

droite, est très-diminuée à gauche, et il y avait aussi, de ce côté, de temps en temps, un léger suintement de liquide par le conduit auditif.

Aujourd'hui, c'était, dit-elle, la sensation d'une rivière qui coulerait dans les oreilles.

L'olfaction est à peu près normale.

L'extrémité des doigts, la dernière phalange est pâle; la pulpe est épaissie et dure; la peau comme calleuse, avec un aspect macéré; la sensibilité est très-diminuée, et il faut fortement pincer pour que la malade sente quelque chose.

Des deux côtés, dans le creux de la main et aux régions thénar et hypothénar, la sensibilité est également très-affaiblie: c'est à peine si la malade sent lorsqu'on pique avec une épingle. A la face dorsale de la main, elle est mieux conservée, et il n'y a guère que la sensibilité au contact qui ait disparu.

Il y a du reste de l'anesthésie dans toute la moitié droite du corps, mais elle est beaucoup plus marquée en certaines régions que dans d'autres. Il y a même des points où la sensibilité est à peu près normale.

La sensibilité au froid est conservée, ainsi que celle à la chaleur.

Quand on fait exécuter des mouvements aux mains, on détermine encore de la douleur dans les articulations radio-carpiennes et métacarpiennes des deux côtés.

Les mouvements des mains et des doigts s'exécutent mal, et la malade a de grandes difficultés pour porter un verre à sa bouche; elle ne peut même pas le faire de la main droite, qui est lourde et pesante; elle ne la lève qu'avec difficulté; si on lui fait fermer les yeux, les mouvements se font encore de la même manière, sans incertitude plus grande.

La vue paraît saine du côté gauche; du côté droit, la malade verrait double?

Le cœur a des battements réguliers, mais il y a un souffle au premier temps, à la base; bruit de souffle dans les vaisseaux du cou; pas d'hypertrophie cardiaque. Artères souples, petites.

21 juin.— La malade a eu, hier soir, vers huit heures, deux pertes de connaissance; la première a duré plus de cinq minutes, et la seconde près d'un quart d'heure. Elle a demandé qu'on lui portât son enfant, disant qu'elle allait mourir; c'était une véritable attaque d'hystérie, qui a persisté trois quarts d'heure environ.

25 juin.— On ne prescrit qu'un traitement tonique et antispasmodique; mais la malade ne peut rester dans le service, à cause de son enfant, qu'elle avait confié à une nourrice et qu'on lui a rapporté. Elle sort, et son état est à peu près le même; la sensibilité paraît cependant être un peu revenue; le bras droit exécute un peu mieux les mouvements.

SECTION II

PARALYSIE GÉNÉRALE.

Depuis que Bayle et Calmeil ont démontré que la paralysie générale progressive est due à une inflammation chronique des centres nerveux intra-crâniens et de leurs enveloppes, cette maladie, que l'on considérait autrefois comme une vésanie *sine materia*, a pris les noms de périencéphalite diffuse, de méningo-encéphalite diffuse.

Ce qui frappe, dans les relations anatomo-pathologiques données par les auteurs, c'est la multiplicité, l'étendue des lésions. En effet, l'axe cérébro-rachidien et ses enveloppes peuvent être envahis par l'inflammation chronique; souvent, le cuir chevelu lui-même est épaissi; il existe des hématomes fréquents de l'oreille, de l'œdème cérébral

secondaire ; l'arachnoïde présente parfois, dans l'épaisseur de son feuillet adhérent à la pie-mère, de petits kystes. Cette lésion est si commune, que les anciens aliénistes l'avaient donnée comme constante. La pie-mère est enflammée : l'épendyme des ventricules est épaissi, hérissé à sa surface de petites saillies papilliformes. Le processus phlegmasique atteint non-seulement la substance grise, mais encore la substance blanche subjacente. Dans la substance blanche, c'est la névroglie qui est presque seule le siège des modifications inflammatoires. Multiplications des noyaux et des cellules de ce tissu, épaississement et hyperplasie du tissu fibrillaire (réticulum). Dans la substance grise, il y a aussi multiplication des éléments de la névroglie, et altération des cellules nerveuses. Les vaisseaux, dans les deux substances, sont plus ou moins altérés. Les modifications des cellules nerveuses, gonflement, état vitreux, état granulo-graisseux, sont-elles primitives? Y a-t-il, comme le supposait M. Vulpian dès ses premières leçons à la Faculté, en 1867, phlegmasie parenchymateuse de la substance grise du cerveau, au début de l'affection? C'est un point sur lequel la lumière n'est pas encore faite.

Les lésions ne se confinent pas dans la cavité crânienne. Le bulbe est évidemment atteint par l'inflammation. On peut trouver dans cette partie de l'encéphale des lésions d'irritation phlegmasique interstitielle. Les noyaux d'origine des nerfs bulbaires peuvent sans doute être atteints. M. Vulpian a constaté, dans un cas, des accès de laryngisme et de pharyngisme, accompagnés de troubles violents des mouvements du cœur. Ces accès avaient-ils pour cause un état de souffrance de ces noyaux? Comme ils se dissipent au bout de quelques heures, après avoir été menaçants pour la vie; comme ils ont cessé de se manifester pendant plus de deux ans, à la suite de cautérisations répétées de la région cervicale, M. Vulpian pense

qu'ils ont été plutôt déterminés par de l'irritation des méninges et de la couche externe des régions superficielles du bulbe rachidien, au voisinage et au niveau des origines des nerfs glosso-pharyngiens, pneumogastriques et accessoires de Willis.

La moelle épinière, comme MM. Magnan, Westphal, Voisin, Hanot l'ont montré, n'échappe pas au processus; les cas de sclérose des cordons postérieurs, des cordons latéraux, la myélite interstitielle diffuse, etc., le prouvent; peut-être même les nerfs périphériques sont-ils quelquefois le siège d'une inflammation chronique.

On comprend, comme les auteurs l'ont noté et comme bien des fois M. Vulpian nous l'a fait remarquer, que, suivant l'étendue, le siège, la multiplicité des lésions, l'appareil symptomatique de la paralysie générale doivent varier; aussi les aliénistes ont-ils été conduits, afin d'embrasser toutes les variétés cliniques, à créer des *formes* de la paralysie générale.

Celles-ci sont basées sur les modifications que peuvent présenter les symptômes essentiels de la paralysie générale, principalement ceux qui consistent en troubles de l'intelligence, du mouvement, de la sensibilité.

Les troubles du début varient suivant les malades. En effet, l'affection commence ou par des troubles du mouvement, ou par des troubles de la sensibilité et du mouvement, ou enfin par des troubles des facultés intellectuelles.

Voici ce que l'observation a appris à cet égard :

1° Chez certains malades, on note simplement de l'affaïssissement intellectuel, de la perte de mémoire; le travail est difficile; le malade est un faible d'esprit, comme on dit. La force musculaire est un peu diminuée; de temps à autre, quelques contractions fibrillaires se produisent dans les muscles de la face, des membres.

2° D'autres fois, le mouvement seulement est affecté; les

phénomènes dominants sont quelquefois ceux de l'ataxie ; mais le malade est en général un ataxique incomplet ; il manque d'ordinaire quelques traits importants au tableau. Ces désordres de la locomotion, au début, ne sont pas toujours un effet de la paralysie véritable. Le plus souvent, ainsi que M. le professeur Jaccoud l'a établi dans son travail sur *les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, ils consistent en des troubles de la coordination ; c'est une véritable ataxie motrice. La démarche est chancelante ; cependant la force motrice n'est pas diminuée, et le malade ne marche pas en traînant ses jambes ; il élargit sa base de sustentation ; il précipite ses mouvements. Ceux-ci ont une certaine irrégularité qui augmente beaucoup quand le malade ferme les yeux ; en un mot, il n'y a plus contrôle des mouvements. Skae a parfaitement étudié tous ces faits.

C'est principalement lorsque les lésions prédominent du côté de la moelle que l'on observe ces particularités, et bien souvent, si on les méconnaît, on commet des erreurs de diagnostic. Cependant un ou plusieurs des symptômes fondamentaux de l'ataxie motrice font habituellement défaut : les troubles oculaires dans un cas, les douleurs fulgurantes dans un autre, etc. Il importe de rappeler que, chez quelques paralytiques généraux, on observe de véritables crises gastralgiques avec vomissements, comme chez les ataxiques.

Aux membres supérieurs, l'incoordination motrice détruit l'aptitude fonctionnelle des mains et engendre ces troubles de l'écriture, si importants à prendre en considération. Bientôt à l'incoordination motrice s'ajoute le tremblement, double cause qui donne à l'écriture du malade une caractéristique bien nette dans la majorité des cas : les lettres sont mal alignées, moins nettement tracées, etc.

3° Le malade peut avoir à la fois des troubles de l'intelligence et des troubles du mouvement. Ces troubles du

début sont souvent fort difficiles à reconnaître. Le trouble intellectuel, en effet, est parfois peu accusé. Il consiste surtout en modifications graduelles, progressives. Dans un cas, on observe un changement complet dans les habitudes du malade ; tout d'un coup, sans raison, il modifie sa vie antérieure ; ses actes présents ne ressemblent plus à son passé ; économe jusqu'alors, il devient dissipateur ; un caractère doux, enjoué, fait place à la violence, à la colère, etc. D'autres fois, le malade manifeste une ambition démesurée, sans rapport avec sa situation présente ou passée, etc. Bientôt la mémoire s'affaiblit un peu ; l'attention n'est plus soutenue comme autrefois ; le travail intellectuel devient pénible, etc.

En même temps que ces troubles psychiques, on note, chez les malades auxquels nous faisons allusion, des troubles de mouvements consistant souvent, comme nous le disions plus haut, en une véritable incoordination motrice ; parfois il y a un certain degré d'hémiplégie motrice ; quelquefois même la sensibilité est modifiée. C'est dans cette forme que l'on rencontre souvent ces actes immoraux qui prouvent une perturbation intellectuelle profonde ; il y a quelque chose d'analogue à l'*absence* chez certains épileptiques. Les annales judiciaires fourmillent de ces exemples, souvent difficiles à démêler cliniquement, comme M. Lasègue l'a montré.

4° A côté de ces malades, il en est d'autres chez lesquels l'affection débute, ou semble débiter, par des attaques à manifestations beaucoup plus accentuées. La première période de la paralysie générale peut, en effet, être si peu marquée, si atténuée, qu'elle passe vraiment inaperçue, et les manifestations que nous allons décrire paraissent être les premières en date.

Dans un cas, on observe une véritable attaque apoplectique ; quelquefois la mort est très-rapide, mais le plus

souvent le malade sort de cette attaque, *guéri en apparence*, ou bien elles laissent à leur suite un peu d'hébétude, d'obtusité intellectuelle, et ce n'est que plus tard, après quelques années parfois, que se déroule le tableau ordinaire de la maladie.

Ces attaques apoplectiformes sont, comme on le sait, accompagnées généralement d'une notable élévation de la température.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Magnan, lorsque la moelle est atteinte, dans des cas de ce genre, avant le cerveau, les attaques spinales se traduisent par des engourdissements, des fourmillements, des crampes, des convulsions, de véritables paralysies passagères, etc. On conçoit, sans qu'il soit nécessaire d'y insister davantage, combien il importe de connaître ces faits, qui peuvent marquer le début de la paralysie générale.

Outre ces attaques apoplectiformes ou spinales, on peut encore observer de véritables accès épileptiformes ou tétaniformes, qui, fréquents dans le cours de la maladie confirmée, marquent quelquefois le commencement de l'affection.

Ainsi donc, au début de la paralysie générale, on peut observer quatre formes principales, trois à marche lente, une à *marche rapide*.

Ces quatre grands types se retrouvent dans la paralysie générale arrivée à sa *période d'état*.

— L'intelligence est atteinte : c'est une forme particulière. Le malade est un monomane, le plus souvent mégalomane, c'est-à-dire avec délire des grandeurs. Ce délire, depuis son degré le plus faible jusqu'à son expression ultime, est caractérisé par un fait d'une importance capitale dans l'espèce : il porte le cachet de la démence.

La modalité du délire est donc toujours la même ; les aliénistes trouvent dans son mode d'expression un caractère qui le différencie de la monomanie ambitieuse : c'est

l'absurde des conceptions. Il n'existe pas, comme chez les *monomaniques ambitieux*, une suite d'idées bien coordonnées, qui, chez ces derniers, constituent habituellement une série de preuves *persuasives*, en faveur de leurs assertions illusoire. De plus, chez eux, les allures, l'extérieur, la manière d'être, etc., sont parfaitement en rapport avec les idées délirantes. — Les paralytiques généraux, au contraire, ne combinent ni leur conduite, ni leurs actes, pas plus qu'ils n'associent ou coordonnent leurs idées. Falret a surtout nettement montré que ces idées délirantes étaient mobiles, multiples, contradictoires ; en un mot, le monomane suit son idée ; le paralytique général n'est pas logique avec elle. A côté des troubles intellectuels, il peut exister quelques troubles de mouvements, mais généralement peu marqués.

Bientôt se montrent des troubles de la parole et de la statique musculaire. Ces troubles consistent en un *tremblement* plus ou moins marqué, parfois même intermittent. Il affecte généralement les membres supérieurs tout d'abord, et bientôt il rend tout travail de précision impossible. Les muscles des lèvres, de la mâchoire, de la langue sont bientôt envahis. Ce dernier organe est alors agité par une trémulation incessante portant surtout sur la pointe et sur les bords. Il en résulte une difficulté de la parole bien analysée dans ces dernières années. Comme l'a fait remarquer M. le professeur Lasègue, ce tremblement ou *bégaiement*, d'abord peu accusé, s'accroît beaucoup sous l'influence des émotions. Le malade a de la difficulté pour prononcer certains mots, ceux en particulier avec consonnes labiales ; il fait effort, veut précipiter sa parole, et il prononce mal ; il omet des syllabes, oublie des mots, etc. En même temps, dans les cas accentués, les lèvres tremblent, les muscles de la face sont parcourus par des contractions fibrillaires.

Les troubles de la parole sont assez variables. Les aliénistes, en général, distinguent les variétés suivantes : lenteur, hésitation, tremblement, balbutiement, bégaiement, bredouillement, etc.

La maladie continue à progresser. On observe alors quelquefois une altération du timbre de la voix ; puis apparaît l'inégalité de la pupille.

La sensibilité générale est parfois atteinte, quelquefois sous forme hémiplegique ; mais ce sont les sensibilités spéciales, l'odorat, l'ouïe, le goût, qui, le plus souvent, présentent des modifications. Ces modifications sont dues aux progrès de la méningite chronique, qui envahit les nerfs crâniens ; peut-être aussi à sa propagation aux parties postérieures des hémisphères cérébraux, s'il y a réellement dans ces régions, comme le pense M. Ferrier, des centres sensitifs.

Le délire peut être un délire triste : le malade est un *lypémaniaque*. Une impression habituelle de tristesse, l'inquiétude, la crainte, la terreur, sont les premiers phénomènes en date. Le malade est d'abord un mélancolique, bientôt il a un véritable *délire de persécution*. Sans cesse en proie à des idées tristes qui le tourmentent, en but à des hallucinations de même nature, le malheureux paralytique devient son propre bourreau ; il refuse tout, même les aliments, parce qu'il a crainte qu'ils soient empoisonnés !

Chez quelques-uns de ces malades, il survient un délire hypocondriaque absolu. Les conceptions sont complètement délirantes ; les malades s'imaginent que leurs organes sont changés, qu'ils sont aveugles, muets, etc. Chez d'autres, mais plus rarement, la modification intellectuelle, à cette période, consiste, au contraire, dans le contentement, la joie, relativement à tout ce que fait le malade, à tout ce qui lui arrive : c'est la forme *béate*, avec *délire de satisfaction*.

D'autres fois, le paralytique général est un véritable maniaque, en apparence ; l'agitation est extrême ; il pousse des cris, etc.

Chez certains malades, comme à la période de début, l'*attaque apoplectique* est le phénomène dominant ; les attaques se répètent, se succèdent, sont subintrantes ; le paralytique général est pour ainsi dire en état de mal apoplectique. C'est là une des formes les plus graves. La température est celle d'une pneumonie franche pendant tout le temps de l'attaque.

Enfin les complications médullaires, sclérose des cordons latéraux, des cordons postérieurs, etc., peuvent encore, dans l'une quelconque des formes précédentes, modifier le tableau clinique.

La maladie continue ses progrès, le paralytique devient un *dément* ; il n'y a plus de suite dans les idées ; la parole est extrêmement difficile : le malade ne tarde guère alors à devenir gâteux ; il maigrit, tombe dans l'état cachectique, etc.

Il importe, au point de vue de la pathogénie générale de l'affection, de faire remarquer que tous les accidents qui, dans l'immense majorité des cas, évoluent sous le type chronique, peuvent avoir une *marche aiguë* ; les symptômes de la paralysie générale, énumérés plus haut, se retrouvent, mais ils marchent très-rapidement.

Ces poussées aiguës, d'ailleurs, surviennent assez souvent dans le cours de la péri-encéphalite diffuse chronique. Une particularité est encore importante à rappeler : je veux parler des *intermittences*, des rémissions quelquefois très-longues qui se montrent aux diverses périodes de la maladie ; le malade est guéri en apparence, et, s'il meurt d'une affection intercurrente pendant cette période, on pourra croire, ce qui est arrivé plusieurs fois, avoir guéri la paralysie générale.

Ces considérations sur la symptomatologie de la maladie, considérations qui s'appuient sur les travaux de Bayle, Calmeil, Marcé, Lasègue, Magnan, Voisin, Hanot, Westphal, etc., rendent plus facile l'exposé clinique des trois observations suivantes :

— La première (obs. CLXV) concerne un homme âgé de 64 ans, exerçant la profession de menuisier. Chez lui, l'affection paraît avoir débuté il y a longtemps, à l'âge de 34 ans. En effet, déjà à ce moment, il avait des idées de grandeur, etc.

A l'âge de 52 ans, il semble avoir été frappé d'une attaque apoplectique. En 1870, il a fait un séjour à Sainte-Anne. Le jour de son entrée à l'hôpital de la Charité, on constate tous les signes caractéristiques de la péri-encéphalite diffuse. Les phénomènes dominants étaient chez lui des troubles de l'intelligence ; la sensibilité générale et spéciale était intacte, mais la mémoire faisait défaut au malade, principalement lorsqu'il s'agissait des choses qui se sont passées dans ces dernières années.

La mémoire des chiffres a à peu près complètement disparu ; c'est là un fait assez particulier et qui devait être noté.

— La seconde observation (obs. CLXVI) est celle d'un homme âgé de 46 ans, gardien de la paix.

Chez ce malade, l'affection a commencé en 1864. A cette époque, il éprouvait un affaiblissement notable de la vue ; il voyait les objets comme à travers un voile ; cet affaiblissement de la vision dura 4 mois.

En 1870, il eut une première attaque apoplectiforme, dans laquelle il perdit complètement connaissance. Il y a deux ans, il commença à ressentir des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; ces douleurs, quelquefois extrêmement violentes, comme lors de l'entrée du malade à l'hôpital, persistaient encore à son départ. A cette époque aussi, son caractère commença à changer.

En octobre 1876, nouvelle attaque apoplectique, pendant laquelle le malade est entraîné à tomber du côté droit. A partir de ce moment, il a eu une héli-anesthésie droite complète avec des troubles de la vue et de l'ouïe, du côté correspondant.

Le jour de son entrée à l'hôpital, 15 février 1877, la paralysie avait considérablement diminué. Il existait à peine de différence entre la force déployée à droite et à gauche. Sensibilité normale. Seuls les troubles de la vue, de l'ouïe persistaient, ainsi que l'état intellectuel. De plus, les douleurs fulgurantes, dans les membres inférieurs, étaient très-violentes ; il existait également de la douleur en ceinture ; et, au niveau des lombes, il y avait un point extrêmement douloureux.

Ainsi, chez ce malade, il y a eu : 1° des attaques apoplectiques, dont l'une a été suivie d'une paralysie motrice droite, avec anesthésie absolue ; 2° des signes d'irritation des cordons postérieurs de la moelle, sans ataxie du mouvement bien marquée.

Une autre particularité est encore intéressante : c'est la *rémission* de tous ces symptômes, rémission qui a été telle que, quand le malade a quitté l'hôpital, on aurait pu le considérer comme guéri.

Il a pris pendant un mois de l'iodure de potassium.

— L'observation CLXVII est un cas de paralysie générale qui a débuté, et c'est là surtout le côté intéressant, presque dans l'enfance.

Le père et la mère du malade étaient très-nerveux ; la sœur est morte folle.

A l'âge de 10 ans, le malade aurait été pris d'une difficulté de la parole, qui a toujours existé depuis, mais qui a augmenté singulièrement à partir de l'âge de 20 ans. A cette époque, son intelligence faiblit ; la mémoire se perdit également ; il eut fréquemment mal à la tête.