VINGT-QUATRIÈME LEÇON

SUR UN CAS DE TÉTANOS

(12 DÉCEMBRE 1885).

Histoire d'une malade prise de tétanos à la suite d'une fausse couche. — Mode de début. — Caractères des symptômes. — Évolution. — Mort au cinquième jour.

Enseignements de ce fait. — Étiologie. — Importance des lésions des organes génitaux. — Symptômes. — Caractères de la contracture tétanique. — De la température dans le tétanos. — Caractères distinctifs entre l'hyperthermie tétanique et l'hyperthermie symptomatique des phlegmasies et des pyrexies. — De la marche de la maladie. — Durée. — Terminaisons. — Traitement.

D'une forme spéciale de tétanos traumatique. — Tétanos de tête ou hydrophobique.

MESSIEURS,

Mardi et mercredi derniers (8 et 9 décembre) je vous ai montré une malade couchée au numéro 34 de notre salle Laënnec; la rapidité de sa mort ne m'a pas permis une troisième démonstration, cette femme a succombé le jeudi 10 à quatre heures du matin. La maladie qui l'a tuée est rare, c'est le tétanos; c'est déjà une raison pour que je ne laisse pas échapper cette occasion de vous en entretenir; mais en outre, la maladie s'est développée ici dans des conditions particulières, qui méritent d'au-

tant plus d'attention qu'on ne leur donne pas toujours, dans l'étiologie, la place importante qu'elles doivent y occuper.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, de constitution robuste, dont les antécédents de famille sont déplorables : son père et sa mère sont morts phtisiques; son mari est mort phtisique il y a cinq ans, et depuis cette époque, elle croit avoir remarqué qu'elle s'enrhume très facilement, et que ses rhumes ont une ténacité toute nouvelle; cependant, je vous le dis une fois pour toutes, l'examen de la poitrine ne révèle aucune altération. Cette femme a eu trois enfants, mais un seul est vivant; les deux autres ont succombé à une méningite, à l'âge de deux et trois ans. Cette famille est donc profondément tuberculeuse.

Néanmoins, notre malade était en parfaite santé lorsqu'il il y a trois mois, elle devint enceinte pour la quatrième fois. Le début de la grossesse est excellent, la santé reste irréprochable. Le 29 novembre dernier, au commencement du quatrième mois, cette femme éprouve une émotion violente, à la suite de laquelle elle fait une fausse couche le même jour. Pendant les quatre jours qui suivent, les choses se passent au mieux, aucun accident ne survient. Mais le soir du cinquième jour, le vendredi 4 décembre, la malade s'aperçoit tout d'un coup qu'elle éprouve par moments une grande difficulté à ouvrir la bouche. Dans la nuit, cette difficulté devient permanente, et dans la journée du samedi elle fait place à une impossibilité absolue; vers le soir du samedi, surviennent en outre de la raideur dans le dos, un sentiment

de constriction thoracique, et une certaine difficulté dans les mouvements respiratoires. Le lendemain, dimanche 6 décembre, ces symptômes persistent, et la malade vient à l'hôpital dans l'après-midi. M. Netter, qui la voit le soir, lui trouve une température de 37°,5, et prescrit immédiatement le chloral à haute dose.

Lorsque je la vois pour la première fois le lundi matin, il y a une aggravation notable dans son état : l'occlusion de la bouche est invincible, mais elle n'est pas permanente, le trismus se relâche par intervalles, et la malade peut alors prendre des boissons et son médicament; il n'y a pas le moindre vestige de raideur dans les muscles de la nuque, donc pas d'opisthotonos cervical; mais il y a une rigidité extrême dans toute la masse sacro-lombaire, dans les muscles larges de l'abdomen et dans les muscles droits qui sont contracturés au maximum. Tous ces muscles, et notamment les muscles droits, sont le siège de douleurs spontanées extrêmement violentes, qui arrachent des cris à la malade.

Ces contractures une fois constatées, il est facile de reconnaître qu'elles présentent au complet les caractères spéciaux des contractures tétaniques. Deux éléments les constituent; c'est d'abord une rigidité permanente et uniforme susceptible de détente momentanée; ce sont en outre des spasmes paroxystiques subits qui portent à son maximum la contraction des muscles. Ces spasmes éclatent avec une entière spontanéité, ou bien ils apparaissent comme des secousses réflexes, que provoque la plus légère excitation; l'attouchement de la peau, l'insufflation sur un point des téguments, l'ébranlement du lit suffisent pour amener le paroxysme; il en est de

même des tentatives de mouvement volontaire faites par la malade; bien plus, la simple intention du mouvement agit comme excitation efficace sur le système excito-moteur, et en provoque la réaction additionnelle. C'est au moment de ces spasmes que les douleurs, dont les muscles convulsés sont le siège, atteignent leur plus vive acuité. Pendant ces accès, la contracture envahit souvent des muscles, qui ne sont pas pris dans l'état de rigidité uniforme.

Dès le lundi matin, 7 décembre, ces paroxysmes étaient très accentués chez notre malade; à la face, la diduction soudaine des commissures labiales produisait un type parfait du rire sardonique, il y avait en même temps un grincement de dents tellement bruyant qu'il était pénible à entendre; alors aussi, le tronc était projeté en avant par le spasme subit des muscles sacro-lombaires, et les muscles larges de l'abdomen devenaient aussi rigides que des plaques de fer. — Ainsi que je vous l'ai dit, le cou et les membres étaient libres, l'action du diaphragme était régulière; pourtant la malade se plaignait de constriction thoracique, et la respiration était pénible et saccadée. — La température était de 38°,5, supérieure d'un degré à celle de la veille au soir.

L'examen organique ne révélait aucune altération, le toucher vaginal n'apprenait rien de particulier, il n'y avait pas vestige de symptômes cérébraux, l'urine était normale.

Après soixante heures de maladie, le tétanos aurait pu être plus généralisé, mais ne pouvait pas être plus nettement caractérisé. Il n'y avait donc place pour aucune hésitation dans le diagnostic, et il était heureux

qu'il en fût ainsi, car si les symptômes avaient été moins démonstratifs, les antécédents de famille de cette femme nous auraient donné fort à réfléchir, la méningite tuberculeuse de l'adulte pouvant revêtir des formes tout à fait anormales.

Je continue le traitement par le chloral dont j'augmente la dose, et que je fais donner en potion et en lavement.

Le lendemain matin, 8 décembre, j'ai un moment d'espoir; il n'y a pas eu d'extension de la contracture à d'autres groupes musculaires, les douleurs sont un peu moins vives, et il semble que le trismus se relâche un peu plus fréquemment. Tant en potion qu'en lavement, la malade a pris, dans les vingt-quatre heures, 13 grammes de chloral; c'est avec ces doses de 12 à 15 grammes que j'ai obtenu, dans deux cas, la guérison d'un tétanos non traumatique.

A côté de ces indices favorables, je trouve un signe très fâcheux, c'est une nouvelle ascension de la température; elle n'était la veille au soir que de 38°,4, elle est ce matin de 39 degrés.

Nous sommes certains, par là même, qu'il y a eu dans la nuit un très grand nombre de spasmes paroxystiques, car ces accès sont un des éléments générateurs de l'hyperthermie du tétanos.

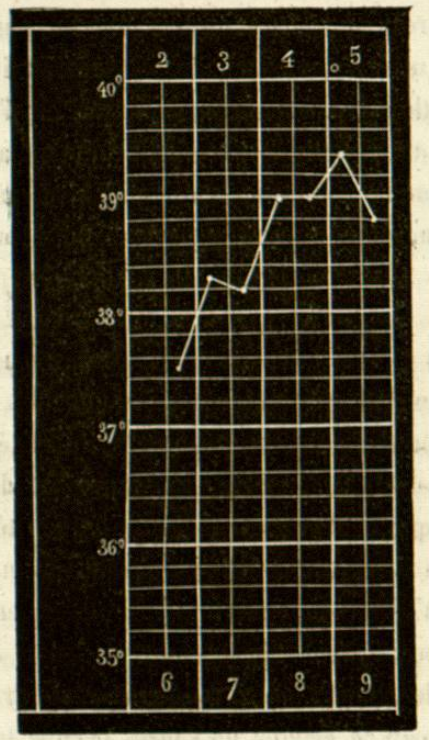
Le traitement est continué, et la journée se passe sans incident notable.

Le mercredi matin, 9, je constate une aggravation considérable dans l'état de la malade. Les membres

supérieurs sont encore libres, mais le cou est renversé en opisthotonos, et les membres inférieurs, raidis comme des barres de fer, ne peuvent être pliés; la veille on avait constaté une exagération positive des réflexes patellaires.

Tracé XVIII. — TÉTANOS D'ORIGINE UTÉRINE.

Jours de la maladie.



Décembre.

La diduction sardonique de la face est permanente, et la malade, renversée en arc de cercle, réalise au degré complet la description classique; elle ne touche son lit que par l'occiput et par les talons. Le diaphragme fonctionne encore; il y a trente-six inspirations à la minute,

le pouls est petit et serré, les battements du cœur s'accélèrent pendant les redoublements de la contracture, il y a un peu de moiteur à la face, mais pas de sueur sur le corps. La parole est très difficile, entrecoupée et aphone. La température encore accrue est de 39°,4. — Depuis la fin de la nuit, il y a incontinence de l'urine et des matières.

L'état reste le même durant la journée; vers le soir on constate une somnolence marquée qui traduit l'influence de l'anoxhémie sur l'encéphale, et qui est l'indice précurseur de l'asphyxie terminale; la malade s'éteint sans phénomène nouveau le jeudi 10, à quatre heures du matin, cinq jours et demi après le début des accidents.

Tel est le fait qui vient de se passer sous vos yeux, voyons les enseignements qui en découlent.

Et d'abord, quant à l'ÉTIOLOGIE, de quel tétanos cette femme a-t-elle été atteinte? évidemment d'un tétanos traumatique. Le traumatisme est la plaie utérine résultant de la fausse couche. Et je vous ferai remarquer à ce sujet, qu'on ne met pas toujours assez en évidence l'influence des plaies des organes génitaux sur la production du tétanos. Cette influence est pourtant considérable, car ce groupe de causes occupe le troisième rang pour la fréquence, dans l'étiologie du tétanos traumatique; les blessures des extrémités sont en première ligne, puis viennent celles de la face, et ensuite celles des organes génitaux. Plaies de l'accouchement à terme ou avant terme, plaies opératoires, il n'importe, le tétanos peut être la conséquence de tout traumatisme

génital; plusieurs fois il a été observé à la suite de l'ovariotomie, et l'on sait que la castration chez le cheval peut avoir le même effet. — En ce qui concerne l'importance pathogénique de l'utérus, je puis vous en donner une idée précise par le relevé publié en 1882 par Wallace (de Calcutta) : ce relevé comprend 121 cas de tétanos traumatique, et sur ce total il y a 29 cas de grossesse ou de fausses couches (1).

Le tétanos d'origine génitale éclate dans les mêmes délais que le tétanos traumatique en général, c'est-à-dire presque immédiatement ou peu de jours après le traumatisme, ou bien plus tard, au moment où la cicatrisation est presque achevée ; ce développement tardif qui a été observé à la suite de l'ovariotomie, peut être expliqué par la compression que font subir aux filets nerveux le rapprochement et l'adhésion des lèvres de la plaie. Cette variété est connue sous le nom de tétanos de cicatrisation. Le danger spécial qui résulte de cette éventualité, ne disparaît que quelques jours après l'achèvement de la cicatrisation.

Relativement aux SYMPTOMES, notre fait ne nous a montré aucun phénomène nouveau, mais vous y trouvez un type achevé de la symptomatologie régulière de la maladie; déjà je vous ai montré combien a été net et précis le double caractère de la contracture tétanique, rigidité uniforme et spasmes paroxystiques, vous avez pu constater également l'exagération formidable de l'excitabilité spinale, puisque le moindre attouchement suffi-

(1) Wallace, *Statistics of Tetanus in the Med. College Hospital Calcutta* (*The Lancet*, 1882).

sait pour provoquer l'explosion instantanée des accès, la malade était exactement dans la même situation que l'individu empoisonné par la strychnine, tout cela est parfaitement régulier. Une seule particularité mérite d'être relevée, c'est la précocité absolument exceptionnelle de la contracture dans les muscles sacro-lombaires, et dans les muscles larges de l'abdomen. Je pense que cette localisation spéciale est en rapport avec l'origine utérine de la maladie.

Notre cas n'a pas été moins régulier, moins instructif en ce qui concerne le phénomène majeur de l'élévation de la température. La vulgarisation du thermomètre dans l'observation clinique a redressé une erreur radicale; on a cru longtemps que le tétanos était une maladie apyrétique, et l'on donnait cette absence de fièvre comme le moyen de diagnostic le plus facile et le plus certain avec les méningites et les méningo-encéphalites. Nous savons aujourd'hui que la réalité est tout autre : l'augmentation de la température est la règle constante dans le tétanos, pour peu qu'il dure, et cet accroissement arrive très ordinairement aux chiffres élevés qui constituent l'hyperthermie.

L'élévation de la température dans le tétanos reconnaît un double facteur, d'une part la contraction tonique permanente d'un certain nombre de muscles, d'autre part les accès spasmodiques qui, chacun pour son compte, ajoutent à l'accroissement initial. Ce n'est pas au moment même du début de l'accès que l'augmentation a lieu; alors, au contraire, pendant les deux premières minutes, il y a une petite chute de deux à cinq dixièmes de degré; mais quand le paroxysme tétanique

est établi, la température s'élève au-dessus de son chiffre primitif, par une ascension dont le degré et la durée sont directement proportionnels à l'intensité et à la persistance de la contraction. Ces faits pathologiques sont en harmonie parfaite avec les recherches expérimentales de Béclard et de Ziemssen, lesquelles ont démontré que les muscles en contraction tonique émettent plus de chaleur que dans la contraction clonique.

Telle étant l'origine de l'élévation thermique dans le tétanos, on conçoit que la température ne présente aucune régularité dans sa marche, aucun caractère cyclique déterminé; elle n'a même pas toujours l'exacerbation vespérale. Voyez le tracé de notre malade : deux fois, le 7 et le 9 décembre, la température du soir est inférieure à celle du matin; une fois, le 8, elle est égale, si bien que pendant la durée de l'observation l'accroissement du soir ne s'est pas montré une seule fois. C'est par cette irrégularité, par cette absence de marche cyclique, que les symptômes thermiques du tétanos diffèrent de ceux qui caractérisent les inflammations et les pyrexies.

Dans la plupart des cas, il y a dans les premières heures qui suivent la mort une nouvelle augmentation de température, laquelle, d'après les observations de Wunderlich et de Leyden, peut dépasser deux degrés et demi. Notre malade ayant succombé à quatre heures du matin, je ne puis vous renseigner exactement sur l'élévation thermique *post mortem*, mais je puis vous affirmer néanmoins qu'elle a été très considérable, car à neuf heures du matin, cinq heures après la mort, le ther-

momètre introduit dans le vagin marquait encore 38°,4.

La MARCHE de la maladie a été dans notre cas tout à fait continue; c'est le mode le plus fréquent et le plus redoutable; les accidents s'aggravent avec une rapidité variable, mais ils s'aggravent incessamment sans aucune rémission, de sorte que la terminaison fatale a lieu au bout d'un très petit nombre de jours. — Mais il importe de distinguer une autre modalité, dans laquelle la marche est vraiment rémittente; les rémissions qui atténuent ou font disparaître les accidents durent plusieurs heures, un jour entier, parfois même davantage, et par le fait de ces détentes momentanées, qui se répètent un plus ou moins grand nombre de fois, la durée totale de la maladie peut dépasser trois ou quatre semaines. Ces cas, qui ont été qualifiés de tétanos chroniques, sont moins graves que les autres, ne fût-ce que parce qu'ils laissent plus de temps pour le traitement.

En ce qui concerne la TERMINAISON notre cas ne nous apprend malheureusement rien de nouveau, il ne fait que confirmer la gravité bien connue du tétanos traumatique, qui, vous le savez sans doute, est encore plus redoutable que le tétanos spontané ou idiopathique. Le relevé de Wallace, dont je vous ai déjà parlé, me permet de vous exprimer cette différence par des chiffres; ce travail comprend 280 cas, savoir 159 cas de tétanos idiopathique, 121 cas de traumatique; or, pour le premier groupe la mortalité est de 69,7 p. 100, tandis qu'elle est de 83,4 pour le second.

Au point de vue des LÉSIONS ANATOMIQUES, notre fait

vient s'ajouter à la série considérable des cas négatifs. Voici les résultats de l'autopsie qui a été pratiquée avec le plus grand soin par M. Bourcy.

Aucune trace de méningite soit simple, soit tuberculeuse.

A la surface de l'encéphale, les gros troncs vasculaires sont gorgés de sang; la trame même de la pie-mère est médiocrement injectée.

Sur la moelle les vaisseaux de la pie-mère sont fortement injectés, notamment au niveau du renflement lombaire et brachial, le maximum d'hyperhémie est au niveau du renflement lombaire.

La masse encéphalique est de consistance très ferme; les coupes pratiquées de demi-centimètre en demi-centimètre sont d'aspect normal; tout au plus peut-on noter dans la substance blanche centrale un léger piqueté rouge, dû à la coupe de vaisseaux distendus par le sang.

La moelle est absolument normale; il en est de même du bulbe, de la protubérance, des pédoncules et du cervelet; les deux substances s'y distinguent d'une façon tout à fait remarquable.

En somme, conclut avec raison M. Bourcy, aucune altération notable des centres nerveux.

Rien à signaler dans les autres organes, si ce n'est une injection vasculaire assez marquée dans la partie terminale de l'intestin grêle, où l'on trouve un léger degré de psorentérie sur une longueur de 30 centimètres.

L'utérus n'est pas encore complètement revenu sur lui-même, il mesure 13 centimètres 1/2 de hauteur, et 8 centimètres de largeur au niveau des cornes; il

est du reste sain, ainsi que les trompes et les ovaires. La plaie placentaire, comme vous pouvez vous en assurer, est encore très visible.

Je ne dois pas vous laisser ignorer que dans bon nombre d'autopsies on a constaté des lésions importantes de la moelle et de l'encéphale; mais la diversité et l'inconstance de ces lésions ne me permettent pas d'y voir une altération caractéristique et nécessaire de la maladie, ce sont des altérations secondaires ainsi que Rokitansky et Demme l'ont eux-mêmes établi il y a longtemps déjà, altérations qui impliquent une certaine durée de la maladie, et qui sont vraisemblablement dues à l'excitation persistante des nerfs périphériques. Pour le tétanos traumatique, cette évolution est bien démontrée par la névrite ascendante qui a été plusieurs fois constatée.

Au surplus, Messieurs, vous comprendrez facilement l'absence de lésions propres et nécessaires pour le tétanos, si vous ne perdez pas de vue que la maladie peut éclater presque immédiatement après l'action de la cause productrice, et tuer en un temps très court. J'ai cité, dans ma *Pathologie*, deux faits bien instructifs à cet égard; permettez que je vous les rappelle : Un nègre dont l'histoire est rapportée par Bardeleben, se blesse au pouce avec un fragment de porcelaine, et un quart d'heure après, il meurt du tétanos. — Tel encore le cas de l'enfant américain, dont parle de Mirbeck; il était en sueur lorsque son compagnon de jeu lui jette sur la poitrine un verre d'eau très froide; le spasme se déclara immédiatement, et au troisième jour l'enfant était mort. — Il n'y a évidemment place ici pour aucune lésion anatomique de centres nerveux; la lésion n'est donc

pas nécessaire pour que la maladie éclate et tue, et par suite lorsqu'une lésion est constatée, elle doit être envisagée comme un processus secondaire.

Quelques auteurs, notamment Roser et Billroth, puis Rose et Richardson ont considéré le tétanos comme une maladie infectieuse; et l'on a invoqué plusieurs fois à l'appui de cette opinion une autopsie relatée par Griesinger, dans laquelle on a trouvé, entre autres lésions, une intumescence des plaques de Peyer, et une obstruction des pyramides rénales par des cylindres récents. L'absence possible d'incubation, accessoirement les caractères de la température condamnent déjà cette interprétation, qui ne peut subsister devant l'absence de transmissibilité, fait de premier ordre qui a été démontré par Arloing et Tripier : ils ont introduit dans la jugulaire d'un cheval sain le sang d'un cheval atteint de tétanos, et la maladie ne s'est pas développée.

Le résultats des recherches relatives aux microbes sont également contraires à cette manière de voir. Dans cinq cas, Bowlby n'a pas pu trouver de microbes dans le sang des malades, ni pendant la vie, ni immédiatement après la mort. — Dans un cas de tétanos traumatique, Hare a décelé, par la coloration au violet de méthyle, de nombreux microbes dans le sang d'une veine cervicale, examiné trente minutes après la mort. Mais l'inoculation de ce sang est restée sans effet. — Je ne vous dis rien des recherches de Nicolaier, dont les résultats ne me paraissent nullement applicables à l'homme (1).

(1) Bowlby, *Five cases of Tetanus with some Remarks on its Pathology* (*St-Barthol. Hosp. Rep.*, 1884).

Ainsi que vous l'avez vu, j'ai traité notre malade par le chloral à haute dose; j'y étais encouragé par deux succès auxquels j'ai déjà fait allusion, mais il est vrai qu'il s'agissait dans ces deux cas du tétanos spontané, L'événement a trompé mon attente, et la rapidité avec laquelle se sont précipités les accidents ultimes ne m'a pas laissé le temps de recourir à une autre médication. Malgré ce revers, le chloral est un des agents les plus utiles dans le traitement du tétanos, et même, nombre d'observateurs sont d'accord pour lui accorder la première place.

Je ne veux point vous énumérer ici les nombreuses médications qui ont été employées dans le traitement de cette maladie, mais je crois devoir vous dire quelques mots de celles qui peuvent revendiquer un certain nombre de succès positifs.

Les inhalations de chloroforme sont d'une réelle utilité, et si nous nous en rapportons aux conclusions de Handell, dont le travail repose sur l'étude de quatre cent quinze cas, c'est cette méthode qui présente la meilleure proportion de guérisons (1). Ce traitement, pourtant, n'est pas sans danger, et il exige en tout cas une constante surveillance; en effet pour être efficace, c'est-à-dire pour amener le relâchement des contractures, l'anesthésie doit être répétée à chaque reprise notable du spasme; cette pratique expose donc à l'asphyxie, qui est le danger spécial de la maladie elle-même.

Hare, *Notes on traumatic Tetanus* (*Brit. med. Journ.*, 1884).
Nicolaier, *Ueber infectiösen Tetanus* (*Deutsch. med. Wochen.*, 1884).
(1) Handell, *A Study of* 415 *Cases of Tetanus* (*Virchow's Jahresbericht für das Jahr* 1880).

L'opium, surtout les injections de morphine, ont réussi plusieurs fois; les signes d'une action favorable sont la cessation des douleurs, la rémission des crampes, et l'apparition de sueurs; ces phénomènes indiquent en même temps que le remède doit être suspendu, ou que la dose doit en être diminuée jusqu'au retour de nouveaux paroxysmes. Ce mode d'administration entrecoupée met à l'abri du narcotisme, qui doit être soigneusement évité dans une maladie dont le principal danger est l'asphyxie.

Bien que le *curare* n'ait pas complètement répondu aux espérances qu'on en avait conçues, il a aussi ses succès. Les expériences remarquables de Voisin et Liouville ont établi que cette substance peut être administrée à des doses bien supérieures à celles qui ont été employées d'abord. Ainsi, dans le tétanos, « on peut donner d'emblée la dose d'un décigramme d'un curare de force moyenne, et, dans un espace de vingt-quatre heures, injecter sous la peau un autre décigramme à trois et quatre reprises différentes ».

Les résultats obtenus avec la *fève de Calabar* sont assez encourageants. On peut donner 4 grammes par jour d'une teinture faite avec 4 grammes de fèves pour 30 grammes d'alcool rectifié, et cette dose peut être graduellement portée au double; ou bien on fait prendre l'extrait ou la poudre de fève à la dose de 20 à 60 centigrammes par jour.

Je mentionnerai encore les *bains chauds* prolongés, et les *bains de vapeur*, traitement qui, dans le tétanos *a frigore*, répond à une indication causale bien définie, et la médication par le *jaborandi* ou les injections

de *pilocarpine*, laquelle a réussi dans quelques cas.

Je vous rappellerai enfin, en terminant, un fait que j'ai déjà consigné dans ma *Pathologie*, c'est le succès obtenu par Wunderlich dans un cas de tétanos rhumatismal, au moyen de l'*acide salicylique*. Il est vrai qu'il s'agissait ici d'une forme chronique, qui a permis un traitement de dix-huit jours.

Sans méconnaître l'utilité des médications qui n'ont fait leurs preuves que dans un petit nombre de cas, je pense, en résumé, que le chloral, le chloroforme et l'opium sont nos meilleurs moyens d'action dans le traitement du tétanos.

Bien que le fait que nous venons d'étudier ne rentre point dans la catégorie des observations dont je vais vous parler, je veux profiter de cette occasion, pour vous signaler une variété toute spéciale de tétanos, qui n'est connue que depuis quelques années. C'est un tétanos traumatique qui survient seulement à l'occasion des plaies de tête; pour cette raison, les observateurs allemands, à l'exemple d'Edmund Rose qui l'a décrit le premier, l'ont désigné sous le nom de tétanos de tête (*Kopftetanus*).

Les caractères particuliers sont les suivants : après une plaie accidentelle ou opératoire (Obs. de Bernhardt) de la tête, le *trismus* apparaît avec une précocité variable; en même temps que le trismus, survient une *paralysie complète du nerf facial* du côté de la plaie; cette paralysie présente les caractères des paralysies périphériques. — Cette association du trismus avec une paralysie faciale est certainement une des surprises

cliniques les plus imprévues, et je doute qu'on arrive jamais à donner une explication satisfaisante d'un complexus aussi paradoxal.

Cette association est constante dans la forme en question, c'est elle qui la constitue. Mais, le plus souvent, il y a en outre un spasme pharyngé tellement prononcé que la déglutition des liquides est impossible; de là la désignation de Rose : tétanos de tête ou tétanos hydrophobique. Cependant ce spasme n'a pas existé dans toutes les observations, et, par conséquent, il vaut mieux s'en tenir à la qualification de tétanos de tête, ou dire plus explicitement avec Bernhardt, tétanos de tête avec paralysie faciale du côté de la blessure (1).

Dans un ou deux cas on a noté en outre quelques signes de paralysie circonscrite et incomplète dans la sphère du trijumeau, et la parésie de quelques muscles oculaires.

Ainsi constituée, la maladie présente d'ailleurs l'extension et l'évolution ordinaires du tétanos commun.

En présence des premiers cas de ce genre, on a pu croire qu'il s'agissait d'une association symptomatique toute fortuite; mais cette opinion a dû bientôt être abandonnée, car, en peu d'années, le nombre de ces faits s'est singulièrement accru; il y a aujourd'hui au moins quatorze observations positives de cette forme particulière de tétanos, et toutes en reproduisent les caractères

(1) Bernhardt, *Ein Beitrag zur Lehre vom Kopftetanus* (*Tetanus hydrophobicus*, Rose) (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1884).

Voyez aussi :

Güterbock, *Beobachtungen und Untersuchungen über den Wundstarrkrampf. Ueber den sogenannten Kopftetanus* (*Tetanus hydrophobicus*, Edmund Rose) (*Langenbeck's Archiv*, 1884).

fondamentaux avec une remarquable uniformité. Le pronostic est tout aussi mauvais que dans les formes communes; car sur ces quinze cas il n'y a que quatre guérisons. Dans ces cas heureux, la durée est longue. Bernhardt nous apprend qu'elle peut s'étendre à plusieurs semaines. Au surplus, même dans les cas mortels, la terminaison peut être différée : ainsi le malade de Güterbock n'a succombé que dans la troisième semaine. — Notons enfin, en raison de l'importance pratique du fait, que, trois fois sur les quatorze cas, la plaie était fermée, il s'est agi d'un tétanos de cicatrisation.

Les autopsies jusqu'ici n'ont montré aucune altération des centres nerveux, aucune lésion notamment qui puisse expliquer la paralysie du nerf facial.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

(15 MAI 1886)

Observation d'un malade affecté de *delirium tremens*. — Fièvre et lésion pulmonaire. — Difficultés du diagnostic. — Pneumonie avec délire alcoolique; — ou tuberculose pulmonaire avec méningite tuberculeuse. Éléments du jugement. — Anomalies symptomatiques de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. — Diagnostic. — Résultats de l'autopsie. Importance séméiologique de la fièvre au cours du délire alcoolique. Observation d'un autre malade présentant le même complexus symptomatique. — Interprétation clinique. — Autopsie. — Conclusion.

Messieurs,

Le 21 avril dernier, un homme de trente-quatre ans, marchand de tonneaux, entrait dans notre service, salle Jenner, numéro 49, présentant un ensemble symptomatique qui imposait un diagnostic immédiat : délire bruyant, loquacité incessante, agitation désordonnée, cris professionnels, parole brève et saccadée, yeux hagards, tremblement des mains et de la langue, incertitude des mouvements, sueurs profuses, tels étaient ces symptômes; ce sont au grand complet ceux du *delirium tremens*, pas de doute possible sur ce point.

Mais avec un peu d'attention, il devenait également