

variait aussi entre deux à trois jours et dix à quinze jours. Elles offraient les mêmes caractères que lors de la première apparition de la gastralgie. Elles étaient devenues de plus en plus fréquentes dans ces derniers temps.

*État actuel.* — La malade est faible, amaigrie; cependant la figure n'est pas décolorée. Les membres sont grêles et portent la trace d'innombrables injections sous-cutanées de morphine, dont elle a fait un usage immodéré (elle usait en moyenne de 2 à 3 francs de solution de chlorhydrate de morphine par jour).

La marche, sans être chancelante, manque de hardiesse. La malade butte de temps à autre et très-légèrement sur la saillie que font, à la face plantaire, les articulations métatarso-phalangiennes; cependant elle ne déjette pas d'une façon appréciable ses pieds en dehors.

Anesthésie complète aux reins, à la partie supéro-antérieure du thorax, à la face externe des mollets, où l'on peut enfoncer des épingles sans que la malade s'en doute; anesthésie incomplète à la face, aux cuisses, aux bras.

Sensibilité conservée aux mains et aux pieds, peut-être même augmentée aux lombes, aux fesses, au cou et au dos.

Analgésie à la poitrine et aux cuisses; sensation de froid très-développée au dos, au ventre, aux cuisses et aux pieds.

Mouvements réflexes très-prononcés par le chatouillement de la plante des pieds.

La malade résiste, avec énergie, aux tentatives forcées d'extension et de flexion des jambes; elle a conservé la force musculaire.

Au dynamomètre, elle amène 30 et 35.

En lui fermant les yeux et la faisant porter rapidement l'index au bout de son nez, elle va atteindre le lobule de l'oreille du côté opposé.

Si elle cherche à porter, sans le secours de la vue, le

talon d'un côté sur le gros orteil du côté opposé, elle le fait à peu près bien.

Diplopie; la malade voit double presque continuellement. Léger strabisme externe.

De temps à autre, les membres sont traversés par des douleurs fulgurantes atroces. Ce qui domine actuellement, ce sont les douleurs à la région épigastrique. Lorsque, dans cette région, on exerce une pression, même légère, la malade accuse une douleur violente. Fréquemment, dans le courant de la journée, cette douleur se produit spontanément. Elle acquiert bientôt une très-grande violence. Elle est exacerbante et arrive à une intensité extrême. La malade se tord alors dans son lit; elle pousse des cris, elle pâlit; ses yeux s'excavent; l'expression est celle d'une profonde angoisse. Cette douleur, dont le moment d'apparition n'a aucune espèce de rapport avec l'ingestion des aliments, est intolérable, et par instants, comme nous venons de le dire, d'une violence au delà de toute expression. Arrivée à son maximum, elle s'irradie en tous sens, principalement vers le rebord de l'hypochondre gauche et le long du dos. Les crises durent quelques minutes. A certains moments, elles sont comme subintrantes, et elles persistent dix, douze heures de suite.

Très-fréquemment, ces crises douloureuses sont accompagnées de vomissements abondants sans caractères particuliers. Les efforts de vomissements sont toujours très-pénibles. A la fin des crises, hyperesthésie très-notable de la peau de la région épigastrique.

Pas de crises anales. Pas de troubles de la miction.

Cœur et poumons sains.

*Traitement.* — Continuation des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. De plus, application de cataplasmes laudanisés sur le ventre.

On avait fait ailleurs le diagnostic : *ulcère simple de*

*l'estomac*; mais M. Vulpian pensa qu'il pourrait s'agir d'un cas de gastralgie produite par le *tabes dorsalis*, et le lendemain de la première visite il prescrivit du nitrate d'argent en pilules de 1 centigr. chacune : 3 pilules par jour. Malheureusement, pour savoir si cette médication pouvait avoir de l'influence, il eût fallu que la malade n'eût pas de la diarrhée, et le flux intestinal a été abondant à partir du 7 ou 8 mars : dans de telles conditions, on ignore si l'absorption a eu lieu.

2 mars. — Vomissements que rien ne peut arrêter ; violentes douleurs épigastriques que l'injection de 8 centigr. de chlorhydrate de morphine ne peuvent calmer. Douleurs atroces ; la malade se tord dans son lit ; son facies est profondément altéré et porte la marque de la plus vive souffrance ; gémissements continuels.

Continuation des injections jusqu'au 7 mars ; à cette époque, les douleurs gastralgiques et abdominales sont encore plus intenses ; les vomissements sont presque incessants. La malade est abattue, courbaturée, prostrée.

Elle cherche en vain le sommeil, qu'elle ne trouve que dans l'intoxication par la morphine (6 à 8 centigr.).

8 et 9 mars. — Diarrhée cholériforme. Selles séreuses et bilieuses. Les extrémités sont refroidies.

La malade dit que, parfois, elle est très-constipée. Elle reste sept, huit jours sans aller à la selle ; ensuite elle est prise de diarrhée abondante.

Julep avec tannin, 1 gramme. Cataplasmes laudanisés.

La malade ne peut retenir ses matières fécales, qu'elle laisse s'échapper constamment.

Délire ; somnolence. Douleurs gastralgiques atroces, interrompant à chaque instant l'état de somnolence.

Potion avec 6 gr. de chloral. Chlorhydrate de morphine en injections : 8 et 10 centigr. Pilules de nitrate d'argent : 4.

10 mars. — Coma continu. La diarrhée est un peu

arrêtée. Vomissements rares. On cesse les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

11 mars. — Cessation de la diarrhée. Coma très-intense, dont on ne peut sortir la malade, même en la secouant. Commencement d'eschare au sacrum.

12 mars. — Elle est restée toute la journée dans un coma profond. Constipation.

13 et 14 mars. — Disparition du coma ; diarrhée abondante. Reprise de la gastralgie.

15 mars. — On recommence les injections hypodermiques, mais à dose plus faible ; 3 à 4 centigrammes par jour. Tendances à la diarrhée.

16 mars. — Les douleurs gastralgiques sont toujours d'une intensité extrême. Diarrhée abondante.

17 mars. — Diarrhée moindre. L'eschare a, à peu près, la grandeur de la moitié de la main. Sur le grand trochanter droit, rouge et tuméfié, on remarque un abcès de la grosseur d'un pois. Le facies de la malade est profondément altéré. Pâleur, yeux enfoncés et cernés. Voix presque éteinte. Peau de la face et muqueuse linguale froides.

8 et 9 mars. — La diarrhée a disparu ; le coma revient. Le facies n'est plus cholériforme ; mais il est toujours très-abattu et exprime la plus vive angoisse ; les yeux sont fermés, et la malade répugne à les ouvrir.

Tendance à la gangrène sur le grand trochanter.

25 mars. — Alternative de coma et de diarrhée. Relâchement des sphincters. Abolition de l'intelligence.

27 mars. — Mort dans un état comateux et délirant.

*Autopsie.* — *Cavité crânienne.* — *Cerveau.* — Rien à noter.

*Nerfs optiques.* — Ils sont un peu grisâtres et légèrement atrophiés.

La *moelle*, enlevée avec les racines nerveuses et quelques ganglions rachidiens de la région dorsale supérieure, présente des plaques calcaires à la région dorsale, dans

l'épaisseur de l'arachnoïde. Les racines postérieures sont manifestement atrophiées, plus grêles et moins blanches que dans l'état normal, au niveau de la région dorsale. Leur atrophie est toutefois bien moindre que dans les cas plus avancés de *tabes dorsalis*. Les ganglions rachidiens ont leur volume et leur aspect normaux. Rien d'anormal en apparence dans les ganglions du plexus solaire et dans les nerfs qui en émanent.

Sur les coupes méthodiques, faites à l'état frais et échelonnées de centimètre en centimètre, on note une sclérose des cordons postérieurs, jugée par la teinte grise des faisceaux postérieurs. La sclérose ne semble être complète dans aucune région; elle est plus prononcée qu'ailleurs au niveau de la partie supérieure du renflement lombaire, où la moelle et les méninges sont adhérentes.

L'examen histologique de la moelle épinière, pratiqué par M. Vulpian, après deux mois de macération dans une faible solution d'acide chromique, montra qu'il s'agissait bien d'une sclérose des cordons postérieurs; il y avait un peu de méningite spinale postérieure. La lésion n'occupait pas toute l'épaisseur des faisceaux postérieurs; on voyait des fascicules de fibres saines entremêlés avec les fibres altérées. Cette lésion était surtout marquée à l'union de la région dorsale et de la région lombaire. Il faut dire d'ailleurs que ce premier examen n'a pas pu être fait très-méthodiquement et s'est borné à l'étude rapide de deux ou trois coupes. La partie moyenne de la région dorsale de la moelle n'a pas été retrouvée lorsqu'on a voulu procéder plus tard à une recherche complète.

*Cavité thoracique.* — *Poumons.* — Sains. Pas de liquide dans les plèvres.

*Cœur.* — Petit. Son tissu est mou, décoloré, comme graisseux à la coupe; plaques laiteuses sur le péricarde.

*Cavité abdominale.* — *Estomac.* — Absolument normal,

ainsi que l'intestin grêle. Le gros intestin, surtout au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque, présente sa muqueuse rouge, vascularisée et épaissie. Le foie est un peu congestionné, ainsi que les reins. Pas de lésions de leurs tissus.

Obs. CLIII. — *Ataxie locomotrice avec amaurose double.* — *Ataxie des mouvements très-peu marquée.* — *Lésions aortiques.* — *Mort par syncope.* — *Vérification anatomique.* — *Atrophie des nerfs optiques.*

La nommée F..., Elise, âgée de 51 ans, domestique.

Entrée le 5 avril 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 22.

*Renseignements.* — Son père serait mort à 45 ans, à la suite d'un accident. Sa mère, bien portante, a atteint l'âge de 85 ans.

Rien à noter chez les collatéraux. La malade ne se rappelle pas avoir entendu dire qu'elle ait fait dans sa jeunesse quelques maladies sérieuses.

Très-nerveuse, très-impressionnable aux bruits subits qui se faisaient autour d'elle, aux émotions de gaieté ou de peine; les rires et les larmes venaient facilement. Elle ne sait à quel âge faire remonter sa première menstruation, mais elle dit avoir été toujours bien réglée; ménopause cette année.

Depuis lors (un an environ), la malade a ressenti des douleurs fulgurantes qui la prennent dans les deux jambes; elles vont du genou au pied avec la rapidité d'un éclair, surtout quand le temps est orageux. Ces douleurs lui laissent de temps à autre quelques jours de repos; mais quelquefois elles forment de véritables séries, c'est-à-dire qu'à une douleur succèdent cinq ou dix minutes de repos, puis une nouvelle douleur vient, et ainsi de suite pendant une demi-journée et plus.

La malade prétend que ces douleurs fulgurantes et ces séries de douleurs sont surtout communes la nuit, et alors elles seraient plus vives; la malade les compare à celles produites par un fer rouge traversant très-rapide-

ment les chairs et les déchirant. Sous ces influences douloureuses, la malade est réveillée en sursaut et ne peut plus s'endormir. Elle a eu des périodes de dix à quinze jours de repos qui réparaient les forces ; mais ces longues périodes ne se sont guère montrées depuis ces derniers temps.

Fourmillements, picotements incessants dans les membres inférieurs, principalement aux extrémités. Les membres thoraciques ne sont pas atteints de douleurs aussi vives.

*État actuel.* — Depuis le début de ces douleurs, la malade accuse de la faiblesse dans les jambes ; c'est une grande pesanteur dans les membres après une courte fatigue ; cependant la force est conservée, et elle résiste assez bien aux mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse.

La sensibilité est intacte. La malade perçoit le contact immédiatement ; le frottement, la pression et la piqure sont perçus aussi nettement que dans l'état normal.

Les corps froids développent une sensation certainement plus forte qu'à l'ordinaire.

Pendant la station verticale, la malade se soutient très-bien ; mais le début de la progression est hésitant. Elle trébuche même quelquefois, et après quelques instants de marche les pieds sont légèrement déjetés en dehors. La malade n'a pas la sensation du plancher sur lequel elle se tient. Étant sur du carreau, elle affirme énergiquement être sur le parquet. Elle marche cependant assez bien, plutôt comme une personne aveugle que comme une ataxique.

Elle porte assez bien son index à son nez ; mais, si on l'invite à mettre le talon sur le gros orteil de l'autre membre, elle ne le fait qu'en tâtonnant et en le cherchant d'abord du côté opposé.

La vue baisse depuis assez longtemps ; ne faisant pas de travaux délicats, la malade ne s'en est aperçue que depuis peu. Elle affirme qu'il y a un mois elle voyait très-bien

pour se conduire, et même distinguait encore entre elles les personnes qu'elle connaissait. Aujourd'hui, elle voit tous les objets comme à travers un nuage épais ; elle ne distingue pas ceux qui sont trop fins. Pas d'opacités du cristallin.

*Cœur.* — Double bruit de souffle doux à la base, celui du second temps plus fort que le premier. Premier bruit de la pointe légèrement soufflant (rétrécissement de l'orifice aortique avec insuffisance des valvules sigmoïdes).

Double bruit de souffle dans les artères fémorales. Pouls de Corrigan.

*Poumons.* — Rien à noter.

*Cavité abdominale.* — Rien à noter.

*Traitement.* — On donne deux pilules de nitrate d'argent de 1 centigr. Frictions sur les membres avec la pomade au chloroforme.

6 mai. — Diarrhée. Vomissements extrêmement fatigants ; points douloureux au creux épigastrique et le long de la colonne dorsale. Ces points sont douloureux à la pression.

8 mai. — La diarrhée fait place à la constipation. Les vomissements continuent. Dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée et la suffocation. Pas de douleur véritable à la région cardiaque. Pas d'irradiation hors de cette région. Deux verres d'eau de Sedlitz.

9 mai. — Les symptômes de la veille s'accroissent. La malade est prise de véritables accès de lipothymie. Elle meurt dans la soirée à la suite d'une syncope.

*Autopsie faite le 11 mai 1877.* — *Cavité thoracique.* — *Plèvres.* — A peu près un litre de liquide séreux un peu brunâtre, à droite.

*Poumons.* — A la surface du poumon droit, çà et là, quelques plaques fibrineuses de pleurésie récente au niveau de la scissure interlobaire ; la plus étendue avait à peu près 2 centimètres de diamètre.

Les poumons sont le siège d'une congestion œdémateuse