'à l'angle interne de l'œil. De là, la ligne s'étend le long du sillon naso-labial jusqu'à la commissure gauche, puis la moitié du bord supérieur de la lèvre inférieure jusqu'à la partie médiane de cette lèvre inférieure; elle descend alors verticalement jusqu'à la symphyse du menton, pour suivre d'avant en arrière le bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'à l'angle, et remonter ensuite jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, en longeant le bord postérieur de la branche montante.

De plus, toute la partie interne, muqueuse, de la joue et de la bouche, répondant à ce tracé, est douloureuse. La langue n'est pas le siège de névralgie.

Quant à la douleur d'accès, elle part au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche et s'irradie dans les régions précitées. A la pression, on constate nettement, à gauche, un point mentonnier douloureux, et un autre excessivement douloureux au niveau de l'épine de Spix. On le produit en introduisant le doigt dans la bouche du sujet. Pas de point sous-orbitaire. Pas de douleurs d'aucune sorte dans la langue.

La sensibilité de la face est partout absolument intacte.

Depuis quelque temps, le malade voit la vue et l'ouïe s'affaiblir un peu du côté gauche.

L'intelligence est intacte; le malade dort bien, et, couché dans une attitude spéciale, n'est jamais réveillé par des accès douloureux.

Rien de particulier dans la contractilité et la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs.

Le malade dit avoir beaucoup maigri depuis trois ans.

Légère déformation dans la partie latérale gauche du thorax, partie où il a reçu autrefois un coup de pied de cheval.

Le murmure vésiculaire est amoindri à gauche.

Le cœur est un peu hypertrophié; irrégularités notables;

faux pas du cœur. Pas de souffle, mais bruit de galop. Les radiales sont flexueuses et athéromateuses.

*Foie.* Sain. — *Rate.* Saine. — *Urine.* Normale. — L'appétit est excellent.

*Traitement* (16 mars). — M. Vulpian ordonne : bromure de potassium, 8 grammes.

20 mars. — Le malade a pris, chaque jour, 8 grammes de bromure de potassium. Le tic douloureux augmente et en intensité et en durée. Le malade se réveille la nuit. Suppression du bromure de potassium. Pilules à 0 gr. 0005 (deux, puis trois, puis quatre par jour) d'atropine. Electrification des muscles du côté gauche, qui ne répondent nullement aux courants interrompus dans les parties douloureuses.

22 mars. — Les accès douloureux augmentent ; le malade pousse des cris à chaque instant de la journée.

24 mars. — Il est pris subitement, vers cinq heures du soir, d'une hémiplegie droite complète. Toute la partie droite est dans la résolution et complètement insensible. Coma absolu. Pas de contracture.

La déviation de la face, à gauche, est beaucoup plus marquée qu'auparavant. Évacuations involontaires. Le coma continue.

25 mars. — Le malade meurt dans la soirée.

*AUTOPSIE.* — *Cavité crânienne. Cerveau.* — Rien d'apparent à l'extérieur, si ce n'est, à la face externe, au niveau de la première circonvolution frontale, en avant de la scissure de Rollando, une légère teinte hortensia des deux côtés, mais surtout appréciable à gauche.

La pie-mère est injectée et adhérente sur la face externe du cerveau.

Les branches superficielles, pariétales et frontales de la sylvienne sont très-adhérentes, surtout du côté droit ; elles sont très-athéromateuses.

Plexus choroïdes congestionnés.

A la coupe, on voit, à la face interne de l'écorce grise des circonvolutions, une teinte hortensia assez accentuée.

*Lobe cérébral gauche.* — Sur une coupe transversale, on rencontre, immédiatement au-dessous de l'insula de Reil, en dedans de l'avant-mur, dans le noyau extra-ventriculaire du corps strié, un petit foyer hémorragique longitudinal de 3 à 4 millimètres de longueur et de 1 centimètre de profondeur ; il a coupé les fibres de la capsule interne et décollé l'avant-mur. Ce foyer est rouge ; il contient un caillot récent. Autres parties : normales.

*Lobe cérébral droit.* — On remarque, de ce côté, de petits pertuis lacunaires dans le corps strié. Pas d'autres lésions.

Le cerveau tout entier, et la substance blanche en particulier, sont parsemés de ces lacunes.

Les artères vertébrales, et toutes les artères du cerveau en général, sont athéromateuses ; les frontales constituent un tuyau rigide.

A l'œil nu, le bulbe, la protubérance, le cervelet, ne présentent rien de spécial à noter. Il en est de même sur les coupes. Les ganglions de Gasser et les deux nerfs trijumeaux ont un aspect normal.

*Cavité thoracique.* — Le tissu musculaire du cœur est mou, flasque. Plaques de péricardite anciennes. Pas de lésions d'orifices. Les artères coronaires sont très-athéromateuses.

Très-peu d'athérome à l'origine de l'aorte. A la bifurcation, au niveau de la naissance de l'iliaque interne et externe, l'aorte présente un rétrécissement athéromateux qui semble obstruer presque complètement l'iliaque interne.

Les *poumons* sont congestionnés et emphysémateux ; pas de productions néoplasiques.

*Cavité abdominale.* — Le foie, la rate et les reins sont très-congestionnés. Pas de lésions appréciables.

L'autopsie n'a pas pu être complétée par une dissection des branches du nerf trijumeau jusqu'à leur périphérie, ni par un examen microscopique de ces branches. La protubérance annulaire et le bulbe n'ont pas été emportés, comme on l'avait indiqué, pour être soumis à des recherches ultérieures, après durcissement convenable.

SECTION III. — MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE  
ET DES ENVELOPPES.

ARTICLE PREMIER.

A. — Méningo-myélite sub-aiguë.

Les méninges rachidiennes peuvent, isolément, sans que la moelle participe d'une façon très-notable au processus, être atteintes d'inflammation; celle-ci occupe ou toutes les membranes à la fois, ou une d'entre elles séparément; les termes de pachy-méningite, arachnitis, pie-mérite et mieux lepto-méningite, répondent à ces diverses variétés du siège de l'inflammation. Le plus souvent, lorsqu'il s'agit de la lepto-méningite spinale, le nom de méningo-myélite s'impose au clinicien, car les symptômes de la maladie ne peuvent en général s'expliquer qu'en admettant que la moelle épinière est elle-même, à un certain degré, le siège d'une irritation inflammatoire plus ou moins superficielle.

La méningite spinale aiguë ou subaiguë frappe habituellement, toutes les deux ensemble, l'arachnoïde et la pie-mère, et les couches superficielles de la moelle épinière. Produite quelquefois par le traumatisme, les tumeurs, les irritations de la moelle, elle se rencontre encore dans le cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de l'érysipèle, du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, etc. Dans une autre ordre d'idées, le froid, les

efforts musculaires excessifs ou prolongés en sont aussi les causes indiscutables. Chez le malade de l'observation CXXXV, il s'est agi probablement d'une atteinte rhumatismale des enveloppes de la moelle et de ce centre nerveux.

Le malade, âgé de 34 ans, a toujours été bien portant; il exerçait la profession de boulanger, profession pénible, dans laquelle les ouvriers sont exposés à de fréquents refroidissements. Le 1<sup>er</sup> mars dans la matinée, en revenant de travailler, il se sentit mal à l'aise; presque aussitôt, il eut un violent frisson qui dura cinq heures; ce frisson fut suivi d'une chaleur très-vive et de sueurs abondantes. Dès le soir de ce jour, le malade éprouva une douleur lombaire très-intense; elle était assez forte pour lui arracher des cris quand on remuait son lit.

Les jours suivants, la fièvre ne reparut plus; mais la douleur persista toujours, continue, exacerbante par moments; elle occupait les lombes, et elle s'irradiait dans les cuisses.

Ces douleurs existaient depuis sept semaines, tantôt violentes, tantôt plus faibles, quand le malade se décida à entrer à l'hôpital. A cette époque, 23 avril, les douleurs étaient localisées de chaque côté de la colonne lombaire, au niveau du sacrum. Dans cette région, la pression était très-douloureuse; la douleur était plus vive à gauche qu'à droite; irradiations douloureuses dans les cuisses; sensibilité intacte; la marche était difficile, à cause des douleurs. Il y avait encore de temps à autre un léger état fébrile.

Au bout de quelques jours, le malade maintenait sa cuisse gauche demi-fléchie. Quand on voulait l'étendre, il souffrait beaucoup dans les lombes. Un peu plus tard, les douleurs des cuisses disparurent, et elles se fixèrent au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

On appliqua des ventouses scarifiées; on mit des vésicatoires. Le 2 mai, il survint une douleur en ceinture, au