

2° La *périostose phlegmoneuse* est rouge, chaude, douloureuse; les téguments s'amincissent assez vite, et l'abcès s'ouvre de lui-même, si le chirurgien ne l'incise pas promptement.

3° La *périostose plastique* est caractérisée par la présence entre l'os et le périoste d'un épanchement plastique d'une consistance primitivement plus grande que celle de la première variété. Elle peut être une des terminaisons de la périostose gommeuse, ou bien le premier degré de certaines variétés d'exostoses.

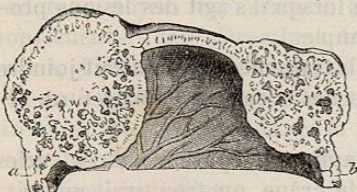


Fig. 79. — Exostose des os du crâne.

les exostoses ont été divisées en *exostoses parenchymateuses* et en *exostoses épiphysaires*. Quelques auteurs, tenant compte aussi de la densité et de la consistance de ces tumeurs, ont donné à certaines exostoses la dénomination d'*éburnées*.

Dans l'*exostose parenchymateuse*, la matière pécifique qui, par ses transformations, va donner lieu à la tumeur osseuse, se dépose, comme son nom l'indique, dans le parenchyme même des os, et elle s'insinue dans l'intervalle des fibres osseuses, qu'elle sépare. Les *exostoses épiphysaires* se développent dans le périoste ou sont une transformations d'un épanchement plastique situé entre l'os et le périoste. L'os normal reste souvent intact autour de l'exostose épiphysaire, et ce n'est que plus tard qu'il contracte avec la tumeur des adhérences. La surface des exostoses de cette variété est rarement unie; elle présente ordinairement des bosselures, des inégalités; elle est noueuse et stalactiforme. Si elle est moins douloureuse que l'exostose parenchymateuse, elle se résout aussi moins facilement, et c'est parmi les exostoses épiphysaires qu'on trouve le plus souvent la forme éburnée.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes des exostoses varient suivant qu'on étudie les tumeurs d'une manière générale, ou qu'on tient compte de leurs divers sièges. Sans parler de la tuméfaction dure à laquelle donnent lieu les exostoses, le signe le plus constant et le plus caractéristique de ces formations syphilitiques, c'est la douleur qu'elles provoquent, et qu'on a appelée *ostéocope*. Cette douleur s'observe quelquefois sans gonflement osseux, mais elle se trouve assez souvent liée à l'exostose pour pouvoir confondre leur histoire. La *douleur ostéocope* consiste au début dans une gêne, un engourdissement plutôt qu'en une sensation vraiment trop douloureuse. Mais bientôt la douleur est vive, térébrante, aiguë, déchirante, fixe, circonscrite, exaspérée par la pression. Cette douleur se montre surtout la nuit, et elle vient à une heure déterminée. Ricord a expliqué l'apparition constante de cette douleur pendant la nuit par la chaleur du lit; et à ce

propos il faisait remarquer que les malades qui font du jour la nuit, et qui se couchent pendant la journée, souffraient précisément pendant le jour, au moment où ils voulaient reposer. Vidal a répondu que, si la chaleur était la cause de ces douleurs ostéocopes, les boulangers, qui sont exposés pendant la nuit à la chaleur la plus intense, devraient éprouver cette douleur au moment où leur four est chaud, et non pas dans la journée, quand ils sont au lit; ce qui est, dit-il, contraire à l'observation. Sans vouloir insister davantage sur ce point, qui appelle de nouvelles recherches, nous signalerons le phénomène sans l'expliquer.

On a cherché à distinguer les douleurs musculaires dites *rhumatoïdes*, des douleurs *ostéocopes*: les premières, symptômes secondaires, siègeraient dans les muscles; les autres, accidents tardifs, auraient pour cause une lésion osseuse. Mais on a donné de ce fait une simple affirmation, sans aucune apparence de démonstration. Au lieu de dire que la syphilis prend d'abord la peau, puis plus tard les os, n'est-il pas plus juste de penser que la syphilis, maladie *totius substantiæ*, s'empare immédiatement de tous les organes, mais qu'elle se révèle au début dans chacun d'eux par des lésions superficielles ou de simples troubles, et que les lésions plus profondes appartiennent aux périodes tardives?

La peau qui recouvre les exostoses n'est, en général, ni chaude ni rouge; en outre, elle est mobile sur la tumeur. En dehors de ces symptômes généraux, les exostoses présentent des particularités suivant leur siège. Ces sièges de prédilection sont: la face antéro-interne du tibia à sa partie moyenne, les os du crâne, la clavicule, le cubitus, la partie inférieure du radius, les extrémités supérieure et inférieure du péroné et le sternum. Or l'exostose du tibia peut comprimer certains filets nerveux, et donner lieu à des douleurs continues qu'on ne doit pas confondre avec les douleurs ostéocopes; elle gêne quelquefois aussi la circulation du membre, en comprimant les vaisseaux. Ce membre devient plus lourd, et Rodet a insisté (*Gazette médicale de Lyon*, 1859) sur l'atrophie musculaire que ces exostoses peuvent causer. On a vu des luxations de la clavicule produites par ces tumeurs. Mais ces phénomènes de voisinage deviennent bien plus sérieux quand l'exostose intéresse des organes importants: qu'une exostose, par exemple, se développe dans la cavité crânienne ou médullaire, et l'on prévoit les phénomènes d'une gravité extrême que l'on observera dans ces circonstances. Les exostoses et les douleurs ostéocopes réclament le traitement des accidents tertiaires.

12° Des tumeurs blanches syphilitiques.

Cette affection assez rare a été bien décrite pour la première fois par Richet (1), dans un mémoire sur les tumeurs blanches; cependant il en existait déjà quelques exemples disséminés çà et là dans la science. Ricord dit avoir vu certaines tumeurs blanches dont la syphilis avait influencé la

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1853, t. XVII.

marche, mais jamais il n'a observé cette affection comme expression directe de la diathèse syphilitique.

Richet décrit deux variétés de tumeurs blanches syphilitiques : 1° la *synovite*; 2° l'*ostéite articulaire suivie de synovite*. Il a publié trois observations de ces deux variétés : c'est sur ces observations, et sur d'autres faits qu'il n'a pas recueillis complètement, qu'il a tracé l'histoire des tumeurs blanches syphilitiques. J'ai pu étudier aussi sur le vivant un cas très-frappant de cette lésion dans sa première variété.

a. Synovite syphilitique. — La synovite syphilitique paraît rentrer dans la classe des phénomènes secondaires tardifs, et se présente aussi comme symptôme tertiaire; elle n'a encore été observée qu'à l'articulation du genou. Essentiellement chronique, elle débute par une douleur sourde, et ce n'est qu'un peu plus tard que se fait lentement et peu à peu l'épanchement articulaire. Cet épanchement disparaît quelquefois et revient d'une manière intermittente. Richet accorde une grande valeur à cette intermittence qui caractérise souvent d'autres accidents syphilitiques. Les téguments ne participent pas au gonflement; la tuméfaction, qui est quelquefois considérable, est exclusivement déterminée par l'épanchement du liquide dans la synoviale, et par l'épaississement gommeux de cette membrane; on sent alors dans la profondeur de la synoviale des plaques indurées élastiques. Chez le malade que j'ai observé, ces plaques étaient très-volumineuses et simulaient si bien un fungus articulaire, qu'un chirurgien avait proposé de combattre cette tumeur blanche par le fer rouge, et, à son défaut, par le couteau. Le malade a très-bien guéri par la médication spécifique. Quel est le siège de ces plaques? Se sont-elles développées dans la synoviale, ou bien sont-elles le résultat de dépôts plastiques dans la capsule fibreuse articulaire? Il est probable, selon moi, qu'elles siègent dans le tissu cellulaire sous-synovial. La douleur n'est pas ordinairement très-vive; elle ne s'exaspère point par les mouvements; les malades souffrent davantage quand ils sont couchés.

En résumé, la synovite syphilitique peut être soupçonnée par sa marche chronique, ses récidives, les plaques indurées de la synoviale et les caractères de la douleur qui, n'augmentant point par les mouvements, s'exaspère par le repos au lit; mais, pour compléter le diagnostic, on devra interroger avec soin les phénomènes morbides antécédents et concomitants.

Cette affection se termine par résolution, et cède assez vite à un traitement spécifique et à l'emploi de quelques moyens locaux. L'action efficace et rapide du traitement est encore un signe de sa spécificité.

b. Ostéite articulaire. — L'ostéite articulaire est ordinairement suivie de synovite. Richet l'a observée deux fois à la partie inférieure du fémur, une fois à son extrémité supérieure.

Cette affection doit être rangée parmi les accidents tertiaires. Son invasion est quelquefois soudaine, rapide; d'autres fois, l'ostéite survient lentement : quoi qu'il en soit, la douleur est très-vive, lancinante, revenant surtout la nuit, et s'étendant sur toute la longueur de l'os, qui est gonflé;

les mouvements et la pression du membre sont très-dououreux. La synoviale se prend assez vite, et du liquide s'épanche à l'intérieur de sa cavité : dans un cas, Richet a retiré par une ponction capillaire un liquide muqueux, jaunâtre, filant, qui renfermait quelques flocons d'une couleur un peu plus foncée; ce liquide se prit en gelée comme le caillot d'une saignée. Cet épanchement vient augmenter le gonflement de l'articulation qui était déjà produit par l'hyperostose de l'extrémité articulaire; en outre, la synoviale s'épaissit, et, dans un cas, Richet et Cullerier y ont remarqué un corps dur, gros comme une amande; ce corps paraissait siéger dans le tissu cellulaire sous-séreux, et il disparut rapidement sous l'influence du traitement. On n'observe pas plus de symptômes généraux que dans la variété précédente; mais l'ostéite est plus grave que la synovite. Abandonnée à elle-même et traitée trop tardivement, elle se termine par l'ankylose; elle a, du reste, peu de tendance à suppurer, et l'on n'observe pas ces abcès périarticulaires, ces fistules si fréquentes dans la tumeur blanche scrofuleuse. Elle se distingue, d'un autre côté, du rhumatisme articulaire par l'absence de phénomènes inflammatoires locaux et généraux.

Ce qui conduit à songer à l'ostéo-synovite syphilitique, c'est donc l'absence de symptômes fébriles et de réaction locale, le gonflement des os, l'induration de la synoviale, un épanchement articulaire qui n'est ni aussi rapide que dans le rhumatisme inflammatoire, ni aussi tardif que dans l'ostéite aiguë, enfin la très-vive douleur éprouvée par les malades d'emblée et brusquement. Mais ce diagnostic a besoin d'être confirmé par les antécédents du sujet et la pierre de touche du traitement.

L'iodure de potassium doit être immédiatement prescrit. Richet y a joint un traitement local constitué par des vésicatoires, la compression avec des bandelettes de Vigo et la cautérisation transcurrente. Mais, malgré ces moyens, la maladie finit souvent par l'ankylose.

13° Des lésions et des troubles fonctionnels du système nerveux dans la syphilis.

La syphilis du système nerveux est peu connue, et ce qu'on en sait est souvent fort incertain. Beaucoup d'auteurs qui ont écrit sur la vérole la mentionnent à peine; ceux qui lui consacrent quelques lignes la font entrer dans la classe de la syphilis viscérale, et la considèrent comme constituée seulement par des accidents tardifs. Ces écrivains, en rejetant ainsi à une période avancée de la diathèse les manifestations nerveuses syphilitiques, ne voient qu'un côté de la question. La syphilis, en effet, comme nous l'avons déjà fait remarquer, est une maladie générale qui se porte, dès le début, sur les différents tissus; or le système nerveux, comme la peau, peut être aussi bien affecté d'accidents précoces que de lésions tardives; et ce n'est pas le siège sur tel organe ou tel tissu, mais la nature et la pénétration plus ou moins profonde de la lésion dans ce tissu ou cet organe qui indiquent l'âge de la maladie, et font d'un symptôme un accident précoce ou une manifestation tardive. On observe des névralgies au

début de la période secondaire, et certaines paralysies comme accidents tertiaires. Mais l'histoire de la syphilis nerveuse, en devenant ainsi plus complexe, est loin d'être mieux connue.

HISTORIQUE. — Les manifestations nerveuses de nature syphilitique ont été observées depuis longtemps. Ulric de Hutten attribuait déjà cette origine à certaines paralysies (*de Morbo gallico*, 1519); et, sans aller aussi loin, Sanchez, en douant la syphilis de toutes les formes morbides imaginables, n'a pas oublié les maladies nerveuses. Astruc, Swediaur, Fabre, ont aussi fait à la syphilis une assez large part dans les névroses. Mais, de nos jours, cette question a été reprise avec ardeur; des observations intéressantes de syphilis nerveuse ont été publiées par Sandras, Marcé, Ludger-Lallemant, Nélaton, Beyran, Faurès, Hug. Thomson, Schutzenberger, Virchow, Dittrich, Lebert, etc.; et, tout récemment (1859), le concours pour le prix Civrieux, devant l'Académie de médecine, a fait éclore plusieurs travaux sur ce sujet.

On devra surtout consulter, pour l'histoire de la syphilis du système nerveux, les travaux suivants :

BEDEL, *De la syphilis cérébrale* (thèse de Strasbourg, 1851). — YVAREN, *Des lésions cérébrales liées à la syphilis* (*Gazette méd. de Lyon*, 1858, n° 20). — HILDENBRANDT, *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (thèse de Strasbourg, 1859). — G. LAGNEAU, *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860. — L. GROS et LANCEREAUX, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861. — LADREIT DE LACHARRIÈRE, *Des paralysies syphilitiques* (thèse. Paris, 1861, n° 56).

Les exemples de manifestations nerveuses syphilitiques sont aujourd'hui assez nombreux; mais ce qui manque pour faire l'histoire de la syphilis nerveuse, c'est moins le nombre que la valeur des observations. Le défaut principal des auteurs qui se sont occupés de cette question a été d'accepter, souvent sans critique, beaucoup de faits fort incomplets, mal définis, du moment que, par un point quelconque, si petit qu'il fût, ils pouvaient les rattacher à la syphilis. Cette absence d'examen critique n'est pas une des moindres causes de la confusion qui règne sur ce point.

Ces réflexions ne s'appliquent pas à toutes les manifestations nerveuses syphilitiques; elles n'ont trait qu'à celles qui sont pour ainsi dire l'expression directe de la diathèse sur le tissu nerveux, et non l'effet d'une lésion de voisinage, d'une compression, par exemple. L'histoire des dernières manifestations, qu'on a aussi appelées *indirectes*, est mieux connue. Tous les auteurs admettent qu'une gomme, une périostose, une exostose, puissent comprimer quelquefois le cerveau ou un nerf, et qu'il y ait ainsi des troubles nerveux symptomatiques de cette compression. Ces effets ont été étudiés depuis longtemps, et nous les avons déjà signalés à propos des exostoses.

L'histoire des manifestations *directes* de la syphilis sur le système nerveux est beaucoup plus obscure; car elles n'ont pas de caractère particulier qui décèle la diathèse, et le diagnostic ne repose souvent que sur

les antécédents, les commémoratifs, et l'action du traitement spécifique. Or, ces antécédents, ces commémoratifs, n'ont pas une valeur absolue; la syphilis n'est pas un obstacle à l'existence de certaines maladies nerveuses idiopathiques, on ne doit donc pas la considérer comme la cause de toutes les affections nerveuses que l'on observe chez un syphilitique : il peut y avoir là simple coïncidence. L'action du traitement spécifique n'a pas non plus une signification certaine : le mercure et l'iodure de potassium peuvent guérir ou modifier d'autres affections que la syphilis, et parce qu'un symptôme disparaît ou est amélioré sous l'influence de ces moyens, on ne peut pas en conclure nécessairement que ce symptôme était syphilitique. Mais, d'autre part, certaines lésions des centres nerveux pourraient bien ne point guérir par le traitement spécifique, et n'en être pas moins syphilitiques; car les lésions du tissu nerveux ne se réparent point par ce traitement spécifique comme celles d'autres tissus qui se reproduisent avec une remarquable facilité. L'anatomie pathologique a peu éclairé cette question : les autopsies sont rares, et le plus souvent on ne trouve aucune lésion. Cependant, malgré ces difficultés, il ne faut pas renoncer à l'idée de tracer l'histoire des manifestations nerveuses de nature syphilitique.

Quelques auteurs les ont divisées en deux classes : la première renfermant les troubles nerveux sans lésions appréciables, les névroses proprement dites; la deuxième comprenant les troubles nerveux symptomatiques de lésions nerveuses, d'exsudats, par exemple, dans l'épaisseur du tissu nerveux.

Mais la relation entre les symptômes observés et les lésions que l'on trouve à l'autopsie a été trop rarement établie, trop incomplètement observée pour que nous puissions étudier isolément les névroses et les états morbides avec lésion appréciable. Nous nous bornerons à examiner dans deux paragraphes différents les symptômes nerveux fugaces ou persistants qu'on peut rattacher à la diathèse syphilitique et les principales lésions observées dans quelques-uns de ces cas, sans vouloir aller jusqu'à décrire des espèces nosologiques bien distinctes.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les troubles nerveux sont de plusieurs ordres : ils portent sur l'*intelligence*, la *sensibilité générale*, la *motilité*, les *organes des sens*.

Ces trois sortes de phénomènes morbides peuvent se rencontrer chez le même sujet. Un malade est pris à certaines époques de mouvements épileptiformes, plus tard il est frappé d'hémiplégie; ou bien encore il tombe dans le coma, et ses membres insensibles sont dans une résolution complète. Nous verrons, en traitant de l'anatomie pathologique, que ces troubles variés s'expliquent ordinairement par quelques tumeurs intracrâniennes, une exostose, ou un exsudat plastique comprimant le cerveau, quelquefois par un ramollissement : dans certains cas aussi l'autopsie ne révèle aucune altération. Nous avons eu l'occasion de voir un homme de trente-sept ans qui, six mois après un chancre induré et diverses manifestations constitutionnelles, fut frappé d'hémiplégie, et mourut au bout de

quelques jours dans le coma. L'autopsie, faite avec le soin le plus minutieux, ne montra aucune lésion.

1° *Troubles de l'intelligence.* — Les attaques épileptiformes, les troubles intellectuels symptomatiques de tumeurs syphilitiques du crâne, sont des faits assez bien connus et acceptés : mais il n'en est plus de même de l'existence des *épilepsies*, des *hémorrhagies* et des *congestions* directement produites par l'influence de la syphilis sur le tissu cérébral. Il suffit de lire les observations qu'on a publiées pour voir que souvent la syphilis a été admise sans raison sérieuse, ou qu'il s'agissait d'une coïncidence. Quant à ces malades qui se croient poursuivis, rongés par la diathèse, c'est là une manifestation de l'hypochondrie, une forme de délire; mais ce phénomène, qu'on a appelé *syphilophobie*, ne doit pas être considéré comme une *folie syphilitique*.

On a admis également des *mélancolies*, des *manies*, et des *paralysies générales* de nature syphilitique : on a même publié des observations qui, pour quelques médecins, paraissent favorables à cette opinion, et Hildenbrandt a consacré au développement de cette manière de voir sa thèse inaugurale.

Nous comprenons qu'on fasse rentrer la syphilis avec la misère, les privations, les chagrins, dans l'étiologie banale de la folie et de la paralysie générale : mais jusqu'alors nous ne saurions considérer ces maladies, en tant qu'entités morbides distinctes, comme des symptômes directs de la syphilis. Ainsi donc, niant la folie comme accident spécifique et n'acceptant les troubles intellectuels que liés aux lésions de la sensibilité ou du mouvement, et comme résultat d'une compression, par exemple, nous allons immédiatement passer à l'étude des troubles de la motilité et de la sensibilité, troubles qui peuvent se montrer isolés.

2° *Troubles de la sensibilité.* — Il est très-rare d'observer l'*anesthésie* sans qu'il y ait en même temps perte du mouvement. Nous n'en connaissons qu'un exemple publié par Pétrequin (1). Il y avait nécrose de la table externe du coronal, paralysie de la sensibilité des membres inférieurs et perte du goût. Le plus ordinairement l'anesthésie est liée à la perte du mouvement, comme cela s'observe dans les hémiplegies et les paraplégies.

Les observations d'*hémiplegie* et de *paraplégie* sont aujourd'hui assez nombreuses. Ladreit de Lacharrière en a trouvé quarante disséminées dans les différents recueils, et il a pu en observer lui-même onze nouveaux cas. Elles sont dues tantôt à une lésion de voisinage, tantôt à une altération nerveuse; quelquefois il n'y a pas de lésion appréciable, et l'on dit alors qu'elles sont le résultat d'une altération dynamique. Souvent l'hémiplegie se manifeste brusquement : il n'en est pas de même de la paraplégie, qui débute ordinairement d'une façon insidieuse. Lagneau a cependant observé un cas de paraplégie survenue brusquement : ce fait est publié dans le travail de son fils (obs. 227, p. 511). L'hémiplegie peut

(1) *Gazette médicale*, 1836, p. 643.

exister indifféremment du côté droit et du côté gauche : le plus souvent le côté correspondant de la face est frappé de paralysie. Toutefois nous connaissons un exemple de paralysie alterne : il est dû à Foville et Siredey (1). La paralysie est souvent compliquée d'atrophie musculaire. Cette atrophie était surtout remarquable chez un malade observé par Rodet (de Lyon) (2).

L'*hyperesthésie* s'observe bien plus souvent sans être accompagnée de troubles de la motilité, et les faits de *névralgies syphilitiques*, sans être très-fréquents, ne sont pas cependant rares. Ces douleurs violentes sont quelquefois le résultat d'une compression nerveuse, comme Worms, Vidal, Cruveilhier en ont publié des exemples, dans les cas où il s'agissait de compression du trifacial. Piorry a observé une sciatique produite par une exostose. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent il y a douleur vive sans qu'on puisse l'expliquer par une compression, sans même qu'il y ait lésion appréciable du nerf; on a alors à traiter une véritable névralgie.

Ces névralgies affectent principalement le nerf trifacial : quelquefois une seule branche est douloureuse; dans d'autres cas, c'est l'ensemble de ses rameaux qui est frappé. Trousseau (3) et Vaulpré (4) ont publié des exemples très-convaincants de cette névralgie. On a cité aussi quelques cas de névralgies affectant d'autres nerfs, le plexus cervical, le plexus brachial, le nerf médian, etc., mais beaucoup de ces faits sont sans valeur. Nous ne nions pas la possibilité de ces névralgies : on ne voit pas en effet pourquoi le virus syphilitique, pouvant rendre douloureuse la cinquième paire, n'aurait pas la même influence sur d'autres branches nerveuses : seulement la plupart des faits que l'on a cités sont trop peu concluants pour être acceptés. Nous faisons toutefois des réserves pour deux cas de gastralgies syphilitiques : l'un est tiré de l'ouvrage de Trousseau et Pidoux, l'autre a été observé par Andral (5). Nous reviendrons, en faisant le diagnostic, sur les caractères qui permettent de reconnaître une névralgie syphilitique : nous dirons seulement ici que ces *névralgies directes* se distinguent des douleurs dues à une compression nerveuse, en ce que dans la névralgie la douleur est, en général, le seul phénomène qu'on observe; dans les *névralgies indirectes*, il est bien rare que la douleur ne soit précédée ou suivie, quelquefois même accompagnée de paralysie ou de convulsions.

3° *Troubles de la motilité.* — La motilité peut être exagérée; elle peut, au contraire, être diminuée et même avoir disparu complètement. Examinons ces principales espèces de paralysies.

Paralysie faciale. — La paralysie faciale, dont je ne décrirai pas ici les symptômes bien connus, n'est pas rare; j'en ai observé un cas dans lequel l'accident s'est manifesté en même temps qu'une poussée violente

(1) *Gazette hebdomadaire*, 11 mars 1859, p. 147.

(2) *Gazette médicale de Lyon*, 15 avril 1859, p. 195.

(3) *Traité de la matière médicale*, t. I, p. 230.

(4) *Bulletin de thérapeutique*, t. XLII, p. 75.

(5) *Clinique médicale*, t. IV, p. 122.

d'accidents secondaires. Ladreit de Lacharrière, dans la thèse que nous avons citée, en a signalé treize observations. Le début de cette paralysie est quelquefois brusque; quelquefois la maladie se montre d'une façon lentement progressive. Elle est souvent précédée de douleurs très-vives, et ordinairement il n'y a pas d'anesthésie. Yvaren a publié un cas de paralysie syphilitique du nerf facial, avec hyperesthésie de la face du même côté. La coexistence de l'anesthésie avec la paralysie musculaire a fait diagnostiquer à certains médecins l'origine cérébrale de la paralysie: nous ne savons pas jusqu'à quel point cette opinion est fondée. On sait aussi que Duchenne (de Boulogne) donne une provenance cérébrale à la paralysie, lorsque les muscles paralysés conservent l'excitabilité électromagnétique. Le plus ordinairement la paralysie faciale n'occupe qu'un côté de la face. Davaine (1) a rapporté un cas de paralysie double, et ce fait est emprunté à Charles Bell.

Parmi les causes exceptionnelles de paralysie indirecte du nerf facial, nous citerons un fait de Potain, où la compression était due au développement morbide d'un ganglion de l'antiragus (2).

Paralysie de la troisième paire. — Cette paralysie débute quelquefois brusquement; elle se montre alors pendant la période secondaire. Ailleurs, au contraire, son développement se fait avec lenteur; c'est alors un accident tardif dû à une compression. Van Oordt a publié dans sa thèse un exemple de compression du nerf moteur oculaire commun par une tumeur gommeuse s'étendant, d'une part, de la partie antérieure de la selle turcique au milieu de l'apophyse basilaire, et, d'autre part, occupant latéralement toute la largeur du corps du sphénoïde. D'autres observations ont été publiées par Rayner, et Schutzenberger, Ricord, Francès, Dupré, Constantin Paul; on les trouvera entièrement rapportées dans le livre, si riche d'érudition, de Lagneau fils.

Cette paralysie existe rarement des deux côtés; quelquefois même la paralysie est limitée à un seul rameau de la troisième paire. L'abaissement de la paupière est ordinairement le premier symptôme que l'on observe. Cette chute de la paupière supérieure est plus ou moins complète; elle ne s'accompagne pas d'épiphora, à cause de la persistance d'action de l'orbiculaire. Il y a en outre strabisme externe, et l'œil a subi autour de l'axe antéro-postérieur un mouvement de rotation de bas en haut et de dehors en dedans. En outre, la pupille est dilatée, est l'iris a perdu sa contractilité; quelquefois la branche du releveur est seule paralysée. Certains malades accusent de la diplopie, surtout marquée pour les objets éloignés, et de la faiblesse de la vue par défaut d'accommodation de l'œil.

Paralysie de la sixième paire. — Des observations de la paralysie du moteur oculaire externe ont été publiées par Badin d'Hurtebise, Rayner,

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV.

(2) Salneuve, thèse de Paris, 1852, n° 240.

Sandras, Lucas-Championnière, Mackenzie, Foville, Moissenet, Landry, Beyran, Luton.

Le début est ordinairement précédé de douleurs vives vers les régions temporale, sus-orbitaire et frontale du même côté: dans l'observation de Luton (1), la douleur siégeait à la région mastoïdienne, du côté opposé à la paralysie. Cette paralysie est quelquefois double; mais ordinairement un seul nerf est affecté. Elle est caractérisée par un strabisme interne ou convergent plus ou moins prononcé. Beyran (2) a observé le rétrécissement de la pupille avec la persistance de sa contractilité, et Luton explique ce fait par une anomalie signalée par Grant: dans cette anomalie la racine motrice du ganglion ophthalmique était fournie par le moteur oculaire externe. Comme la paralysie du moteur oculaire commun, la paralysie de la sixième paire s'accompagne de diplopie et de quelques troubles de la vision. La diplopie existe lorsque le malade regarde fixement un objet avec les deux yeux.

Paralysie de la quatrième paire. — Cette paralysie est simplement caractérisée par la diplopie et par l'abaissement de la cornée du côté paralysé. La diplopie a cela de particulier, que les deux images sont placées l'une au-dessus de l'autre; on peut faire disparaître la double image en inclinant la tête à gauche, si c'est le grand oblique droit qui est paralysé; à droite, si c'est l'oblique gauche. Cette paralysie est assez difficile à reconnaître. Est-ce pour cela qu'elle a été peu observée? Deux exemples seulement en ont été publiés par Græfe (3).

4° Troubles de sensibilité spéciale. — Amauroses. — L'amaurose syphilitique, si l'on veut entendre par ce mot un obscurcissement de la vue sans lésions apparentes à l'extérieur, n'est pas rare; c'est au contraire un symptôme de vérole assez fréquemment observé. Pendant longtemps on a admis que cette cécité était due à un simple trouble dynamique; mais aujourd'hui cette opinion ne saurait plus être acceptée sous cette forme absolue. Dans les nombreux examens que nous avons faits de prétendues *amauroses syphilitiques*, nous avons pu, avec l'ophthalmoscope, découvrir souvent une lésion des membranes profondes de l'œil. L'amaurose est quelquefois aussi le résultat d'une lésion cérébrale ou d'une tumeur, d'une gomme, par exemple, développée à la base du crâne et comprimant les nerfs optiques à leur origine. La compression peut avoir lieu au niveau de l'anneau ostéo-fibreux que traverse le nerf optique à son entrée dans l'orbite; une tumeur syphilitique située dans cette cavité peut agir de la même façon. Dans ces diverses circonstances, les nerfs optiques sont plus ou moins altérés et leur papille est très-notablement atrophiée.

Quand la cécité n'est pas due à une lésion propre du cerveau et du nerf optique ou à leur compression, l'ophthalmoscope permet de découvrir une

(1) *Union médicale*, 20 septembre 1860.

(2) *Mémoires sur la paralysie syphilitique du nerf moteur oculaire externe* (*Union médicale*, juillet 1860).

(3) *Archiv für Ophthalmologie*, t. I, 2^e partie, p. 313-318.