





**Livraria do Monde Elegant**

*Livros classicos, medicina, sciencias  
e artes, jurisprudencia, litteratura, no-  
vellas, illustrações, educação, devoção,  
etc. Completo sortimento de objectos para  
o escriptorio, escolas e collegios* MUSICAS

**A. Genoud**

**Campinas**

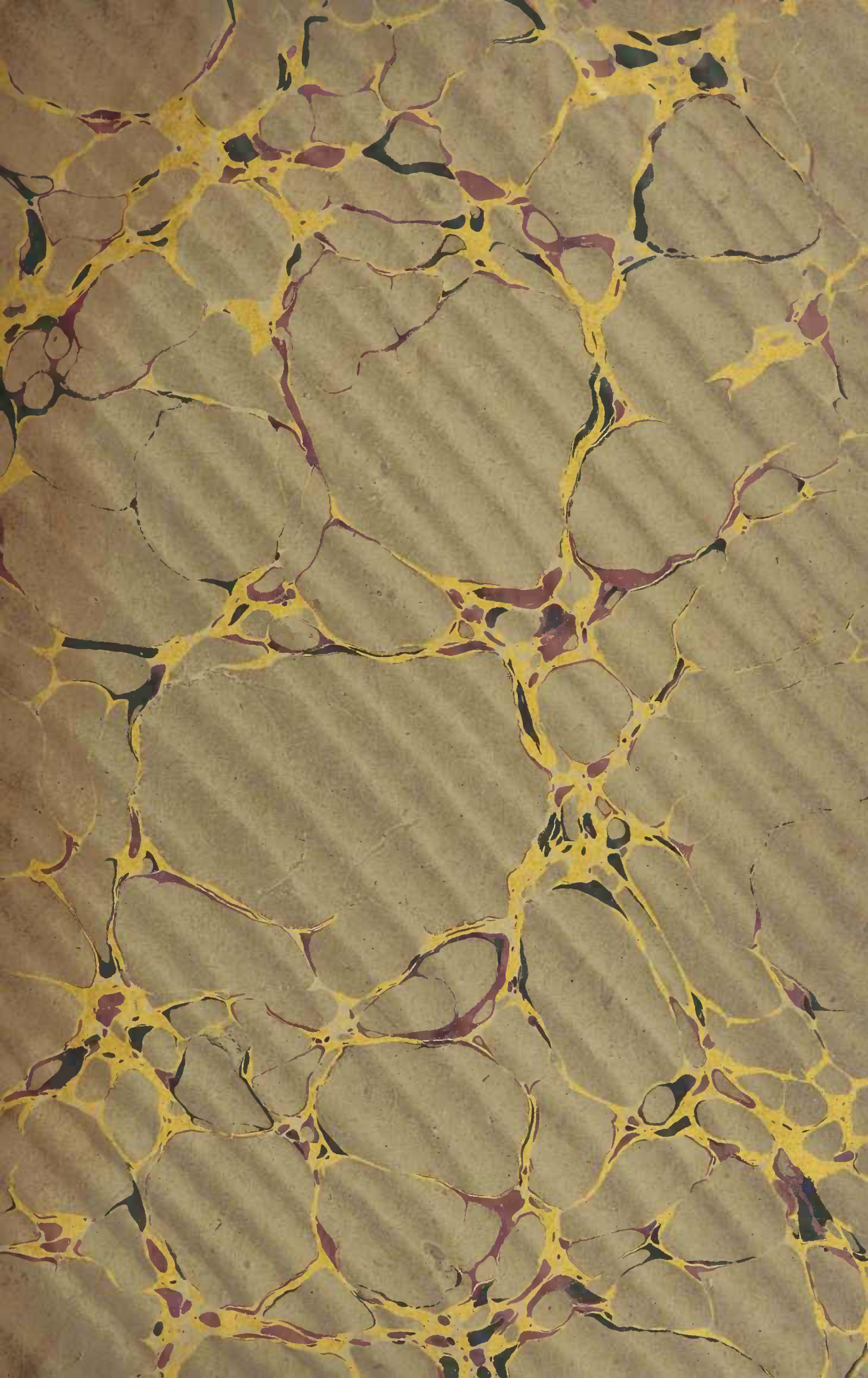
**DEDALUS - Acervo - FM**



10700061125

378371





BIBLIOTECA da FACULDADE de MEDICINA

DE SÃO PAULO

Sala \_\_\_\_\_ Prateleira C

Volume 13 N. de ordem 9









**SYPHILIS**

**ET**

**PARALYSIE GÉNÉRALE**





# SYPHILIS

ET

# PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR

A. MOREL-LAVALLÉE ET

L. BÉLIÈRES

Ancien Interne des Hôpitaux,  
Ex-Chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.  
Lauréat de la Faculté.

Ancien Interne des Asiles de la Seine,  
Médecin de la Grande Chancellerie  
de la Légion d'honneur.

---

PRÉCÉDÉ D'UNE PRÉFACE

DE M. LE PROFESSEUR FOURNIER

---

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1889

Tous droits réservés.





## PRÉFACE

---

CHERS. CONFRÈRES ET AMIS,

Vous me demandez « une préface, pour présenter votre livre au public ». Il me semble cependant que « votre enfant » est bien d'âge, de taille et d'allure à se présenter tout seul. Je crois même pouvoir lui prédire qu'il sera favorablement accueilli de ce public que vous paraissez redouter. Pourquoi ? Parce que ledit public y trouvera ce qu'il apprécie et ce qu'il aime, à savoir : un labeur consciencieux ; — des questions neuves, posées et discutées ; — une grande indépendance d'opinions.

Que craignez-vous donc, votre œuvre accomplie ? Des objections, des oppositions, des critiques ? Ah ! pour cela, je vous en prédis, et bon nombre, et de tout ordre. Mais, franchement, vous les aurez bien méritées, et vous ne ferez que recueillir, en les subissant, la graine que vous aurez semée. Aussi bien, quelle mouche vous a piqués le jour où vous a pris l'envie de soulever des débats que parmi nous on laissait prudemment assoupis et de partir en guerre contre toute une phalange de redoutables adversaires ? Voici, de par vous, la tempête déchaînée. La mêlée s'apprête ; les horions vont pleuvoir, et, comme tout combattant d'avant-poste, vous en recevrez une large part. Il faut vous y attendre.

On était si tranquille — au moins chez nous — dans le domaine de la paralysie générale. Personne, notamment, ne songeait à en troubler l'obscur étiologie, lorsqu'il vous a plu d'y introduire la syphilis, indiscrette personne bien connue pour ses tendances aux plus illégitimes « empiètements ». Vous avez eu l'audace d'émettre cette proposition subversive, que « la syphilis pourrait bien occuper une place, voire une place importante, parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale ». Et, à l'appui d'une telle hérésie, vous avez produit des faits, des documents cliniques. Et, qui pis est — car vous n'avez eu aucune retenue — vous avez trouvé bon d'instituer une enquête près d'une foule de confrères de l'ancien et du nouveau continent, enquête d'où il est pertinemment et impertinemment résulté qu'un grand nombre d'aliénistes étrangers acceptaient volontiers l'anarchique idée d'une relation causale à établir entre la syphilis et la paralysie générale, que certains même la partageaient absolument, en l'étayant de statistiques démonstratives.

Puis, cela fait, vous venez vous jeter dans mes bras, comme si je disposais de quelque crédit pour vous sauvegarder des justes représailles que vont exercer contre vous les *classiques* de la paralysie générale. Je n'y puis rien. Coupables *romantiques*, subissez le sort que vous avez bravé !

A parler sur un ton plus sérieux, trois questions nouvelles se sont posées — disons mieux, se sont imposées — dans la science depuis un certain temps. Ce sont les suivantes :

1° La syphilis réalise-t-elle de son fait un ensemble morbide plus ou moins analogue, comme physionomie clinique, à celui de la paralysie générale, mais en différant néanmoins par quelques particularités de symptômes ou d'évolution ?

2° La syphilis figure-t-elle dans les antécédents de la para-

lysie générale avec une fréquence assez considérable et assez significative pour qu'on soit autorisé à conclure de là à une relation de causalité entre les deux maladies? En autres termes, la proportion de syphilitiques que l'on rencontre chez les paralytiques généraux est-elle suffisante à faire admettre que la syphilis puisse servir de cause efficiente à la paralysie générale?

3° Et, à supposer que cette dernière proposition soit résolue par l'affirmative, la paralysie générale qui dérive de la syphilis est-elle différenciable par quelques caractères cliniques ou anatomiques de la paralysie générale de cause non spécifique?

Eh bien, ces trois questions — majeures et difficiles s'il en fut — vous avez eu le courage de les aborder, de les discuter, de les soumettre à une analyse sérieuse et scientifique, en y apportant non pas seulement le contingent de vos observations personnelles et de celles que vous avez pu emprunter à vos maîtres, à vos amis, à vos compatriotes, mais encore le concours d'une énorme enquête (je reviens à dessein sur ce point) qu'avec une ténacité méritoire vous avez instituée et entretenue près des médecins étrangers. Vous avez provoqué de tous côtés des déclarations, des consultations, des « professions de foi » sur les divers sujets que vous aviez à cœur d'élucider. Si bien que l'Angleterre, l'Allemagne, l'Autriche, la Suède, le Danemarck, les États-Unis d'Amérique (et j'en oublie, je crois) vous ont envoyé de curieux et précieux documents, dont vous avez fait votre profit et dont nous comptons bien faire le nôtre après vous et grâce à vous.

De là, de ce puissant effort, qu'est-il résulté? Ceci :

C'est, d'abord, que la première des questions précitées ne saurait plus être sujette à contestations. On peut la dire dé-

montrée. Oui, la syphilis réalise assez fréquemment un état cérébral singulier qui, comme allure, comme physionomie d'ensemble, rappelle absolument la paralysie générale, mais qui, à l'analyse, s'en différencie par certains caractères. Les malades affectés de la sorte ressemblent par certains côtés aux paralytiques généraux, parfois jusqu'à s'en rapprocher d'une façon étonnante; et, cependant, ils s'en éloignent, ils s'en distinguent par d'autres particularités cliniques; ils ne sauraient au total leur être assimilés. C'est ce type morbide que j'ai essayé de dégager, de définir, il y a déjà une douzaine d'années environ, et pour lequel je proposais alors la qualification de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*. — Soit dit incidemment, on a critiqué ce terme, qui n'est pas parfait, j'en conviens; mais on n'en a pas trouvé de meilleur jusqu'ici; et je le crois encore bon à conserver, tout amour-propre d'auteur à part, car il me semble satisfaire à la double indication et de respecter l'individualité propre de la véritable paralysie générale, et d'affirmer pour la syphilis la possibilité de constituer un ensemble morbide plus ou moins analogue à celui de cette dernière maladie.

Un second résultat — et celui-ci plus important — dérive de la lecture de votre livre. C'est que désormais on ne saurait plus récuser une connexion étiologique entre la syphilis et la paralysie générale. L'idée d'une relation à établir entre ces deux maladies a bel et bien cessé de pouvoir être taxée de chimère, de « simple fantaisie, née dans le cerveau de syphiliographes toujours avides d'injustifiables annexions ». Elle est devenue un fait clinique attesté par de nombreuses statistiques et par des statistiques issues, s'il vous plaît, d'observateurs non suspects d'aucune attache à la syphilis, vierges de toute tare syphiliographique. Que penseront vos adversaires de certaines de ces statistiques où l'on voit

figurer la syphilis dans les antécédents de la paralysie générale pour une proportion de 19 p. 100, de 25 p. 100, de 40 à 50 p. 100, de 75 p. 100, de 78 p. 100, de 80 p. 100? Vaut-il donc arriver pour la paralysie générale — ô désolation! — ce qui est arrivé pour le tabes? Lorsque j'ai émis l'idée que la syphilis sert d'origine très habituelle au tabes, tout le monde (ou peu s'en faut) s'est récrié. On a rejeté de haut et bien loin cette proposition hérétique, ce nouvel « empiètement » de la syphilis. Inutile de dire ce qui est advenu depuis lors.

Très piquantes aussi et très significatives me paraissent vos deux démonstrations desquelles il résulte :

1° Que la fréquence des antécédents syphilitiques relevée chez les paralytiques généraux se trouve être en proportion directe avec la possibilité et la facilité des recherches d'anamnèse ;

Et 2° que, dans les cas où l'on ne trouve qu'un seul facteur à invoquer dans l'étiologie de la paralysie générale, c'est la syphilis que l'on rencontre le plus souvent.

Et ainsi de suite pour d'autres considérations que j'aurais plaisir à relever, si je ne devais m'interdire ici toute ingérence personnelle dans le débat.

Quant à la troisième question de votre programme, je me garderai d'en rien dire, et pour cause. Vous avez eu raison, certes, de la poser ; vous ne pouviez faire autrement que de la poser. Mais elle n'est pas de celles, évidemment, que nous soyons en état de juger dans l'état actuel de nos connaissances.

Au total, comme vous me le disiez vous-mêmes, votre livre est une *enquête* sur un sujet scientifique, et rien de plus. Il n'a ni d'autre visée, ni d'autre prétention. Mais, laborieuse-



ment instituée, impartialement et intelligemment conduite, cette enquête fera époque, si je ne me trompe, dans l'histoire du sujet en question, et ne pourra manquer d'être appréciée comme elle le mérite par tous ceux qu'intéressent les divers et difficiles problèmes dont je viens de causer quelques instants avec vous.

Recevez l'expression de mon amitié,

ALFRED FOURNIER.

---

## INTRODUCTION

---

Dans ses belles leçons sur la syphilis du cerveau<sup>1</sup>, M. le professeur Fournier décrit à la syphilis cérébrale six formes initiales pouvant — ou inaugurer les manifestations encéphaliques de la « diathèse » — ou les constituer même chacune entièrement.

Ce sont les formes :

- 1° Céphalalgique ;
- 2° Congestive ;
- 3° Convulsive ou épileptique ;
- 4° Aphasique ;
- 5° Mentale ;
- 6° Paralytique.

Ces formes peuvent se combiner à l'infini pour arriver ultérieurement à un complexe auquel le nom plus général de *syphilis cérébrale* sera seul applicable ; mais jusque-là elles ont une individualité distincte.

Or, si nous nous reportons au point où en était la science lors de l'apparition du livre de M. Fournier, c'est-à-dire en 1879, nous voyons avec cet auteur que tandis que la syphilis cérébrale en elle-même et certaines de ses manifestations ou formes (épileptique, paralytique, céphalalgique) étaient

A Fournier. *La Syphilis du Cerveau*, Paris 1879.

acceptées sans conteste, il n'en était pas de même de la syphilis *mentale*.

Citons textuellement :

« La folie syphilitique n'a pas encore droit de cité dans  
« la pathologie officielle..., elle n'est au plus que tolérée  
« à titre conjectural, hypothétique; elle est fortement tenue  
« en suspicion sinon reniée par la plupart de nos classi-  
« ques..., elle est considérée comme une hypothèse for-  
« tement entachée d'hérésie. »

Depuis ce temps, il est vrai, la syphilis mentale a fait son chemin, comme aussi et en même temps la doctrine de l'origine spécifique du tabes.

Si, en 1879, on refusait à la syphilis le droit de produire des troubles mentaux, l'idée d'en faire, à un degré même très indirect, dériver la paralysie générale eût fait dans notre pays pousser les hauts cris avant le brillant plaidoyer du professeur de Saint-Louis. Déjà cependant, à côté des négateurs intransigeants, il y avait, à l'étranger surtout, des auteurs affirmant l'origine le plus fréquemment syphilitique de la paralysie générale; et il y avait dans l'école française une opinion admettant la syphilis comme cause d'un certain ordre de paralysies générales « *les paralysies générales précoces* », opinion soutenue par le Dr Coffin, appuyé sur la haute autorité de M. Blanche (Fournier, *loc. cit.*).

Comment, dans ses leçons cliniques, M. le professeur Fournier comprenait-il la question ?

Il y avait pour lui deux cas à envisager :

Ceux dans lesquels on retrouvait les symptômes et l'anatomie pathologique (à l'autopsie) de la paralysie générale, de la paralysie générale vraie : c'étaient là des exemples de *paralysies générales survenues chez des sujets syphilitiques*.

Dans d'autres cas au contraire les symptômes différaient par des traits nombreux et variés de ceux de la paralysie

générale, bien qu'en offrant encore dans leur ensemble la plupart des attributs. Or, c'étaient là pour M. Fournier des *pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique* qu'il y avait lieu de différencier de la paralysie générale vraie et dont il donnait les éléments diagnostiques.

De même l'anatomie pathologique différait dans les deux cas : lésions diffuses, surtout corticales pour la paralysie générale ; — lésions plus circonscrites, surtout méningées dans la syphilis cérébrale.

« Il est impossible, disait l'éminent écrivain, d'assimiler  
« à la paralysie générale l'état morbide qu'on a si impru-  
« demment décoré du nom de paralysie générale syphili-  
« tique. »

L'auteur admettait donc plus ou moins implicitement :

1° Qu'il y a une maladie *une*, la maladie de Bayle et de Baillarger, si l'on veut, revêtant un aspect symptomatique défini et n'appartenant d'une manière générale qu'à elle-même ;

2° Que cette maladie reconnaît comme *substratum* anatomique des lésions diffuses — toujours les mêmes — méningo-cérébro-corticales ;

3° Qu'il y a, à côté de cette maladie — la paralysie générale vraie, — un complexe symptomatique offrant avec le sien un certain degré de ressemblance et méritant le nom de *pseudo-paralysie générale* (la syphilis donnant du reste seule lieu pour le moment à ce complexe, l'auteur ne s'occupant que de cette maladie) ;

4° Que les lésions de la paralysie générale étant de la méningo-péricéphalite diffuse, et cela d'une façon constante, la syphilis réalise le complexe *pseudo-paralysie générale* quand elle détermine des lésions *analogues* comme siège et comme diffusion ;

5° Qu'en conséquence, l'expression de pseudo-paralysie

générale doit s'appliquer à une maladie ayant à peu près les mêmes symptômes et les mêmes lésions que la paralysie générale, mais reconnaissant une origine spéciale, c'est-à-dire, pour le cas actuel, spécifique.

Ainsi l'innovation de M. Fournier consistait à admettre l'existence de syphilomes encéphaliques dont la traduction clinique présentait une analogie plus ou moins complète avec les manifestations de la paralysie générale vraie; mais il n'était pas possible de distinguer si, dans sa pensée, à côté de ce complexe auquel il donnait le nom de *paralysie générale d'origine syphilitique*<sup>1</sup>, la paralysie générale classique vraie, celle qui est due à la périencéphalite des auteurs, avait une relation étiologique quelconque avec l'intoxication syphilitique.

Ce doute était probablement entretenu dans l'esprit du maître par ce fait que les malades mourant de paralysie générale et qui avaient la syphilis étaient communément des gens aisés, des clients de la ville et dont l'autopsie ne pouvait être faite.

Quelques mois plus tard, Achille Foville, lui, établissait nettement la distinction, tout en rejetant le nom de pseudo-paralysie générale.

« Il y a quelques cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale que le diagnostic différentiel ne peut pas être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques. La dénomination de pseudo-paralysie générale s'appliquerait plutôt à ces cas. »

Par contre, « la distinction proposée entre la paralysie générale classique et une autre affection désignée sous le

<sup>1</sup> Le nom de *pseudo-paralysie générale* a été employé pour la première fois par M. Delasiauve.



« nom de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*  
 « ne paraît pas suffisamment justifiée dans l'état actuel de  
 « la science. En effet, les symptômes essentiels étant les  
 « mêmes, le siège et la nature des lésions présentant la  
 « plus grande ressemblance, le diagnostic différentiel ne  
 « peut être fondé que sur des nuances ou des détails  
 « secondaires dont aucun n'a de valeur réellement patho-  
 « gnomonique<sup>1</sup> »

C'est cette seconde forme surtout dont la discussion est en jeu :

Il s'agit de savoir si la périencéphalite diffuse est, et dans quelles proportions, en rapport étiologique avec la syphilis et quel est ce rapport.

Autrement dit :

A. Existe-t-il une paralysie générale vraie d'origine syphilitique ayant le substratum de la paralysie générale vulgaire, mais gardant quelques différences cliniques? La paralysie générale peut-elle reconnaître la syphilis comme une de ses causes, et, dans ce cas, a-t-elle une symptomatologie un peu spéciale, par exemple plus ou moins effacée? (*Fournier.*)

B. Ou bien, ces prétendues différences cliniques sont-elles sans raison d'être entre les différentes formes de la paralysie générale vraie (*Foville*), et la syphilis a-t-elle sur la paralysie générale une influence étiologique certaine, de telle sorte qu'on puisse considérer cette dernière comme constituant dans un plus ou moins grand nombre de cas une septième forme de syphilis cérébrale? (*Kjellberg.*)

Notre travail comprendra donc :

1° Les désordres mentaux en général provoqués par la syphilis (folies syphilitiques) ;

<sup>1</sup> A. Foville.

- 2° La question des *pseudo-paralysies générales*;
- 3° La question de la *paralysie générale vraie* dans ses rapports possibles avec la syphilis.

Nos recherches ont porté :

- 1° Sur les travaux de médecins aliénistes et syphiligraphes s'étant occupés de près ou de loin de la question ;
- 2° Sur tout ce qui a été publié sur ce sujet depuis 1879 ;
- 3° Sur un nombre assez considérable d'observations personnelles, la plupart inédites.

De précieux matériaux nous ont été fournis de vive voix ou par écrit par plusieurs maîtres et confrères français et étrangers.

Que l'hommage sincère de notre gratitude soit accepté ici par ceux de ces maîtres ou collègues qui ont bien voulu nous fournir ces documents, et en particulier par notre cher maître M. le professeur Fournier, sans les encouragements duquel nous n'aurions pas osé entreprendre ce travail ; par nos amis MM. Barthélémy, Régis et Rouillard, chefs de clinique à la faculté ; par MM. Ball, Falret, Blanche, Lancereaux, Rendu, Motet, Mesnet, Cotard, Magnan et Luys, auxquels nous adressons nos plus sincères remerciements pour l'accueil bienveillant qu'ils ont bien voulu nous faire. Nous prions également MM. Bergh, Kjellberg, Haslund, J. Hutchinson, Tarnowsky, Neumann et Ripping, nos sympathiques correspondants étrangers, d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

---

## HISTORIQUE

---

Dès son apparition ou plutôt dès son extension en Europe, la syphilis a été soupçonnée d'avoir avec les affections du système nerveux des rapports intimes, bien qu'oubliés depuis lors ou, encore récemment, à peine effleurés par les auteurs; mais la « folie » consécutive à cette affection n'a été publiquement constatée que depuis 1839.

Comme les troubles mentaux ne sont, dans l'espèce, qu'une des modalités symptomatiques des localisations encéphaliques du mal français, c'est en réalité l'historique de la *syphilis cérébrale* en bloc que nous sommes ici contraints de passer en revue, pour ainsi dire à vol d'oiseau.

Déjà, en 1497, quelques auteurs avaient signalé la céphalée spécifique; au xvi<sup>e</sup> siècle, N. Massa cite un cas de « manie syphilitique<sup>1</sup> ». Puis il faut parcourir plus de deux cents ans pour voir les recherches reprendre de ce côté.

En 1802, Benjamin Bell publie une observation d'épilepsie et manie d'origine syphilitique; à la fin du siècle précédent, Hunter niait encore la syphilis cérébrale. (Astley Cooper la méconnut également.)

En 1834, Lallemand admet qu'il existe une méningite, puis une encéphalite spécifique; et bientôt Rayer, Ricord, Vidal (de Cassis) reconnaissent l'action de la syphilis sur le cerveau.

En 1850, Schutzemberger proclame la réalité de l'aliénation mentale syphilitique — rare, du reste — et résultant de « troubles

<sup>1</sup>N. Massa. *De morbo gallico*.

fonctionnels graves de l'encéphale qui en arrivent à simuler des lésions idiopathiques de cet organe. »

L'année suivante, la thèse de Bedel divise déjà les lésions syphilitiques du cerveau en « directes » et « indirectes » ; c'est cette division que reprendra plus tard le professeur Fournier.

Mais revenons à ce qui nous intéresse plus spécialement, aux troubles mentaux : Esquirol, Ferrus avaient, dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, publié des observations de « folie consécutive à la vérole » ; en 1857, Esmark et Jessen admettent la syphilis comme étant toujours et invariablement le point de départ de la paralysie générale des aliénés.

En même temps les observations de névroses syphilitiques se multiplient (Ricord, Rayer, Beau, Briquet, Gibert, Trousseau et Pidoux).

En 1859, paraît la thèse d'Hildenbrandt<sup>1</sup> ; d'après lui, cette maladie agit : 1<sup>o</sup> en viciant le sang (chlorose syphilitique) ; 2<sup>o</sup> en attaquant le crâne et les méninges ; 3<sup>o</sup> en attaquant directement le cerveau.

En 1861, Gros et Lancereaux font paraître leur travail sur les *Maladies nerveuses syphilitiques* ; en 1862, Zambaco (à l'exemple de Melchior Robert qui admet la démence syphilitique consécutive à l'infection vénérienne) proclame que « la syphilis du « cerveau peut déterminer une paralysie générale du mouve-  
« ment, avec aliénation même de l'intelligence, *paralysie res-*  
« *semblant à s'y méprendre à la folie paralytique* ».

Enfin, nous arrivons aux derniers travaux sur la matière, celui de Jespersen (de Copenhague) et de A. Fournier (1879), qui inaugurent d'une façon éclatante l'ère contemporaine.

Nos recherches personnelles ayant précisément porté sur tout ce qui a été écrit et publié depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, nous ne pouvons faire mieux que de renvoyer pour le reste le lecteur aux sources par nous indiquées.

<sup>1</sup> Hildenbrandt. *Rapports de l'aliénation mentale avec la syphilis.*

# SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE

---

## LIVRE PREMIER

### LES FOLIES SYPHILITIQUES

---

Si jusqu'à une époque très rapprochée de nous la syphilis mentale a été vue, elle n'en a pas moins été vivement contestée. Or il y a là pour nous un double intérêt parce que l'histoire de la paralysie générale syphilitique s'y trouve incluse et parce qu'on ne sait jamais où s'arrêtera la syphilis cérébrale et surtout mentale.

Y a-t-il des *folies syphilitiques*?

La syphilis frappe-t-elle le « mens » ?

Examinons d'abord l'opinion des auteurs.

Jusqu'à l'apparition du livre de M. Fournier, les aliénistes français ne s'étaient guère prononcés sur la question. Les auteurs anglais, allemands et américains admettaient presque tous la folie syphilitique.

En Angleterre, les docteurs Reade (de Belfast) et Todd (de Londres) furent les premiers à appeler l'attention sur l'*occurrence* de la folie comme résultat direct de la syphilis. Ils ont tous deux démontré qu'il y avait une *pléiade symptomatique* qui aurait son point de départ dans une infection spécifique; que ces symptômes prouvaient clairement que le système nerveux cérébro-spinal aussi bien que ses membranes étaient atteints

<sup>1</sup> *Cases of syphilitic insanity and epilepsy.* (The Dublin, Quart. Journal, 1863.)



dans certains cas de telle sorte que ce qui guérissait la syphilis guérissait la névrose.

En 1863, J.-F. Duncan publia trois observations intéressantes de folie syphilitique (*syphilitic insanity*).

En 1870, Grainger Stewart<sup>1</sup> a publié trois autres observations détaillées avec prédominance d'idées de persécution.

Wille<sup>2</sup> a réuni 77 cas de syphilis avec phénomènes mentaux de toutes sortes.

Ces observations varient dans leurs symptômes, mais elles ont de nombreux points communs qui ont permis à David Skae, de l'asile royal d'Edimbourg (1873), de tracer dans une conférence rédigée et publiée par T.-S. Clouston<sup>3</sup> une observation type de folie syphilitique, qui pourrait se résumer ainsi :

Un malade a eu une syphilis constitutionnelle; céphalée progressive; douleurs profondes envahissant le cou; excitabilité nerveuse générale; insomnie douloureuse ou non; puis troubles de la sensibilité et des sens; attaques épileptiformes; anesthésie locale perte de la vue, de l'ouïe, etc.

Le premier symptôme *intellectuel mental* que l'on retrouve presque invariablement est la dépression intellectuelle (dépression of mind) et l'hypocondrie, — diminution dans la faculté de penser.

Cette dépression peut disparaître et avoir été le seul symptôme mental, si la syphilis guérit.

Dans d'autres cas, d'autres symptômes psychiques apparaissent :

Le malade perd la mémoire, son intelligence s'affaiblit (impaired), l'état mental s'aggrave et aboutit à une démence profonde (deep dementia), associée très souvent à des paralysies progressives, etc.<sup>4</sup>

Telle est la forme typique de la folie syphilitique décrite par David Skae.

« Mais quel est celui, dit-il, qui, connaissant ces symptômes

<sup>1</sup> Grainger Stewart. *Syphilitic insanity* (The British medical Journal, 1870).

<sup>2</sup> Wille. *Die syphilitische Psychosen* (Allg. Zeitsch f. Psychiatrie, 1872).

<sup>3</sup> *Journal of mental sciences*, avril 1875, p. 1.

<sup>4</sup> Nous reviendrons sur ce point à propos de la paralysie générale progressive.

« si variés de la syphilis constitutionnelle, pourrait s'attendre à ce que tous les cas de folie syphilitique fussent *semblables*? »

Sur les 77 observations relatées par Wille, 34 malades ont présenté une forme dépressive décrite plus tard par Fournier comme étant la forme la plus fréquente de folie syphilitique.

Dans six autres cas, la baisse progressive continue (*steady downward course*) du patient était interrompue par des attaques de manie avec délire violent.

De nouvelles études sur les folies syphilitiques ont paru depuis en Angleterre. M. Hayes Newington a publié des cas types de cette variété de folie<sup>1</sup> Dans le même journal, Batty Tuke a donné une description (avec planches) des lésions trouvées dans un cas à l'autopsie. H. Newington propose d'appeler *syphilomateuse*<sup>2</sup> la folie résultant d'une gomme.

Il découle de ce qui précède que les folies syphilitiques embrassent une série complexe d'états mentaux et de lésions anatomopathologiques s'appliquant à toutes les périodes de la syphilis.

C'est ainsi que J. Mickle dit :

« La syphilis peut donner lieu à la folie à des périodes de son existence variant entre quelques semaines et plusieurs années. »

1° Au début, le désordre mental peut être dû, soit à l'anémie, soit à l'intoxication du sang par le virus syphilitique ;

2° Plus tard, à des inflammations ou congestions sous l'influence de la syphilis ;

3° A des néoplasies spécifiques intéressant le cerveau — soit indirectement en prenant leur point de départ dans les parties voisines, — soit directement en se développant dans le parenchyme cérébral.

Wille distingue aussi trois formes :

1° Une forme irritative due à l'anémie cérébrale du début ;

2° Une forme inflammatoire simple où dominant deux éléments : la méningite et le ramollissement inflammatoire de la substance cérébrale.

<sup>1</sup> Hayes Newington. *Journal of mental sciences*, janvier 1874.

<sup>2</sup> Cette expression nous paraît des plus importantes à noter, car elle nous semblerait pouvoir remplacer avec plus de netteté et de vérité l'expression « pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique » au point de vue surtout de l'anatomie pathologique.

3° La forme « néoplasmatique » où la tumeur du cerveau et des méninges joue le principal rôle.

Au point de vue clinique, Wille, parlant de la folie syphilitique dit « qu'elle consiste le plus souvent en une hypocondrie précoce suivie de démence progressive dont le cours présente des alternances de manie terminales, apoplectiformes ou épileptiformes. »

Clouston décrit une quatrième forme dans laquelle l'autopsie ne révèle aucune lésion du cerveau. — Ici deux séries de cas à considérer :

Dans la première, on trouve dans divers points de l'organisme des lésions syphilitiques concomitantes (exostoses, gommages, etc.), sans lésion de l'encéphale ;

Dans la deuxième série, il s'agit d'une forme irritative due à l'anémie cérébrale et à l'excitation, l'irritation directe produite par le virus sur le système nerveux — toujours sans lésion appréciable du cerveau : « Ce qu'on voit alors, dit-il, c'est de la manie aiguë, un délire éclatant presque immédiatement après l'accident primaire »

C'est en un mot une folie secondaire.

Cadell<sup>1</sup> en 1874, en rapporte un cas analogue et presque en même temps d'autres sont signalés par Willis, E. Ford<sup>1</sup>.

Nous en trouvons encore d'autres publiés par Jackson en 1876 (folie secondaire) ; Leubuscher reconnaît aussi que la syphilis mentale précoce « peut se manifester avec des symptômes *secondaires, ou auparavant* ». « Cela se verrait surtout (Griesinger) chez ceux qui auraient des lésions organiques du cerveau ou qui auraient antérieurement présenté les symptômes d'une activité mentale excessive, ou qui présenteraient de l'hérédité nerveuse »

Pour ces cas de folie précoce, dit Junius Mickle, on n'a pas le droit de dire « folie syphilitique ».

« La syphilis peut toutefois modifier les formes de l'aliénation chronique, comme le montre la clinique, et cela de deux façons : par le caractère nocturne des douleurs qu'elle cause et par l'appoint de symptômes névralgiques. Mais ces deux affections n'ont entre elles d'autre rapport que la coexistence,

<sup>1</sup> Cadell. *Journal of mental sciences*, 1874, p. 564 et W.-E. Ford. *American of insanity*, juillet 1874.

sauf les modifications imprimées à l'économie *par les changements hématiques secondaires.* »

Cette folie secondaire n'a pas été acceptée aussi facilement par tous les auteurs.

Erlenmeyer (1877) distingue parmi les psychoses syphilitiques des psychoses simples pouvant se produire à des périodes variables. Il dit les avoir vues apparaître « à peu de distance de l'époque de l'infection, malgré un traitement énergique et institué de bonne heure ». *Elles sont identiques à celles provoquées par les causes banales* (insolation, ébranlements cérébraux de toute nature, émotions morales, etc.)<sup>1</sup>

Pour B. Golsdsmith<sup>2</sup>, la syphilis peut produire des troubles cérébraux pendant ses trois périodes.

1° Folie mélancolique (moins souvent manie) produite par le seul fait de l'influence exercée sur le moral de l'individu (rien de spécifique).

2° Mélancolie et démence temporaire, liées à la période secondaire, produites par la cachexie qui résulte à la fois de la *maladie* et de la *mercurialisation*. A cette période les troubles mentaux positifs, les troubles sensoriels et les hallucinations *ne sont pas aussi saillants, mais ils existent.*

3° « Mais c'est surtout, dit-il, sous forme de paralysie générale progressive que se manifeste la syphilis. »

Golsdsmith admet donc des troubles mentaux liés aux trois périodes de la syphilis : — non spécifiques à la première période ; plus saillants et déjà d'origine spécifique à la deuxième période ; très nettement accusés et surtout de nature paralytique à la troisième période.

— En France, les folies syphilitiques ont été et sont encore beaucoup plus contestées qu'à l'étranger. Un de leurs adversaires les plus autorisés et les plus sympathiques, M. Magnan, a bien voulu nous faire part de son opinion à ce sujet<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Westphal, Meyer, Edmanson, Griesinger se sont aussi occupés de la question des folies syphilitiques, mais leurs travaux ont surtout porté sur les rapports de la syphilis avec la paralysie générale; nous aurons plus tard l'occasion d'y revenir.

<sup>2</sup> *Boston medical and surgical Journal*, 17 novembre 1885.

<sup>3</sup> Nous remercions vivement M. Magnan de son accueil bienveillant et des

Pour M. Magnan, il n'y a pas plus de folie syphilitique qu'il n'y a, par exemple, de folie rhumatismale. Si la syphilis peut être la goutte d'eau qui fait déborder le vase chez un prédisposé, ce n'est d'après lui que d'une façon vulgaire, incidente, comme eût agi un traumatisme, et nullement en tant que : 1° toxémie ou : 2° maladie portant sur le système nerveux.

Cette opinion nous paraît fort discutable. En effet, pourquoi la syphilis ne dirigerait-elle pas son action altérante sur tel système, tel tissu (ici le tissu nerveux), de même que la scarlatine, la rhumatisme frappent de préférence le système séreux ?

M. Magnan n'admet pas le tabes syphilitique et cependant l'origine spécifique de celui-ci est aujourd'hui acceptée par un grand nombre d'auteurs. Cette opinion, accréditée surtout à l'étranger il y a à peine dix ans, a actuellement droit de cité chez nous.

Un des plus brillants élèves de la Salpêtrière, actuellement un de nos maîtres contemporains, M. Pitres, dans des recherches récentes, non encore publiées, a trouvé que, dans 49 p. 100 environ des cas d'ataxie qu'il a observés, il existait des signes certains de syphilis antérieure; tandis que chez d'autres malades de son service d'hôpital, choisis exclusivement chez les tuberculeux, la proportion se réduisait à 5 ou 6 p. 100.

Il y a à peine quelques années on aurait dit pour l'ataxie, comme à présent pour la paralysie générale, que la syphilis pouvait bien produire des formes pathologiques voisines du tabes, — mais non pas le tabes vrai. Aujourd'hui on dirait exactement le contraire : Les vrais tabes sont actuellement regardés comme d'origine syphilitique. On décrivait des pseudo-tabes : ce sont justement ces pseudo-tabes pour lesquels on n'invoque pas l'origine syphilitique (plomb, alcool). Qui pourrait, affirmer qu'un jour on ne pourra pas tenir le même langage à propos de la paralysie générale<sup>1</sup> ?

Peu enclin à admettre l'existence des folies syphilitiques, M. Magnan nous a cité l'exemple suivant, très démonstratif pour lui, bien séduisant dans tous les cas :

renseignements qu'il a bien voulu nous fournir; nous sommes d'autant plus heureux de rendre hommage à sa haute impartialité et à sa sincérité scientifique que nous ne partageons pas ses idées sur la question qui nous occupe.

Ces lignes étaient déjà écrites quand nous avons reçu la lettre de M. Haslund (voy. plus loin, *Pièces justificatives*).



Un éminent confrère demandait à M. Magnan son avis sur une malade atteinte de : 1<sup>o</sup> syphilis secondaire ; 2<sup>o</sup> manie « syphilitique », c'étaient les accidents psychiques qui, de toute évidence, comportaient le danger réel auquel il fallait courir tout d'abord : M. Magnan conseilla de différer le traitement de la syphilis jusqu'à la guérison de l'accès de folie, dont il évaluait la durée probable à six semaines.

— « Trois semaines après, ajoute le savant médecin de Sainte-Anne, la folie était guérie et le traitement spécifique fut institué. »

C'est là un cas fort intéressant, mais non probant ; rien ne prouve que l'accès d'aliénation, pour avoir été transitoire, ne s'est pas produit sous l'influence de la vérole.

Supposons en effet — dans un même ordre d'idées — que dans une variole, par exemple, il survienne une pustule sur la cornée, puis une kératite ulcéreuse ; la variole évoluera de son côté en dehors de la kératite, et celle-ci pourra guérir avant ou après la terminaison de la variole. Qui pourrait prétendre ici que la conjunctivo-kératite, née du fait de la pustule oculaire, mais progressant pour son compte ou se cicatrisant en deux ou trois mois (suivant le terrain), n'a pas eu pour point de départ la variole ? De même dans le cas cité plus haut nous nous demandons pourquoi la folie, quoique guérie sans traitement spécifique, n'avait pas eu la syphilis comme point de départ.

Avec M. Fournier, nous croyons que l'influence directe de la syphilis sur le système nerveux est chose aujourd'hui absolument démontrée.

Chacun sait que la syphilis est une maladie possiblement fébrile à sa période d'invasion (fièvre syphilitique), (Lancereaux<sup>1</sup>, Fournier<sup>2</sup>).

Or, le plus souvent, cette fièvre coïncide avec plusieurs des nombreuses manifestations de la période secondaire, spécialement avec des accidents nerveux (névralgies, céphalée, analgésies, typhose, etc.), et il est vraisemblable, comme le pense M. Fournier, que cette fièvre n'est que l'expression de la souffrance du système nerveux.

Mais n'est-ce pas là une simple hypothèse, dira-t-on ? Et qui

<sup>1</sup> Lancereaux. *Traité de la syphilis*.

<sup>2</sup> Fournier. *Leçons sur la syphilis chez la femme* (Lourcine) et *Leçons cliniques de l'hôpital Saint-Louis* (novembre et décembre 1887), inéd.

permet d'avancer que la syphilis, en réveillant, en provoquant les manifestations de ce qu'on a nommé l' « hystéricisme » secondaire, n'a pas agi là comme eût agi une cause occasionnelle quelconque, un traumatisme (voy. plus haut l'opinion à ce sujet de M. Magnan) engendrant ici encore de l' « hystéro-traumatisme » ? Nous répondrons ceci :

Toutes les fièvres ne réveilleraient pas, ne provoqueraient pas l'hystérie, et surtout l'*hystérie convulsive jusqu'alors latente* (observation personnelle) ; bien plus, souvenons-nous de l'adage « *febris spasmos solvit* ».

En second lieu, au nombre des manifestations de l'hystéro-syphilis figure, et cela en pleine fièvre souvent, un symptôme étrange, qui détonne, à savoir la *boulimie* ; si bien qu'une femme, au milieu d'une fièvre à type continu, voire quasi adynamique, pseudo-typhoïde, est prise soudain d'une faim telle qu'elle mange plus que la ration de santé. Y a-t-il une seule maladie fébrile qui en fasse autant, et n'y a-t-il pas là l'indice d'une action spéciale sur le système nerveux ?

Mais il y a plus : la syphilis, au dire du professeur de Saint-Louis, ne fait pas que stimuler les névroses existantes ou latentes, elle pourrait en faire naître d'autres qui n'existent pas encore ; il y aurait ainsi une « hystérie secondaire » et même une « épilepsie secondaire », quoique très exceptionnelle. Au reste, ajoute M. Fournier, ce ne sont là que des « pseudo-hystéries », des « pseudo-épilepsies » ; et la preuve, pour cette dernière (dit-il), c'est qu'on n'a observé jusqu'à présent comme épilepsie secondaire qu'une seule forme, « le grand mal » ; et encore ne voit-on que la crise convulsive pure et simple et non associée à d'autres phénomènes de l'épilepsie vraie (intellectuels, moteurs, etc.). Cette épilepsie est bénigne par excellence, car elle cède au traitement et peut-être guérirait-elle *sponte suâ*, si on osait (à tort peut-être) tenter l'expérience.

Ainsi, phénomènes moteurs, psychiques, sécrétoires, vasomoteurs (algidité), réflexes (Finger<sup>1</sup> a découvert que pendant la roséole il pouvait y avoir abolition du phénomène rotulien), la syphilis secondaire produit tout cela.

Eh bien, lorsqu'en même temps qu'elle donne lieu à ces

<sup>1</sup> Finger. *Congrès de Washington*, 1887.

phénomènes, la vérole coexiste en outre avec des désordres mentaux, de quel droit lui refuser tout rôle dans la production de ces psychopathies? Bien que très rares, disait dernièrement M. Spitzka (de New-York), il existe des faits dans lesquels les accidents fébriles de la syphilis secondaire *se compliquent* de troubles mentaux et de délire aigu. Nous répétons à dessein « fébriles » avec l'auteur américain, parce que la question neuro-pathogénique de la fièvre syphilitique nous semble jugée.

Est-ce le moment de contester à la vérole le pouvoir d'engendrer l'hystéro-syphilis, — et en particulier une hystérie mentale, c'est-à-dire des troubles mentaux quelconques, — alors que nous venons de voir naître l'hystéro-saturnisme (Debove), l'hystéro-traumatisme (Charcot), l'hystéro-hydrargyrisme (Letulle), l'hystérie sulfo-carbonée (P Marie)?

Ainsi, pour nous, la syphilis secondaire doit exercer une action élective, au moins dynamique, sur le système nerveux; nous disons « dynamique » tant que la pathologie n'a pas reconnu des lésions propres à l'hystérie et aux diverses aliénations mentales, car nous sommes ici sur le terrain des « folies syphilitiques ».

Or, tout ce qui précède n'aura pas été une inutile digression en dehors de notre sujet quand on saura qu'à propos des syphiloses tertiaires et de la paralysie générale, Hutchinson pense que la syphilis s'attaque dans sa dernière période aux organes ou tissus qu'elle y a prédisposés en les frappant d'une façon plus ou moins latente, « en les effleurant » dans sa période secondaire.

Dores et déjà, nous savons que la syphilis frappe le système nerveux, par gradation, suivant les modalités ci-après :

1° D'une façon dynamique (hystéricisme secondaire, psychoses secondaires);

2° En y produisant des syphilomes limités (tumeurs cérébrales, etc.), des plaques méningées, des adhérences méningo-corticales donnant lieu cliniquement à des monoplégies, à des aphasies isolées, etc. Qui nous dit en outre que, de même qu'il y a des centres moteurs, il n'y a pas des « centres intellectuels » dont la lésion par des syphilomes donnerait lieu à des psychoses d'origine syphilitique? Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle

n'a rien d'in vraisemblable. En tout cas, un fait qui nous paraît dès à présent acquis est le suivant : l'occurrence des *folies tertiaires*, que l'on a assez fréquemment observées dans des cas où la syphilis cérébrale intéressait primitivement et exclusivement le mouvement ou la sensibilité, peut s'expliquer par les troubles qu'apportent au fonctionnement de l'idéation les altérations syphilitiques préexistantes de l'encéphale; quant aux *folies syphilitiques tertiaires* observées à l'état isolé, la question reste entière et se présente de la même façon que pour la paralysie générale.

Nous nous contentons donc ici d'avoir posé la question qui se trouvera résolue *a fortiori* après l'étude de cette dernière.

Mais il y a encore un motif qui, dans un travail ne visant à proprement parler que la paralysie générale, nous a fait remonter plus loin et dépouiller des faits ayant trait à la folie syphilitique pure. — Voici lequel : à propos de la paralysie saturnine, M. Falret a dit que ce qui caractérise cette dernière, c'est qu'elle commence par être partielle et ne se généralise que petit à petit<sup>1</sup>. Eh bien, de même, il est un grand nombre de paralysies générales (pseudo) des syphilitiques qui se font de pièces et de morceaux<sup>2</sup>, un deuxième symptôme survenant plus ou moins longtemps après le premier et persistant à un degré plus ou moins intense à son côté. Ces symptômes, premiers en date, sont ordinairement des ictus, suivis ou non de paralysie, et le plus souvent apoplectiformes.

D'autres fois, ce sont des ictus congestifs; ailleurs, des « ictus aphasiques ». Si un pareil phénomène reste longtemps isolé, on voit la difficulté qu'aura présenté *ce cas à l'observateur au point de vue de la classification*, puisque le même malade pourra être successivement étiqueté, je suppose :

Aphasie syphilitique;  
Epilepsie ou hémiplegie syphilitique;  
Syphilis cérébrale à forme complexe;  
Pseudo-paralysie générale syphilitique.

Aussi nous a-t-il semblé qu'il n'était pas hors de propos de citer ici, à titre de documents, quelques observations de « folie

<sup>1</sup> Jules Falret. *Thèse de Paris*, 1853

<sup>2</sup> Voir plus loin aux observations.

sypilitique » : plusieurs offriront au lecteur des points d'étude intéressants.

Sur 19 cas, la suppression des facultés intellectuelles est la note dominante. Le délire proprement dit et nettement caractérisé n'a été relevé que six fois dans sa forme expansive et trois fois dans sa forme mélancolique, tandis que six malades n'ont présenté à vrai dire que de l'asthénie cérébrale sans perversion bien accusée des facultés intellectuelles; mais ces derniers cas nous offrent déjà comme un reflet de cette dépression cérébrale que nous verrons plus tard, avec quelques traits en plus, constituer à elle seule le tableau de l'une des variétés de paralysie générale.

OBSERVATIONS DE « TROUBLES MENTAUX SURVENUS DANS L'ÉVOLUTION  
DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE » OU FOLIES SYPHILITIQUES

OBSERVATION I

*Syphilis cérébrale. — Folie (post) épileptique*

X..., trente-neuf ans, n'a jamais fait d'excès.

1884. Antécédents vénériens.

En 1863, aurait pris des pilules — 1866. Excoriation à la verge, bubon. Nul traitement. — 1870. Ulcère à la langue. — 1881. « Rhumatisme » à plusieurs reprises, et pour lequel on lui fit prendre KI.

Mars 1884. — Accidents épileptiformes sans cause (morsure de la langue, perte de connaissance). Depuis, à plusieurs reprises, pertes incomplètes de connaissance avec fourmillements de la main et du pied droit, et embarras de la parole. Traitement Sp Gibert (10 jours), puis KI.

25 septembre. — Intellect troublé; répond bien, mais conversation décousue. Insomnies. cauchemars. Difficulté pour le travail. Embarras de la parole. Tremblement très accentué des mains (langue pas; réflexes normaux).

29 sept. — Amnésie. Confusion absolue des idées. Incapacité au travail; « se tromperait sur les chiffres », ne peut travailler, du reste. Traitement : KI.

## OBSERVATION II

*Manie aiguë. — Mort rapide.*

G... Le détail des antécédents spécifiques manque ici, bien que certains.

La maladie a débuté par un nervosisme hystérisiforme qui dura quelques mois; puis pendant quinze jours, allures bizarres; le malade néglige son bureau, prend des voitures à la journée; devient expansif. Dans sa visite au D<sup>r</sup> D..., qu'il ne connaît pas, lui raconte son avancement, le mariage de son beau-père, etc. Veut soigner lui-même son enfant nouveau-né, l'emmailote et lui brûle le ventre. En même temps « sa position est en train de changer »; il a de nombreux talents, chante admirablement. Au bout de ces quinze jours, l'internement devient nécessaire.

1<sup>er</sup> octobre 1879. — Il se laisse interner aisément, croyant qu'on l'emmène déjeuner. Le malade devient alors violent, brise tout dans sa chambre (camisole).

9 oct. — Le malade embrasse son médecin; il est satisfait, content d'être dans une maison de fous où il est entré volontairement pour faire une bonne œuvre. Propose de chanter et chante à tue-tête. Répond bien d'abord, mais s'égaré bientôt en perdant de vue son idée. Dit exactement la date du jour et de l'année. A tous les talents. Sensiblerie; pleure trois ou quatre fois sans cause. Il est, du reste, débonnaire. Pupilles égales. Pas de tremblement de la langue ni des lèvres. Tremblement très léger des mains. Démarche assurée.

16 oct. — Devient de plus en plus décousu; rires, pleurs, sensiblerie, veut se marier quoique marié, avec une nommée Fernande. Va déjeuner avec la reine Victoria.

Ce jour-là, 16 octobre, M. Fournier vient le voir. Il le reconnaît très bien, parle avec sens, puis tout à coup lui annonce qu'il est nommé directeur général des Monts-de-Piété avec 600,000 francs d'appointements. Il aime tour à tour et déteste sa femme; il va se marier avec « Fernande ». Attendrissements répétés. Idées prédominantes de bienfaisance et de bonté. Du reste, agité, chante dans les cours. Parole non hésitante. Pas de tremblement de la langue. Tremblement des mains. Salivation abondante (gencives saines; frictions Hg; KI, 7 grammes).

23. — Dislocation intellectuelle complète. Ne comprend plus, ne répond plus aux questions; incapable d'attention. Grimace, gesticule, crie, vocifère, chante; crache et se barbouille avec ses crachats.

Sueurs abondantes et horriblement fétides. Amaigrissement, qui deviendra colossal dans quelques jours.

16 novembre. — Mort.

## OBSERVATION III

*Syphilis mentale précoce.*

J. Y..., vingt et un ans.

25 septembre 1882. — Chancre parchemié du prépuce. Accidents secondaires.

8 janvier 1883. — A pris 54 pilules mercurielles (mal tolérées).

19 février 1883. — Plaques muqueuses ; affaiblissement ; 30 pilules Dupuytren.

29 août 1883. A. depuis mai (huit mois après le chancre), du délire des persécutions ; puis, tentative de suicide (revolver) ; illusions. Hallucinations de l'ouïe, puis de la vue, entendait des voix (menaces, injures ; d'abord la voix de son oncle, puis voix infernales, sataniques, célestes, menaçant de l'enfer, ordonnant de suivre Jésus, etc.). Idées religieuses aujourd'hui (était libre-penseur) ; il entend encore des voix, mais les interprète comme se rapportant à son délire ; se rend compte de ses illusions. Raison saine, se trouve mieux. — *Etiologie* : pas d'émotions vives. — Surmenage intellectuel : travaille pour un concours. Ascendants sans nervosisme, cependant son frère est bizarre ; a attaqué des personnes sans motif.

Symptômes somatiques : Certain degré d'impuissance, deux fois. impossibilité du coït ; réflexes normaux ; pas de maux de tête ; dort et mange bien. Le délire a duré de mai à juillet ; peu d'excitation ; triste, mélancolique ; pas de traitement spécifique depuis mai.

## OBSERVATION IV

Car... — Syphilis il y a quatre ans. — Traitement très incomplet, sans mercure (?). — Trois ans après syphilide tuberculo-ulcéreuse à la tête ; sarcocèle.

Un an plus tard, délire mélancolique, lypémanique ; croit être persécuté, avoir perdu sa fortune, etc., etc.

## OBSERVATION V

Alfred D... — Nature des accidents syphilitiques non spécifiée. Syphilis certaine.

Novembre 1881. — Hémiplegie faciale, durant huit à dix jours, guérie par KI et strychnine. — Rien depuis lors, sauf quelques vertiges et difficultés subites pour la marche; par instants ses pieds sont « rivés au sol ».

Juillet 1883. — Est pris d'une « folie subite »; se met en voyage de Prusse en Normandie, chez ses parents, sans savoir où il va, sans y être appelé pour un motif quelconque; y arrive très agité, se disant poursuivi par un ennemi imaginaire. Amélioration au bout de quelques jours. Quelques jours auparavant, il a écrit beaucoup de lettres — notamment une lettre de démission, conçue dans des termes tels qu'on a supposé qu'il était fou; — a écrit d'autres insanités.

#### OBSERVATION VI

##### *Folie syphilitique (manie).*

X..., officier, vingt-huit ans. — Chancre phagédénique.

D'octobre 1880 à janvier 1881, frictions mercurielles à outrance; stomatites terribles; amaigrissement prononcé, anémie, excitation cérébrale.

Octobre 1881 — Circoncision... Quelques jours après, accès de manie aiguë: le malade veut se jeter par la fenêtre. — Ostéomes frontaux, hyperostoses tibiale et péronière; KI, 3 à 5 grammes pendant quatre mois; frictions Hg. Bains.

Etat général mauvais.

#### OBSERVATION VII

E. Bou..., quarante ans. — Sa mère (âgée de soixante-cinq ans), ataxique depuis deux ans; syphilis il y a vingt-deux ans. Huit mois de traitement.

1875. — Un enfant avant terme, syphilitique.

Fin 1880. — Une perte de connaissance; depuis lors, brouillard devant les yeux (rien de spécifique à l'ophtalmoscope). Tête embarrassée. Mémoire affaiblie. Il ne peut travailler de tête plus d'une heure et demie. Lassitude. Amaigrissement.

#### OBSERVATION VIII

Fa. Dr... — Syphilis en 1872 (?).

1874-1877. — Syphilides papuleuses génitales discrètes; traitement continu.



1874. — Evanouissement. ictus, perte de connaissance pendant deux minutes, puis plus rien.

13 juin 1877. — Accident analogue.

Juillet 1877. — Etourdissements passagers depuis cette chute.

12 février 1878. — Après deux mois de traitement se trouve très bien.

Fin janvier 1879. — Avait éprouvé quelques nouveaux étourdissements : KI : va mieux, cesse l'iodure ; étourdissement continu, se raidit pour marcher droit. Etat vertigineux.

Avril-juin. — Quelques vertiges ; marche mal assurée.

26 juin. — Signes d'égarement, a fait des cadeaux luxueux à plusieurs personnes ; très excité, a fait six lieues ; est le premier médecin de Paris ; intarissable ; parle sans cesse et de choses tout à fait étrangères. Visage animé, yeux brillants, marche précipitée mais sûre, aspect analogue à l'ébriété ; quelques jours après interné chez le D<sup>r</sup> Z...

2 juillet. — Véritable accès de *manie* pendant quelques jours ; excitation, dislocation des facultés, parle incessamment jour et nuit ; propos les plus incohérents : « Connaissez-vous mon livre sur les lumières célestes ? J'ai trouvé le fil électrique qui produit de l'or. Nous voltigeons comme des anges. Je veux construire les nouveaux mondes, etc., etc. Nous allons faire un chemin de fer sur les rayons du soleil ; les Tuileries seront le centre de la terre, etc. ? » Quelques jours plus tard, s'est apaisé ; il est relativement calme. Pendant les vingt minutes de la visite, il ne déraisonne pas, puis, délire absolu. Distribue des millions, etc.

19 juillet. — Calme ; tremblement vermiculaire de la langue ; pas de tremblement des mains, marche assurée ; dislocation intellectuelle : très content de sa situation. Délire à froid, va mettre Henri V sur le trône. Incohérence ; ne se rend pas compte du but de la visite des médecins, ne leur dit pas adieu. « Cela ne répond à aucun type classique, » dit le D<sup>r</sup> Z... Démence. Quelque chose de « nouveau va se produire d'un jour à l'autre ».

#### OBSERVATION IX

N..., notaire. — Syphilis il y a très longtemps (plaques à la bouche, maux de tête) ; a commencé par avoir un ictus avec aphasie, puis accès épileptiformes, puis troubles intellectuels. Changement de caractère, devient violent ; a tous les mois deux ou trois jours où il a des accès de violences « comme un aliéné ».

Février 1880. — Très troublé comme état cérébral ; répond mal ;

amnésie intense. ne se rappelle pas où il a déjeuné : ineapacité dont il a conscience, ne peut plus faire une liquidation ; bizarre de termes et d'allures ; laisse causer devant lui sans se mêler à la conversation ; se met à réciter un acte de vente. Pendant qu'il écrit, impose silence par des « ehuts » impérieux. Eerit bien ; pas de tremblement ; il est sur le chemin de l'aliénation. Asymétrie faciale légère due sans doute à une légère paralysie faciale gauche ; surdité gauche ignorée.

## OBSERVATION X

C.... notaire, vingt-neuf ans.

Avril 1876. — Chancre induré, puis accidents secondaires : traitement continu (1876-1877).

Janvier 1878. — Maladresse des mains de temps à autre.

Juin. — A encore deux fois de la difficulté à écrire (écrit sept heures par jour).

15 janvier 1880. — Aurait encore eu dernièrement une plaque muqueuse à la langue. Ecriture : difficulté permanente pour écrire ; caractères irréguliers et tremblés ; ne peut écrire une lettre qu'en la recommençant. Mémoire affaiblie ; cherche quelque fois ses mots ; travail difficile. attitude bizarre ; réponses vagues. Cerveau évidemment troublé.

## OBSERVATION XI

Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, lit 21, service de M. le professeur FOURNIER.

L... (Philippe), quarante-huit ans, tourneur. Entré le 31 janvier 1880, sorti le 4 mars 1880.

1860. — Chancre syphilitique.

1871. — Faillit être fusillé par les Versaillais ; hémiplegie subite sans perte de connaissance. Interné pendant sept mois à Sainte-Anne dans le service de M. Dagonet.

1879. — Deux autres hémiplegies en avril et en octobre.

1880. — Marche ébrieuse, amnésie, incohérence, état vertigineux, vomissements, cachexie.

Février 1880. — Plus de vomissements, amélioration.

Mars 1880. — Parti à Vincennes en convalescence ; a été soumis au traitement spécifique. Antécédents strumeux. Chancre syphilitique à l'âge de vingt-huit ans, traces très nettes sur le fourreau ; pas de plaques muqueuses dont le malade ait gardé souvenir. Depuis dix ou douze années, douleurs très intenses dans les os des jambes, assez fortes pendant six mois pour l'empêcher de dormir et le forcer à se lever. A peu près vers la même époque, il commence à avoir des clous

et y reste très sujet; on trouve, en effet, sur le corps un certain nombre de taches indicatrices, mais elles sont lisses et brunes, caractéristiques.

Il n'a pas de souvenir de sa folie, il sait seulement qu'il n'était pas furieux, ni sujet aux attaques convulsives; il n'était pas gâteux, semble avoir eu une folie douce et se rappelle seulement son séjour à l'hôpital. Il en est sorti bien portant et a repris son travail. Il y a quelques années, il fut repris de douleurs très vives dans les os des jambes et des cuisses, et M. Ball, puis M. Brouardel durent lui faire de très fréquentes injections de morphine dont il porte encore des traces multiples, et lui prescrivirent de l'iode de potassium. Au bout de sept à huit mois il put sortir de l'hôpital, mais il y rentra bientôt et y fit trois séjours (dix-huit mois en tout). Pour la dernière fois, il sortit au moment du jour de l'an 1880. Depuis trois ans il est très sujet à des accès de céphalalgie frontale d'une intensité extrême, mais ne se montrant que le jour et surtout à gauche; ces céphalées sont continuelles et présentent de temps en temps des élancements douloureux; en même temps, vertiges revenant tous les quatre ou cinq jours, durant près d'un quart d'heure, pendant lesquels le malade est obligé de se tenir au mur pour éviter de tomber. Pendant ses chutes, ne perd pas connaissance; il ne se mord pas la langue et n'urine pas sous lui, mais sa tête tourne tellement qu'il ne peut plus marcher. Quand l'étourdissement a duré dix ou douze minutes, le malade peut reprendre sa marche. C'est à la suite d'une de ces chutes qu'il est entré dernièrement dans le service de M. Beaumetz où il a repris de l'iode. Depuis trois ou quatre mois, les accidents sont devenus plus intenses et plus fréquents; de plus, des vomissements se sont montrés, vomissements muqueux après les repas, sans grands efforts. Parfois ils sont très fréquents, presque continuels pendant vingt-quatre heures; ils cessent ensuite pour ne se montrer qu'au bout de quinze jours à trois semaines. C'est après une chute qu'il a été apporté à l'hôpital, ayant toute sa connaissance, mais avec un tremblement généralisé.

Ce matin, deuxième chute aux cabinets; n'a regagné son lit qu'avec l'aide des bras. Depuis vingt-quatre heures qu'il est à l'hôpital, il aurait déjà eu trois vomissements; il n'a pas eu d'étourdissements cette après-midi, mais il se plaint d'un mal de tête épouvantable. On constate les signes d'une hémiplegie gauche ancienne, avec conservation de la sensibilité et même une certaine hyperesthésie; la force de la jambe gauche est notablement diminuée; le dynamomètre ne donne que 33° pour la main gauche; il est vrai qu'il ne serre pas plus de la main droite, tandis que la jambe gauche est manifestement moins forte que la jambe

droite. Pas d'antécédents rhumatismaux; les parents ne sont pas morts de paralysie et n'ont jamais eu de maladies nerveuses; rien au cœur; pouls fréquent mais régulier, très faible; température axillaire 37°,8; température temporale (soir) 36° juste de chaque côté, même à gauche où la céphalalgie est actuellement très violente.

La langue est le siège de quelques tremblements fibrillaires; les mains sont tremblotantes aussi, mais le malade n'aceuse aucune habitude alcoolique. Bon sommeil, pas de rêves en sursaut; notable difficulté de parole, certaine perte de mémoire. Il reste des traces de paralysie de la troisième paire; il a eu trois hémiplegies: l'une il y a dix ans (durée sept mois); l'autre, il y a sept mois (quelques instants); la troisième, il y a deux mois (un quart d'heure). Marche ébrieuse; atteinte profonde de l'intelligence; difficulté de parole, amnésie. Incohérence.

4 février. — Rétention d'urine; on est obligé de le sonder matin et soir; les vomissements cessent quand on a vidé la vessie; même état cérébral. Pas de céphalée, mais état cérébral vertigineux intense dès qu'il se lève, assez fort pour le faire tomber; ne peut marcher. Au lit, ni céphalalgie, ni vertige. Insomnie persistante. La bouche est toujours abaissée à droite; affaiblissement musculaire généralisé. Le malade ne vomit plus depuis quelques jours; pouls faible, lent, régulier; urines abondantes et troubles. Il y a évidemment un catarrhe chronique vésical (sans rétrécissement urétral) qui doit faire classer le malade dans les *vieux urinaires*, ce qui peut bien n'être pas sans influence sur l'état gastralgique cachectique du malade. Pas d'appétit, sommeil léger, agité; état mental toujours peu satisfaisant; affaiblissement intellectuel, incohérence d'idées, un peu de subdélirium nocturne. Rétention d'urine intermittente pendant deux jours, pas d'albumine; polyurie; eczéma aigu (malpropreté).

22 février. — Asthénie généralisée, maladresse des muscles; ne se perd plus; intelligence un peu plus nette, ne divague plus. Vertiges.

4 mars. — Amélioration considérable. Oeil vif, mais encore de la faiblesse. Urine seul; plus de vertiges, encore du strabisme. Parti à l'asile de Vincennes. A été pendant son séjour soumis au traitement spécifique.

## OBSERVATION XII

### *Psychose syphilitique tardive.*

Adeline R..., cinquante-neuf ans, concierge, entrée le 12 février 1881 (salle Henri IV, n° 32).

1840. — Syphilis à l'âge de dix-huit ans; vingt et un ans de silence, puis syphilides serpigineuses phagédéniques des jambes.

1871. — Il y a dix ans, lésions crâniennes, ostéo-cutanées.

1881. — Céphalalgie depuis plusieurs mois; vue trouble, bourdonnements d'oreilles, mais c'est pour des troubles cérébraux qu'elle est venue.

Etat constant d'oppression indéfinissable; oppression, étouffements, soupirs.

Amnésie depuis deux mois; « elle a le cerveau vide »; plus d'idées; apathie, reste à rien faire. Insomnies, cauchemars nocturnes; se trouve perdue, sans savoir où elle est. Traitement: KI,  $\frac{1}{4}$  grammes; frictions mercurielles, bains. Quarante jours après, insomnies diminuées, plus de cauchemars, amnésie moindre. Persistance des bourdonnements d'oreilles.

### OBSERVATION XIII

#### *Démence chez un syphilitique*

C... âgé de cinquante-trois ans. Sorti il y a deux ans de chez l'abbé Roussel, où il était employé à faire les dortoirs; n'a jamais eu beaucoup de capacités, ne sait ni lire ni écrire, dit-il. La baisse psychique actuelle remonterait à un an, époque où ses camarades ont commencé à lui dire qu'« il avait l'air drôle ». Perte de la mémoire, depuis quatre mois; obligé pour ces causes et pour une grande faiblesse de cesser depuis deux mois son travail chez l'abbé Roussel. Disons de suite que son état mental actuel est celui d'un homme qui n'a pas sa raison et que nous ne pouvons faire grand fonds sur ses renseignements.

Antécédents: fièvres paludéennes pendant trois ans à Saint-Louis (Illinois). Nie avec indignation tout antécédent alcoolique. N'a jamais fait de travaux de tête fatigants; pas de revers de fortune ni de grandes émotions.

Soigné il y a six ans à l'hôpital du Midi pour des accidents génitaux qui ont récidivé plusieurs fois sous formes de boutons aux parties. Plaques dans la bouche. Il nous a répété ces faits très nettement et à plusieurs jours d'intervalle, trois ou quatre fois.

Etat actuel: examen du corps au point de vue des accidents syphilitiques, rien. S'est présenté à nous à la consultation avec une figure épanouie, demi-idiote, avec une démarche régulière mais peu solide; on l'eût, semblait-il, fait tomber en le poussant du doigt. Sa parole est traînante, inintelligible, émise à voix basse. Deux jours après son

entrée à l'hôpital nous l'interrogeons. Il a l'air souriant, mais craintif; il parle à voix tellement basse que nous sommes obligés à plusieurs reprises de lui dire de crier :

« Pourquoi êtes-vous ici ? » — Impossible d'avoir une réponse. — « Êtes-vous malade ? — Oui ! — De quelle maladie ? » — On arrive à lui faire dire qu'il a du mercure qui lui ronge les os. Puis, toujours de sa voix douce, basse et traînante, il nous dit : « Je vous assure qu'on me l'a prise ? » — « Quoi ? » — « La pièce de vingt francs. » Cette nuit il s'est levé parce qu'il a vu des bêtes dans son lit; il ne s'en souvient plus à présent. Impossible d'avoir en somme la moindre conversation. Rappelons-nous qu'il a dit ne savoir ni lire ni écrire; il est donc difficile de juger. Il ne sait même pas le jour et la date.

En somme, pas de délire, pas même d'idées fixes.

#### OBSERVATION XIV

##### *Asthénie cérébrale.*

De C.... quarante-cinq ans.

18 mars 1884. — Syphilis il y a vingt ans; se souvient seulement de ceci: chancre, plaques muqueuses. Traitement mercuriel de quelques mois. Pas d'excès; dans sa jeunesse, quelques prouesses vénériennes. Marié depuis douze ans. — Depuis deux ans :

1° Dépression intellectuelle progressive. Travail difficile; ne peut plus écrire une lettre sans plusieurs brouillons. A renoncé au calcul; peut encore faire une addition ou une soustraction, mais pas plus. Ne peut s'occuper de ses affaires; c'est sa femme qui fait ses lettres.

2° Mémoire diminuée, surtout pour les faits récents. Pas de troubles somatiques. Nul tremblement de la langue ou des mains, mais il est lent dans ses actes; lenteur de conception et d'expression. Cependant pas d'hésitation de la parole. Un seul mot coupé dans un entretien d'un quart d'heure. Devenu myope d'un œil depuis peu. Pas de bourdonnements. Réflexes normaux. Pas de signe de Romberg. Se tient à cloche-pied. Mictions normales; érections conservées (rapports ces jours-ci). Marche normale; pas de heurts. — Traitement alterne. — Perte des facultés intellectuelles. Il est en enfance; c'est de la démence pure. En le pressant de questions, en parlant avec autorité, on obtient les quelques renseignements cités plus haut sur ses antécédents, mais c'est tout.

Troubles somatiques : pupilles égales et réagissant. Instabilité de la langue. Tremblement des mains étendus. Contraction des zygom-

tiques avant d'émettre un mot. Ne gâte pas, mange bien. Réflexes exagérés. Faible sur ses jambes, pas de paralysie. Pas de céphalalgie (en a eu l'an dernier). Pas de vertiges ni d'attaques.

17 juin. — Désigné pour l'Asile de Vincennes. Il est plus fort sur ses jambes, serre plus fort, a l'air moins idiot, prononce mieux, répond mieux à la conversation. Peut-être les privations et le besoin étaient-ils pour beaucoup dans ces troubles cérébraux ?

## OBSERVATION XV

*Syphilis cérébrale précoce* (au bout d'un an) esquissant une ébauche de paralysie générale (FOURNIER).

G... vingt-huit ans. Pas d'excès.

Décembre 1884. — Deux chancres syphilitiques, dont l'un a été creux ; plaques muqueuses (traitement deux mois). En 1885, maux de tête.

1<sup>er</sup> décembre 1885. — Il est pris d'un accès d'aphasie ; pouvant encore parler, mais confondant les mots. Prend KI. Cela dura deux ou trois jours, puis se dissipa progressivement.

25 janvier 1886. — A encore quelque peine à s'exprimer, cherche ses mots ; cependant parle mieux et ne fait pas d'erreur de mots, bien que la parole reste gênée. Mémoire un peu faible. Un certain degré d'obnubilation.

## OBSERVATION XVI

*Psychose syphilitique se rapprochant de la paralysie générale.*

L... trente-huit ans. — Syphilis il y a douze ans. Caractère changé, irritable, depuis un an environ. Il y a six semaines, a eu pendant vingt-quatre heures du délire des richesses. Voulait acheter toute la ville de V... Depuis lors, dépression mélancolique, ne répond pas, ou à regret ; ne veut pas manger pour ne pas être empoisonné. Tremblement de la langue par moments. Tremblement des mains nul. Parole nette, non scandée, intelligence non abaissée. Pour ces deux raisons, M. Magnan a rejeté le diagnostic de paralysie générale.

## OBSERVATION XVII

*Syphilose cérébro-spinale* (LASÈGUE).

G..., trente-quatre ans. — Il y a dix-huit ans, syphilis. Traitement de quatre mois ; pas d'accidents secondaires. — Il y a sept ans,

angine ulcéreuse, symphyse palato-pharyngée consécutive; accès de douleurs et élancements dans les membres inférieurs; vacille de temps à autre; pourtant, pas de signe de Romberg. — *Réflexes* brusques très rapides, anormaux; *miction* lente et attendue; *érections* bonnes; *pupilles* égales; *tremblement accentué des mains*. Pas d'aleoolisme; *frémissement instable de la langue*; écriture échangée; intelligence très nette.

## OBSERVATION XVIII

*Syphilis cérébrale asthénique.*

Dr. P..., trente-six ans.

Juillet 1871. — Syphilis, chancre induré; syphilide buccale; adénopathies; un an de pilules Hg; très peu de KI; psoriasis palmaire.

1875. — Eczéma aux jambes; se marie en 1875; — aurait contaminé sa femme; deux enfants sains (de neuf et de sept ans).

Janvier 1886. — Troubles de la parole.

15 novembre 1886. — Troubles de la parole, quelques mots estropiés; très lueide, mais un peu diffus; intelligence nette; mémoire conservée, mais difficulté pour écrire « c'est un travail énorme »; calcul difficile; céphalalgie gauche; pupilles inégales (depuis 1873); serre très bien, mais la main tremble; depuis janvier n'a pris que deux mois d'iodure (sirop de Gibert, 600 grammes.) — Traitement: iodure, 5 grammes,

## OBSERVATION XIX

H..., trente ans. — Il y a dix ans, syphilis, dont il porte des cicatrices. — Six ans après, mariage; au bout de neuf mois, naissance d'un enfant sain, qui meurt à neuf mois, après trente-six heures de convulsions; mère restée saine alors. Affection ulcéreuse des orteils pendant six mois. Vers cette époque, ou il y a deux ans et demi, après huit ans de syphilis, accès *subit* de *folie furieuse* pendant lequel il cherche à se couper la gorge avec un rasoir. Internement dans une maison d'aliénés; crises tous les deux ou trois jours, prostration entre les accès. Pas d'amélioration. Sa famille le reprend. Six mois après cette première crise, il y a deux ans, il veut encore se jeter par la fenêtre. Depuis, même tendance au *suicide*; on le veille de très près; une fois, *il veut étrangler sa femme*. Depuis quatre mois, incontinence d'urine.

26 juillet 1883. — H... est sur sa chaise longue, le regard perdu, indifférent, voix incertaine, tremblante; parle par monosyllabes,



comprend cependant et obéit, mais sort peu de son mutisme. Jouerait encore assez bien aux cartes. Marche difficile, mais il a une hydarthrose des deux genoux. — Pas de paralysie; pas de syphilides, sauf une ulcération aux orteils. Etat général bon. *Mange gloutonnement*. On décide une consultation pour le lendemain, mais dans la nuit le malade se sauve; trois jours après on le retrouve à Sainte-Anne, arrêté pour tapage dans un hôtel.

Fin juillet 1883. — Quelques jours après, consultation du docteur A. Fournier. — Traitement spécifique, 3 pilules Dupuytren; KI, 4 grammes; trois semaines après, amélioration: intelligence plus nette, marche moins pénible; apathie moindre. Relit les journaux (les comprend-il?). Il eut cependant de petits *accès de folie*, durant de deux à quatre heures, se calmant par KBr; volubilité excessive, cris, alternatives de ris et de pleurs, s'habillant et se déshabillant sans raison. Le lendemain, il cache un couteau dans son lit, se débarbouille de fard et d'excréments. Les jours suivants ne furent pas plus mauvais qu'auparavant, plutôt un peu mieux. Réflexes nuls. Pas de douleurs en ceinture. Pas d'incontinence fécale.

---



## LIVRE II

# LES PSEUDO-PARALYSIES GÉNÉRALES<sup>1</sup>

---

### CHAPITRE PREMIER

Dans le groupe morbide d'abord incomplètement défini et qui répondrait à la paralysie générale des auteurs classiques, on a, à côté d'une paralysie générale ayant un substratum anatomique constant, distingué plusieurs formes d'encéphalopathies notoirement liées à certaines diathèses, à certaines intoxications, mais qui présentaient des symptômes manifestement semblables à ceux de la paralysie générale classique.

La *pellagre*, les *intoxications saturnine, alcoolique, syphilitique* constituent-elles des causes de paralysie générale vraie, c'est-à-dire de méningo-encéphalite diffuse? Ou produisent-elles un ensemble pathologique tellement analogue que la distinction en est souvent impossible?

C'est à cette dernière opinion que la plupart des auteurs français se sont arrêtés, et, après des discussions multiples, on s'accorde généralement aujourd'hui à admettre l'existence d'un état cérébral présentant le complexe symptomatique, la physionomie intellectuelle ou somatique de la paralysie générale, tout en ayant une marche, une évolution parfois différente : cet état a été désigné sous le nom de *pseudo-paralysie générale*.

<sup>1</sup> Nous ne voulons point ici tracer un aperçu symptomatique, si succinct qu'il puisse être, des diverses pseudo-paralysies générales, mais un mot d'histoire, au moins, nous paraît indispensable.

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE PELLAGREUSE. — Les auteurs italiens avaient les premiers signalé la « folie » qui s'observe chez les pellagres, vésanie à forme dépressive et mélancolique avec tendance au suicide.

Puis, la question est venue se compliquer des « fausses pellagres » qui peuvent survenir chez les aliénés (Baillarger); mais le même auteur a, de plus, signalé le premier l'extrême analogie qui existe entre la paralysie générale des aliénés et les troubles mentaux de la paralysie générale des pellagres; il a même fini par conclure à l'identité de ces deux affections, si bien qu'on serait en droit de se demander s'il s'agit là d'une pseudo-paralysie générale pellagreuse ou d'une paralysie générale chez les pellagres (Rouillard)<sup>1</sup>

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SATURNINE. — L'embarras de la parole dans l'encéphalopathie saturnine fut d'abord signalé par Tanquerel (des Planches). Puis, en 1851, M. Delasiauve décrit une paralysie générale saturnine et créa à ce propos cette expression de pseudo-paralysie générale qui depuis a fait fortune<sup>2</sup>. En 1857, M. Devouges admit l'existence d'une paralysie générale saturnine analogue à la paralysie générale ordinaire. Marcé, A. Voisin n'en font même pas une espèce distincte. Enfin, en 1880, M. Régis<sup>3</sup> admettait définitivement une pseudo-paralysie générale saturnine. La question n'est pas en somme résolue et ne saurait l'être, puisque la science ne compte encore que seize observations de cette affection, ainsi que le fait remarquer notre ami M. Rouillard, auquel nous renvoyons le lecteur pour tous les détails historiques relatifs aux différentes pseudo-paralysies générales<sup>4</sup>.

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE. — Westphal avait qualifié de paralysies générales latentes certains cas observés chez des alcooliques qui mouraient après avoir présenté les symp-

Rouillard. *Gazette des hôpitaux*, 7 juillet 1888.

<sup>2</sup> Cette expression, en effet, n'est devenue courante dans le langage médical que du jour où elle a été reprise avec éclat, à propos de la syphilis mentale, par M. le professeur Fournier.

<sup>3</sup> Régis. *Annales médico-psychologiques*, 1880.

*Loc. cit.*

tômes dissociés de la paralysie générale. En 1853, M. Falret s'occupa aussi de la même question. Plus tard, Nasse l'étudia sous le nom de *pseudo-paralysis a potu*, expression que l'on doit faire remonter à Hoffmann d'après M. Régis. Pour ce dernier, il existe une pseudo-paralysie générale alcoolique qui doit être rapprochée de la pseudo-paralysie générale saturnine. Ce fut aussi la conclusion de la thèse de M. Lacaille (1881), et, depuis lors, ce paraît être l'avis général. M. Ball affirme que l'alcoolisme ne conduit point à la paralysie générale vraie. C'est aussi l'opinion formelle de M. Lancereaux (communication orale). Au contraire, M. Magnan admet aujourd'hui que la paralysie générale vraie peut être l'aboutissant de l'encéphalopathie alcoolique pseudo-paralytique.

Ainsi donc, on admet que certaines intoxications produisent des états morbides qui présentent un tableau clinique se rapprochant plus ou moins de celui de la paralysie générale, et on a décrit ces états sous le nom de pseudo-paralysies générales, parce que :

1° Ils différaient de la paralysie générale comme anatomie pathologique :

2° Ils en différaient encore par plusieurs caractères d'évolution et en particulier par la fréquence de leurs rémissions et même par leur curabilité.

Plus tard on s'est encore demandé (Delasiauve, Devouges), en présence de la similitude des symptômes, s'il ne s'agissait pas d'une paralysie générale vraie d'étiologie toxique? Et cette difficile question vient d'être à nouveau posée d'une façon retentissante par M. Baillarger lui-même, qui, dans un article sur les pseudo-paralysies générales<sup>1</sup>, après s'être demandé quelle place elles doivent occuper dans la classification des maladies mentales, hésite à les placer parmi les folies ou formes curables, ou bien dans le rang des démences ou formes incurables. Le problème paraît assez difficile à résoudre, car, si les pseudo-paralysies générales guérissent et marquent ainsi leur état de pseudo-paralysie, il en est d'autres qui aboutissent, après plusieurs accès répétés, à la paralysie vraie.

Ainsi, il y aurait des paralysies générales *vraies* consécutives

<sup>1</sup> Baillarger. *Annales médico-psychologiques*, mars 1889, p. 196.

aux *pseudo*-paralysies générales; la paralysie générale vraie pourrait être *secondaire*. Ce ne serait donc plus la maladie invariablement univoque dans sa nature, ses causes, son développement sur un terrain *obligatoirement* prédisposé? Et ce gigantesque point d'interrogation, c'est M. Baillarger lui-même qui le pose aujourd'hui devant le dogme jusqu'ici sacro-saint de l'*unité* de la paralysie générale! Cette seule considération suffirait à prouver l'opportunité d'un travail comme le nôtre; oui, il était nécessaire qu'une pareille enquête fut définitivement et résolument ouverte en France, et peut-être qu'actuellement la majorité de nos confrères aliénistes nationaux hésiteraient à s'associer au *non possumus* absolu formulé dernièrement par la commission spéciale de l'Académie de médecine contre toute tendance révolutionnaire pouvant aboutir à la revision *éventuelle* de la nosologie des paralysies générales<sup>1</sup>. Au reste, nous ne résistons pas au désir de transcrire intégralement ici les conclusions par lesquelles M. Baillarger se trouve implicitement en désaccord avec le savant rapporteur de l'Académie qui, par principe, refusait à la syphilis<sup>2</sup> toute influence étiologique directe dans la genèse de la paralysie générale.

1° Il est parfaitement démontré : « que des aliénés peuvent présenter pendant un temps variable tous les symptômes de la paralysie générale sans être réellement des paralytiques généraux ». Tous ces malades, avec ou sans antécédents d'alcoolisme, de saturnisme ou de syphilis sont des pseudo-paralytiques;

2° Les pseudo-paralysies générales se terminent par la guérison ou par la démence simple sans paralysie;

3° Dans un assez grand nombre de cas, les guérisons ne sont que temporaires et, après un temps plus ou moins long, on voit assez souvent les malades, s'ils ne succombent pas à des accidents cérébraux aigus, mourir *avec tous les symptômes de la véritable paralysie générale*;

4° Les pseudo-paralysies générales avec délire des grandeurs, qu'on

<sup>1</sup> Voir le rapport lu à l'Académie de médecine, en séance publique du 13 novembre 1888, par M. Mesnet, rapporteur, au nom de la commission composée de MM. Hardy, Lancereaux et Mesnet à l'effet de juger le concours pour le prix Falret en 1888. (*Question du concours* : Des rapports de la paralysie générale avec la syphilis cérébrale.)

<sup>2</sup> Comme aux autres causes de pseudo-paralysies générales.

a séparées de la paralysie générale vraie, ne peuvent, d'autre part, être réunies aux folies simples : elles sont, en effet, très distinctes :

a. Par les caractères du délire ;

b. Par l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles ;

c. Par la gravité du pronostic, *les malades après leur guérison étant souvent atteints plus tard de paralysie générale*<sup>1</sup>.

Il faut donc, dans la classification des maladies mentales, leur assigner une place à part.

\*

Sans nous étendre davantage sur la discussion des propositions dues à la plume si autorisée de M. Baillarger, nous allons, quant à nous, nous borner à étudier comment, à propos d'une dernière intoxication, — l'infection syphilitique, — les troubles cérébraux et mentaux provoqués par celle-ci vont arriver, à l'exemple des causes énumérées précédemment, à constituer un ensemble symptomatique auquel le terme de pseudo-paralysie générale sera également applicable. — Puis, ultérieurement, nous aurons à rechercher si la paralysie générale vraie ne peut pas, jusqu'à un certain point, découler de l'infection syphilitique ; heureux de trouver de si hauts encouragements pour atténuer le sentiment d'ailleurs respectable des médecins qui, ardents défenseurs des dogmes reconnus, seraient tentés de voir de notre part, dans le seul fait de nous poser la question, un presque sacrilège.

<sup>1</sup> A comparer avec ce que nous avons appelé la paralysie générale syphilitique par syphilome *secondairement diffusé*.

---

## CHAPITRE II

### PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE

Pour traiter plus clairement cette partie de notre travail, nous allons être obligés de scinder, d'une manière artificielle, l'histoire et la discussion de la paralysie générale d'origine syphilitique; mais ce procédé aura, suivant nous, un avantage considérable, car il va nous permettre de séparer dès à présent deux questions qui n'ont entre elles qu'une connexité étiologique, mais dont la nature est toute différente.

Il semble en effet qu'on puisse considérer la pseudo-paralysie générale syphilitique et la paralysie générale vraie d'origine syphilitique (pour ceux qui l'admettent), comme deux branches issues d'un même tronc et produisant des fruits également mauvais qui seront, pour la première, les fruits de la plante originelle, et pour la seconde, ceux du rameau greffé.

Mais si cette division nous apparaît si nette aujourd'hui, il s'en faut qu'il en ait été toujours ou même qu'il en soit encore ainsi pour tout le monde. Nous avons déjà dû rechercher les origines de la syphilis cérébrale, puis de la syphilis mentale; celles de la paralysie générale d'origine syphilitique sont encore plus récentes, et la division que nous venons d'indiquer entre une « pseudo-paralysie générale syphilitique » et une « paralysie générale » d'origine syphilitique est loin d'être admise par tout le monde; — ceux même qui l'admettent ne s'entendent pas sur la façon de comprendre ces expressions.

Nous retrouverons au chapitre suivant tout ce qui a trait à l'histoire de la paralysie générale vraie.

Une des premières observations contemporaines dans lesquelles les lésions syphilitiques aient été convaincues de produire des



troubles psychiques et moteurs rappelant plus ou moins ceux qui caractérisent la paralysie générale est due à Virchow et a été analysée dans les *Annales médico-psychologiques de 1863*<sup>1</sup> — « Syphilis secondaire; sensibilité exagérée; douleurs céphaliques et des os; mélancolie hypocondriaque. Après trois ans, paralysie générale progressive avec délire ambitieux; attaques épileptiformes répétées, etc. » A l'autopsie, au lieu de péri-encéphalite diffuse Virchow a trouvé des tumeurs gommeuses multiples de la dure-mère, intéressant la substance corticale; ramollissement secondaire de celle-ci; pachyméningite de la base.

Foville fait remarquer à propos de cette observation qu'il s'agit là surtout de lésions extra-cérébrales, ce qui explique mieux l'analogie des symptômes avec ceux de la péri-méningo-encéphalite des aliénés paralytiques ordinaires.

Puis Schüle (d'Illenau), (1871) a publié l'observation d'une paralysie générale classique très nette; à l'autopsie, il a trouvé exclusivement des lésions syphilitiques intéressant le crâne, la dure-mère, le cerveau, le larynx, le foie, etc., etc.

M. Lancereaux<sup>2</sup> dit textuellement: « Certaines lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent produire un ensemble symptomatique ayant une grande ressemblance avec les états morbides connus sous le nom de paralysie générale et de démence paralytique. »

Muller (1874) affirme que pour plusieurs auteurs la syphilis aurait une influence sur le développement de la paralysie générale; la paralysie générale ordinaire et la paralysie générale syphilitique auraient, d'après lui, pendant la vie, des apparences presque identiques. Il cite à ce propos de nombreuses observations d'Otto Brauss<sup>3</sup> (de Berlin).

Citons dans le même ordre d'idées les discussions et observations de Broadbent<sup>4</sup> et de Buzzard<sup>5</sup>

« Les lésions syphilitiques du cerveau peuvent provoquer des convulsions, de la paralysie, des troubles intellectuels, etc. Leur

Renaudin. *Annales médico-psychologiques*, 1863, t. II, p. 115.

*Gazette hebdomadaire*, 1873.

O. Brauss (*Über Gehirn Syphilis*, 1873).

<sup>4</sup> *Letsomian Lectures* (the *Lancet*, 1874).

<sup>5</sup> (*Idem.*)

tendance à envahir les méninges et à provoquer une inflammation plus ou moins intense est leur trait capital <sup>1</sup> »

A. Foville est d'avis que les observations de ces deux auteurs anglais n'ont qu'un rapport éloigné avec la paralysie générale progressive. Nous signalerons cependant le cas rapporté par Buzard, relatif à une « paralysie générale, d'origine syphilitique », et dans lequel il s'agit d'un homme de quarante-six ans qui présentait de la paralysie des deux nerfs faciaux et de la sixième paire droite, puis des quatre extrémités ; la paralysie atteignait même la déglutition et la respiration, bien qu'incomplètement. L'iodure produisit une « guérison magique ».

D'après Huguenin (Zurich, 1873), un certain nombre de démences paralytiques doivent avoir pour origine la méningite chronique déterminée par la syphilis<sup>2</sup>.

Nous voici arrivés en 1877. A ce moment la paralysie générale sans épithète est partout signalée, à l'étranger principalement, comme reconnaissant la syphilis au nombre de ses facteurs fréquents ; mais comment agirait-elle ?

En lésant, par des syphilomes intra-crâniens, les régions intéressées dans la paralysie générale ordinaire, et en produisant ainsi une sorte de « contrefaçon fonctionnelle », ou en constituant pour le malade une prédisposition acquise ou bien une cause occasionnelle de paralysie générale classique ?

Ne nous hâtons pas tant : les syphilomes cérébraux diffus sont rares, les autopsies de même ; l'étiologie directe n'est pas encore partout recherchée. Aussi la discussion ne fait-elle que s'ouvrir.

Voyons d'abord ce qu'on dit en Allemagne :

Pour Hubner «... La troisième forme de syphilis cérébrale ressemble de très près à la paralysie générale des aliénés.

W. II. Broadbent. (*British. medical journal*, janvier, février, mars 1874.)

<sup>2</sup> *Remarque.* — Nous ferons remarquer que dans ce court exposé historique sont à dessein omis les travaux d'Essmarch et Jessen, Kjellberg, Jespersen, Hayes Newington, Wilks, etc., que nous retrouverons en étudiant les paralysies générales vraies. Nous n'avons voulu exposer ici que la suite des observations de syphilomes intra-crâniens ayant cliniquement simulé la paralysie générale.

Elle en diffère par la rareté des phénomènes d'excitation ; il y a, pour lui, coïncidence d'accidents syphilitiques récents, paralysies transitoires, etc. Cette forme est plus précoce que les autres, apoplectique, épileptique, etc. ; contrairement à celles-ci, elle ne se voit pas associée à de grosses lésions anatomiques.

Pour Erlenmeyer, directeur d'un asile privé près de Coblentz, «... Dans le groupe des « psychoses syphilitiques » existe, à côté d'une folie syphilitique simple pouvant revêtir n'importe quel type symptomatique. et dépendant de désordres viscéraux :

« 1° Une folie syphilitique compliquée de troubles moteurs et sensitifs (attaques apoplectiformes, épileptiformes, convulsions, etc.) pouvant commencer par de la manie, de la mélancolie, de la stupeur, etc., etc.

« 2° Un groupe de symptômes rappelant ce qu'on appelle la paralysie générale (cérébration altérée, idées ambitieuses, parésie des nerfs crâniens ou des membres, inégalité des pupilles, démence, etc., etc.).

« Le traitement guérit souvent la première forme et *quelquefois* la seconde. »

Passons à l'Angleterre :

En 1877, Junius Mickle, médecin directeur du Grovehall Asylum de Londres. publiait un fort intéressant article intitulé : « Syphilis et aliénation <sup>1</sup> », dans lequel nous trouvons, en substance, l'opinion du savant aliéniste anglais. En voici les traits principaux :

La syphilis cérébrale et la paralysie générale sont deux affections distinctes, indépendantes ; l'anatomie pathologique suffit à le prouver ; mais les différences cliniques ont une plus grande importance pratique.

Deux des formes qu'affecte la syphilis cérébrale simulent plus ou moins la paralysie générale, à savoir :

1° La forme dans laquelle les symptômes mentaux sont, d'une façon plus ou moins saillante, ceux de l'affaiblissement et de la dépression intellectuels, ayant comme aboutissant plus ou moins rapproché l'imbécillité.

<sup>1</sup> J. Mickle. (*British and foreign med. chir. review*, avril 1877.)

2° Puis, à un moindre degré de fréquence, la paralysie générale dans sa forme la plus frappante, celle où se rencontrent, au moins pendant quelques périodes, le bien-être, l'exaltation et le délire des grandeurs.

Dans les deux hypothèses, des troubles moteurs et sensitifs peuvent se montrer chez les malades syphilitiques avant que la ressemblance avec la paralysie générale ne soit constituée.

— Puis l'auteur trace les différences existant entre l'encéphalopathie syphilitique et la paralysie générale :

#### I. FORME DÉPRESSIVE.

A. — *Symptômes mentaux plus spéciaux à la syphilis cérébrale :*

1° On trouve souvent des idées hypocondriaques tout à fait au début ;

2° Avant les grandes attaques apoplectiformes, etc., la perte de la mémoire, la confusion des idées, la tendance à l'abêtissement sont souvent moins marquées et moins fixes que dans la paralysie générale : c'est plutôt un obscurcissement qu'une destruction de l'intelligence ;

3° Les paroxysmes d'excitation de parole et d'action sont plus fréquents ici ;

4° Le cours de l'affection mentale est plus irrégulier, plus haché et plus fréquemment compliqué de symptômes nerveux graves intercurrents : (convulsions, contractures, paralysies, troubles sensitifs, etc., etc.) ;

5° L'insomnie et l'irritabilité seraient plus marquées ici.

B. — *Symptômes physiques :*

1° *Parole* Le tremblement des lèvres et de la face accompagne rarement le tremblement de la langue, léger quand il existe. Mais l'hésitation de la parole, le mode d'articulation de la paralysie générale ne sont ici qu'esquissés.

Ces troubles, quand on les rencontre, sont presque toujours surtout de nature paralytique, au lieu de tenir à un mélange de faiblesse et d'incoordination : c'est la parole d'une paralysie cérébrale ou bulbaire : l'aphasie précoce peut être observée ;

2° *Troubles de la déglutition.* Ces troubles sont souvent un symptôme soudain et précoce de la syphilis cérébrale : ils peuvent être temporaires ou persistants, tandis que dans la paralysie générale ils sont graduels et progressifs ;

3° *Phénomènes oculaires.* La névrite optique double, l'atrophie des papilles, la choroïdite, la cécité viennent souvent s'ajouter ici à l'inégalité pupillaire de la paralysie générale :

4° *Paralysie des nerfs crâniens.* Paralysie incomplète, protéiforme, transitoire, à récurrences, associée à de la paralysie périphérique :

5° *Motilité.* Dans la syphilis, les membres sont plus souvent affectés, quand ils le sont, de parésie unilatérale ou localisée, ou temporaire. Cette parésie n'est ni générale ni progressive ;

6° *La contractilité électrique* musculaire est diminuée dans la paralysie générale (surtout fléchisseur du pied droit). Dans la syphilis, elle est souvent normale ou à peu près ;

7° *Convulsions.* Fréquence prémonitoire des épilepsies syphilitiques ;

8° *Organes des sens.* La perte subite de la vue, de l'ouïe, indique la syphilis ;

9° *Attaques apoplectiformes.* Elles laissent des traces plus durables dans la syphilis ;

10° *Othématome.* Propre à la paralysie générale ;

11° *Coexistence des lésions tertiaires.*

## II. FORME DÉLIRANTE.

Pour le délire hypocondriaque ou mélancolique, il serait tout à fait précoce, plus expansif, moins persistant et moins marqué dans la syphilis. Ici l'auteur est beaucoup moins affirmatif ; il se base, pour faire un diagnostic différentiel, sur l'apparition ou l'association de tous les symptômes possibles de syphilis cérébrale diffuse ou localisée : paralysies, troubles oculaires, signes fournis par la température, le pouls, le cœur, etc., etc.

Ce beau travail, où l'on entrevoit en germe la pseudo-paralysie générale, ne parvient pas à dissiper tous les doutes, et, à la séance du 29 octobre 1877 de la Société médico-psychologique, il est des médecins qui s'étonnent d'entendre M. Jules Falret déclarer que « l'histoire de la paralysie générale est à refaire ».

L'année suivante, M. Saucet<sup>1</sup> dit qu'il existe des formes larvées de la paralysie générale, plus lentes, à évolution spéciale,

<sup>1</sup> Saucet. *Th. de Paris*, 1878.

ayant comme origine la syphilis constitutionnelle : et il ose faire un pas sur le domaine de l'anatomie pathologique. Le mercure, dit-il, ne peut rien sur ces formes, « parce qu'il n'y a pas là des lésions de nature spéciale, mais bien les lésions de la paralysie générale ».

Cette incurabilité, au reste, n'est pas admise par Leidesdorf qui cite, en Allemagne, trois cas de paralysie générale syphilitique dont l'un a été suivi d'une guérison maintenue pendant dix ans. Ce médecin ne cherche pas à différencier les symptômes de la paralysie générale vraie ou de la paralysie générale syphilitique.

En France, la question semble toujours sommeiller jusqu'au jour où paraît le livre de M. Fournier.

Sa cinquième forme de syphilis cérébrale, la syphilis mentale, peut, dit cet auteur, aboutir à une variété d'aliénation à laquelle il impose le nom désormais établi de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique : « Mais ce n'est pas là, dit-il, de la paralysie générale, et ces faits n'ont avec cette dernière maladie qu'une identité spécieuse, fictive, bien plus apparente que réelle ; il y a là deux types très dissemblables, et ce qu'on appelle la paralysie générale syphilitique n'est pas la paralysie générale vulgaire. » Et il trace, à l'exemple de J. Mickle, un brillant parallèle entre la pseudo-paralysie générale syphilitique et la paralysie générale vraie, qu'il affirme pouvoir être presque toujours distinguées l'une de l'autre.

A dater de ce moment l'élan est donné, le problème est à l'ordre du jour, mais il est loin d'être résolu et la théorie du savant syphiligraphe allait rencontrer d'ardents contradicteurs.

En effet, elle ne satisfaisait absolument aucun des deux camps opposés. Craignant d'être accusé de « voir partout la syphilis » (comme on le reprochait à M. Ricord), M. Fournier, non seulement, rejetait l'assertion émise par Kjellberg, en particulier, sur l'origine constamment syphilitique de la paralysie générale, — mais, divisant ses paralytiques syphilitiques en deux parts et voyant les uns présenter les symptômes et l'évolution classique de la paralysie générale, il étiquetait ces cas : « *paralysie générale survenue chez des sujets syphilitiques* », refusant par cela même

à la syphilis toute part étiologique directe dans la paralysie générale.

D'un autre côté, ses pseudo-paralysies générales ne répondaient qu'à des groupements comparables de symptômes, et il y faisait entrer les cas dus :

A. A des lésions limitées, gommés en foyers, etc. (voy. l'observation de M. Desnos, etc.) de l'encéphale ;

B. A des lésions diffuses, ou diffusées, de méningo-encéphalo-artérite, reproduisant presque trait pour trait le substratum de la paralysie générale, mais dérivant d'un processus directement syphilitique, « ces seconds cas eux-mêmes pouvant, d'après lui, être différenciés cliniquement de la paralysie générale vraie ».

C'est contre cette confusion que s'éleva avec force A. Foville. « Il y a, dit-il dans sa Revue <sup>1</sup>, quelques cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques isolées dans les hémisphères cérébraux déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale que le diagnostic différentiel ne peut pas être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques, quoique la nature et la localisation des lésions anatomiques soient complètement différentes. La dénomination de pseudo-paralysie générale s'appliquerait à ces cas beaucoup mieux qu'à ceux pour lesquels M. Fournier l'a proposé. » — On voit où Foville se sépare de M. Fournier.

Il distingue d'abord de la maladie de Bayle la forme d'aliénation qui la simule cliniquement, grâce à des déterminations qu'elle produit sur l'encéphale suivant la modalité qui lui est propre ; et, pour celle-ci, il accepte le mot de pseudo-paralysie générale de M. Fournier. Mais ensuite il déclare que pour ce qui est d'une paralysie générale véritable produite par la syphilis, les signes comparatifs donnés par M. Fournier sont absolument insuffisants pour établir un diagnostic différentiel, qu'il juge impossible.

Ce diagnostic différentiel est déjà des plus ardues à faire entre la paralysie générale vraie, évoluant chez des sujets syphilitiques ou non, et les pseudo-paralysies générales ; c'est ainsi qu'il cite plusieurs faits dont quelques-uns ont, pendant des années (10 ans dans un cas), laissé régner une confusion absolue, tandis qu'à l'autopsie on s'était trouvé en présence de gommés multiples.

A. Foville. (*Annales médico-psychologique*, mai 1879, passage déjà cité.)

Voici le résumé de cette observation due à A. Foville :

Il s'agit d'un officier atteint d'hémiplégie, puis, plus tard, soigné au Gros-Caillou comme « aliéné », admis ensuite au Val-de-Grâce comme aliéné paralytique avec symptômes très manifestes, classiques.

Dans aucun de ces trois établissements on n'eut l'idée d'instituer un traitement spécifique.

La mort survint à la suite d'une période très accentuée de démence et de paralysie. A l'autopsie, absence complète des lésions caractéristiques de la paralysie générale; par contre, dans l'intérieur des hémisphères, on trouva des tumeurs multiples qui parurent de nature syphilitique<sup>1</sup>

Une enquête posthume établit qu'il avait eu la syphilis et que peu de temps avant sa folie il avait présenté des accidents tertiaires incontestables, mais dont personne n'avait malheureusement parlé à ses médecins; oubli bien regrettable si on compare cette observation à celle de Muller (1875), ayant trait à un paralytique général type, considéré comme perdu, lorsqu'une exostose du sternum vint éclairer le diagnostic et fit instituer un traitement ioduré qui provoqua une « guérison complète ».

Mais cette impossibilité d'arriver à un diagnostic rigoureux n'attristait pas autrement, au point de vue pratique. A. Foville qui n'était pas éloigné de reconnaître à la syphilis une part étiologique dans la production de la paralysie générale vraie.

Dans son étude sur la syphilis cérébrale et mentale, Hayes Newington (1874), en examinant des cas où des troubles mentaux s'étaient peu à peu et à la longue établis à la suite de troubles moteurs, convulsifs et épileptiformes, avait proposé — assimilant cette variété d'aliénation à la démence épileptique — de donner à cette forme le nom de folie syphilomateuse, c'est-à-dire due à des processus syphilitiques directs, tumeurs gommeuses, etc., etc.

<sup>1</sup> L'observation de Foville établit une deuxième catégorie de pseudo-paralysie générale, avec lésions intra-cérébrales, différant des observations citées jusqu'ici dans lesquelles les altérations encéphaliques étaient secondaires et consécutives aux lésions de la boîte osseuse et des enveloppes.



De même la pseudo-paralyse générale telle que Foville la comprend pourrait être appelée, afin d'éviter toute confusion, pseudo-paralyse générale ou même tout simplement paralyse générale syphilomateuse; elle « devrait » même l'être si nous étions restés en 1879, si la discussion n'avait pas avancé depuis lors, si la majorité des médecins s'accordait aujourd'hui pour nier toute influence à la syphilis dans la genèse de la paralyse générale vraie; ou bien encore si la paralyse générale vraie, d'origine syphilitique ou évoluant sur un terrain syphilitique affectait une allure particulière, — ce qui est possible, ce qui n'a rien d'absurde au point de vue doctrinal: — mais ce qui, nous le verrons, n'est pas l'avis général.

Ainsi il résultait de ces divers travaux que les syphilomes intra-crâniens pouvaient simuler la paralyse générale, et on commençait à discuter chez nous les rapports de la syphilis avec la paralyse générale classique; mais ces faits n'entraient pas encore dans le domaine de la médecine courante, et en dehors des ouvrages ayant trait à la psychiatrie, aucun traité de pathologie générale n'en faisait mention.

Au reste, il s'en fallait que les aliénistes eux-mêmes fussent et soient encore d'accord à ce sujet.

Le seul fait qui soit actuellement acquis, dit M. Christian<sup>1</sup>, est celui-ci: « La syphilis peut se localiser dans le cerveau et y déterminer une encéphalopathie variable de siège et d'étendue. Rien ne prouve que cette encéphalopathie puisse revêtir la forme de la méningo-encéphalite propre à la paralyse générale. » Il est vrai qu'il ajoutait: « Rien non plus ne prouve absolument « le contraire », phrase qu'il a paru regretter depuis lors.

« Je serais pour ma part tenté, continue-t-il, de considérer la paralyse générale et l'encéphalopathie syphilitique comme deux affections absolument indépendantes, et j'admettrais volontiers que, lorsque l'encéphalopathie syphilitique survient chez un individu prédisposé par suite d'autres causes à la paralyse générale, elle hâte ou provoque l'explosion de cette dernière. »

<sup>1</sup> Christian. (*Annales médico-psychologiques*, 1879.)

Une observation qu'a publiée M. Quinquaud, observation relatée dans notre travail, donne raison à cette manière de voir.

Lunier est d'avis qu'il est possible de faire un diagnostic différentiel entre la pseudo-paralysie générale syphilitique et la paralysie générale vraie<sup>1</sup>

M. Auguste Voisin admet avec Mickle et Fournier l'existence d'une pseudo-paralysie générale, dont le diagnostic symptomatique est généralement possible; mais il va plus loin et ajoute que la syphilis se traduit parfois par de l'endartérite, de la pachyméningite et de la méningo-encéphalite diffuse.

Est-ce à dire pour cela qu'un pareil processus puisse être non seulement d'origine, mais en même temps de nature syphilitique? Ce serait aller trop loin, car on ne peut encore le savoir, mais tout au plus le supposer.

Avec MM. Christian et A. Voisin, on le voit, nous sommes presque au cœur de la question : le premier est tenté d'admettre que lorsque la syphilis produit des lésions d'ordre syphilitique chez un individu prédisposé par suite d'autres causes à la paralysie générale, elle hâte ou provoque la production de cette dernière. Un pas de plus et il se serait demandé si, alors même qu'elle ne produit pas de syphilomes encéphaliques, la syphilis, — qui frappe le système nerveux et donne lieu chez des prédisposés à des folies où seulement à des névroses secondaires, — ne pourrait pas, toujours chez des sujets prédisposés, faire éclore le germe de la paralysie générale vraie qui peut-être serait resté latent sans elle? — De même avec M. Voisin on effleure la question de savoir si l'intoxication syphilitique ne peut avoir un rôle efficient dans la production de la cellulose-vasculite interstitielle méningo-cérébrale diffuse. Mais nous y reviendrons.

Cependant les observations de syphilitiques devenus paralytiques généraux se multiplient, et avec elles les adhésions aux idées nouvelles.

Legrand du Saulle<sup>2</sup> admet, lui aussi, une pseudo-paralysie générale syphilitique. A la Société médico-psychologique, le 30 juillet de cette même année 1883, M. Charpentier présente

(*Annales médico-psychologiques*, 1879, II, p. 113.)

Legrand du Saulle. (*Gaz. hôp.*, 1883, n° 93.)

l'observation d'une malade chez laquelle des lésions syphilitiques ont simulé une paralysie générale :

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, atteinte de démence paralytique, d'après les certificats de la préfecture de police et de Sainte-Anne, admise en février 1883 dans le service de Moreau (de Tours), à la Salpêtrière.

Elle présentait, à son entrée, une série de symptômes presque identiques à ceux de la paralysie générale type. Elle a été examinée par M. Fournier, qui a constaté l'existence de périostites gommeuses, gomme de la paupière ; perte de substance de la narine due à une ulcération ancienne ; perforation du vomer ; cicatrice de chancre à la grande lèvre droite.

Pas de renseignements précis sur la date de l'infection syphilitique.

Il y a six ans, céphalalgies violentes occipitales et frontales, vomissements, nausées. Puis, il y a quatre ans, série d'attaques épileptiformes, dont la dernière a provoqué l'arrestation de la malade, qui était devenue inconsciente et est enregistrée comme démente paralytique. Puis, amélioration rapide et parallèle des manifestations externes de la syphilis et des troubles cérébraux, intellectuels et moteurs, sous l'influence de la médication spécifique.

L'auteur suppose l'existence, dans ce cas, d'une diffusion proliférante cellulaire méningitique et encéphalique analogue aux lésions de la paralysie générale, mais conservant, en raison de l'étiologie de sa production, un *modus vivendi* particulier qui lui a permis de céder au traitement. Il est intéressant de rapprocher cette explication de l'opinion de A. Voisin, citée plus haut.

Il admet l'existence de lésions syphilitiques capables de simuler la paralysie générale, comme l'admet M. Fournier.

M. Magnan a répliqué par une négation formelle de la paralysie générale syphilitique : « Je suis encore à trouver un seul cas, dit-il, où la paralysie générale soit imputable à des lésions spécifiques.

« Pourtant, *a priori*, je puis admettre qu'une diffusion exceptionnelle (et comme je n'en ai pas rencontré) des lésions syphilitiques donne lieu à l'encéphalite interstitielle diffuse ; je pose donc à cet égard un point d'interrogation. »

L'éminent médecin de Sainte-Anne est encore à présent du même avis (communication orale).

Il repousse même le mot de pseudo-paralysie générale appliqué à une affection d'une autre nature que la paralysie générale. A son sens, il n'y a pas de pseudo-paralysies générales; il n'y a que des lésions plus ou moins limitées, qui, intéressant l'écorce et se disséminant, simulent d'autant plus la paralysie générale qu'elles sont plus corticales et plus disséminées. Mais, restant le plus souvent limitées, elles ne produisent que des démences circonscrites; *démences circonscrites* ou *partielles*, ce terme serait selon lui, préférable au mot pseudo-paralysie générale, qui consacre une assimilation hérétique au point de vue nosologique. Si la syphilis agit comme cause dans la paralysie générale, la paralysie générale qu'elle produit est une paralysie générale vraie, normale, cette maladie étant *unc*, quel que soit le facteur qui l'engendre.

Les lignes qui précèdent pourraient être encore signées de la majorité, de la presque unanimité des aliénistes français. M. Mesnet, par exemple, estime que la paralysie générale est une maladie *unc*, à type fixe, indélébile: « Qu'il y ait, dit-il, à côté d'elle des affections qui en simulent le complexe clinique, oui certes; mais il y a entre ces affections (la pseudo-paralysie générale syphilitique, par exemple, et la paralysie générale) la même différence qu'entre la fièvre typhoïde et les « états » typhoïdes, — et la syphilis n'a rien à voir avec la paralysie générale. »

« Quant à ces états pseudo-paralytiques<sup>1</sup>, continue-t-il, leur nombre, leurs causes peuvent être infinis, — gommages méningées, foyers apoplectiques successifs (qu'on se rappelle le fameux cas de Sandon, autopsié par Liouville, alors chef de clinique à l'Hôtel-Dieu), etc<sup>2</sup>. Ce qui rend très difficile le diagnostic différentiel, c'est qu'à côté de la paralysie générale, il y a les paralytiques généraux; c'est que chacun d'eux garde son individualité et réagit à sa façon devant la maladie. Il y a donc lieu, au point de vue nosologique, de séparer jusqu'à nouvel ordre de la paralysie générale la syphilis cérébrale qui ne se rencontre avec elle que dans la démence terminale. » Cette infinie variété des formes cliniques de la paralysie générale explique pourquoi il est si

Etats « paralysoïdes » de Lasègue.

*Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* Paris, 1888.

difficile, en présence de symptômes paralytiques ou pseudo-paralytiques, d'affirmer qu'on se trouve ou non en face d'une paralysie générale (Luys); il n'y a pas deux paralysies générales qui se ressemblent...

Il faut donc en prendre son parti : au lit du malade, le médecin ne pourra être formel, et dire : ceci est une paralysie générale; — ou ceci est une paralysie générale vraie d'origine syphilitique; — ou ceci est une pseudo-paralysie générale par syphilome extra-cérébral.

Aussi ne peut-on tabler sur les lésions anatomiques pour établir une classification, et la division de A. Foville, ne reposant que sur l'autopsie, est rejetée par M. Motet.

Ce savant médecin avance pourtant qu'à côté de la paralysie générale vraie, non syphilitique, il existe une *pseudo-paralysie générale*, qui seule peut être syphilitique. A son avis, M. Fournier a donc eu raison de dire qu'il existe une forme de syphilis cérébrale qui se rapproche de la paralysie générale et évolue parallèlement à elle, mais ce n'est pas la paralysie générale.

Voici, d'après M. Motet, comment on peut établir la comparaison entre la paralysie générale et la pseudo-paralysie générale<sup>1</sup>:

<p>PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p>Artérite; poussées d'artério-sclérose; aboutissant ultime : thrombose ou hémorragie.</p>	<p>PARALYSIE GÉNÉRALE VRAIE</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p>Congestions de tissu.</p>
--	---

EXEMPLE

Supposons, par exemple, comme premier symptôme de l'une de ces deux encéphalopathies une attaque apoplectiforme, on trouvera :

<p>PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p>Obturation vasculaire plus ou moins complète, suivie souvent d'une hémiparésie du mouvement; si la circulation se rétablit, tout rentre dans l'ordre.</p> <p><i>Délire</i> différent, se tenant mieux en quelque sorte.</p>	<p>PARALYSIE GÉNÉRALE VRAIE</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p>Congestion méningo-encéphalique, se rapprochant bien plus de l'épilepsie vraie (par congestion bulbaire). Visage, conjonctives, oreilles rouges, etc. Après ces poussées, les rémissions ne ramènent pas la santé absolue.</p> <p>Délire plus complet, plus incohérent.</p>
---	---

Communication orale.

## PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE

*Parole.*

L'*embarras de la parole* est variable, plus ou moins accentué, plus intermittent. Le malade cherche le mot, le trouve et le *lance*.

*Aphasie.*

Les lésions syphilitiques, étant vasculaires, peuvent s'accompagner plutôt d'aphasie mécanique, d'aphémie; lésion de la troisième frontale, indépendante de la perte de mémoire.

*Pupilles.*

Inégalité variable, intermittente.

*Mouvement.*

Hémiplégies, presque spéciales à la syphilis.

*Attaques épileptiformes.*

Très fréquentes, comme prémonitoires, longtemps à l'avance.

*Evolution.*

Peut guérir.

*Mort.*

Les syphilitiques, même dans la variété non congestive, meurent ordinairement par une *violence cérébrale*, et ne *s'éteignent* pas; ils meurent donc dans un ictus, par hémorrhagie cérébrale, par exemple.

## PARALYSIE GÉNÉRALE CLASSIQUE

Constant, permanent, continu.

Le paralytique vrai, plus inconscient, ne se donne pas la peine de chercher le mot.

Inégalité ou dilatation constante, *permanente*.

Rémissions incomplètes, la parole reste troublée, *ne guérit pas*.

1° Démence progressive; le malade s'éteint »; dysphagie, fuliginosites; pneumonie ou non. — Hémorrhagie méningée seulement chez les congestifs.

Le diagnostic de ces deux sortes d'ictus, hémorrhagie cérébrale ou hémorrhagie méningée, — est souvent impossible, ce qui, pour ce symptôme-là comme pour les autres, n'empêche pas la différence d'exister.

Cette remarquable dissertation, résumé aussi fidèle que possible d'une communication orale de M. Motet, est en tout point assimilable à celle de Junius Mickle, que nous avons citée plus haut, comme aussi à celle de M. Fournier, que nous discuterons plus loin. Mais nous avons tenu à la faire figurer ici, bien que disjointe des deux autres, afin de ne pas séparer les opinions, sur la matière, des diverses autorités scientifiques de notre pays.

OBSERVATION XX

Dr. J..., quarante-quatre ans.

1868. — Syphilis, chancre induré; croûtes dans les cheveux; a pris alors 500 pilules HgI de 5 centigrammes; peu de KI.

1883-85. — A eu cinq fois des vertiges. — KI, 3 à 4 grammes par jour pendant un mois. Depuis, peu ou pas de traitement. Crise d'hypéresthésie aux jambes ayant duré 4 à 5 jours.

24 mars 1886. — Difficulté de parole depuis deux mois: mots scandés (prononce *a... percevoir*), et cela par instants; certains jours la parole est bonne. Obnubilations ces derniers mois, ne voyait plus clair. Engourdissements des doigts droits; pas de douleurs fulgurantes. Réflexes, miction, marche: normaux.

*Etiologie.* Rien. — Se rend très bien compte de son état. — Pas de nerveux dans sa famille; grands-père et mère morts à 90 et 95 ans. Excès de tabac; ne fume plus depuis deux ans. A côté de l'embarras de la parole, autres troubles psychiques. Mémoire un peu affaiblie. Tremblement marqué (mains et langue). Vue bonne. Pupilles inégales par blessure dans la jeunesse.

12 juillet 1886. — Se trouve infiniment mieux, à la suite du traitement spécifique alterne; « ne se connaît plus », parle bien ou presque bien. Vue meilleure. Tremblement presque nul, mais quand il écrit une demi-heure, passe des mots.

7 décembre 1886. — Continuation du traitement: frictions Hg, et KI; en a pris 150 grammes. Bains sulfureux, pointes de feu à la nuque; a eu une stomatite mercurielle intense. Parole cependant embarrassée et scandée. Lèvres: trémulantes; langue: tremblement minime; mains: léger tremblement; hémiplegie droite qui a duré six jours. Aujourd'hui réflexes et miction normaux. Intelligence normale. — A repris ses occupations.

OBSERVATION XXI

*Paralysie générale syphilitique.*

Y..., trente-sept ans. — Nul excès (ni femmes, ni boisson, ni travail), famille non nerveuse.

1871. — Chancre induré, alopécie, croûtes à la tête, « aphtes ». A suivi un traitement de six mois.

1875-76. — Paralyse de la sixième paire gauche. Iodure six mois (signé par le Dr Desmarres fils).

1884. — Mariage, femme saine; enfant vigoureux, mort de choléra infantile. Un deuxième enfant (1887), bien portant.

Juillet-août 1886. — Perte de la mémoire; insomnies; balbutiement, impatience; traitement: KI, cinq mois, 3 grammes par jour.

Janvier 1887. — Le sommeil devient alors plus calme, la mémoire meilleure; état général excellent, grande vigueur, mais le balbutiement persiste.

25 janvier 1887. — Esprit lucide; le malade expose très bien sa situation. La mémoire est meilleure, mais encore imparfaite. Parole scandée; quelques mots entrecoupés ou difficiles à prononcer. Tremblement des mains et de la langue; sautilllement des zygomatiques; pupilles égales; réflexes bons. Écriture tremblée, caractéristique de la paralysie générale, mais pas de lettres omises.

#### OBSERVATION XXII

*Syphilis cérébrale à évolution continue intermittente ayant par moments réalisé le syndrome suivant: Parésie des membres, vertiges, céphalalgie, troubles de la parole et de l'écriture; amnésie; affaïssement intellectuel, idées délirantes; tous symptômes ayant jusqu'ici cédé aux séries du traitement spécifique.*

Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, lit 69.

Frédéric F..., employé, vingt-huit ans, lors des premiers troubles mentaux.

1878. — Syphilis, deux ans de traitement: Hg et KI; quelques excès alcooliques; pas d'excès de femmes; travail de tête, hérédité nulle.

Juin 1882. — Quatre ans après le chancre, après beaucoup de fatigues, modifications de caractère, énervement, colères sans motifs, *idées de suicide*; écriture tremblée, quelques lettres informes. Sirop Gibert et KI (trois mois).

Décembre 1882. — Céphalalgie violente qui va persister plusieurs années, diurne surtout.

Janvier-février 1883. — Névralgie faciale droite.

Mars 1883. — Monoplégie brachiale droite, aphasie (sirop Gibert un mois; mieux).

Mai. — Apoplexie; hémiplegie gauche; le lendemain, l'hémiplegie disparaît et passe à droite. Entre à l'Hôtel-Dieu trois semaines.



Août. — Nouvelles *idées délirantes*; amélioration. Affaissement intellectuel; KI, KBr, deux mois.

Février 1884. — Vertiges. Reprend le traitement.

Août. — Excès alcooliques; nécrose des os du nez; vertiges persistants.

Mai 1886. — *Vertiges*. — *Embarras de la parole*; puis l'hémiplégie droite progresse; KI, vie régulière.

Janvier 1887 — Faiblesse croissante des jambes sans incoordination.

Juillet 1887 — Entré à l'hôpital Saint-Louis, service du professeur Fournier: difficulté de la marche, faiblesse des membres supérieurs; *douleurs et élancements dans les jambes*; *sensibilité* somatique et sensorielle *intactes*, *réflexes conservés*; organes thoraciques: intacts; urination lente; constipation.

ÉTAT INTELLECTUEL — La *mémoire*, qui avait beaucoup baissé il y a quelques mois, est revenue presque normale; *intelligence nette*; ni troubles *d'idéation ni de caractère*; écriture et parole encore *saccadées*; tendent à revenir à la normale.

*Résumé*. — Le malade entre à l'hôpital pour céphalalgie; difficulté de la marche, faiblesse des jambes, surtout à droite (jadis paralysées).

8 septembre 1887. — S'est extrêmement amélioré par trois semaines de KI; plus de maux de tête; mémoire bonne; marche bien; réflexe rotulien, nul à droite (côté paralysé), normal à gauche.

### OBSERVATION XXIII

*Syphilis cérébrale complexe, montrant la succession des accidents: 26 ans après la syphilis, accès épileptiformes pendant trois ans, idéation affectée; quatre ans après, hémiplégie gauche; embarras de la parole (diffusion des lésions), sensiblerie, hébétude, pas de délire systématisé.*

M<sup>me</sup> G..., cinquante-trois ans au début de l'épilepsie.

1853. — Mariage; syphilis: exostose; un enfant naît avec une éruption syphilitique; traitement toujours irrégulier.

1879-80. — Trois accès de perte de connaissance, avec morsure de la langue; — périostose gommeuse du crâne. — *Idéation très affectée*.

Mai-juin 1880. — *Hésitation de la marche*; prend à la fois des douches froides et du sirop de Gibert, Ki et frictions Hg.

29 juillet. — Grande amélioration; idéation meilleure,

18 octobre. — Défaillance, sans perte de connaissance dans un

magasin ; au bout de 20 minutes se remet, puis peut dîner. La périostose qui date de deux ans au moins paraît augmenter et se ramollir.

6 décembre. — Lassitude dans le bras et la jambe droite (côté de la périostose).

31 janvier 1881. — Périostose presque affaissée. — Accès épileptiformes.

8 juillet 1885. — M<sup>me</sup> G... allait très bien et n'a pas voulu prendre d'iodure ; le 17 décembre dernier, à Nice, sans céphalagie prodromique, ictus suivi d'*hémiplegie gauche* ; embarras de la parole, pas de perte de connaissance ; l'hémiplegie a duré un mois, avec anesthésie. Aujourd'hui, marche mal assurée et gauche. — Serre mal la main, est *mala-droite* (fait de la tapisserie) ; parle très mal, parole embarrassée, estropie les mots, *sensiblerie* ; pleure, *hébétude*.

2 janvier 1886. — Le traitement a été irrégulier : toujours mala-droite, abrutissement, sensiblerie, embarras de la parole (15 jours d'iodure depuis octobre).

#### OBSERVATION XXIV

*Tabes spino-cérébral, pseudo-paralysie générale* (Fournier).

H..., chancre il y a quinze ans et syphilis « passée dans le sang », d'après le D<sup>r</sup> Cocteau. — Un mois de traitement, puis plus rien, nul accident, nul traitement.

4 mai 1881. — Depuis trois mois, affaiblissement de la vue ; aujourd'hui voit à peine ; amblyopie, presque demi-cécité. Parole scandée, tremblement des mains ; facultés psychiques intactes ; ne peut qu'à grand'peine se tenir à cloche-pied. Le malade a pris, par jour, HgI : 0,03 et KI 2 grammes.

Aujourd'hui l'état mental est intact ; l'embarras de la parole a complètement disparu ; ce qui (écrit le médecin consultant) justifie le diagnostic de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique posé par Fournier.

4 octobre 1881. — Absolument aveugle, ne distingue pas la chandelle ; parole encore un peu scandée ; marche difficilement à cloche-pied, oscille et tomberait.

20 septembre 1882. — Aveugle absolument, mais distingue la lumière du soleil de la nuit ; parole embarrassée ; abaissement mental.

Ce malade a été amené à Paris par son médecin à M. Charcot, qui, vu les antécédents, l'envoya à M. Fournier. Il a été vu en octobre 1881 par M. Galezowski qui diagnostiqua *atrophie papillaire tabétique d'origine syphilitique*.

*Traitement* suspendu pendant deux mois; traitement mixte les mois qui ont précédé.

3 juin 1885. — Intelligence très nette; quelques oublis.

Septembre. — Saison à Uriage avec traitement spécifique: traitement mixte, alterne, réglé et continué, marche bien mieux.

Mars 1886. — Au moins stationnaire.

Juin 1886. — Plutôt amélioré.

## OBSERVATION XXV

*Pseudo-paralysie générale: lésions cérébrales avec poussées inflammatoires symptomatiques* (MM. LASÈGUE, FOURNIER, DAMASCHINO).

L... — Modifications insensibles de caractère et d'allures depuis un an. Idées mélancoliques; triste, concentré, morose depuis quelques mois.

Août 1880. — 4 accès épileptiformes à quelques jours de distance; à la suite du dernier accès a déliré 12 heures. Dans les intervalles de ces accès, la raison était ébranlée. — Depuis, retour aux idées tristes

15 octobre 1880. — Excité... (Cela a été en augmentant depuis un mois.) Veut donner une armée au roi, a mangé dix pains à son déjeuner, va manger dix œufs. Manie un chapelet. Immobilité de statue; pas de tremblement des mains ni de la langue; pas de paralysie; vue nette; pupille gauche un peu dilatée(?).

## OBSERVATION XXVI

*Syphilis non traitée. Syphilis cérébrale au bout de deux ans; troubles moteurs et mentaux.—Pseudo-paralysie générale. Délires divers. — Amélioration par un traitement continu prolongé. — Observation due à l'obligeance du D<sup>r</sup> BARTHÉLEMY.*

X..., homme nerveux; bègue et strabique dès l'enfance, quarante-huit ans; sobre, jamais d'alcoolisme. Surmenage intellectuel (1879), troubles cérébraux.

Vers décembre 1882. — Début ignoré de la syphilis.

Mai 1883. — Syphilis gutturale (D<sup>r</sup> Poyet), trois mois de traitement spécifique.

Juin 1884. — Tumeur gommeuse au coude droit; Ki, pendant six semaines.

Août 1884. — *Lourdeur intellectuelle, difficulté de parole.* Mala-

dresse générale, vertiges; tous accidents survenus depuis huit jours sans ictus, sans céphalée. Traitement spécifique jusqu'à la fin de septembre. La parole reste embrouillée, la station indécise, la course difficile.

3 octobre 1884. — Ictus, non précédé de céphalée; le soir, engourdissement du côté gauche, qui la nuit devient hémiplegique. M. Fournier prescrit 5 grammes KI, et on fait 14 frictions Hg, à 6 grammes; vésicatoire à la nuque. Traitement continué jusqu'en janvier 1885.

18 janvier 1885. — Exagération des réflexes rotuliens, trépидations épileptoïdes; l'hémiplegie gauche persiste incomplète sans contractions; gêne légère de la parole.

2 avril 1885. — Amaigrissement, agitation; respiration de Cheyne-Stokes. KI a été continué.

2 mai 1885. — Etat corporel assez bon (hémorragies hémorrhoidales), *mais* insomnies. Parle vite, sans réserve, bredouille. « Satisfaction », effusion, grande affectivité; ne supporte pas la contradiction. Pupilles égales, pas de tremblement linguo-facial. Les mains tremblent un peu; sensibilité normale. KBr, *repos, surveillance*.

4 Mai. — Déraisonne, sa femme « craint pour sa raison ». Reçoit le docteur avec effusion, lui promet la croix au 14 juillet; exalté, « dispose de 300 familles amies ».

Juillet-août. — Voyage en Suisse. Amélioration.

14 octobre. — Bon sommeil, calme; est moins glouton, vient de faire en Suisse six semaines de traitement.

9 novembre. — Préoccupé, concentré, mais moins emporté; pas de délire, bon sommeil.

Janvier 1886. — Ne bat pas la campagne, ne s'emporte plus, marche 3 heures sans fatigue; miction lente, quelques érections, coït possible.

4 mai. — *Aucun trouble intellectuel*. Il a maintenant TROIS ANS DE TRAITEMENT : vient de faire une saison à Luchon; est mieux.

12 novembre. — Le caractère est redevenu très calme.

8 décembre 1886. — Depuis huit jours, insomnie.

Récidive du délire aigu : délire des persécutions, des grandeurs; agitation, irascibilité, divagation. M. Magnan affirme un délire simple et la guérison.

10 janvier 1887 — Vingt-cinq frictions ont été faites; guérison complète de ce délire.

#### OBSERVATION XXVII

N... Jules, sans profession, entré le 7 février 1881 à l'Hôtel-Dieu.

Syphilis en 1863. — Accidents multiples du côté de la peau et des os (périostoses crâniennes). Traitements répétés.

1887. — Troubles cérébraux. Amnésie. Torpeur intellectuelle : inconscience de son état ; difficulté de parler.

1879. — *Disparition de ces accidents.*

1880. — Ictus violent suivi d'*excitation maniaque* ; ne reconnaît ni sa femme ni ses enfants.

Antécédents strumeux. — Bonne santé habituelle ; syphilis contractée en Pologne en 1863. Chancre du canal. Traitement par le *van Swieten kur* (?) pendant quinze jours et un autre traitement interne pendant six semaines. Pas de taches sur le corps, pas de plaques muqueuses (?) Aucun autre traitement, car il n'eut aucun accident autre jusqu'en 1877. Depuis 1863, il prétend avoir été sujet à des abcès périodiques (revenant tous les six mois) du scrotum : il en sortait jusqu'à 200 et 400 grammes de pus. Marié en 1870 avec l'autorisation de plusieurs médecins : un enfant à terme en 1871, un autre en 1874 ; en 1876, un troisième, mort à l'âge de sept mois, de pneumonie. Sa femme fit deux fausses couches en 1877, l'une de six mois, l'autre de quatre mois. L'aîné des enfants est fort et robuste ; le deuxième, né en 1874, eut du coryza spécifique dans les premiers mois de sa naissance. Sa femme présente quelques accidents pour la première fois en 1878 ; soumise au traitement spécifique par les médecins de Berne.

En 1877, notre malade eut de la fièvre nocturne et des douleurs articulaires sans gonflement et sans paralysie. Traitement ordinaire du rhumatisme : quinine, fer, eau thermale. Insuccès du traitement. Envoyé à Malaga ; croûtes dans les cheveux, et gommages de la gorge ayant fait de grands ravages. Il y a encore une perforation : destruction de la luette et des piliers, et symphyse palato-pharyngée. Frictions mercurielles et Ki, 1 gr. par jour. Vient alors se faire soigner à Madrid : augmentation de la dose d'iodure ; puis il cesse brusquement le traitement et revient à Paris où Alphonse Guérin le soigne par le sirop de Gibert ; syphilides tertiaires de la peau ; périostites du crâne avec ulcération ; périostites des os du nez avec esquilles multiples.

*Les troubles cérébraux* ont éclaté en 1877 ; ils consistaient en amnésie, torpeur intellectuelle, grande difficulté de parler, ne trouvait pas ses mots ; ne savait où il était ; en Espagne, se croyait en Angleterre et parlait anglais aux espagnols ; pas d'attaques épileptiformes. ni de vertiges, ni de paralysies ; jamais de céphalée. Les accidents disparurent presque complètement en 1879. — En 1880 (août), ictus très violents ; perte absolue des idées, chantait et riait sans raison, ne connaissait ni sa femme ni ses enfants. Traitement spécifique énergique, frictions mercurielles ; troubles oculaires ; examiné par M. Galezowski (atrophie spécifique double de la pupille) ; rien du côté de la moelle. Rétrécissement de l'urèthre ; jamais de douleurs

ostéocopes ni de céphalée; les troubles cérébraux peuvent être la conséquence des périostoses crâniennes.

## OBSERVATION XXVIII

F..., trente-deux ans, professeur.

1875. — Syphilis. Quelques mois de proto-iodure.

10 octobre 1881. — *Impuissance* depuis quatre ans. Il y a quelques mois, *embarras de la parole*, qu'il conserve encore notablement; *hésitations* par instants, syllabes *avalées*; *langue trémulante*. Pupilles égales. — Traitement, sirop de Gibert.

27 — Parle *mieux*, langue tremblante.

10 novembre. — Retour de l'embarras de la parole : KI.

24. — Amélioration.

22 décembre. — Faiblesse de mémoire pour les noms propres.

## OBSERVATION XXIX

*Paralysie générale d'origine syphilitique* (RENDU, Annales médic. psychol. 1879, p. 229).

M. Ch..., fils de syphilitique, âgé de trente-six ans. — Impuissance, amnésie, inégalité pupillaire. Embarras de la parole, idées de grandeur; excitation; stupeur; sitiophobie; gâtisme. — A eu la syphilis. Traitement spécifique. Guérison.

Nous avons recueilli auprès de M. Rendu les renseignements complémentaires suivants, qui n'ont pas été publiés :

Après le retour du malade à la raison et la disparition progressive des accidents paralytiques sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré, le malade est resté polyurique six mois; puis il est allé habiter la campagne où *il a vécu trois ou quatre ans en bonne santé*. Puis, symptômes de paralysie bulbaire avec atrophie des muscles du cou et de la langue; au bout de six mois environ, « mort classique » par suite de paralysie labio-glosso-pharyngée.

## OBSERVATION XXX

*Syphilis cérébrale à forme mentale, ayant présenté quelques traits de la pseudo-paralysie générale.*

M. P. M...

Octobre 1877. — Syphilis. Suivi et soigné pendant vingt mois par M. Fournier.

Été 1885. — Il n'est plus le même ; flâneur, inoccupé, distrait ; oublie toujours son chapeau, perd la mémoire, va voir son ancienne maîtresse et y reste des heures entières à rien faire, sans s'inquiéter si elle est sortie ou présente. *Accuse* les domestiques de lui mettre des vers dans ses habits.

5 octobre 1885. — Dérangé. Se croit absolument persécuté. « Son personnel va répéter partout qu'il a la vérole. » Il les entend à travers les cloisons ; « ils ont pris les ordonnances ; il faut les poursuivre ». —

9 décembre 1885. — Consulte MM. Fournier et Mesnet. — *Délire systématique de persécution*. — Il a inventé un véritable drame : on veut sa chambre d'hôtel ; aussi on lui fait des misères pour l'expulser. On veut l'empoisonner, on l'injurie, il entend cela à travers les murs. Il a vu ces gens-là dîner chez lui, « c'était illuminé ». Mais ici, défaillance ; quand on le pousse en lui disant : « L'avez-vous vu ? Y avait-il une table servie ? » il se dérobe, ne répond rien et passe à autre chose.

15 décembre 1885. — Deuxième consultation. — Mêmes idées de persécution, mais moins intelligemment présentées. Le délire est bien plus diffus. Ce sont *eux, on*. « On l'empoisonne. On s'est introduit chez lui ; comment ? Il ne le sait, ni ne cherche à le savoir. On a empoisonné son chapeau, tout est empoisonné !... » On l'emmène sans qu'il se rende compte de rien ; pour lui, il va porter son chapeau à l'analyse chimique.

19 décembre 1885. — La scène a changé. Pupilles inégales. Parole scandée. Pas de tremblement des mains ni de la langue. — *Il déraisonne* : « On a tué son père » (indifférence) ; on lui dit qu'il est vivant, il ne fait pas attention. — *Idées délirantes, incohérentes* ; ne parle plus de ses persécuteurs que d'une façon déraisonnée : « On a bombardé sa maison. » *Actes stupides*. Ex. : Il met par terre un oreiller, puis son gilet et pisse dessus. *Marche bien* ; a maigri.

Janvier 1886. — A eu une sorte d'ictus éphémère ; à présent, intelligence abaissée. Délire diffus, n'ayant plus de base. N'a plus ses idées fixes de persécution. Indifférent.

5 février 1886. — Intelligence encore abaissée. N'a plus d'idées ni d'initiative. Répond quand on lui parle, mais ne produit pas une seule idée de son fonds. Ne fait absolument rien ; ne lit rien ; vie végétative. Nie qu'il y ait un billard dans la maison, alors qu'il y joue tous les jours. — Parole bonne, non saccadée ; coquet encore.

30 octobre. — A tout à fait baissé ; est à l'état d'automate. — MORT le 13 janvier 1887, dans l'adynamie progressive, comme serait mort un paralytique général.

## OBSERVATION XXXI

« *Pseudo-paralysie générale évidemment syphilitique* » (LASÈGUE),  
ne reproduisant pas les troubles purement fonctionnels de la  
folie héréditaire, mais due à des lésions matérielles. Accidents  
comitiaux donnant lieu au tableau clinique d'une paralysie  
générale (Lasègue).

Bo..., quarante-six ans.

1867 (ou avant?) — Syphilis.

1872. — Mariage, trois enfants sains (le dernier a eu une crise convulsive).

Vers 1873. — Ostéite nasale, vaste perforation de la cloison : KI, irrégulièrement.

Octobre 1874. — Début des crises. Les trois premières ont été de vrais accès maniaques. La première eut lieu la nuit : le malade rentre à 11 heures « en disant des bêtises ». Il se couche très agité, se met à quatre pattes, gesticule pendant plusieurs heures, veut se jeter par la fenêtre. Des mouvements carphologiques marquent la fin de l'attaque. Sa femme le réveille : il a perdu la raison et commet une série d'actes insensés (quinze heures de durée); deux autres attaques semblables, sans convulsions, moins fortes. {Puis, crises nerveuses, absolument *épileptiques* (sauf l'écume); quelquefois avec cris au début; quelques attaques sans perte de connaissance. Après les crises, il y eut parfois des paralysies incomplètes, toujours à gauche : bouche déviée, bras faible, parole difficile. — Une fois, cela dura trois jours.

Mai 1875. — Cinq gommés frontales : KI; *depuis lors* les crises convulsives, jusque-là nombreuses, ont disparu; le malade n'avait encore pris que du bromure.

8 novembre 1876. — Depuis quelque temps, changement de caractère; l'intelligence a baissé. Autrefois très actif, est devenu apathique; puis, *colères subites*, sans cause, jusqu'à la fureur; *violences* sans motif; tire sur un passant porteur d'un fusil, et qu'il prend pour un braconnier. Haines et affections non justifiées; se laisse exploiter; *écrit* à tout le monde : quelquefois lettres illisibles, mots passés. Parle bien, sans hésitation. *Pas d'idées ambitieuses*. Incapacité dans les affaires. Ne se rend pas compte de son état, sauf à de rares moments : « Je deviens fou »; accès de désespoir, veut se tuer. Glouton, mange cinq fois de la viande par jour, et énormément; aussi, diarrhée (fait dans son pantalon, au lit);



*mange, en se cachant, ses déjections nasales.* — Traitement spécifique incomplet; refuse les pilules.

Janvier 1877. — Santé générale bonne; marche bien; appétit bon, diminué. — Le malade et sa femme ont été finir l'année à Rome. Là a eu lieu un accès, le premier depuis l'iode : fuite sans raison et vagabondage inconscient par la ville; la crise a débuté comme ceci : il répétait incessamment le mot : *admirablement* (délire comitial) (Lasègue). Voulait compter de l'argent et n'y parvenait pas; mêlait des sous et des louis. Affaiblissement de la mémoire, comme dans toutes les crises épileptiques; demande dix fois de suite la même chose; raconte la même chose à quelques minutes d'intervalle; *indifférence*, fouette un de ses enfants sans cause, se couche, a tout oublié au réveil.

2 janvier 1877. — *Loquacité* incessante; raconte une foule d'histoires, *toutes sensées*; mais hors de propos. *Irascible*; *idée fixe* de ne pas sortir. *Pas d'idées ambitieuses*, mais *satisfaction* d'anciens exploits de chasse, tuait soixante bécasses, marchait vingt-cinq heures de suite; se trouve *bien*. *Pas de délire vrai* sur un sujet imaginaire. *Marche bien*, a quelquefois besoin de s'appuyer. *Besoin de marcher*; toujours en mouvement; se lève à tout propos. *Trépidation musculaire*, le bras étendu. Pas de tremblement de la *langue* (deux îlots de glossite scléreuse).

3 janvier 1877. — Abattement; insomnie; est anéanti; ne se rappelle rien de la consultation d'hier.

7 janvier. — *Loquacité*; hésitation de la parole et des lèvres; *tendance aux idées vaniteuses*; *nécessité d'internement* (Gubler).

25 avril. — MM. Fournier et Lasègue maintiennent l'internement. — Amaigrissement.

Fin 1879. — Accès épileptiformes; violence; imbécillité. — MORT.

## OBSERVATION XXXII

*Pseudo-paralysie générale au début « paralysie générale à forme congestive (B. BALL) » Traitement mixte énergique; puis traitement bromuré ayant déterminé la disparition complète des troubles cérébraux et mentaux.*

Paul B..., quarante-huit ans, syphilis bénigne il y a une vingtaine d'années; a été soldat sept ans, a servi en Afrique, a beaucoup travaillé, ayant dû se suffire à lui-même; pas de traces d'alcoolisme, pas d'excès vénériens « si ce n'est un hiver, il y a trente ans, et pendant lequel il avait environ cinq rapports par jour avec la même

femme ». Depuis, plus rien de ce genre ; au reste, la femme ne lui dit rien, ce n'est pour lui qu'un besoin et il n'a pas le temps de penser à *ces niaiseries-là* (bien que sa puissance soit entière lors de son rapport hebdomadaire). C'est qu'il est depuis deux ans *absorbé par la confection d'un immense travail qui doit changer la face de l'histoire* : immenses recherches bibliographiques (fait réel).

30 août 1886. — Le malade se plaint de souffrir depuis un mois de *vertiges* qui l'ont pris en pleine santé et reviennent par accès ; sa *mémoire s'affaiblit*, il éprouve des *étourdissements* ; fatigue rapide à la marche, insomnies, léger embarras de la parole ; le diagnostic flotte entre : vertiges, gastriques (?), nervosisme hystérique, syphilis cérébrale, paralysie générale au début. Le malade attribue ces troubles au surmenage intellectuel dû à un travail si absorbant et si attachant, à l'intoxication par la fumée de tabac dans une chambre close (en travaillant). Air bonasse, hébété ; lucidité parfaite, mais ça lui fait du mal, *ça le fatigue de penser*. Prescription : Cesser le travail ; « vous pouvez m'empêcher d'écrire, mais non de penser », lotions froides, laxatifs ; Hg, KI. Pas d'amélioration, malgré le traitement spécifique mixte alterné. Les vertiges cessent cependant, mais l'insomnie persiste ; la *langue est tremblante*, l'amaigrissement s'est prononcé.

En avril 1887. — L'état est toujours le même, et l'*écriture*, prise les 9, 12, 15 courant est *absolument caractéristique*. Lenteur et hésitation à écrire, caractères tremblés, syllables oubliées. La phrase qu'il écrit à son choix a toujours trait à sa préoccupation unique, son grand travail ; lucidité parfaite « docteur, si j'étais menacé d'un danger pour ma vie ou pour ma raison, prévenez-moi, pour que je classe mes fiches, et que ce travail ne soit pas perdu pour l'humanité ».

20 août 1887 — Le malade a été *trouvé amélioré* à la suite d'un traitement fortement bromuré ; il travaille malgré nous pendant une heure, deux heures de suite, mais il est toujours faible. Part à la campagne.

1<sup>er</sup> février 1888. — Guérison persistante ; le malade nous dit toutefois qu'un travail prolongé le fatigue à présent outre mesure.

Janvier 1889. — Etat de santé bon, sauf une incapacité relative de travail, et des vertiges apoplectiformes très espacés.

#### OBSERVATION XXXIII

As..., ancien élève de l'école polytechnique, officier.

Décembre 1873. — Deux chancres indurés du prépuce. — Roséole et plaques (février-mai 1874) ; traitement pendant ce temps.

1876. — Se marie ; plusieurs enfants, le premier en 1877, le quatrième en 1884, tous à terme, et bien portants depuis.

1880-81. — Troubles visuels; mydriase droite; pustules ecthymatiformes sur le corps.

1883. — Début des troubles psychiques.

*Antécédents.* — Mère a un caractère bizarre, excitable (absences ces derniers temps. 76 ans), chez lui rien; sobriété.

1882-83. — Changements de caractère. — Travail difficile; mémoire infidèle. — Pleurs à propos de rien.

1884. — L'intelligence se perd absolument, par crises, par saccades. Vertiges. idées de suicide.

Rémissions plus ou moins longues, alternant avec des rechutes. — Depuis août 1884, amélioration qui paraît se maintenir. Il a repris ses affaires, le délire mélancolique s'atténue, les facultés affectives reparaissent; mais on note ceci: œil droit: paralysie de l'iris en mydriase; — impuissance: absence des désirs vénériens; parole bredouillante; quelquefois mots inarticulés; marche traînante; santé générale bonne.

*Diagnostic.* — Tabes cérébro-spinal ?

*Traitement:* révulsifs et *traitement spécifique mixte* (mais on ne dit pas depuis quand; au reste le malade avait nié toute syphilis).

Avril 1885. Va consulter M. Fournier qui constate ceci: *pseudo-paralysie générale*. Dépression intellectuelle, mais sans délire, sans idées extraordinaires. — Il est sensé et répond bien, mais impatient, ne pouvant rester en place, se levant sans cesse pour sortir, mal équilibré; pupilles égales; parole très gênée; mots estropiés; pas de paralysie, marche oscillante; pas de tremblement des mains ni de la langue; serre, mais faiblement.

#### OBSERVATION XXXIV

Comte X..., trente-huit ans, lors des premiers antécédents cérébraux; le comte X... a toujours été bizarre et original avec tendance à la violence.

1871. — Il paraît avoir beaucoup souffert d'une syphilis antérieurement acquise; il fut soigné en 1871 par le professeur Richet; à cette même année remonte le début de la maladie mentale dont le comte X... est atteint. Resté à Paris pendant le siège, il s'y conduisit vaillamment et y fut décoré, mais sa santé fut très ébranlée par les privations et les fatigues. A dater de ce moment on observa un *changement* notable *dans son caractère* et ses habitudes. Excitations, n'admet pas la contradiction; exaltations, emportements, actes déraisonnables, dépenses exagérées. A d'autres moments, torpeur, somnolence, indifférence. Pendant plusieurs années ces *phases d'excitation*

et de *dépression* se succédèrent sans que presque jamais le comte X... fût en état d'équilibre intellectuel.

1877. — Le manque d'équilibre devint plus manifeste encore, la surexcitation fit de grands progrès, et c'est à la suite d'une scène de bruit, de menaces et de violences qui nécessitèrent l'intervention de l'autorité (ordre donné par le comte X..., d'arrêter des passants qu'il avait interpellés) qu'il fut placé dans la maison de santé du Dr L... A ce moment, *agitation* et *délire* intenses; sauf quelques rares moments d'attention, il a toujours l'esprit troublé par des conceptions délirantes, des hallucinations, des illusions des sens. A son titre de comte *il ajoute ceux de marquis, de roi*. Il veut acheter toute une contrée; il se fera recevoir médecin, avocat, etc.; il se trompe sur le sexe et l'identité des personnes; il est soumis à des influences magnétiques, ramasse des cailloux qu'il prend pour des diamants; entend des voix qui sortent des murailles. Parfois aussi *préoccupations mélancoliques*: crainte d'être empoisonné, refus des aliments. Se croit menacé d'attentats contre nature sur sa personne; obscénités. Au bout de quelques mois il devient plus calme, mais conserve le même délire orgueilleux avec tendance à la violence; idées de persécution; habitudes d'onanisme. Malgré les insomnies et l'insuffisance de l'alimentation, santé physique excellente; maigreur.

Février 1877. — Des médecins, réunis en consultation, certifient qu'il n'y a pas d'amélioration, qu'il restera toujours en état d'infirmité intellectuelle; incapacité pour le travail et les affaires.

Octobre 1878. — Eruption cutanée « d'aspect dartreux » ? sur tout le corps, disparaissant sous l'influence de bains.

Mars 1879. — Orchite droite.

15 juillet 1879. — Attaques épileptiformes pendant lesquelles X... tombe et se fait à la tête une blessure, bientôt cicatrisée. La nuit suivante, deux attaques encore; vu les antécédents on veut instituer un traitement spécifique mixte, X... s'y refuse absolument; à peine peut-on lui donner quelques pilules HgI pour de la quinine.

Nuit du 1<sup>er</sup> au 2 octobre 1879. — Six attaques convulsives, coma.

3 octobre 1879 matin, Mort.

4 octobre. — Autopsie faite 28 heures après la mort par MM. les Drs Z., Y. et A. Fournier.

*Crâne.* — Les parois crâniennes n'ont pas augmenté d'épaisseur, mais elles sont le siège d'altérations importantes exclusivement localisées dans les fosses sphéno-temporales d'une façon symétrique; c'est une série nombreuse de dépressions creusées dans la substance même de l'os, dépressions variables d'étendue et de profondeur,

arrondies ou allongées, mesurant en moyenne de 2 à 4 millimètres de profondeur, irrégulièrement distribuées dans les fosses temporales, et offrant sur toute leur partie interne un *aspect vermoulu semblable à celui du bois rongé par les vers*. C'est là l'atrophie moléculaire des os ou carie sèche de la syphilis de Virchow.

*Méninges.* — La portion de la dure-mère qui tapisse la fosse sphéno-temporale est extrêmement adhérente à ce niveau, et fortement épaissie. Cet épaississement n'existe qu'au niveau de la convexité du lobe sphénoïdal gauche; la pie-mère est hyperémiée dans toute son étendue.

*Cerveau.* — Le cerveau est intact dans sa totalité, sauf au niveau des *lobes sphénoïdaux* qui sont le siège de lésions importantes dans leur étage inférieur. Là, au niveau de la partie la plus interne de ces lobes, nous constatons une vive hyperémie de surface qui se prolonge à une certaine profondeur dans le tissu encéphalique; la surface des circonvolutions, notamment de la plus interne, présente *une couleur rose hortensia* qui ne s'efface pas par le lavage et qui se continue de quelques millimètres sur la coupe de la circonvolution. — La surface de la circonvolution la plus interne, des deux côtés, mais surtout à droite, est quelque peu aplatie et comme rétractée. Elle est molle au toucher sur quelques points, au niveau desquels elle se laisse entr'ouvrir et dissocier sous la pression d'un léger courant d'eau. Il n'est donc pas douteux, même à première vue, que ces circonvolutions soient le siège d'un *ramollissement* véritable.

*Testicules.* — Légère induration de l'épididyme, surtout pour le droit qui est atrophié.

*Foie.* — Petite tache jaunâtre à la face convexe et au bord autour du lobe gauche.

*Examen histologique des parties malades du cerveau*, par D. Brisaud, alors préparateur du cours d'anatomie pathologique à la faculté. — Les pièces ont été simplement durcies dans l'alcool à 36°, et des coupes ont été pratiquées au bout de huit jours, perpendiculairement à la surface des circonvolutions. Ces pièces lavées ensuite dans l'eau distillée ont été colorées au picro-carminate d'ammoniaque, puis éclaircies par l'essence de térébenthine et conservées dans le baume de Canada.

Ainsi que le faisait prévoir la coloration hortensia des parties malades, il s'agit bien d'une encéphalite de l'écorce cérébrale. Examinées d'abord à un faible grossissement, les préparations démontrent l'existence d'une prolifération considérable d'éléments vivement colorés par le carmin et disséminés dans toute l'étendue de ces préparations.

Mais lorsqu'on emploie un objectif un peu puissant (n° 7 Véric) on constate aisément que la néoformation dont il s'agit n'est pas éparse et disséminée au hasard dans le parenchyme nerveux. C'est le tissu vasculaire qui est presque exclusivement le siège du processus morbide.

*Éléments nerveux.* — La conservation un peu prolongée des pièces dans l'alcool pur n'ayant pas été favorable à la fixation de ces éléments, il est assez difficile d'en indiquer exactement les altérations. Toutefois on remarque au voisinage de la périphérie une diffusion notable des cellules, qui témoigne selon toute vraisemblance d'un certain degré de ramollissement.

*Névrogliè.* Les caractères de l'inflammation qui dans toutes les encéphalites ont surtout pour objet la névrogliè ne sont pas dans le cas actuel ceux d'une encéphalite aiguë. Il n'y a certainement aucune tendance à la suppuration, car en aucun point on n'observe une confluence suffisante d'éléments embryonnaires pour permettre de supposer que la prolifération nucléaire eût jamais abouti à la régression purulente. Au contraire, les éléments jeunes éparpillés au sein du tissu nerveux ont une tendance manifeste à l'organisation : beaucoup d'entre eux sont enveloppés par une mince couche de protoplasma ; quelques-uns même ont l'apparence de jeunes cellules du tissu conjonctif. En outre, on constate, surtout au voisinage des petits vaisseaux, des éléments arrondis, fortement réfringents, vivement colorés en jaune rosé et qui paraissent être des globules blancs émigrés par diapédèse.

Un certain nombre de ces éléments sont même pourvus d'un noyau bien nettement coloré par le carmin, ce qui permet de supposer qu'ils ont eux-mêmes quelque tendance à s'organiser. Quant à leur nature vasculaire, elle paraît démontrée par leur identité de forme, de coloration, de volume et de réfringence avec les globules blancs qu'on distingue dans l'intérieur des vaisseaux au milieu des globules rouges. C'est surtout au pourtour des vaisseaux d'un certain calibre qu'on remarque le plus nettement cette tendance à l'organisation des éléments inflammatoires de la névrogliè. En effet, on peut voir en dehors des parois vasculaires plus ou moins enflammées des zones concentriques composées par des éléments presque identiques à ceux qui viennent d'être décrits, mais plus allongés et plus aplatis.

Enfin, il y a tout lieu de croire que dans la région dont nous avons fait l'examen s'était déjà produite depuis un assez longtemps une petite bande de sclérose qui n'a pris qu'une faible part à l'inflammation plus récente dont il s'agit. Ce foyer de sclérose est constitué par une traînée de tissus pâles assez nettement circonscrits, au sein des-

quels on distingue fort peu de vaisseaux et qui, en sa qualité de tissu inodulaire ou cicatriciel n'a pas été entamé par le processus subaigu de la dernière période de la vie, auquel ressortissent les principales lésions que nous avons à décrire.

*Vaisseaux sanguins.* — Les altérations des vaisseaux sanguins sont de beaucoup les plus importantes; c'est en elles assurément que réside la maladie. Les pièces dont nous avons fait l'examen étant de très petites dimensions, il ne nous a pas été donné d'observer des vaisseaux de fort calibre. La plupart de ceux que nous allons décrire sont des capillaires de la pulpe cérébrale, et s'il en est qui présentent les trois couches concentriquement superposées des artérioles, ils ne méritent pas certainement le nom d'artères proprement dites. En un mot, les plus gros correspondent à ce que M. Robin a décrit sous le titre de *capillaires de premier ordre*.

Nous commencerons par les plus petits :

*A.* — Au sein du tissu nerveux, avec un grossissement de 350 diamètres environ, on constate que l'immense majorité des éléments jeunes qui donnent aux préparations l'apparence d'un tissu enflammé sont disposés en réseaux multiples à l'infini, et que ces réseaux ne sont autre chose qu'un lacis prodigieusement riche de vaisseaux capillaires. Le diamètre de ces vaisseaux ne dépasse pas celui des éléments qui les limitent. Ceux-ci d'ailleurs paraissent représenter les noyaux plus ou moins tuméfiés des cellules endothéliales des capillaires. Seulement le protoplasma de ces cellules endothéliales semble avoir disparu sous l'influence de la multiplication considérable des noyaux; ou bien, peut-être, s'agit-il de capillaires nouveaux, le protoplasma des éléments endothéliaux n'ayant pas encore eu le temps de se former. La tuméfaction des jeunes éléments qui forment ainsi la paroi de ces petits capillaires est telle que ceux d'entre eux que l'on voit transversalement ressemblent (à part les dimensions) à l'épithélium cubique des petits vaisseaux glandulaires.

*B.* — Sur des capillaires semblables aux précédents, mais de plus fort calibre, on distingue, à la partie interne des éléments qui viennent d'être décrits, une mince couche de substance amorphe, et en dedans de cette couche amorphe, on distingue par places quelques globules sanguins épars. Cette disposition autorise à supposer que la prolifération d'éléments jeunes, aux dépens de laquelle semblaient formés les plus petits capillaires, n'a pas eu pour point de départ exclusif l'endothélium de ces tout jeunes vaisseaux. Il paraîtrait plutôt que l'inflammation est péri-vasculaire. L'examen des capillaires un peu plus gros confirme d'ailleurs cette manière de voir.

*C.* — Un grand nombre de capillaires à paroi élastique sont égale-

ment disséminés au milieu du tissu nerveux. Ils sont entourés par une gaine lymphatique. Tout autour de la paroi élastique, on constate la même prolifération d'éléments inflammatoires ; mais au lieu de s'étendre sur toute la longueur de ces capillaires, le processus dont il s'agit paraît se localiser sur certains points avec une intensité plus considérable. Par places même la multiplication de ces éléments acquiert de si notables proportions que la lumière du vaisseau en est oblitérée.

*D.* — L'étranglement des capillaires par la prolifération nucléaire s'observe aussi sur les capillaires du plus fort calibre, et voici ce que cette disposition permet de constater : sur un capillaire muni de sa couche élastique interne et de sa paroi musculaire, on peut voir bien nettement (surtout quand ce vaisseau se présente dans le sens longitudinal) que la lamelle élastique est refoulée en dedans, mais elle est plus ou moins envahie par la multiplication des éléments qui la compriment.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi et en beaucoup d'endroits on peut s'assurer que le point de départ du processus inflammatoire est situé en dehors de la couche musculaire. Si donc les capillaires dont il est question peuvent être en raison de leur degré élevé de développements assimilés à de petites artères, le processus morbide qui vient d'être décrit est bien celui de la périartérite.

*E.* — Plusieurs des préparations sont occupées par des vaisseaux de fort calibre dont les parois sont tout entières altérées par les produits d'inflammation et dans lesquels les tuniques normales, élastiques et musculaires, ont tout à fait disparu. Ces vaisseaux ne sont pas différents au point de vue anatomo-pathologique de ceux qui viennent d'être décrits dans le paragraphe précédent. Seulement l'envahissement de la tunique musculaire par le processus prolifératif s'est étendu jusqu'à la tunique élastique, a détruit cette tunique comme il avait détruit la couche musculaire, et finalement a donné à ce vaisseau l'apparence d'un gros nodule inflammatoire où ne subsiste presque plus rien de la constitution normale des parois capillaires. Ce fait prouve simplement qu'en certains endroits la périartérite a dépassé ses limites primitives ; mais il ne s'agit là que d'une disposition exceptionnelle.

*F.* — Les gaines lymphatiques sont en tous points parfaitement saines ; il est même assez remarquable que l'inflammation des vaisseaux n'ait pas eu plus de retentissement sur ces canaux ; mais cela prouve une fois de plus que le point de départ de la lésion a été exactement circonscrit à la paroi vasculaire.

*G.* — Dans les plus gros capillaires et surtout dans ceux où l'in-



inflammation s'est propagée du dehors en dedans jusqu'à la lumière du vaisseau, le sang s'est pris en caillots de manière à arrêter le cours de la circulation. Certains de ces caillots paraissent même assez anciens, car le squelette des globules sanguins a disparu et que le coagulum n'est plus représenté que par une masse amorphe fortement colorée en jaune ocre. Cependant comme l'oblitération n'a eu lieu que dans des vaisseaux relativement petits et que d'autre part le développement d'un nombre tout à fait extraordinaire de capillaires a pu compenser collatéralement la circulation ainsi entravée, on conçoit qu'il ne se soit pas produit de ramollissement.

Il résulte de ce qui précède que les pièces examinées ont été le siège d'une inflammation dans laquelle l'altération primitive des parois vasculaires semble avoir joué un rôle prépondérant. La périartérite a pu être elle-même primitive ou secondaire. Si elle a résulté de l'encéphalite vulgaire provoquée par la lésion osseuse du crâne, elle n'en a pas moins pour cela présenté beaucoup des caractères de la périartérite syphilitique.

Si elle a été primitive, l'oblitération vasculaire qu'elle a déterminée suffit à expliquer le développement compensateur des nombreux capillaires décrits, et partant, une encéphalite secondaire.

CONCLUSIONS formulées par les trois médecins ayant fait l'autopsie : (MM. le professeur Fournier, Z... et Y...) — Il résulte pour nous :

1° Que X... a succombé très évidemment à des lésions d'encéphalite et d'encéphalite partielle occupant exclusivement les lobes sphénoïdaux dans leur partie la plus inférieure ;

2° Que cette encéphalite a été très sûrement consécutive aux lésions osseuses des fosses sphéno-temporales, lésions qui correspondaient de la façon la plus exacte comme siège et comme étendue aux altérations sus-mentionnées du tissu cérébral ;

3° Que ces lésions osseuses, en raison de leur aspect et de leurs divers caractères, ne peuvent être rapportées qu'à la syphilis comme origine première ;

4° Qu'en somme donc la mort a été le résultat d'altérations cérébrales déterminées par des lésions osseuses de nature syphilitique.

Octobre 1879.

## OBSERVATION XXXV

*Pseudo-paralysie générale à marche rapide (dix mois), avec prédominance de délire maniaque. — Autopsie : cérébrité corticale partielle (limitée au lobe tempo-sphénoïdal gauche).*

C'est, dit la relation, une « *parcelle de paralysie générale* » ; le lobe sphénoïdal gauche est en outre, dans son intérieur, le siège d'un ramollissement rouge, *indépendant* de la lésion précédente, mais sans doute dû à la même cause, — à la *cause spécifique*, dit l'éminent aliéniste qui a fait l'autopsie.

M. N..., quarante-quatre ans.

1<sup>er</sup> août 1863. — Chancre, non constatation d'accidents secondaires.

Octobre 1864. — Exostose frontale.

Vers la fin de 1879. — N... a commencé à être malade, il a eu des vertiges. *Sa mémoire a baissé*. Il changeait de manières, devenait « cavalier », s'irritait à propos de rien. — Il appelait son mal : vertiges d'estomac. Un soir, dînant en ville, accès de volubilité loquace qui fut remarqué. Un médecin prévint alors sa femme qui ne le crut pas ; « c'est une cabale montée contre son mari » (!). Cependant, depuis janvier 1880, l'abaissement intellectuel se dessinait ; N... changeait et ses clients le remarquaient. Il était « éteint » ; oubli ; inattention. Actes bizarres : en voyage, il fait et défait sa malle trois ou quatre fois de suite, etc. Troubles de l'affectivité. Sensiblerie.

En juillet 1880. — Deux vertiges, dont l'un avec chute (ictus passagers). La vue baissait depuis quelque temps.

En août. — M. Fournier le trouve changé. Il a perdu 14 livres ; cependant tous ces symptômes, connus après, échappaient aux médecins qui ne vivaient pas dans son intimité. Personne n'avait observé de trouble cérébral ; M. Charcot ne le trouvait pas « malade ». Aussi, est-ce à l'étonnement de tous que le

22 septembre. — *Il est pris subitement de délire* aux bains de mer ; il répète ces mots : « J'ai trompé Charcot ! Il faut revenir à Paris. » Terreur de son état, de la syphilis, de la syphilis cérébrale.

2 octobre. — *État maniaque*. Se promène, s'agite : « Allez chercher cent, deux cents chancres indurés..., je les guérirai ; c'est grave, etc., » toujours cette idée. Pas de fièvre ; langue nette, non tremblante. Ni tremblement, ni paralysie. Impossible de fixer son attention. *État maniaque*, puis *mélancolie* (syphilis cérébrale qui l'effraye). On ne peut le faire uriner, on le sonde.

3. — Délire absolu. Parle sans cesse tout bas, cherche des talismans, a peur de la syphilis. Apyrexie. Appétit; pouls, 116.

4. — Agité; reconnaît, mais ne répond pas un mot sensé. Incapable d'attention. Tire la langue quand on le lui dit; répond qu'il n'a pas mal à la tête, puis reprend aussitôt le fil de ses divagations diverses : « On veut l'empoisonner (violences, déclamations). Il va faire un pèlerinage. »

5. — Pas de chaleur; mange bien. Pouls, 96. Même délire constant: parle sans cesse. Pas de sommeil. Déclamations mélodramatiques ou dialogues. On veut l'empoisonner; tout sent l'acide prussique : « Je suis infecté de vérole, ne m'approchez pas. »

8. — Voit M. Lasègue en consultation. Au lieu du délire emphatique et théâtral précédent, c'est un délire mussitant. Mots entrecoupés, mais vides de sens. *L'intelligence du délire a disparu*. Jusqu'à présent le malade prenait (ou refusait) des pilules mercurielles et des lavements KI. M. Lasègue prescrit : opium 15 centigrammes.

9 et 11. — Le délire devient du marmottage typhique. Rares éclairs de connaissance; refuse de rien prendre depuis le 10; dominé par l'idée d'empoisonnement (qu'il ne peut plus exprimer). Le 11, fuliginosités buccales. Parole épaissie. Insomnie. Amaigrissement.

12. — N'a rien pris depuis trois jours. Face terreuse. Amaigrissement. Nul sommeil. A uriné sous lui. Langue en copeau. Ne reconnaît plus (?) Délire entrecoupé et à voix basse, étouffée; mots vides de sens, ou tronçons de mots. (Sonde œsophagienne : laits, peptone, œufs).

13. — Affaïssement accentué. Les yeux s'excavent. On renonce à lui passer la sonde. Marmottements inintelligibles. Quelques éclairs cependant : « Quel malheur de mourir ainsi ! »

14 oct. matin. — Agonie. Pouls, 120; respiration, 40; assoupissement; n'a rien voulu prendre. — Mort.

AUTOPSIE par les docteurs X... et T. Barthélemy.

*Asymétrie crânienne* colossale. La calotte crânienne, enlevée à la scie, est dure, épaisse, éburnée, vascularisée, et rougeâtre. Les méninges, épaissies, adhèrent à la voûte. — A ce niveau est une bande triangulaire à base occipitale antéro-postérieure de carie large d'un centimètre et demi, qui donne à l'os l'aspect d'une dentelle.

L'exostose frontale, autrefois soignée, n'a pas laissé de traces. L'asymétrie crânienne, qu'on voyait à l'extérieur, s'accuse aussi en dedans par une augmentation de volume des fosses sphéno-temporales et pariétales droites.

La base du crâne, surtout de ce côté, présente une exagération des saillies et des dépressions normales; il en est même de surajoutées, bien qu'aucune exostose ne vienne déformer les trous de la base.

Les méninges, séparées des os, ne laissent voir ni sur eux ni sur elle-mêmes aucune trace d'une ulcération ou d'un produit pathologique quelconque.

Le cerveau est enlevé sans difficulté. Il ne s'écoule pas beaucoup de sang, et extrêmement peu de liquide encéphalo-rachidien.

Les artères de la base ne sont ni dures, ni blanches; il n'y a pas de trace d'athérome. Il est important de rappeler, pour l'appréciation des lésions cérébrales et des troubles intellectuels que le malade n'était pas alcoolique; qu'il n'était ni rhumatisant ni goutteux; qu'il n'avait jamais eu ni palpitations, ni souffle cardiaque. Il y a donc lieu d'éliminer tout d'abord toutes les lésions que peuvent engendrer la thrombose et l'embolie, et qui se résument dans le ramollissement cérébral nécrobiotique.

Les examens des méninges viscérales et du cerveau ont été faits par le docteur X... — Les méninges, avons-nous dit, sont injectées. Le docteur X... estime que c'est une lésion non pas primitive mais secondaire et qu'elle ne date que des derniers jours et tout au plus des deux dernières semaines.

La bulbe et le cervelet sont sains.

Le ventricule latéral gauche est sans lésion: l'épendyme est un peu injecté, mais ne présente aucune granulation inflammatoire ou autre (langue de chat).

L'examen de la surface externe ne laisse voir ni circonvolution en sous-sol, ni plaques jaunes, ni tumeur périphérique, à peine quelques plaques laiteuses des méninges. *Le lobe sphénoïdal gauche* paraît tout d'abord avoir une consistance moindre que celui du côté opposé. Les méninges en sont louches, légèrement épaissies et adhèrent d'une façon intime à la couche corticale, dont on entraîne une épaisseur de *deux millimètres au moins* en enlevant la pie-mère. La surface cérébrale apparaît alors déchiquetée, irrégulière, raboteuse, offrant par places une injection vasculaire vive. Vers l'extrémité antérieure du lobe la substance corticale est plus profondément atteinte et le *ramollissement* s'étend jusqu'à la substance blanche. Toute l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal et la deuxième circonvolution temporale, particulièrement, est de même ramollie dans toute son épaisseur et jusqu'à la substance blanche.

*Toute la portion antérieure du lobe frontal gauche se laisse décortiquer avec la plus grande facilité* et se présente avec toute son intégrité, *ainsi*, ajoute M. X..., *que devait le faire supposer la conservation du jugement chez le malade.*

La première circonvolution frontale peut être décortiquée presque

au niveau de la frontale ascendante, conséquemment dans toute son étendue.

La deuxième circonvolution frontale n'offre des adhérences avec les méninges que dans son tiers postérieur.

La troisième offre de légères adhérences dans sa moitié postérieure. *La surface interne de l'hémisphère gauche* se laisse facilement décortiquer dans toute son étendue. Les méninges, à ce niveau, sont également injectées, mais n'offrent pas l'épaississement qu'elles ont sur le lobe temporal.

Sur le lobe sphénoïdal on ne trouve que des adhérences faibles à l'extrémité antérieure.

M. X... conclut de ces lésions à une *parcelle de paralysie générale*, à une *cérébrite corticale partielle*.

Si maintenant l'on vient, sur cet hémisphère gauche, à pratiquer une coupe passant au niveau des tubercules mamillaires correspondant à la troisième coupe (*la coupe frontale*) de Pitres, on arrive sur un *foyer considérable d'encéphalite*.

La substance cérébrale est ramollie et prend un aspect grenu, irrégulier; dans d'autres points, ce foyer prend un aspect d'un rouge foncé et d'une consistance plus grande.

C'est le résultat d'une infiltration de la substance cérébrale par du sang concret, soit qu'il y ait une exsudation à travers des parois capillaires ramollies ou mal soutenues par un parenchyme malade, soit qu'il y ait eu, dans l'intimité même du foyer, des hémorragies interstitielles.

La coupe, passant par la partie médiane du lobule de l'insula, divise le foyer en deux parties. On reconnaît comme intacts l'avant-mur et la capsule externe. C'est aux dépens presque exclusifs du noyau extra-ventriculaire que s'est produit ce travail morbide du volume d'une noix environ.

Une coupe transversale faite dans l'épaisseur même du tissu morbide montre l'absence de productions spéciales (gomme ou gliome), et l'absence de foyers emboliques (et de ramollissement vrai), et la persistance, à la partie centrale, des caractères de la périphérie.

La couche optique est saine. Un filet d'eau n'enlève pas de parcelle de substance cérébrale comme dans les cas de lésions nécrobiotiques. C'est ici du ramollissement rouge, *un foyer d'encéphalite*. Il y a eu *inflammation de la substance cérébrale* et non altération par circulation insuffisante due à une thrombose, à une embolie ou à périartérite.

Quant aux lésions méningo-corticales, elles sont moins prononcées que la lésion centrale; elles ne sont, d'ailleurs, pas continues

l'une avec l'autre. *Ce sont des lésions indépendantes l'une de l'autre et non consécutives* l'une à l'autre ou dues à la propagation. D'autre part, les lésions corticales sont plus prononcées entre le cerveau et les méninges qu'entre les méninges et les os. Il n'est donc pas possible, non plus, de rattacher les lésions méningo-encéphaliques aux lésions des os. Ce sont là des lésions indépendantes les unes des autres.

Il est fort probable toutefois que *toutes ces lésions sont dues à une cause commune, à la cause spécifique*, bien qu'elles ne soient pas dépendantes les unes des autres, bien qu'elles ne soient même pas de même nature, absolument comme l'ecthyma de la peau et la périostite du crâne et de la clavicule, venant simultanément, sont dues à une même cause.

L'examen microscopique de la substance fraîche confirme le diagnostic d'inflammation. D'une part, il n'y a pas de corps granuleux, de pus cérébral, comme dans les encéphalites aiguës, rapides, et, d'autre part, il y a une augmentation réellement excessive des fibres conjonctives de la névroglie, de la gangue intercellulaire, qui apparaît sous la forme de bandes ondulées, nombreuses et larges. Le Dr X..., au diagnostic d'*encéphalite*, ajoute donc la classification d'*hyperplasique*. Il y a aussi une prolifération considérable de noyaux et de cellules embryonnaires.

Des coupes méthodiques et multipliées ont montré que le reste de l'hémisphère gauche était, au centre comme à la périphérie, absolument sain.

*La pesée des hémisphères* montre une différence notable.

L'hémisphère droit, qui est sain, et qui n'est imbibé ni de sang ni d'aucun liquide, pèse 585 grammes ;

L'hémisphère gauche, le malade, qui, de plus, a macéré depuis longtemps dans l'alcool, pèse 565 grammes.

La différence est d'autant plus grande qu'à l'état sain et normal l'hémisphère gauche, excepté chez les gauchers, est toujours de 20 ou de 30 grammes plus pesant que le droit.

L'asymétrie se retrouve donc ici.

Paris, le 19 octobre 1880.

## OBSERVATION XXXVI

*Hésitations, lenteur de la parole; parésie des membres; accès vertigineux, congestifs, épileptiques; troubles intellectuels. incohérence, accès de verbiage avec satisfaction de soi-même et délire ambitieux. Ensemble symptomatique rappelant celui de la paralysie générale.*

AUTOPSIE. — *Pas de méningo-encéphalite diffuse; lésions en foyer, 2 gommes du cerveau.*

(Observation communiquée par M. le D<sup>r</sup> DESNOS, à la Société médicale des hôpitaux (Bulletin S. M. II. année 1885).

Il y a environ deux mois est entré dans mon service, à l'hôpital de la Charité, un homme de quarante ans, qui offrait un certain nombre des signes de la *Paralysie générale des aliénés*. Il n'avait pas de paralysies localisées, mais présentait une faiblesse accentuée des membres supérieurs et inférieurs. Il était atteint de ce *bégaiement* propre à la paralysie générale et qui consiste principalement dans le balbutiement, l'hésitation et la lenteur dans la prononciation des mots. Il accusait souvent un mal de tête dont il déterminait avec peine le siège. Une fois, à son entrée dans le service, il eut une *attaque épileptiforme* : il en avait eu déjà plusieurs semblables, avant son entrée à l'hôpital, d'après les renseignements donnés par sa femme; le délire ambitieux quoique se cachant sous des apparences modestes, n'en existait pas moins chez lui. Ainsi il faisait de la ventriloquie, dans les foires et s'intitulait artiste lyrique. Une de ses conceptions délirantes consistait à prétendre qu'il avait vendu son cadavre à la Faculté de médecine de Montpellier, moyennant une rente quotidienne de 2 francs, servie jusqu'à sa mort. Ces manifestations délirantes coïncidaient avec un affaiblissement notable de l'intelligence, de la lenteur, de la difficulté de l'idéation.

Sur ses antécédents pathologiques il était difficile de rien savoir de précis, en raison de son état mental. Toutefois par le fait de la présence d'une cicatrice sur le nez et de l'écrasement de celui-ci par destruction de la cloison nous avons diagnostiqué une syphilis ancienne. Cependant notre diagnostic était réservé par suite de l'impossibilité d'obtenir du malade aucun renseignement précis sur ce sujet. Nous nous crûmes autorisés à reconnaître chez cet homme une *périencéphalite chronique diffuse*, soit qu'elle fût d'origine syphilitique, soit qu'il y eût une simple coïncidence entre son existence et une syphilis ancienne. De plus, nous faisons remarquer aux personnes qui

suivaient notre visite que les tumeurs cérébrales empruntent parfois la physionomie clinique de la paralysie générale, et nous ne rejetons pas la possibilité d'une tumeur cérébrale ou d'une périostite aiguë, intra-crânienne comme cause des accidents observés.

Néanmoins le traitement se ressentit des hésitations du diagnostic. Sans doute l'iodure de potassium fut administré; mais il le fut peut-être à des doses insuffisantes. Du reste l'état du malade s'opposait souvent à toute ingestion de médicaments.

Quoi qu'il en soit, aux attaques épileptiformes qui avaient précédé l'entrée du malade à l'hôpital et marqué son arrivée dans le service, succédèrent bientôt des attaques de coma profond qui durèrent plusieurs jours et s'accompagnaient d'une constipation opiniâtre dont on ne triomphait que par l'usage des drastiques. L'affaiblissement s'accrut de plus en plus. Le malade ne pouvait plus sortir de son lit; il était atteint d'une incontinence d'urine permanente. Une quatrième attaque de coma compliquée de congestion pulmonaire mit fin à ses jours.

*A l'autopsie, voici ce que nous avons trouvé :*

Congestion du lobe inférieur du poumon droit. Sur le cerveau, *les méninges s'enlèvent facilement sur toute leur étendue*, sauf sur les points où siègent les lésions dont suit la description : sur le lobe frontal droit, au niveau de la circonvolution frontale, existe une plaque de la largeur d'une pièce de 2 francs où la pie-mère adhère d'une façon absolue. Cette plaque, un peu plus foncée que le reste de la masse cérébrale, avec des reflets nacrés, vient, par son bord postérieur aboutir, au bord antérieur de la frontale ascendante. Au niveau de son bord inférieur et postérieur elle contracte une adhérence à cheval sur la scissure de Sylvius.

A la coupe, elle présente une certaine dureté. On trouve alors une coloration opaline. Trois ou quatre petits tubercules, de la grosseur d'un grain de chènevis, d'une couleur plus blanche et plus brillante que celle du reste de la tumeur font saillie à la partie supérieure de la coupe. On peut, à ce moment, mesurer la hauteur de la tumeur. Elle a 4 centimètres de hauteur et son diamètre transversal est de 2 centimètres.

Au niveau de la scissure de Sylvius on trouve un foyer de méningite; d'autre part, à la face externe du lobe temporal, au niveau des deux tiers antérieurs et des tiers postérieurs, siège une seconde tumeur du volume d'une noisette, empiétant un peu sur la seconde temporale, du même aspect que la précédente.

Il existe en outre, à gauche comme à droite, un foyer de méningite au niveau de la scissure de Sylvius.



D'après une note de M. Rémy, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital de la Charité, voici les résultats de l'examen microscopique :

Sur une coupe d'ensemble on distingue que les tumeurs sont composées d'éléments du tissu conjonctif. Le tissu périphérique ou enveloppant est formé de cellules rondes et fusiformes avec prédominance des fusiformes. Çà et là se trouvent des foyers de jeunes cellules rondes. Cette enveloppe se continue sans ligne de démarcation, par transition insensible, avec les masses jaunes centrales. Au niveau de celles-ci les cellules conjonctives se déforment, perdant leur contour, leur noyau; et tout à fait dans le centre, elles sont en pleine dégénérescence. Ce ne sont plus que des amas de granules qui ne se colorent pas par les réactifs colorants ordinaires. Il y a là une transformation caséuse du tissu conjonctif. En raison du volume des noyaux et de la disposition du tissu qui les entoure, on peut diagnostiquer une gomme syphilitique en voie d'accroissement.

Comme particularité de structure, M. Rémy signale la présence dans les noyaux caséux de vaisseaux oblitérés qui tous portent les traces d'une très intense inflammation périphérique dans la gaine dite lymphatique.

En second lieu les plaques opalines, au niveau des scissures de Sylvius, sont formées par une prolifération du tissu conjonctif qui ressemble à celle de la périphérie de la gomme. Elle a son siège dans les parties superficielles de la pie-mère. Elle passe au-dessus de l'artère sylvienne qui est intacte. Il n'y a pas de péri-artérite.

Ce cas nous paraît offrir un double intérêt : 1° à cause du fait de la production de gommages dans le cerveau, et 2° comme exemple de tumeurs cérébrales qui n'ont pas donné lieu à des paralysies localisées, mais à un ensemble de symptômes offrant une grande analogie avec ceux de la paralysie générale.

#### OBSERVATION XXXVII

(Observation communiquée par M. le D<sup>r</sup> QUINQUAUD, prise à l'asile de Vaucluse.)

*Pseudo-paralysie générale des aliénés d'origine syphilitique. Embarras de la parole. Trémulations de la langue et des lèvres. Quelques conceptions délirantes orgueilleuses. Démence. Attaques apoplectiformes survenues longtemps après la paralysie. Hémiplegie droite. Légère inégalité pupillaire. Propos incohérents.*

*Autopsie.*— 1° Une gomme osseuse au niveau de la suture lambdoïde; 2° gomme comprimant la sylvienne gauche, infarctus; 3° lésions de leptoméningo-encéphalite diffuse.

L. G..., quarante ans. Pas de renseignements précis sur les antécédents pathologiques de la malade. Cependant on constate une cicatrice syphilitique bien nette à la jambe gauche, une périostose du tibia gauche et une petite tumeur de nature spécifique au niveau de la suture lambdoïde.

*Hémiplégie droite* (face et membres), précédée d'une crise douloureuse nocturne; la céphalée était plus accentuée la nuit et accompagnée à ce moment d'une légère excitation maniaque.

*Troubles psychiques* caractérisés par : 1° un fonds de démence; intelligence très obtuse, raisonnement aboli, pleurs sans motifs; 2° quelques conceptions délirantes avec des idées de satisfaction de soi-même et parfois avec un *léger délire ambitieux*; 3° paroles incohérentes avec *embarras dans l'articulation des mots*, hésitation, bégaiement, allant jusqu'au bredouillement et accompagné de *contractions irrégulières des lèvres*. Le tremblement de la langue est à peine marqué; 4° *perte* presque complète de la *mémoire*. Plusieurs certificats de M. Legrand du Saulle, Bouchereau, Langlois constatent ces faits et notamment des conceptions délirantes orgueilleuses (30 juillet 1878).

1<sup>er</sup> octobre. — La malade commence à s'affaiblir.

10. — Ne peut plus se tenir debout. On la met au lit; devient gâteuse, ne peut plus manger seule; embarras de la parole très accusé. Tremblement des lèvres et de tout le corps.

12. — Constipation, rétention d'urine. Jours suivants, articulation des mots impossible, on n'entend plus qu'un grognement monotone. Décédée le 20 octobre.

*Autopsie*. — Lésions osseuses. Ostéo-sclérose des os du crâne. Tumeur bien circonscrite, de la grosseur d'une noix, molle, primitivement développée sous le périoste épierânien, s'enfonçant dans l'os qu'elle atrophie, transperce, et faisant saillie du côté de la dure-mère crânienne. Sur une coupe, à l'œil nu, on voit un tissu grisâtre rosé, vasculaire, sans suc, assez ferme. Au *microscope*, on voit : 1° des cellules embryonnaires rondes à gros noyau; 2° des cellules petites, ratatinées; 3° des éléments fusiformes, disséminés, dans une substance fondamentale finement striée. De plus, toute la tumeur est constituée par trois zones : 1° une zone centrale en voie de dégénérescence granulo-graisseuse; 2° une zone moyenne constituée par plusieurs foyers de prolifération, lesquels sont formés de cellules embryonnaires à leur périphérie, tandis que leur centre est en voie d'atrophie; enfin, une zone tout à fait périphérique où l'on ne voit que du tissu vascularisé, qui d'ailleurs s'étend beaucoup plus que dans les agglomérations d'origine tuberculeuse. Ostéite avec atrophie des trabécules des os

environnants. Nulle part on ne trouve une tendance à la dégénérescence graisseuse ou muqueuse.

*Lésions de méningo-encéphalite diffuse.* — La pie-mère est très épaisse, comme fibreuse, et très vascularisée. Elle adhère fortement à la couche corticale du cerveau, de telle sorte qu'on enlève des parties de substance cérébrale qui laissent à nu, par plaies irrégulières, la substance blanche. Sclérose des couches corticales et de la substance blanche avec état villeux très développé des parois internes des ventricules latéraux et du quatrième ventricule. Ce sont à l'œil nu, les lésions de la *méningo-encéphalite diffuse*; mais ici la pie-mère est plus épaisse que dans la paralysie générale (Quinquand).

*Lésion circonscrite, gomme comprimant la Sylvienne, infarctus consécutifs.* — Petite tumeur, placée sur le trajet de l'artère sylvienne gauche enchâssée dans la paroi artérielle; rosée à la périphérie et caséeuse au centre. Au microscope, elle est formée de petites cellules pressées les unes contre les autres à la périphérie; les vaisseaux y sont libres, sans coagulum, tandis que le centre est granuleux. En un mot, cette tumeur et celle de la voûte crânienne ont les caractères macro et microscopiques des vraies gommés syphilitiques. De plus, les parois artérielles sont sclérosées, dans l'étendue de trois centimètres en avant et de deux en arrière de la tumeur. Dans les régions avoisinantes, méningite scléreuse à son maximum d'intensité. Thrombose oblitérant les vaisseaux après la naissance des artères des ganglions centraux. Cette coagulation a produit une plaque jaune qui s'étend vers le tiers moyen du sillon de Rolando, comprenant la circonvolution pariétale ascendante et la frontale ascendante et atteignant profondément la substance blanche sous-jacente.

## OBSERVATION XXXVIII

*Méningo-encéphalite généralisée. Dégénérescence amyloïde des artères du cerveau (Syphilis ancienne non traitée).*

(Service de M. le professeur Fournier.)

Au... Jean, 43 ans, terrassier.

Antécédents.

La femme du malade, syphilitée par son mari, a été traitée par M. Fournier. A... est d'une instruction nulle, n'a jamais su ni lire ni écrire, à peine compter

Conformation thoracique et céphalique bizarre. Traces de rachitisme. Maigreur. Mélanodermie dystrophique.

*Troubles psychiques.* — Il perd un peu la tête (dit sa femme), se

perd dans les rues, sort en chemise, urine par terre, est irascible et agité.

*Troubles somatiques.* — Insomnies, cauchemars nocturnes, yeux brillants, non injectés, pupilles égales (inégalité passagère). Pas de paralysie oculaire. Blépharospasme surtout à gauche. Pouls *lent, irrégulier, variable* d'un instant à l'autre.

*Diagnostic.* — En présence des renseignements formels de sa femme et malgré l'absence de tout stigmate sur lui-même, on quitte le diagnostic de méningite (tuberculeuse?) pour celui de syphilis cérébrale. Ce qui domine comme symptômes, c'est une *dépression intellectuelle* avec alternatives d'excitation pendant lesquelles il veut se jeter par la fenêtre, etc. Il semble d'ailleurs ne reconnaître personne; quelques sentiments affectifs conservés. Six semaines après, même état psychique. Incontinence d'urine et de matières. Le malade ne se lève plus; amaigri, teint plombé. Eschare au sacrum. Traitement: vésicatoire à la nuque, KI 8 gr.; frict., Hg. 5 gr. Exaspération de l'agitation, délire, dû à un phlegmon de l'aisselle. Bientôt après les eschares s'étendent, l'issue fatale approche.

*Jamais il n'y a eu de délire ambitieux ni satisfait*, mais des conceptions hypocondriaques. « Il avait le derrière et l'urèthre bouchés. » Pas de symptômes pupillaires, ni de contracture de la nuque, persistance du blépharospasme.

30 janvier 1882. (Deux mois et demi après l'entrée à l'hôpital.) Légère amélioration; pour la première fois il fait quelques réponses raisonnables, dit le jour où il se trouve, la date, etc.

3 février. — Les eschares s'étendent et se multiplient, affaiblissement.

5. — Le malade ne peut plus dire une parole intelligible, on n'entend que de sourds grognements. Depuis deux jours, amaigrissement formidable. Raideur du cou, des reins, du dos.

6. — Langue fuligineuse. Délire intense. — *Mort* à 11 heures du soir.

*Autopsie* faite trente-six heures après la mort. (Résumée.) — Rien qui nous intéresse en dehors des centres nerveux.

*Cerveau, face convexe.* — L'hémisphère droite présente une lésion très étendue des méninges, qui sont considérablement épaissies. La décortication se fait cependant assez bien excepté sur la partie latérale externe où des lambeaux de substance cérébrale sont, malgré nos précautions, uniformément déchirés (régions sphénoïdales), d'où l'aspect déchiqueté (de bois vermoulu) que présentent alors les circonvolutions.

Plaques laiteuses et épaississements des méninges disséminés. Toutes ces lésions sont surtout accentuées, *aux régions frontales*, à gauche

surtout. *Symphyse méningo-cérébrale et ramollissement de la substance grise.* Sur tout cet hémisphère gauche, la méningo-encéphalite est généralisée.

*Face inférieure.* — Aspect laiteux des méninges, mais épaissement moindre des ventricules; ceux-ci, non dilatés, non granuleux, sans excès de vascularisation, ont leur surface nettement ramolli. Bulbe ramolli. Le ramollissement ne pénètre pas dans l'intérieur du cerveau; on n'y voit aucun foyer; l'épaisseur de la substance grise est diminuée en général.

*Examen histologique,* par le D<sup>r</sup> Balzer, alors chef de laboratoire de la clinique de Saint-Louis. (Résumé.) — Lésions partout identiques d'encéphalite diffuse, avec sclérose fibrillaire et accumulation considérable de matières amyloïdes dans tous les points.

*Vaisseaux.* — Les grosses artères de la base sont peu altérées, non épaissies. Sur les coupes colorées au violet de méthyle, on ne voit apparaître la réaction rouge de la substance amyloïde que dans la tunique interne, en dedans de la lame élastique fenêtrée. Cette réaction, du reste, n'est pas fortement accusée et la teinte rouge est diffuse.

Elle se voit mieux sur les vaisseaux plus petits, arrachés de la substance cérébrale à de l'aide la pince. Parfois ils sont rouges dans une très grande étendue; ailleurs quelques cellules seulement, disséminées à leur surface, offrent la réaction caractéristique.

*Méninges.* — Sur les coupes de plaques épaissies de la pie-mère colorées au violet, on voit que cet épaissement est dû à l'accumulation d'un grand nombre de cellules embryonnaires plus encore qu'au développement de fibrilles conjonctives. Un grand nombre de ces cellules offrent la réaction amyloïde: la dégénérescence paraît envahir d'abord le protoplasma, car le noyau est ordinairement coloré en violet ou en bleu. Les vaisseaux de la pie-mère, surtout les plus petits, sont aussi amyloïdes. — Enfin sur la plupart des préparations on peut constater la présence d'une foule de corps amyloïdes, volumineux, brillants, arrondis ou elliptiques, homogènes ou quelquefois granuleux. Ils retiennent fortement la teinte rouge du violet. Leur volume est très variable, mais un grand nombre sont beaucoup plus gros que les cellules rondes qui les avoisinent. Ils sont peut-être moins abondants le long des vaisseaux que dans les espaces qui les séparent.

*Cerveau.* — Dégénérescence amyloïde des vaisseaux, surtout de moyen calibre. Dans les gaines lymphatiques, amas fréquents de cellules rondes dont le protoplasma est infiltré d'amyloïde. Coupes faites sur les frontales antérieures, frontales et pariétales ascendantes :

toutes ont le même aspect, rarement on trouve la coloration bleue franche ; presque partout, avec un faible grossissement, on voit que la teinte tire sur le rouge. *La dégénérescence amyloïde paraît donc la lésion dominante* ; il y a cependant de la sclérose ; mais elle ne paraît pas avoir atteint tout son développement ; les cellules jeunes, rondes, si abondantes, qu'on trouve partout, semblent arrêtées dans leur évolution par la transformation amyloïde. Il y a cependant de la sclérose fibrillaire, mais dans la *substance blanche* presque exclusivement, et encore ne peut-on pas la retrouver partout. Cela se voit quelle que soit la coloration employée, violet ou carmin. Ce dernier colore à peine les fibrilles conjonctives, qui sont très fines. A côté des nombreuses cellules rondes disséminées on trouve encore çà et là un grand nombre de corpuscules amyloïdes volumineux qui se distinguent d'elles en ce que celles-ci contiennent un noyau visible ; les corpuscules amyloïdes sont homogènes. Ces corpuscules sont agglomérés en *îlots* au nombre de 8 ou 10 par centimètre carré ; les grains qui les constituent sont presque toujours distincts, sauf quelquefois au centre des îlots, où ils forment des blocs irréguliers.

Ces îlots sont ordinairement ronds ; à leur périphérie les grains amyloïdes s'espacent et se perdent dans le tissu ambiant. Ils sont quelquefois situés dans le voisinage des vaisseaux, mais non constamment. — Presque toujours ils siègent dans la substance blanche des circonvolutions.

Dans la substance grise corticale, nous l'avons vu, la sclérose est fort peu accentuée ; la couche la plus superficielle est ramollie et granuleuse, et renferme aussi quelques corps amyloïdes. Les grandes cellules multipolaires sont granuleuses ; quelques-unes seulement se colorent en rouge par le violet ; leurs prolongements paraissent courts, la plupart sont entourés d'un espace vide assez considérable.

#### OBSERVATION XXXIX

« *Paralysie générale syphilitique* » (POTAIN et RENDU)

..., jeune homme de vingt-sept ans. — Troubles intellectuels, dépenses folles, hébétudes, tremblement des lèvres et de la langue. On diagnostique paralysie générale.

Trois mois après, ozène, lésions nasales. On reconnaît la syphilis, on en retrouve les antécédents. Traitement spécifique. *Guérison* des symptômes de paralysie générale. 1882.

## OBSERVATION XL

*Pseudo-paralysie générale syphilitique. — Intégrité macroscopique de l'encéphale à l'autopsie.*

(Observation due à MM. Motet, Vetaut et Fournier; résumée.)

Z..., sorti de l'école des arts et métiers, mécanicien de grande valeur, esprit inventif.

En 1878, syphilis légère, peu soignée, vue par le D<sup>r</sup> Calvo. A la fin de 1886, Z..., qui venait de faire une invention industrielle heureuse, changea de caractère, devint irritable, difficile à vivre; en même temps apparurent des troubles de la locomotion; après une station assise prolongée, Z..., pour se lever, se sentait fatigué, chancelait, et ses premiers pas, fatigués, manquaient de précision. — Bientôt l'intelligence baissa, la mémoire diminua; Z..., rentrant chez lui, cherchait sa maîtresse absente jusque derrière les tableaux accrochés au mur. Il survint des tremblements aux quatre membres, occasionnant parfois des faux pas. La parole, déjà embarrassée, devint de plus en plus troublée, à la fois par gêne mécanique et par allanguissement de l'idéation.

Avril 1888. — Z... est incapable d'exprimer une idée un peu complexe, il cherche ses souvenirs et ses mots. Mais jamais il n'a eu d'attaques congestives, *jamais de délire*, et c'est *lui-même qui va demander à M. Fournier d'entrer dans une maison de santé*<sup>1</sup>; il entre chez M. Motet le 1<sup>er</sup> mai 1888.

A cette date, voici ce qu'on constate : le facies n'a pas le rictus béat des paralytiques ordinaires. En outre, quand on fait parler le malade, l'articulation de chaque mot est précédée de phénomènes multiples et complexes : c'est d'abord un tremblement particulier de la lèvre inférieure et des élévateurs de la mâchoire ; la tête tout entière est projetée en avant par secousses, et à chacune d'elles correspond l'abaissement et l'élévation des paupières supérieures; on note en même temps des contractions répétées dans d'autres muscles de la face, tantôt les uns, tantôt les autres. Puis, un son se fait entendre, un mot est prononcé, généralement très net, quelquefois par syllabes saccadées. Quelquefois aussi, c'est une phrase entière qui sort entre deux saccades. Il semble qu'il y ait là l'exagération de ce qui se produit chez le bègue.

<sup>1</sup> Fait caractéristique : on refusa d'abord de l'admettre dans une maison privée, attendu qu'il n'était pas un aliéné.

Pour le reste, affaiblissement progressif de l'intelligence et de la locomotion.

Z... reçoit des visites qui l'intéressent plus ou moins; le *sommeil est bon*; *l'appétit bon, moins exagéré que chez les paralytiques*.

19 juin. — Le malade, assis dans le jardin, se lève brusquement et tombe la face en avant : c'est une série d'*attaques épileptiformes* qui dans quelque heures vont faire place au coma; deux heures après, le malade revient à lui et se retrouve le lendemain matin dans son état habituel, sauf qu'il est et qu'il sera désormais *impossible de lui faire prononcer un seul mot*.

4 juillet. — Nouvelle attaque épileptiforme, morsure de la langue, coma qui dure toute la journée... Les jours suivants, le tremblement des membres est beaucoup plus accentué, la marche est devenue presque impossible. Z... reste assis dans un fauteuil; gâteux, il ne présentera plus aucune manifestation intellectuelle.

24 juillet. — Attaques épileptiformes subintrantes, dans lesquelles le malade meurt le 27 juillet.

*Nécropsie* du cerveau, qui, enlevé et mis dans l'alcool, ne peut être examiné que le 31 juillet, par M. le D<sup>r</sup> Darier, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, en présence de MM. Fournier, Motet et Morel-Lavallée. L'autopsie n'avait pu être faite que plus de soixante heures après le décès, fait qui, joint à l'immersion dans l'alcool, ont rendu impossible toute recherche histologique. Voici les résultats de l'examen macroscopique :

*Méninges* non épaissies, s'enlevant sur toute l'étendue de l'encéphale avec la plus absolue et parfaite facilité. Intégrité à l'œil nu et à la coupe de l'*écorce*, notamment au niveau des lobes antérieurs, des *convolutions rolandiques* et de l'*insula*. — La coupe des *hémisphères* est également négative aussi bien pour le centre ovale que pour les ganglions centraux.

L'examen extérieur du *bulbe* et de la *protubérance*, comme aussi de la *base de l'encéphale*, ne montre aucune trace de sclérose ni d'altération visible. Il en est de même des coupes minces et répétées pratiquées dans ces régions.

Les *vaisseaux* du cercle de Willis et leurs efférents sont étalés sous l'eau et ouverts : pas traces de caillots adhérents ni de lésions athéromateuses ou autres.

En faisant la part des lésions fines que le microscope eût possiblement révélées, telles que l'altération des fibres de Tuzek, par exemple, il est très remarquable qu'on n'ait rencontré à l'œil nu aucune des grosses altérations que l'on s'attendait à trouver,



et à trouver d'autant plus accentuées qu'on n'avait pas hésité (se fondant sur plusieurs particularités et notamment sur l'absence de délire), à porter ici le diagnostic de *paralysie générale syphilitique*, c'est-à-dire de troubles psycho-moteurs dus à des lésions syphilitiques, et par conséquent plus spécialement eût-on dû trouver quelque grosse lésion, telle que symphyse méningée, artérite, etc.

De tout cela, *rien!* Mais il y a plus : M. Vétault insiste avec raison, dans cette observation, — qu'il a avec tant de soin recueillie chez M. Motet — sur ces phénomènes bizarres qui se produisaient au moment de l'élocution, et qui donnaient exactement l'idée de troubles venant directement des noyaux moteurs du bulbe, quelque chose comme la parésie spasmodique de la sclérose en plaques ou de la sclérose latérale amyotrophique à l'apparition du *syndrome paralysie labio-glosso-laryngée*. Or, n'était-ce pas dans un cas pareil, surtout en l'absence de péri-encéphalite de la voûte, — qu'on eût du rencontrer cette *sclérose de la base de l'encéphale et du bulbe*, signalée par M. Luys comme substratum anatomique possiblement isolé de la paralysie générale? Et bien l'examen macroscopique, — le seul qui ait pu être fait — ne nous a rien révélé de semblables altérations qui cependant ne doivent pas échapper à l'œil nu.

Mais, au point de vue nosologique, où faut-il classer cette observation, dans les paralysies *vraies* ou dans les pseudo-paralysies? Nous avons préféré cette dernière alternative en raison de la stérilité des recherches anatomo-pathologiques, mais c'est évidemment là une affaire de pure convention, ce qui est toujours regrettable pour l'exactitude des statistiques.

#### OBSERVATION XLI

Observation due au D<sup>r</sup> SCHUSTER, d'Aix-la-Chapelle.

X..., pharmacien, trente-cinq ans, robuste, de grande taille, est envoyé en mars 1886 aux eaux d'Aix-la-Chapelle, au sortir d'un asile d'aliénés où il était resté un an et avec un certificat médical portant mention d'incurabilité.

... Pupilles « inamovibles » ; tremblement de la langue, des lèvres,

des mains ; traîne souvent une jambe<sup>1</sup> ; tombe quelquefois en descendant l'escalier. Incontinence d'urine intermittente ; réflexes rotuliens exagérés ; pas de tremblements épileptoïdes.

Interrogé, il ne répond que le mot « la » ; à table, il mange des plats entiers, porte la carafe à sa bouche. Il s'onanise jour et nuit auprès de sa femme. Le malade, tranquille le matin, est le soir inquiet et a souvent des hallucinations ; il a l'idée fixe qu'il est amateur de chair humaine...., etc.

*Traitement.* — Le matin, bain de siège à 22° R. Le soir, bain complet à 26° ; vingt minutes après le bain, friction Hg. Plus tard, injections Hg. (non douloureuses) ; à l'intérieur, KI-KBr, de 3 à 5 gr. 2 fois par jour.

Après 60 frictions, l'irascibilité du début avait cédé ; *tous les symptômes*, sauf l'inamovibilité des pupilles, avaient disparu. Le malade parlait, pouvait reprendre le piano, et put même se remettre à ses affaires de pharmacien. L'« amélioration » persistait encore six mois après.

Cette observation, ainsi que la lettre dont le Dr Schuster la fait suivre, est des plus intéressantes. D'abord à cause d'une pareille amélioration obtenue dans un cas aussi grave ; puis parce que divers détails (dont l'amélioration elle-même et le fait de l'hémiplégie parétique), nous font pencher à croire qu'il s'agissait là sans doute d'une paralysie générale *syphilomateuse*. — En outre, il n'est pas fait mention de traces de syphilis sur le malade, ni de renseignements d'antécédents syphilitiques. Le Dr Schuster aurait-il donc donné le traitement spécifique par principe ? Cela serait intéressant, ne fût-ce qu'au point de vue des tendances théoriques de la psychiatrie allemande contemporaine. — M. Schuster dit encore qu'il soigne actuellement un malade semblable (c'est-à-dire un autre paralytique) qui ne semble pas s'améliorer, puis un troisième qui, après une *hémiplegie droite avec aphasie*, a présenté plus tard des symptômes de paralysie générale progressive. Ce dernier a obtenu une *amélioration continue*. N'est-il pas vraisemblable que dans ce dernier cas également notre savant correspondant avait affaire à une pseudo-paralysie générale, c'est-à-dire à une syphilose mentale par lésions directement spécifiques, *secondairement diffuses sous l'écorce* ?

L'observation contenue dans la lettre qu'a bien voulu nous adresser M. Schuster, porte plus loin ces mots « *le pli naso-labial gauche n'existe plus* ». Il y a donc hémiplégie persistante.

## OBSERVATIONS XLII, XLIII, XLIV, XLV

Observations tirées de la thèse de VERNET (Nancy, 1887). *La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale ?*

Toutes les observations de cette thèse ne nous ayant pas paru avoir une égale valeur ni avoir la même importance pour notre travail, nous n'avons cité ou résumé ici que les principales. Les deux qui suivent, n<sup>os</sup> 42 et 43, sont de beaux types de pseudo-paralysie générale déjà publiés et célèbres.

OBS. XLII. — D<sup>r</sup> MEYER, de Hambourg, 1861.

*Autopsie.* — Symphyse méningo-cérébrale disséminée. Gommes de la dure-mère, intéressant la substance corticale, qui est ramollie secondairement. Pachyméningite interne de la base.

*Symptômes observés.* — Amnésie; idées ambitieuses; paralysies; attaques épileptiformes.

*Diagnostic porté.* — Paralysie générale progressive.

*Traitement spécifique non tenté. Donc, c'est une pseudo-paralysie générale syphilitique, au sens de Fournier.*

OBS. XLIII. — ESMARCH et JESSEN, 1859.

*Autopsie.* — Ramollissement dû à une thrombose artérielle de la base. *Symptômes* : après des lésions syphilitiques répétées, excentricités, illusions, incohérences, idées de persécution, erreurs de perception et de jugement. Troubles oculaires (à l'autopsie, atrophie secondaire de la troisième paire).

*Conclusion.* — Cela ne nous semble pas être l'ensemble clinique constituant la paralysie générale. Il n'est donc pas surprenant qu'on ait trouvé ici une lésion non diffuse.

OBS. XLIV. — Service du D<sup>r</sup> LANGLOIS <sup>1</sup>.

*Obs.* — G..., quarante-deux ans, vigneron. Entre en juin 1881. — Atteint de démence paralytique (D<sup>r</sup> Langlois).

1885. — Syphilides cutanées. — Juin, gomme du voile, KI 4 gr. *Après quatre mois, amélioration énorme*; il ne persiste plus que de l'*asthénie cérébrale*, torpeur intellectuelle.

*Discussion.* — Ce serait bien là une « pseudo-paralysie générale » au point de vue clinique.

OBS. XLIV bis. — Service du D<sup>r</sup> LANGLOIS.

Bl..., trente-trois ans, mécanicien. Entre le 16 novembre 1877. —

<sup>1</sup> Ces observations ne nous ont pas paru assez détaillées ou assez considérables pour être rangées ailleurs que dans la pseudo-paralysie générale.

Paralysie générale (D<sup>r</sup> Christian). — Juillet 1879, éruption syphilitique.

*Sirup de Gibert*, 25 grammes. — De juillet 1879 à janvier 1880, aucun changement. — Janvier 1880, KI, 4 gr.

Depuis lors, les améliorations progressives, qui, au bout de deux ans, sont suivies d'une rémission complète qui dure depuis six ans.

OBS. XLV. — Service du D<sup>r</sup> CAMPAGNE, médecin en chef de l'asile de Montdevergues.

G..., quarante-cinq ans, conciergc. *Syphilitique depuis un an*. Symptômes de paralysie générale (avec et y compris le délire des grandeurs). Cinquante jours de traitement *spécifique*. Amélioration, puis rémission (depuis huit mois), permettant la reprise des occupations.

#### OBSERVATION XLVI

*Syphilis cérébrale complexe. Adjonction de phénomènes mentaux. Délire mélancolique. Folie syphilomateuse n'arrivant pas à simuler la paralysie générale.*

(Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le professeur FOURNIER.)

A... (Françoise), quarante-trois ans, marchande des quatre saisons. Deux entrées, le 15 août 1879 et le 18 juillet 1880.

Syphilis ignorée. Syphilis cérébrale. Périostose crânienne; gommès des membres. Aphasie subite. Parésie du bras droit. Plusieurs ictus. Absences fréquentes. Affaiblissement considérable de l'intelligence et surtout de la mémoire. Idées mélancoliques. Pas de troubles oculaires. *Amélioration à deux reprises par le traitement spécifique.*

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être signalés. Variole à l'âge de six ans. Bonne santé depuis. Régée à douze ans. Mariée à quinze ans avec un homme bien portant, mort depuis. Fausse couche à l'âge de seize ans, suivie de péritonite. Eut des relations, après la mort de son mari, avec un homme robuste, tué pendant la guerre, puis avec un autre, très fort, mort subitement, depuis, du charbon.

Après sa couche, végétation vulvaire. *Rien depuis. Il y a huit ans*, céphalalgies violentes à en être folle, selon son expression, hémicrâniennes, à droite; quelquefois occipitales, nocturnes et accompagnées d'insomnie. Elle fut traitée pour cela à Saint-Louis. Ensuite, anasarque et ascite, traitée à Saint-Louis. Enfin, elle entra à Lariboisière (service de M. Guyot), où elle fut traitée par des bains de sublimé, des pilules de sublimé et du KI, 12 grammes par jour. Guérie en six mois (1874).

Jusqu'en 1877, bonne santé. A cette époque, retour des maux de tête. Guérison rapide par KI à haute dose.

Il y a trois mois (juin 1879), malaise subit place du Château-d'Eau. Engourdissement du bras droit. Amenée chez un pharmacien, elle s'évanouit pendant trois heures. Revenue à elle, elle causait bien, mais ne pouvait mouvoir son bras.

Trois jours après, aphasie subite qui dura trois jours, mais le bras resta engourdi et impotent. La langue resta embarbouillée. Traitement par KI. Amélioration du langage. Guérison du bras avec quelques douches. Depuis trois mois, elle a souvent des absences, ne sait où elle se trouve, etc. Bourdonnements d'oreilles, etc., etc.

Etat actuel (13 septembre 1879) : Petites tumeurs aux deux avant-bras de consistance cartilagineuse, non adhérentes. Pas de ganglions axillaires.

29 octobre. — Perte subite de l'usage de la parole et du bras droit. Agitation de tout le côté droit. KI à haute dose. Amélioration.

26 décembre. — Va très bien. Se trompe encore quelquefois de mots. Céphalalgie intermittente. Erreurs dans ses comptes. KI, 5 grammes.

7 janvier 1880. — Va bien. Mais, dès ce moment, elle fut sujette à de fréquentes absences, oubliant parfois de manger pendant un ou deux jours. Tantôt elle se trouvait dans une rue, ne sachant comment elle y était venue; tantôt, se trouvant en visite, ne savait que dire.

Un jour, elle alla dans les Buttes-Chaumont, s'y perdit et fut trouvée dans un fourré par un sergent de ville qui la reconduisit chez elle. *Elle fut ainsi ramenée plus de vingt fois.* Elle avait alors la tête absolument vide et ne pensait réellement à rien, ne sachant d'ailleurs rien répondre. C'était une véritable annihilation de l'intelligence. Or, la malade, même maintenant (juillet 1880), où elle a encore beaucoup d'*amnésie des mots*, rend intelligemment compte du passé et de ses sensations. Elle avait des moments de tristesse, *de mélancolie*, détestant la société, ennuyée « de voir le monde » et recherchant l'obscurité. Elle faisait des erreurs dans ses comptes, et disait un mot pour un autre, ou une chose étrangère à sa pensée, tout en ayant conscience de son état. Pendant tout ce temps, c'est-à-dire pendant près d'un an, elle ne souffrit nullement de la tête.

25 octobre. — A la suite d'un excès alcoolique, elle fut prise d'une nouvelle attaque, la main resta maladroite pendant un mois, la sensibilité avait été très obtuse. Depuis le traitement, les égarements sont très rares et très courts, à peine 2 ou 3 par jour. Au milieu d'une phrase elle s'arrête, ne sachant plus que dire. La malade prétend que, la veille de chaque ictus, elle a une poussée d'urticaire,

rose, résistante, prurigineuse au possible. Elle y est sujette, d'ailleurs, depuis seize ans.

Depuis sa première attaque, c'est-à-dire depuis un an, elle a deux gommés du volume d'un œuf de pigeon à chaque avant-bras. Elle en eut plusieurs aux jambes, aujourd'hui disparues. Elle eut aussi, au moment de ses douleurs de tête, plus de trente périostoses frontales dans le cuir chevelu. Une seule subsiste encore sur le frontal droit.

A la moindre émotion, la malade a encore *des embarras de parole, des pertes de mémoire et de conscience.*

Elle allait bien mieux lorsque, dimanche dernier, en s'habillant, après une bonne nuit, elle fut prise de nausées et de céphalalgie. Troubles de la sensibilité, frisson, soif, inappétence, langue blanchâtre. D'ailleurs, pas de chute, pas d'étourdissements, pas d'égarements.

Vésicatoire à la nuque. Eau-de-vie allemande. Pilules de sublimé et d'opium. KI, 5 grammes par jour. — Entre dans le service le 18 juillet 1880.

18 juillet 1880. — Maux de tête intenses à la région temporale et pariétale gauche, élancements arrachant des cris, périostoses crâniennes, nausées, inappétence. Pouls très petit, dépressible. Etat lypothymique. Pas de paralysie des muscles de l'œil. Pas de troubles visuels. Pupilles égales. — Sortie dans le même état le 27 juillet.

Les vingt-sept observations que nous venons de publier sous la rubrique : « *Pseudo-paralysies générales* » ont une valeur inégale.

Les unes, tout en présentant un certain nombre des symptômes de la paralysie générale, ne réalisent cependant pas un aspect clinique tel qu'un œil exercé ne puisse éviter une confusion.

D'autres au contraire, vu les analogies et les symptômes plus caractérisés qu'on y relève, pourraient être plus aisément considérés comme des paralysies générales vraies.

Les observations XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII et XL sont des types du genre pseudo-paralysie générale, en comprenant sous cette dénomination les complexus cliniques rappelant celui de la paralysie générale, mais réalisés par des syphilomes limités de l'encéphale.

En récapitulant les diverses particularités notées dans ces observations, voici ce que nous trouvons :

*Age.* — Noté dans 15 cas :

Moyenne : 38 ans 1/2. Chiffre inférieur, mais d'une façon peu sensible, à la moyenne ordinaire.

*Temps écoulé depuis l'infection.* — Noté 15 fois, égal à 40 ans 1/2.

*Hérédité.* — L'hérédité n'a été relevée que trois fois, mais ne paraît pas avoir été l'objet de recherches spéciales.

Quant aux particularités cliniques, le *délire dépressif*<sup>1</sup> (hypochondrie, mélancolie, persécution ou asthénie simple), n'a été noté que 9 fois soit 33 p. 100, tandis que le *délire expansif* (plus ou moins accusé, depuis les idées de satisfaction jusqu'au délire manifeste des grandeurs) a été trouvé 14 fois soit 49 p. 100 environ, contrairement à l'opinion générale des auteurs qui affirment sa rareté relative dans ce qu'ils appelaient les pseudo-paralysies générales syphilitiques.

*Embarras de la parole.* — Nous trouvons cet embarras dans la plupart des cas : 74 p. 100 (20 sur 27), à des degrés divers et d'une façon parfois intermittente.

*Attaques apoplectiformes et épileptiformes.* — 12 fois notées, soit 44 p. 100.

*Troubles pupillaires.* — Ces troubles sont mentionnés 9 fois, soit 33 p. 100.

*Tremblement des lèvres, de la face et de la langue.* — Relevé 13 fois, soit 48 p. 100.

*Influence du traitement :*

Quatre guérisons ou plutôt rémissions (les malades n'ayant pas été suivis assez longtemps) dont deux dans des cas graves.

Cinq malades seulement sont signalés comme ayant été amé-

<sup>1</sup> Le délire dépressif est celui qui précisément a été signalé comme le plus fréquent dans la syphilis mentale et en particulier dans la paralysie générale, notamment par M. Fournier; cela paraît d'ailleurs être la règle que le nombre restreint de nos cas ne suffit pas à infirmer. C'est au reste tellement l'opinion admise que le Dr Savage (de Londres) s'exprimait dernièrement en ces termes au congrès de Washington (1887) à propos des paralysies générales syphilitiques et du délire qu'on y observait : « Dans beaucoup de cas un affaiblissement intellectuel progressif peut s'observer dans la syphilis constitutionnelle. Il peut être précédé de quelques troubles de motilité, soit du côté des muscles de l'œil, soit monoplégie, hémiplegie, aphasie, etc., etc. Puis survient une dégénérescence progressive qui n'est pas de la même nature que la paralysie générale des aliénés syphilitiques et qui doit être classée à part. » Il donnerait à ces faits le nom de démence organique syphilitique.

liorés. L'un d'eux (Obs. Rendu) est mort, après quatre ans de santé, d'une paralysie bulbaire.

Ces chiffres sont en contradiction avec ceux de la plupart des auteurs qui accusent des guérisons ou améliorations beaucoup plus nombreuses. Pour n'en citer qu'un, J. Mickle signale trois cas de « guérison » par le traitement mixte<sup>1</sup>.

Dans les six cas accompagnés d'autopsie (XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII et XL), nous relevons les particularités suivantes au point de vue de l'*anatomie pathologique*.

Dans un cas les altérations méningo-cérébrales avaient pour point de départ des lésions extra-encéphaliques, lésions de la calotte osseuse.

Dans un autre le syphilome de l'écorce était primitif et né vraisemblablement dans la trame vasculaire des méninges.

Dans un troisième cas les symptômes de la paralysie générale avaient été reproduits par des gommés intra-cérébrales sans lésions même partielles de l'écorce.

Enfin dans une dernière observation, la syphilis paraissait avoir frappé d'emblée et simultanément le crâne ici, le cerveau là, — le système cortico-méningé un peu partout.

I. — La pseudo-paralysie générale de nature syphilitique peut donc reconnaître comme point de départ anatomique :

A. Des lésions extra-encéphaliques (os<sup>2</sup>, dure-mère, etc.) ;

B. Des lésions méningo-corticales, même relativement limitées, pourvu sans doute qu'elles occupent « le bon endroit » ;

C. Des lésions intra-cérébrales en foyer, fait beaucoup plus étonnant, car si l'on comprend que de pareils désordres paralysent le mouvement dont ils coupent ou interrompent les fils de transmission, on ne voit pas bien le rôle qu'ils peuvent jouer pour produire les troubles fonctionnels de la paralysie générale, si l'on admet le processus de l'idéation limité à la seule substance grise corticale<sup>2</sup> ;

D. Un quatrième mode de simulation fonctionnelle de la paralysie générale par la syphilis serait peut-être d'après une hypothèse émise par M. Régis, ancien chef de clinique de M. le

<sup>1</sup> *Arch. of dermatology*, 1880.

Il est vrai que l'observation fait mention d'un examen histologique pour les foyers gommeux centraux, mais non pour la totalité de l'écorce.



professeur Ball (hypothèse à laquelle rien ne nous permet encore de souscrire), réalisé par une inhibition purement dynamique, sans lésions matérielles, exercée par le poison syphilitique sur les cellules cérébrales; c'est là le processus dont nous avons invoqué la possibilité pour la production des « folies secondaires ».

S'appuyant sur l'existence des pseudo-paralysies générales toxiques, des pseudo-scléroses en plaques, etc., curables, M. Régis verrait dans cette hypothèse un moyen d'expliquer aisément les guérisons (par le traitement spécifique) survenues dans la pseudo-paralysie générale; — guérisons dont, soit dit en passant, la récente thèse de M. Vernet (Nancy 1887), nous offre une série incroyablement heureuse.

Ces guérisons, très rares d'après nos observations, très rares aussi d'après M. Fournier, s'expliquent suffisamment selon nous par la constatation anatomique de la nature directement syphilitique de certaines lésions en foyers.

II. — En dehors des syphilomes, il est bien évident qu'une foule d'autres lésions cérébrales peuvent produire la pseudo-paralysie générale ainsi comprise : tubercules, nodules cancéreux, affections chroniques des os, apoplexies sanguines même à répétition (cas de Sandon<sup>1</sup>), voire certaines scléroses en plaques disséminées. Tout cela pourra simuler plus ou moins la paralysie générale, avec des variantes nombreuses dues au siège des lésions et à leur retentissement plus ou moins étendu vers les méninges. Cela ne fait que mieux montrer quel est l'abîme qui sépare de semblables processus de la périencéphalite diffuse et combien est attaquable le mot de pseudo-paralysie générale, que l'usage nous force à conserver pour l'appliquer *exclusivement* aux syphilomes étalés de l'écorce.

L'adaptation faite par M. Fournier du terme pseudo-paralysie générale à une des variétés de la syphilis mentale était bien une heureuse innovation quand le professeur de Saint-Louis croyait pouvoir englober, dans cette expression, des périencéphalites diffuses auxquelles la syphilis donnait une marche, sinon une évolution anatomique spéciale; mais nous verrons plus loin que, comprise dans ce sens, la pseudo-paralysie générale syphilitique

<sup>1</sup> *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.*

n'existe pas pour la plupart des auteurs, ou du moins que son existence n'est pas démontrée; si bien que, si nous avons cru pouvoir rompre à l'usage, et en imitant H. Newington, appliquer à l'ordre de cas que nous venons d'étudier l'expression de paralysie générale syphilomateuse, nous aurions été tentés de dire ceci : il n'y a pas de pseudo-paralysie générale syphilitique.

III. — Il est cependant des cas où l'intransigeance n'est pas de mise, surtout en face de l'hésitation de tant d'illustrations scientifiques de tous les pays : ce sont d'abord ceux où existent des lésions méningo-corticales généralisées sans que la clinique ait offert suffisamment le complexe symptomatique de la paralysie générale (observations XXXVI et XXXVII de notre travail). De plus, en lisant l'observation XXXVI, on se demande si les syphilomes en foyer ont, à leur voisinage, déterminé, chez un prédisposé, l'explosion de la périencéphalite, ou même s'il s'agit d'une périvascularite et cellulite méningée de nature syphilitique, mais secondairement diffusée. Westphal avait bien dit que dans la vérole les altérations morbides siégeant dans l'arachnoïde sont *cellulaires*, tandis qu'elles sont *fibreuses* dans la paralysie générale; et que c'est l'adhérence de la pie-mère *toute seule* (ce mot est souligné) à la substance corticale qui se rencontre presque toujours dans la paralysie générale et ne se rencontre pas dans la syphilis; or, précisément dans l'observation due à M. Quinquaud, nous copions textuellement ceci : La « *pie-mère est très épaisse, comme fibreuse et très vascularisée. ELLE adhère* fortement à la couche corticale du cerveau, de telle sorte qu'on enlève à la suite des parties de substance cérébrale qui laissent à nu, par plaies irrégulières, la substance blanche. »

La question est donc des plus ardues et pour être tranchée demande de nouvelles recherches, surtout histologiques; celles auxquelles nous nous livrons en ce moment ne nous ont pas encore donné de résultats concluants et seront continuées. Mais on ne peut actuellement se prononcer catégoriquement; examinons rapidement pourquoi.

La vascularite, la cellulite névroglique qu'on trouve dans la périencéphalite diffuse de la paralysie générale ont-elles des caractères propres et constants, ou au contraire la vascularite et l'infiltration cellulaire qu'on trouve dans les processus syphili-

tiques ont-elles à leur tour des caractères spéciaux qui les différencient, d'une façon éclatante, des processus vulgaires du même ordre ?

M. Lancereaux, qui proteste contre une tendance trop généralisée à voir la syphilis dans toutes les affections nerveuses survenant chez ses syphilitiques, s'exprimait ainsi dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1882 :

Les lésions syphilitiques affectent toujours les tissus conjonctivo-vasculaires, c'est-à-dire les tissus nés du feuillet moyen du blastoderme, soit, pour le cerveau : 1° les méninges ; 2° les artères ; 3° la névroglie.

1° *Méninges*. — La méningite syphilitique affecte surtout la dure-mère (périoste interne du crâne). Elle se manifeste d'abord par la douleur spécialement nocturne, puis par des symptômes d'excitation ou de paralysie ; troubles intellectuels allant de la torpeur à la démence ; amnésie, parfois aphasie. Anatomiquement, néoformations gommeuses, surtout à la région antérieure de la base, intéressant surtout et d'abord la dure-mère. Si la maladie débute par la pie-mère, il n'y a pas de céphalalgie.

L'affection marche progressivement. Pour faire le diagnostic, on devra se baser surtout sur l'existence d'une lésion en foyer à marche limitée et progressive.

2° *Artères*. — L'artérite syphilitique affecte surtout les artères sylviennes et le tronc basilaire. On constate des petites gommés résultant d'une prolifération conjonctive des tuniques interne et externe avec atrophie ou disparition de la tunique moyenne ; — disposition en foyers ; — l'artérite se produit au bout de deux ou trois ans, parfois plus tard ; — l'absence de paralysie différencie l'artérite de la méningite syphilitique.

3° *Cerveau*. — L'encéphalite syphilitique est très rare. Il y a plutôt coïncidence de syphilis et d'encéphalite qu'encéphalite spécifique proprement dite.

M. Lancereaux cite un cas où l'examen histologique a montré l'existence de nodules gommeux dans la trame conjonctive vasculaire de l'encéphale, mais, à une période plus avancée, la portion dégénérée ayant disparu, on ne peut plus trouver que des cicatrices.

Donc, il y a une artérite spécifique et une périartérite gommeuse. Mais, objecterons-nous, leur essentialité est-elle hors de conteste ?

Sur trois cas d'artérite syphilitique subaiguë, c'est-à-dire ayant

évolué en trois, quatre ou cinq mois, constatés à l'autopsie par M. Brault, chef des travaux anatomo-pathologiques au laboratoire de la Faculté de Paris, cet auteur a simplement noté cette particularité (communication orale) : « Cette artérite est rapidement térébrante ; elle a tendance à trouser littéralement le vaisseau... » De là semblerait découler la fréquence dans la syphilis cérébro-mentale de l'hémorragie cérébrale et de l'hémorragie méningée ; or, nous avons vu plus haut que ces terminaisons étaient regardées comme rares, et comme plus fréquentes, au contraire, dans la paralysie générale.

C'est déjà particulier, mais il y a plus :

M. Fournier nous a confié tenir de son collègue M. le professeur Cornil, auquel il demandait le moyen de différencier l'artérite syphilitique des autres artérites chroniques, qu'il n'y avait aucun moyen de faire cette différence. « Je ne me chargerais pas de l'établir », ajoutait le savant professeur d'anatomie pathologique.

Mais alors, si la paralysie générale vraie est due à des lésions ayant l'artério-capillarite diffuse comme initium, sinon comme cause, de quel droit affirmer que la syphilis ne peut pas produire directement la polyartérite diffuse d'où dériveraient les altérations de la paralysie générale<sup>1</sup> ? A cette question, M. Lancereaux répond que les lésions syphilitiques sont toujours des lésions en foyer.

L'avis de M. Magnan est sensiblement le même. D'après lui, la syphilis produit surtout des lésions des grosses artères (surtout de la sylvienne), et des lésions limitées. Telle est du moins la règle.

Par exception, la dissémination de ces lésions dans l'écorce peut donner lieu proportionnellement à des démences plus ou moins complètes, mais dans quelles faibles proportions ! Combien ces cas sont rares, eu égard au nombre si considérable des syphilitiques ! — Au contraire, on n'a jamais vu la syphilis frapper l'ensemble du système capillaire, tandis que dans la paralysie générale ce qu'on trouve est de la vraie capillarite disséminée. Quant à la question de savoir si la syphilis serait capable de produire d'emblée une artério-

<sup>1</sup> C'est précisément ce que pense Rumpf. (Voir le chapitre : *Anatomie pathologique de la paralysie générale vraie.*)

capillarite diffuse au même titre que les dyscrasies (goutte, etc.), et les infections, M. Magnan n'en rejette pas *a priori* la possibilité, mais, dit-il, « la règle est que la syphilis produit des lésions en noyaux », dans le rein, le testicule, le foie, etc., etc. Peut-être, un jour, un syphiligraphe pourra trouver à l'autopsie une hépatite syphilitique diffuse, une orchite conjonctive diffuse. De même trouvera-t-on peut-être une artério-capillarite diffuse, donnant lieu à la paralysie générale; mais, jusqu'ici, jamais cela ne s'est vu. Sur le nombre immense des syphilitiques, combien est grand le nombre des lésions nodulaires, combien est infiniment petit le nombre des scléroses viscérales pures d'origine syphilitique<sup>1</sup>!

L'opinion de M. Magnan nous paraît trop absolue ou prématurée. D'abord, la syphilis peut produire des lésions diffuses dans les épithéliums (exemple : les néphrites secondaires). Est-elle sans action sur le tissu conjonctif?

M. Rendu<sup>2</sup> a écrit à propos de l'athérome : « L'athérome reconnaît bien des facteurs pathogéniques : vieillesse, alcoolisme, écarts de régime, syphilis, rhumatisme, saturnisme. Nous croyons à l'origine goutteuse (possible) de l'endartérite, même lorsqu'elle ne porte pas avec elle sa caractéristique spécifique, la présence de l'urate de soude.

« Guéneau de Mussy a établi que l'athérome est particulièrement commun pour les races arthritiques et se montre d'une manière précoce dans certaines familles d'hérédité goutteuse... »

Ainsi, voilà la *goutte* en tant que diathèse (c'est-à-dire substratum insaisissable) indépendamment du processus uratique, qui *fait* de l'athérome, et le poison syphilitique ne pourra faire autant que la goutte et le plomb, qui lui-même (gradation) produit la goutte! Toujours d'après M. Rendu, il est vraisemblable que la goutte peut produire par elle-même, sans l'alcoolisme, la cirrhose du foie; or, là ce serait une inflammation interstitielle diffuse d'ordre vulgaire sous l'influence :

1° Ou des urates en suspension dans le sang;

2° Ou de la « diathèse ».

Pourquoi donc, si personne ne trouve étrange une pareille hypothèse, refuser *a priori* un droit analogue à la syphilis?

On revise aujourd'hui toute la pathologie générale. L'antique

<sup>1</sup> Comm. orale.

<sup>2</sup> Article GOUTTE du *Dictionnaire encyclopédique*.

pneumonie était considérée par un certain nombre d'auteurs, il n'y a pas encore bien longtemps, comme n'étant plus une entité nosologique, mais comme une maladie tantôt due à une cause infectieuse et tantôt constituée par une simple inflammation. Il n'est vraiment pas plus « absurde » d'envisager la paralysie générale comme provenant de plusieurs causes et comme étant un mode réactionnel du cerveau. Nous n'affirmons rien, mais en tout cas, la question n'est pas jugée.

IV. — Notre observation XXXVII nous montre, à l'autopsie, des lésions de méningo-encéphalite généralisée sans syphilomes gommeux proprement dits, mais dont le caractère spécifique est seulement attesté par la symphyse des trois méninges avec le cerveau et avec une dégénérescence amyloïde de tout l'encéphale (vaisseaux et parenchyme). La syphilis antérieure peut être regardée comme certaine : mais en dehors de ce renseignement aurions-nous, pour affirmer la nature syphilitique des lésions, assez :

1° De la symphyse des méninges ?

2° De la dégénérescence amyloïde ?

Si cette dernière a pu être considérée par quelques auteurs comme relevant directement de la syphilis, on peut affirmer aujourd'hui qu'il n'en est rien. M. Magnan nous rappelait à ce propos une autopsie (1868) dans laquelle il avait trouvé une dégénérescence colloïde généralisée *et pas de syphilis*, a-t-il mentionné.

Le microscope montrait que le processus avait passé par deux stades :

1° Prolifération nucléaire abondante généralisée ;

2° Régression vitreuse.

Ce n'est donc pas là une dégénérescence dystrophique d'emblée telle que la stéatose, par exemple ; on n'a donc aucun droit d'en faire l'aboutissant forcé de cachexies ou d'intoxications.

On peut voir par ce qui précède que les connaissances anatomo-pathologiques actuelles ne permettent pas encore, à elles seules, d'affirmer la notion d'essentialité du processus de la périencéphalite diffuse ; pas plus, au reste, qu'elles n'autorisent à déclarer que telle ou telle lésion appartient sûrement en propre à la syphilis. Mais n'insistons pas davantage en ce moment, ce serait empiéter sur le livre suivant.

## LIVRE III

# PARALYSIE GÉNÉRALE VRAIE ET SYPHILIS

---

### CHAPITRE PREMIER

#### DIFFICULTÉ DU SUJET. VALEUR INÉGALE DES DOCUMENTS SCIENTIFIQUES A DÉPOUILLER

Nous arrivons au point capital de la discussion, au cœur même de notre travail ; c'est-à-dire qu'ayant supposé tranchée la question des pseudo-paralysies générales, nous abordons la paralysie générale vraie, classique, la maladie de Bayle, et nous nous demandons : Quels rapports y a-t-il entre elle et la syphilis ?

A l'aide de quels documents allons-nous résoudre ce problème ? Si l'on veut bien se reporter à ce fait que la question des rapports de la syphilis avec la paralysie générale n'était même pas posée en France avant l'apparition du livre de M. Fournier, et qu'elle était à peine en discussion depuis une douzaine d'années à l'étranger, on comprendra que nos recherches n'aient pu porter que sur une faible étendue chronologique.

Voici comment nous avons procédé. Nous avons compulsé rapidement les documents antérieurs à la publication de la « *Syphilis du cerveau* », en y relevant cependant avec grand soin tout ce qui pouvait avoir trait à la paralysie générale vraie d'origine syphilitique. Puis, tout ce qui a paru depuis 1879 jusqu'à la fin de 1888, a été l'objet d'une investigation encore plus attentive : monographies, ou comptes rendus de sociétés savantes, etc., etc.

Mais nous n'avons pas pensé que ce fût assez, et nous avons voulu réunir des documents provenant de sources diverses (nous dirons même opposées), mais comparables entre eux. Pour ce faire nous nous sommes adressés : 1° à M. le professeur Fournier, sans l'aide bienveillant de qui nous n'aurions pu mener à bien ce travail, et qui a bien voulu nous laisser puiser à pleines mains dans son merveilleux trésor où les observations se comptent par milliers, toutes écrites de la main du maître ; 2° à ceux de nos maîtres qui se sont le plus trouvés en contact avec les aliénés et les paralytiques généraux et que leurs études spéciales ont mis à même de mieux connaître le sujet ; 3° puis, parmi les médecins des asiles, à plusieurs de nos confrères auxquels nos relations nous permettaient d'avoir recours sans trop d'importunité. Cela fait, notre tâche n'était pas encore si facile qu'on serait tenté de le croire. Il ne s'agissait pas en effet de prendre : 1° les documents bruts provenant des syphiligraphes ; 2° ceux venant des aliénistes, d'en faire la somme et d'en dégager une moyenne scientifique. Voici en effet comment se répartissaient nos matériaux.

#### A. — *Documents provenant de syphiligraphes.*

Ils se composent de plusieurs parties.

a). La collection personnelle des observations de M. le professeur Fournier, unique au monde en ce sens qu'elle porte sur quelque dix mille et plus syphilitiques dont l'histoire a été recueillie par la même main. Pouvons-nous en tirer un pourcentage de paralysies générales *sur tant de syphilis*? Raisonnons : M. Fournier, puisque c'est lui qui est ici en cause comme syphiligraphe, a certainement une notoriété scientifique considérable ; mais pour les accidents syphilitiques légers, superficiels, anodins, secondaires, en raison même de cette notoriété, il est vraisemblable qu'à part un certain nombre d'exceptions, il ne verra comme clients qu'une quantité limitée de personnes, appartenant de préférence à la classe riche ; au contraire, plus sera grave la manifestation morbide (telle que syphilis tertiaire cutanée ou syphilis cérébrale), moins le patient hésitera à faire un voyage pénible et coûteux, moins il reculera devant une consultation ; donc en dehors de ses clients habituels, le médecin syphiligraphe



verra un plus grand nombre de syphilis graves que de syphilis bénignes.

Ce sera bien autre chose quand il s'agira de la forme la plus grave de toutes, c'est-à-dire de la forme mentale et de la paralysie générale. Par conséquent, on ne sera pas autorisé à dire : Sur cent observations de syphilis, par exemple, il y a eu *m* syphilis cérébrales et *n* syphilis mentales.

Et cela pour cette raison que, sur ces cent observations, il est une foule de malades (les syphilis bénignes) que le médecin n'a pas revus, et un bien plus grand nombre (les syphilis graves) dont il n'a pas suivi les débuts dans la carrière syphilitique, et qui ne sont venus qu'à cause des accidents cérébraux intenses. En tout cas, on ne sera pas absolument autorisé à généraliser les résultats d'une pareille statistique, si riche puisse-t-elle être, comme c'est le cas ici. Cela dit, il n'en serait pas moins intéressant, à titre documentaire, de citer les chiffres de M. Fournier, si la division en trois catégories (folies syphilitiques, pseudo-paralysies générales et paralysies générales vraies) des observations qu'il a bien voulu nous confier ne rendait tout classement et toute comparaison impossibles.

*b*). En dehors des observations de M. Fournier, nous avons pris celles qui ont été publiées *passim* par plusieurs médecins des hôpitaux, tels que MM. Potain, Rendu, Cuffer, etc. Elles peuvent servir pour l'étude, mais non pour des recherches de statistique étiologique ou pathogénique.

M. Fournier nous a également permis de consulter la liste des observations provenant des malades de son service hospitalier ; mais combien ces documents ont peu de valeur, comparés aux observations de la clientèle de ville ! D'abord, en ville, on prend tous les malades qui se présentent et on a des éléments plus impartiaux pour une statistique brute ; à l'hôpital, au contraire, on fait un triage. En second lieu, les observations à l'hôpital n'émanent pas toutes d'un même auteur ; elles sont prises par les internes, les externes, avec une exactitude et une compétence inégales. Enfin elles ont trait le plus souvent à des malades qu'on ne peut suivre et que l'on n'a l'occasion d'observer que d'une façon fugitive, au passage.

B. — *Documents provenant des médecins aliénistes.*

a). *Documents négatifs.* — Beaucoup d'aliénistes n'ont jamais dirigé leurs investigations dans ce sens : un de nos amis, aliéniste distingué, directeur d'un asile important de province, nous écrivait en substance à peu près ceci : « Rechercher la syphilis ? » Cela ne m'est jamais venu à l'idée. Pour les traumatismes, « au contraire, j'ai étudié avec soin cette question... »

b). *Documents incomplets.* — La possibilité d'une étiologie relevant de la syphilis étant de prime abord rejetée, il arrive souvent que l'on se borne, sur les observations, à indiquer la syphilis, si elle est signalée, sans diriger de ce côté des recherches auxquelles on n'attache qu'une valeur secondaire.

c). *Documents de valeur incertaine.* — De leur aveu, un certain nombre de médecins sont peu familiarisés avec la syphilis. Les médecins de l'hôpital Saint-Louis eux-mêmes hésitent souvent à propos d'un diagnostic rétrospectif, et il paraît difficile d'accepter les yeux fermés, alors qu'on ne peut pas remonter à sa source, toute observation affirmant sèchement la non-existence de la vérole chez un paralytique en traitement, parce qu'il n'en a pas été trouvé de traces. Mais la règle, justement, c'est qu'il n'y en ait pas de traces, puisque la syphilis cérébrale et la syphilis mentale sont des affections où la vérole a débuté d'une façon souvent bénigne, parfois même inaperçue !

d). *Documents pouvant entrer en ligne de compte pour la statistique.* — Ces documents sont rares et donnent des résultats très variables.

Il y a, en effet, un écart énorme entre les statistiques de M. Magnan et celles des auteurs étrangers. D'où proviennent cet écart et cette divergence ? De plusieurs causes.

Et d'abord, comme nous venons de le dire, les troubles mentaux d'origine syphilitique sont souvent consécutifs à une syphilis dont les premières manifestations ont été relativement anodines. Les malades n'en ont souvent présenté d'autres symptômes que les accidents communs de la période secondaire, accidents érythémato-papuleux, résolutifs, non ulcératifs, partant, ne donnant lieu à aucune cicatrice, à aucune trace persistante pouvant mettre sur la voie et donner une indication précise.

D'autre part, l'enquête, nous voulons dire une enquête sérieuse, présente des difficultés extraordinaires. D'une façon générale, les renseignements doivent être plus complètement obtenus dans les maisons particulières que dans les asiles, et voici pourquoi : d'abord, le malade, peu cultivé, n'est interné dans les asiles que lorsque son délire est devenu très manifeste (période d'état), et qu'il n'est plus à même de fournir au médecin des explications bien nettes et bien précises. Quant à ses parents, — outre que la syphilis est une chose dont on n'a pas l'habitude de se vanter, — comment veut-on qu'ils connaissent l'existence chez un des leurs d'une affection qui a pu être tellement bénigne que le malade s'en est peu ou point traité ou même l'a laissée passer inaperçue et en ignore le nom ?

Au contraire, dans la classe aisée, qui forme la population des maisons privées, la constatation de la syphilis, qui a été beaucoup mieux observée, suivie, soignée, est d'ordinaire plus facile, quoique n'étant pas plus fréquente que chez les paralytiques en traitement dans les asiles ; — nous disons « d'ordinaire », parce qu'en effet il n'en est pas toujours ainsi. De même que dans les consultations pour maladies ordinaires, les malades mettent leur orgueil à dire que « ils n'ont jamais rien eu ; qu'ils ont le sang pur dans la famille », etc., etc., de même pour les maladies mentales il est fréquent de voir nier, non seulement la syphilis du parent qu'on fait interner, — mais même l'existence d'autres aliénés dans la famille. — « Ils vont au-devant de nos questions, » nous disait dernièrement un de nos plus célèbres aliénistes ; « Jamais, à les entendre, il n'y a eu de cérébraux parmi eux ou les leurs. Or, soyez-en sûr, il y en a toujours eu, comme nous l'apprendrons au bout de quelque temps, en conversant avec les mêmes parents, quand la confiance sera établie. »

Conséquence : ce médecin a renoncé à poser cette question à la famille.

C. — Maintenant supposons les choses au mieux : un aliéniste comme M. Blanche, compétent en syphiligraphie comme M. Ricord, nous dit :

Sur 100 paralytiques, je trouve  $x$  syphilis certaines. Il se trouvera des syphiligraphes intransigeants, tels que M. Kjellberg,

qui répondront : « Mais vos autres malades avaient aussi la tare spécifique, bien que non trouvée ou non ostensible... »

Par conséquent, tandis que l'aliéniste pourra, au point de vue clinique, étudier les symptômes des « 100 —  $x$  » et les opposer aux symptômes des «  $x$  », l'intransigeant supposé niera ces conclusions (en niant les prémisses) et objectera ses tables à lui, offrant une unité parfaite, puisqu'il a pris, lui, la syphilis pour base; chez tous ses malades, la syphilis est à l'état d'antécédents; c'est pour lui un fait constant (toujours dans l'hypothèse de M. Kjellberg); il n'y a donc pas lieu d'étudier spécialement et parallèlement les cas où la syphilis n'existe pas.

Mais la difficulté n'est pas seulement là : pour nous, au point où nous en sommes, la question des pseudo-paralysies générales syphilitiques est élucidée, tandis qu'elle ne l'est pas pour tous les auteurs dont nous avons à discuter les opinions, et en admettant même qu'elle le soit comme théorie et pathogénie, elle ne l'est pas comme diagnostic, puisque nous avons vu combien la pseudo-paralysie générale peut simuler la paralysie générale classique. Dès lors, en fait, nous aurons encore à compter sur elle.

De plus, pour ceux qui admettent la pseudo-paralysie générale au sens de M. Fournier, c'est-à-dire une paralysie générale fruste chez les syphilitiques et de cause syphilitique, il manquera  $x$  des symptômes de paralysie générale vraie; nous aurons donc des formes frustes. Telles ou telles de celles-ci seront des paralysies syphilitiques pour les uns, pas pour les autres; comment les classer ?

Voyez, par exemple, les symptômes de syphilis mentale à forme *dépressive* allant jusqu'au « tabes cérébral » de Fournier, et confinant déjà aux pseudo-paralysies générales, que nous avons laissées à la suite des folies syphilitiques.

Supposons qu'il existe une paralysie générale syphilitique, ayant alors des symptômes particuliers. Il a jusqu'à présent été impossible aux syphiligraphes de les étudier, car ceux-ci ne soignent pas, ne suivent pas le malade (à moins que ce ne soit un client habituel, et encore?), puisqu'il est entre les mains des aliénistes; et ceux-là, qui pourraient nous donner les résultats d'une pareille enquête, n'en ont cure bien souvent, puisque, d'après l'opinion jusqu'ici admise « la paralysie générale n'a rien à voir avec la syphilis ». Donc les observations utiles

(celles des syphiligraphes) manquent; et les seules complètes, celles des aliénistes, ne servent souvent à rien, l'origine syphilitique possible étant rejetée de parti pris.

*D.* — Mais allons plus loin encore, et examinons par le détail les renseignements que nous pouvons tirer des plus précieux de nos documents, à savoir des quelque soixante observations recueillies par M. Fournier.

Même dans celles-ci, il arrive que la profession du malade, ses *antécédents*, ses habitudes, n'aient pu entièrement parvenir à la connaissance du médecin; il en est de même de l'âge du malade lors du début de la paralysie générale, l'âge marqué sur une observation étant celui du malade au moment où il est examiné pour la première fois. Nombre de ces malades n'ont été vus qu'une fois, en consultation, ou seulement deux ou trois fois; ils n'ont donc pas été suivis; autant de perdu pour l'étude de l'évolution et de la *terminaison* de la maladie. L'époque du *début* seul de l'affection peut être établie d'après une moyenne, et encore cela, par un même auteur; car, à partir de quel incident de la période prédélirante ou préparalytique fera-t-on commencer la maladie confirmée? comment s'entendre sur ce seul détail? Et remarquez que c'est souvent fort malaisé: que tel ou tel prodrome n'est certainement que la traduction clinique d'une lésion encore peu intense ou encore limitée!

Voyez, par exemple, telle de nos observations, où on relève au début, une série d'attaques épileptiformes toujours du même côté!

Autre fait important pour l'étiologie: *le traitement suivi au début de la syphilis....* On trouve dans les auteurs la mention *traitement, traitement suffisant; — traitement complet* (expression employée par Hutchinson dans une observation de son récent ouvrage sur la syphilis); mais qu'est-ce qu'un traitement complet? Autrefois on eût dit trois mois, puis six mois... Aujourd'hui M. Fournier estime qu'un traitement d'un an, voire de deux ans, est insuffisant pour qu'on puisse se considérer comme définitivement à l'abri des atteintes ultérieures de la vérole.

Comment établir le *pronostic* sur des séries d'observations non suivies jusqu'à la fin?

Sous l'influence, ou non, du traitement spécifique, on obtient des améliorations; mais ne sont-ce pas là des *rémissions* classiques?

On cite quelques cas de « guérison » ; au bout de combien de temps peut-on la proclamer telle?... D'ailleurs, si elle persiste, on dira qu'on a affaire à une pseudo-paralysie générale, à une paralysie générale syphilomateuse, et en effet ce sera probable ;... la paralysie générale semble même renchérir sur le pronostic désespérant du *tabes* !

Cette question du diagnostic différentiel de la paralysie générale et des syphilomes étendus qui la simulent reste encore la grosse difficulté du procès, vu la rareté des autopsies chez les malades de la classe aisée, où précisément les antécédents sont les plus faciles à établir, où l'examen nécropsique serait le plus précieux ; aussi, le seul point qu'il soit possible d'élucider, c'est la forme de l'affection au début, c'est la constatation de l'existence, à titre de prodromes, d'autres symptômes de la syphilis cérébrale, — constatation qui aboutira, nous le verrons, à la reconnaissance de la période prédélirante ou préparalytique de la paralysie générale, analogue à la période préataxique du *tabes*.

On voit les énormes difficultés amoncelées sur notre chemin ; aussi bien n'avons-nous voulu que présenter dans notre travail une contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale avec la syphilis. C'est un jalon que nous aurons planté sur la route, rien de plus.

---

## CHAPITRE II

### EXPOSÉ DE LA QUESTION

Dans les précédentes parties de notre travail, nous avons vu que la syphilis mentale n'avait conquis droit de cité (et encore) que depuis un quart de siècle ; à plus forte raison pourrions-nous dire que l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale est absolument contemporaine. Chose curieuse, — et qui a droit de nous étonner, étant données nos connaissances anatomiques actuelles sur la matière, — c'est la publication des faits de pseudo-paralysie générale, c'est-à-dire de démences plus ou moins partielles dues à des symptômes limités de l'encéphale, qui a réveillé ou plutôt fixé d'une manière définitive l'attention du monde médical sur les rapports de la syphilis avec une affection toute différente, la maladie à laquelle Bayle aurait dû donner son nom. En 1851, M. Delasiauve décrivait les pseudo-paralysies générales. En 1861, à propos de la syphilis, Lasègue s'exprimait à peu près ainsi : « Il y a une paralysie générale type et des *états paralysoïdes* ; il n'y a donc pas de paralysie générale syphilitique ; il peut y avoir, et il y a des pseudo-paralysies générales qui en imposent ; jamais dans aucun cas on ne constate de paralysie générale type. » Quant au diagnostic, ajoutait-il, il est impossible ; aucun moyen, aucun signe ne permettent de trancher la question, de différencier le délire, et d'autoriser à déclarer quel tel individu est paralytique parce qu'il est syphilitique. Le traitement lui-même ne résoud pas toujours le problème. — Cette même année 1861 voyait paraître la célèbre observation de Virchow, dont nous avons parlé plus haut.

Certes la question était posée ; nous n'en voulons pour preuve

que le travail d'Esmarck et Jessen, en 1857, pour qui la paralysie générale est toujours d'origine syphilitique, la thèse d'Hildenbrand (Strasbourg, 1859), dont l'opinion était presque aussi exclusive. Mais non seulement la cause n'était pas gagnée, mais on peut dire que la discussion était à peine engagée, surtout en France. A l'étranger, Griesinger avait dénié toute influence étiologique à la syphilis sur la paralysie générale; — Kjellberg, lui, croyait la syphilis nécessaire à sa production, etc. Mais chez nous, qu'on s'en souvienne, le mouvement scientifique sur ce point n'a réellement commencé qu'en 1878 et 1879. Et encore, même depuis lors, est-il resté dans le domaine de la psychiâtrie. C'est à peine si les ouvrages de pathologie s'y arrêtent. M. le professeur Jaccoud<sup>1</sup> signalait, il est vrai, dès cette époque la syphilis au nombre des facteurs étiologiques de la paralysie générale et condamnait l'opinion de Kjellberg. Grasset, après avoir énuméré les causes principales, dit ceci : « On a noté aussi la syphilis...<sup>2</sup> ». Un auteur plus récent, M. le professeur Dieulafoy, dit simplement que la syphilis produit souvent des accidents cérébraux qui ressemblent beaucoup à la paralysie générale.

Suivons cependant les auteurs qui étaient dans la lice. M. Coffin (mais non M. Magnan, comme on le lui attribue à tort) avait dit que la paralysie générale précoce, c'est-à-dire apparaissant de 20 à 25 ans, serait le plus souvent syphilitique. La thèse de M. Saucet (Paris, 1878) a traité à l'influence de la syphilis dans l'évolution de la paralysie générale.

On sait que le livre de M. Fournier porte la date de 1879; c'est de là que nous prendrons notre point de départ dans l'étude des nouveaux documents produits au cours de l'instruction pour l'examen des plaidoiries pour et contre.

Des opinions diverses émises sur le sujet en litige M. Christian, dans une note lue à la Société de Médecine le 14 février 1880, dit avoir lieu de conclure :

Que la syphilis est fréquente chez les paralytiques, et rien de plus; — au reste, il y a plutôt coïncidence, d'après l'auteur, qui nie l'exactitude de la statistique de Mendel, lequel aurait trouvé 76 syphilis sur 400 paralysies générales (90 sur 418 cas);

Jaccoud. *Pathologie interne*

Grasset. *Traité des Maladies du système nerveux.*



et la preuve, dit-il, c'est que d'après Lewin sur 20,000 vénériens traités à la Charité de Berlin, il n'y en a pas un qui soit devenu aliéné et pas un « seul paralytique ». (Il est permis, dirons-nous, de se demander comment Lewin a pu suivre ces malades de façon à être en droit d'émettre une pareille affirmation ; mais passons.)

La syphilis cérébrale atteindrait indifféremment la femme ou l'homme, tandis que la paralysie générale est beaucoup plus fréquente chez l'homme. Nous croyons, nous, que la plus grande fréquence de la syphilis cérébrale chez l'homme est un fait hors de conteste. — Chez le paralytique, il y a méningite *toujours* généralisée, tandis que la méningite syphilitique est toujours partielle, d'après M. Fournier.

Suivent plusieurs observations ayant pour but d'établir que chez les paralytiques syphilitiques le traitement mercuriel a pour effet de faire disparaître rapidement les accidents *spécifiques*, tandis que les accidents paralytiques persistent et continuent leur évolution.

Ici nous avons été étonnés ; cette distinction entre les accidents spécifiques et les accidents paralytiques mentionnée par le compte rendu est d'abord une pétition de principes ; mais en acceptant l'idée de M. Christian, il y a deux choses qui ne sont point absolument comparables. Est-ce qu'une paralysie, une hémiplegie syphilitique guérit aussi vite qu'une syphilide tertiaire tuberculeuse, qu'une gomme de la peau?...

Ce fameux argument de l'incurabilité par les spécifiques invoqué à tout propos, pour démontrer qu'une affection n'était pas syphilitique, nous paraît d'ailleurs ne rien prouver. Il y a en effet des accidents syphilitiques que le mercure seul ne guérissait pas et que l'iodure de potassium a guéris plus tard : on aurait donc pu dire de ces accidents qu'ils n'étaient pas syphilitiques puisque le mercure ne les guérissait pas? De même certains symptômes paludiques ne sont pas influencés par le spécifique quinine et guérissent par l'arsenic. Est-ce qu'ils en sont moins paludiques pour cela? Qui dit qu'on ne trouvera pas un troisième spécifique de la vérole?

La syphilis, pour M. Christian, ne jouerait qu'un rôle très accessoire. Il y a bien de ces cas simulant la paralysie générale, mais ils sont comparables pour lui au fait de M. Gouguenheim,

dans lequel un syphilitique, mort de tuberculose, présentait : à gauche, des gommés syphilitiques suppurées, et au poumon droit une infiltration tuberculeuse généralisée. Il y aurait surtout concomitance : tel, le cas d'un malade paralytique général et ataxique, qui avait eu la syphilis, mais dans les antécédents duquel on trouvait aussi le surmenage pendant la campagne de 1870 et un traumatisme crânien en 1873.

On va même plus loin ; c'est la paralysie générale qui peut être l'origine, voire la cause de la syphilis. Certains paralytiques généraux à la période prodromique font de grands excès alcooliques et vénériens, ils s'exposent ainsi du fait même de leur surexcitation mentale et génésique et contractent la syphilis qui est dès lors contemporaine et non cause de la paralysie.

Les lignes qui précèdent ne sont qu'un exact reflet de l'opinion générale. Aussi nous en tiendrons-nous là, et, faisant table rase de tout ce qui est antérieur à la période contemporaine, nous allons commencer un examen aussi impartial que rigoureux du problème que nous avons à résoudre ; pour éviter toute confusion, nous allons en poser les données en ces termes mathématiques :

*Etant données deux maladies, l'une la paralysie générale, l'autre, la syphilis :*

1° *Dans quelles proportions de fréquence ces deux affections se rencontrent-elles chez les mêmes sujets ?*

2° *Lorsqu'elles coïncident, y a-t-il entre elles deux quelque rapport de causalité ; et, dans ce cas, qu'en résulte-t-il pour chacune d'elles?.....*

Pour dégager les inconnues, ou plutôt « l'inconnue » (car de l'équation *causalité* découlera tout le reste), nous avons usé de trois moyens d'études différents :

A. Nous avons réuni un assez grand nombre de paralysies générales survenues chez d'anciens syphilitiques et nous avons recherché les particularités qu'elles y avaient pu présenter.

B. Nous avons scruté, pesé avec soin, tous les documents publiés en dernier lieu sur la question pour établir, si possible, une moyenne d'opinion.

C. Mais nous n'avons pas cru que c'en fût assez, et nous avons jugé qu'il y aurait grand intérêt pour le lecteur à apprendre

directement par des voies autorisées ce que pensait sur ce sujet le monde savant de tous les pays. Dans ce but, après avoir consulté autour de nous tous ceux de nos maîtres et confrères qui ont bien voulu et pu nous donner de précieux renseignements, nous avons écrit à plusieurs de nos confrères étrangers que nous désignaient à la fois leur haute compétence, leur affabilité et nos relations personnelles. La plupart ont aussi bien voulu répondre au questionnaire que nous leur avons adressé; ils vont ainsi se trouver donner à notre travail l'inestimable appui de leur autorité scientifique. Qu'ils reçoivent l'hommage de notre gratitude et nous pardonnent de faire figurer leurs lettres à la fin de ces pages, comme pièces à conviction de ce procès scientifique.

---

## CHAPITRE III

### STATISTIQUE DES AUTEURS. FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS DANS LES ANTÉCÉDENTS DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Nous nous sommes assez sévèrement exprimés sur l'application brutale et irraisonnée de la statistique à l'établissement de l'étiologie en médecine pour n'être pas suspects sous ce rapport; au reste, nous allons simplement ici faire le dépouillement des relevés des auteurs, en laissant à ceux-ci quelques lignes d'explication. Le lecteur jugera.

#### ALLEMAGNE

Ce sont les médecins allemands qui les premiers ont étudié, pièces en main, le sujet qui nous occupe. Mais ils sont arrivés à des résultats prodigieusement différents, bien que d'inégale valeur. Les voici, quoi qu'il en soit, d'après le récent ouvrage de Rumpf (*Syphilitischen Erkrankungen*) et aussi d'après nos recherches particulières<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ripping (de Düren, Rheinland). Lettre personnelle, 1888. — Obersteiner. Wien. medic. Wochenschrift, 1883. — Goldsmith. *Boston med. and chir. journ.*, nov. 1885. — Neumann. Lettre personnelle, janv. 1888.

## STATISTIQUES DES AUTEURS ALLEMANDS

concernant la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux et les aliénés.

NOMS DES AUTEURS	LIEUX D'ORIGINE DES STATISTIQUES	PROPORTION des syphilitiques sur 100 P. G.	PROPORTION des syphilitiques sur 100 sujets atteints d'autres aliénations	OBSERVATIONS
Mildner	<i>Klosternenburg</i> (1854-1869)	0,12		
Ripping	sur 5,529 (aliénés, ou P. G. ?)	12		
Eickholt	<i>Düren</i> , ville, campagne.	19,30	12	
Oebeke	<i>Grafenberg</i> , ville, campagne	25	8	
Graf	public, sur 217 P. G. 42 Sy.	27,5 sûrs et 12,5 tr. prob.		Près de la moitié étaient des syph. héréd.
Brie	<i>Breslau</i> , ville, campagne	21		
Obersteiner	<i>Vienne</i>	21,7	4,1	
Furstner	(Quoique adversaire de l'orig. syph. de la paral. génér.)	32		
Lange		33		
Nasse	<i>Bonn</i> , ville, camp., public	35	1	Mais en tout, pour les affect.céréb.dans leur ensemble, seulement 2 p. 100 (?)... Ripping lui attribue ici le chiffre de 57 p. 100.
Goldstein	<i>Schoneberg</i> , ville, privé	40		
Wille	<i>Bade</i>	40 à 50		
Schüle	<i>Illenau</i>	50		
Wahrendorf	plus de	50		
Reinhardt	<i>Hambourg</i> , ville, public	73,3	16,7	Ailleurs ou lui attribue 22,4 syph. p. 100.
Snell		75		
Mendel	<i>Punkow</i> , ville, privé	75	18	Ailleurs 58 syph. p. 100.
Rohmell		77,2		
Rumpf		78		

Quelques-unes de ces statistiques, plusieurs de ces noms, méritent qu'on s'y arrête.

L'écart maximum de 0,12 à 78 p. 100, — de 12 à 780 pour mille, — est vraiment curieux ; c'est assurément le maximum d'élasticité qu'on puisse demander à une statistique.

Obersteiner (de Vienne) pense que les affections cérébrales et médullaires ne sont pas rares chez les syphilitiques, mais elles ne constituent pas des maladies à part nettement caractérisées.

Les symptômes nerveux dans la syphilis peuvent se combiner de façon à reproduire le tableau d'une maladie nerveuse typique, par exemple le tabes. Pour l'auteur il est certain que le tabes se développe plus souvent que d'autres maladies nerveuses sur un

terrain syphilitique; mais le pourcentage serait trop difficile à établir.

Quant aux rapports de la paralysie générale avec la syphilis il les a d'abord envisagés avec scepticisme; mais ses dernières recherches sur le sujet l'ont conduit à admettre l'opinion qui fait de la syphilis un facteur étiologique important de la paralysie générale <sup>1</sup>

Mais il ne suffit que *tant de* paralytiques généraux aient été atteints de syphilis auparavant, il faut encore que le processus anatomique que l'on constate chez eux reproduise les lésions qui caractérisent la paralysie générale.

Obersteiner a pris 1,000 aliénés qu'il a vus lui-même et qui appartenaient, presque tous, aux classes supérieures. Ces 1,000 aliénés se décomposaient ainsi : 660 hommes, dont 171 étaient paralytiques, et 340 femmes, dont 4 étaient aussi atteintes de paralysie générale. Donc, grande prédominance chez les hommes, surtout dans les classes élevées.

Sur 1,000 aliénés, on comptait 73 syphilitiques, dont une femme, nombre certainement trop faible, car le professeur viennois n'a pris que les cas indubitables de syphilis tertiaire appréciable objectivement ou reposant sur une anamnèse irréprochable.

La paralysie générale et la syphilis coïncidèrent chez 37 hommes. Examinons :

A. Chez 21,6 p. 100 des paralytiques, il y avait eu certainement de la syphilis; cette proportion de 21,6 p. 100 paraîtra faible pour prouver le rôle étiologique de la syphilis. Mais il faut considérer que sur 171 paralytiques gén. hommes, il y en avait 63 où l'on ne put trouver aucune cause de la paralysie générale; sur les 108 cas restants, la syphilis se rencontre dans 34,2 p. 100; mais calculons suivant un autre procédé.

Parmi ces 108 malades, 27 fois (15,4 p. 100) on trouve des causes psychiques (excès intellectuels, pertes, etc.), ayant coïncidé avec le début de la paralysie générale; — un traumatisme crânien, 21 fois (12 p. 100); autrement dit, chez ces paralytiques généraux les facteurs étiologiques étaient, par ordre de fréquence : la syphilis 21,6 p. 100 : les causes psychiques 15,4 p. 100; les traumatismes crâniens 12 p. 100.

Communication préalable. in *Monatsh. fur Dermatologie*, — déc. 1882.

En d'autres termes, *quand on ne trouve qu'un seul facteur à invoquer dans l'étiologie de la paralysie générale, c'est la syphilis que l'on rencontre le plus souvent.*

B. Sur 825 autres aliénés, 35, soit 4,1 p. 100 seuls, étaient syphilitiques.

Donc 51,4 p. 100 des aliénés syphilitiques étaient atteints de paralysie générale, les autres d'aliénations diverses.

S'il a méconnu souvent la syphilis, l'auteur fait remarquer qu'il doit l'avoir méconnue aussi souvent chez les paralytiques généraux que chez les autres. Les cas supposés de syphilis non constatée devraient donc être attribués à la paralysie générale dans la proportion de 21,6 p. 100 à 4,1 p. 100.

Quant à l'échéance des symptômes cérébraux chez les paralytiques généraux syphilitiques, elle est restée six fois inconnue. Dans 31 cas, elle a varié de 2 à 14 ans, le plus souvent de 6 ans (7 fois) à 7 ans (6 fois).

Fürstner, quoique ne voyant pas de rapport étiologique entre la paralysie générale et la syphilis, recherche cette dernière et la trouve 32 fois p. 100, fait à enregistrer.

Mendel<sup>1</sup> estime que la syphilis a une influence certaine sur le développement de la paralysie générale. Sur 201 cas, il n'a pas de renseignements pour 55 — mais sur les 146 autres, 109 ont eu la syphilis.

Prenant au contraire 122 cas de mélancolie, manie, hypocondrie, et autres formes de folie observées sur des malades du même âge que ses paralytiques généraux, sur 21, pas de détails, sur 28 la syphilis reparait.

Ainsi dans la paralysie générale 75 p. 100 ont eu la syphilis ; dans les autres folies 18 p. 100.

Mendel est ainsi amené à croire que la paralysie générale peut être une inflammation syphilitique du cerveau, une des nombreuses formes de dégénérescence dues à la syphilis, — ainsi celle-ci peut produire tantôt un cirrhose du foie, des tumeurs gommeuses du cerveau, plus rarement une encéphalite interstitielle.

Plus loin, il fait remarquer que *le diagnostic de la paralysie*

<sup>1</sup> *Die progressive Paralyse des Irren.* Berlin, 1880.

*générale progressive et des tumeurs syphilitiques du cerveau est quelquefois impossible.*

Rumpf (de Bonn), convaincu que ce n'est pas dans les asiles qu'on est le mieux renseigné sur les antécédents, aime mieux prendre sa statistique à lui, faite seulement de quinze cas, qui lui donne le résultat que nous avons vu plus haut; — nous y relevons seulement ceci : « Dans un quatrième cas la syphilis n'était pas certaine, mais la femme du malade *était tabétique* et avait plusieurs fois avorté..... »

Reinhardt, qui a trouvé 73,3 syphilitiques p. 100 chez ses paralytiques généraux, ne croit cependant pas à la subordination absolue de la deuxième affection à la première, car, dit-il, la syphilis a tendance à s'atténuer, tandis que la progression de la paralysie générale est fatale. En outre, le traitement spécifique est sans influence sur elle.

#### ANGLETERRE

Mac Dowall, directeur de l'asile de Morpeth, croit que la syphilis était la cause des paralysies qu'il a observées *dans une proportion de 80 p. 100*; et il rapporte les deux faits intéressants que voici<sup>1</sup> :

1° Depuis quatre-vingt-trois années, à la York Retreat, où on traite un nombre considérable de Quakers (gens dont la pureté de vie est proverbiale), on n'a reçu que trois cas de paralysie générale existant chez des « Amis ».

2° Il a été frappé de ce fait qu'à l'asile du district d'*Inverness*, et à celui de *Perth*, dont il était le surintendant, tous les paralytiques généraux originaires des districts ruraux avaient toujours passé une partie de leur existence à la ville et avaient vécu de la vie des villes (soldats, employés de chemins de fer, etc.) : or, l'ivrognerie, les excès sexuels, causes reconnues de la paralysie générale, sont terriblement répandus dans les Highlands, et pourtant ceux qui n'en sont jamais sortis ne prennent pas la paralysie générale. — Celle-ci est une maladie des villes comme la syphilis.

<sup>1</sup> *Journ. of Ment. sc.*, 1879.



C'est un fait connu qu'il y a fort peu de paralytiques généraux en Irlande<sup>1</sup> ; or, la syphilis est rare dans ce pays, fait signalé à la *British Medical Association*. Cependant, en Angleterre, la majeure partie des aliénistes pensent que la syphilis n'est pas une cause de la paralysie générale. M. J. Hutchinson, qui a bien voulu nous fournir ces renseignements, la regarde, lui, comme une « influence prédisposante » — plutôt que comme une cause.

Le D<sup>r</sup> Savage, médecin des aliénés au Bethlem-Hospital, constate simplement que la syphilis précède souvent la paralysie générale.

#### ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Kiernan a retrouvé la syphilis chez un tiers environ des malades observés au N. Y. City Asylum, et il pense rester au-dessous de la vérité.

Spitzka trouve la moyenne des cas de syphilis moins élevée chez les malades de la ville.

Mais le document de beaucoup le plus intéressant que nous ayons d'Amérique est le mémoire de Wm.-B. Goldsmith, lu au congrès annuel d'aliénistes américains de Saratoga, en 1885. Sur 126 hommes et 28 femmes traités par lui au Danvers lunatic Hospital, il a été trouvé 36 hommes et 11 femmes syphilitiques avérés, soit environ un tiers, 33 p. 100. Incidemment il fait remarquer que sur ces 154 paralytiques généraux, 32 étaient Irlandais, ce qui prouve que l'immunité relative de ces derniers dans la paralysie générale ne persiste pas en Amérique, bien que, proportionnellement au nombre total des paralytiques généraux, ils représentent un chiffre plus petit que celui qui est fourni par la population entière de l'hôpital.

Les statistiques précédentes, pour des raisons déjà exposées, trahissent naturellement moins de syphilis qu'il n'en existe réellement. Or, sur 500 autres malades aliénés (les paralytiques généraux exceptés), la syphilis était plus de 6 fois moins fréquente, soit 5,55 p. 100.

Le même auteur, alors qu'il était assistant au Bloomingdale

<sup>1</sup> Voyez AMÉRIQUE.

Asylum, N. Y. City (établissement où il était possible, vu la classe aisée de la société à laquelle appartenaient les malades, d'obtenir plus et de plus précis renseignements qu'à Danvers), fut également frappé de la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux, « en dépit de ce fait qu'ils appartenaient à une classe plus élevée, où la moyenne générale des cas de syphilis n'est probablement pas aussi forte que dans les classes inférieures ».

Goldsmith a également rencontré la paralysie générale (chez des familles soumises à son observation), dans des conditions telles qu'il est plus facile d'admettre là une origine syphilitique (pour expliquer ces faits), que d'y voir une simple coïncidence. Les voici :

1° Un « respectable » gentleman et sa femme contractèrent tous deux la syphilis; tous deux furent atteints de paralysie générale, huit ou dix ans plus tard.

2° Un homme contracte la syphilis et la donne à sa femme; une sœur de celle-ci, âgée de 16 ans, et qui demeurait avec eux, prit aussi la syphilis. Le mari fut atteint de paralysie générale six ans après l'infection, la femme huit ans après, la sœur sept ans après, à vingt-trois ans <sup>1</sup>.

L'analogie permet aussi de conclure que l'infection syphilitique

Quelque étranges que paraissent des faits de cet ordre, et sans vouloir en tirer aucune interprétation prématurée, nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher des cas relatés par Goldsmith, l'observation suivante, due à l'un de nous, qui en a spécialement connu et suivi les sujets.

En mai 1870, la nommée Marthe X..., âgée de dix-huit ans, contracte la syphilis, et la transmet à son amant, étudiant en médecine, âgé de vingt-deux ans. Ce dernier se sépare d'elle, néglige tout traitement pendant le siège, continue ses études médicales tout en faisant des excès assez nombreux. Au bout de trois ans, à la veille de terminer ses études, il est pris de douleurs de tête violentes. Son caractère s'aigrit, il ne peut plus supporter aucun bruit, ne veut plus voir personne, pousse des cris, maigrit, s'étiolé. Sur les conseils de M. Duguet, agrégé de la Faculté, qui, appelé en consultation, attribue tous ces phénomènes nerveux et ces désordres mentaux à la syphilis, il quitte Paris et meurt dans le marasme au bout de deux mois dans sa famille. Le diagnostic porté fut celui de « méningite syphilitique ».

En 1871, au mois de décembre, la même Marthe X..., devient pendant un mois la maîtresse d'un second étudiant en médecine, que nous appellerons Secundus, et lui communique la syphilis.

Au bout d'un mois à peine elle quitte Secundus pour un de ses amis, Tertius, vit maritalement avec ce dernier pendant près de quatre ans.

Dans cette période elle fait deux fausses couches.

Neuf ans après, Tertius, qui, en 1881, reçu docteur, s'était établi dans le midi, s'était marié, avait eu deux enfants vivants et bien constitués, commence à déraisonner, à devenir triste, sa parole s'embarrasse, il a des terreurs, pas de

produit la paralysie générale. En effet, l'ataxie locomotrice offre avec cette dernière bien des points de ressemblance. Toutes deux frappent les sujets dans la fleur de la vie; la prépondérance proportionnelle du nombre des hommes sur les femmes est à peu près la même dans ces deux affections, et, dans toutes deux, on note une prédisposition héréditaire aux maladies du système nerveux, *moins fréquemment que dans la plupart des autres formes d'affections psychiques et nerveuses*<sup>1</sup>

Dans toutes deux il est également signalé que la syphilis s'était montrée légère et avait précédé la maladie nerveuse de plusieurs années.

Dans le tabes, les antécédents sont plus faciles à apprendre des malades à cause de l'intégrité de leurs facultés mentales.

Or, que donne dans le tabes la recherche de la syphilis ?

Rappelons ici quelques-uns des chiffres donnés par les auteurs : pour Seguin, 50 p. 100 ; Gowers, 53 p. 100 ; Erb<sup>2</sup>, 80 à 90 p. 100 ; Vogt, 81 p. 100 ; Rumpf, 82 à 85 p. 100 ; Fournier, 93 p. 100.

Le tabes, continue Goldsmith, est généralement admis aujourd'hui comme étant d'origine syphilitique<sup>3</sup>.

délire bien franc. Le médecin aliéniste de son département (Lozère) diagnostique : paralysie générale progressive. Mort en 1882.

Quant à Secundus, qui avait contracté la syphilis avec la même femme en décembre 1871, après des études sérieuses, il s'est établi, marié, a eu aussi deux enfants, tous les deux vivants et robustes.

Au bout de quinze ans (1877), Secundus a commencé à délirer : il a voulu tuer ses enfants (qu'il adorait), on a été obligé de l'interner à Charenton avec un certificat déclarant qu'il était atteint de *paralysie générale à la suite de syphilis ancienne*.

Ce diagnostic a été confirmé par M. Christian, dans le service duquel le malade est récemment décédé (novembre 1888).

Détail complémentaire : Nous avons appris que la nommée Marthe X..., s'était mariée *légitimement* il y a trois ans et qu'elle avait un enfant très robuste, actuellement âgé de 18 mois.

Autre point à noter : aucun des trois malades ne s'était soigné d'une façon sérieuse, et la syphilis dont ils étaient atteints n'avait jamais présenté de caractères de malignité bien tranchée.

<sup>1</sup> C'est aussi l'avis de M. Blanche, au moins pour la paralysie générale.

<sup>2</sup> *Erb*, sur 200 tabétiques trouvait la syphilis 80 fois p. 100, il ne l'a retrouvée que 23 p. 100 sur les 1500 autres malades qu'il a examinés à sa clinique.

<sup>3</sup> Voyez plus haut une note de Rumpf, que nous avons relatée textuellement. Au reste, même chez nous, l'origine syphilis du tabes paraît faire tous les jours de nouvelles recrues; un des plus brillants élèves de la Salpêtrière, le professeur Pitres (de Bordeaux), a constaté que dans 49 p. 100 (environ) des tabes qu'il a observés il existait des signes certains de syphilis antérieure, tandis que chez les autres malades de son service d'hôpital pris au hasard la proportion des syphilis se réduisait à peu près à 6 ou 8 p. 100.

## SUÈDE

Il y a vingt-quatre ans que Kjellberg écrivait dans un traité publié dans l'*Upsala Universitets Arsskrift* (1863, *medicin*), que la paralysie générale ne se développe pas dans un organisme qui n'ait été infecté auparavant par la syphilis, « c'est-à-dire que dans la paralysie générale vraie la syphilis peut être considérée comme la cause prédisposante, l'affection nommée pseudo-paralysie générale n'étant qu'une modification conditionnelle. Le temps (nous écrit le sympathique professeur d'Upsal) n'a fait qu'apporter de nouvelles preuves à l'appui de cette thèse, qui d'année en année reçoit de nouvelles adhésions de mes compatriotes ».

## DANEMARK

C'est en 1874 que parut à Copenhague l'ouvrage de Jespersen<sup>1</sup>. L'auteur était médecin assistant d'un grand hôpital d'aliénés, voisin et dépendant de Copenhague ; sur 123 malades (113 hommes et 10 femmes), il a trouvé 77,2 p. 100, de syphilitiques qui avaient, ou non, suivi un traitement mercuriel.

Ce sont ces mêmes chiffres, 77,2 p. 100, qui ont encore été donnés en 1884 par Rohmell, au congrès de Copenhague, pour 317 paralytiques généraux traités dans ces vingt dernières années à l'asile de Saint-Hans (Roeskilde), tandis que, sur 1,000 autres malades examinés, 72 seulement, c'est-à-dire 7,2 p. 100 avaient eu la syphilis.

Parmi les cas types de paralysie générale, 82 p. 100 présentaient des antécédents spécifiques ; parmi ceux qui étaient atteints de *dépression cérébrale*, 78 p. 100 ; — parmi ceux qui étaient atteints de démence, 76 p. 100 ; — (chez les femmes la proportion était de 78 p. 100).

Ce sont sans doute ces résultats qui ont permis au professeur Haslund de nous dire qu' « il regardait la syphilis comme une cause directe de la paralysie générale, tout à fait comme du tabes, et qu'à son avis les cas typiques de la paralysie générale

<sup>1</sup> Jespersen. *Skildes den Almindelige fremskridende parese syphilis?* (La paralysie générale progressive dépend-elle de la syphilis?)

sont dus à la syphilis tandis que ceux qui sont moins typiques semblent avoir une autre cause <sup>1</sup>

Presque tous les médecins danois sont d'ailleurs d'accord pour regarder la paralysie générale comme étant surtout d'origine syphilitique (professeur Bergh) <sup>2</sup>.

#### FRANCE

Notre pays a vu naître la paralysie générale; chaque chapitre de cette affection est marqué d'un des noms glorieux de notre histoire médicale contemporaine. Depuis Bayle qui, allant plus loin qu'Esquirol, créait en 1826 le type nosologique, en passant par Calmeil, Parchappe, Baillarger, Falret, Lasègue, Marcé, pour arriver jusqu'à M. Magnan qui démontrait en 1866 l'étendue des lésions sur l'axe cérébro-spinal et mettait ainsi le sceau à l'étude anatomo-pathologique de la maladie, tout est français dans cette historique.

Chose curieuse! On s'est de nos jours, en France, tenu presque à l'écart des discussions courantes à l'étranger au sujet d'une page aussi intéressante dans l'étiologie de la paralysie générale que l'influence de la syphilis. Non pas qu'on ait ignoré ou voulu ignorer ce qui se faisait au delà du Rhin ou de la mer; mais on est resté d'un scepticisme indifférent, qu'on savait ne pas être préjudiciable à l'humanité, puisque les partisans de l'étiologie syphilitique proclamaient eux-mêmes l'inertie du traitement spécifique.

Des discussions avaient bien eu lieu devant les associations médicales compétentes, mais elles concernaient surtout le plus ou moins de succès obtenu par les cures iodohydrargyriques, et elles tournaient court sans qu'on eût vu se produire des statistiques aussi considérables, aussi régulièrement élaborées et établies qu'à l'étranger. Aussi nous serait-il difficile de donner ici un tableau comparable à celui que nous a fourni l'Allemagne. Les éléments nous manquent, soit que nous n'ayons pu consulter un assez grand nombre de spécialistes nationaux, mais aussi et surtout, parce que les recherches n'ont pas été dirigées de ce côté chez nous d'une façon suivie.

<sup>1</sup> Lettre personnelle.

<sup>2</sup> Id.

« Le sujet qui vous occupe n'a encore été l'objet d'aucun relevé d'ensemble dans cet hôpital-hospice, — (nous écrit un de nos correspondants et amis de province). La syphilis a été notée dans les causes, mais elle ne nous a pas intéressés comme point unique de développement de la paralysie générale. Notre attention a plutôt porté sur les traumatismes. La syphilis enfin, en raison du début, de la marche, de la terminaison de la maladie, ne nous a pas paru avoir certainement et par elle seule occasionné la maladie... ce que je pourrais vous donner, en conséquence, serait sans valeur pour votre statistique.

« Je doute qu'on puisse conclure avec les résultats actuellement connus, » nous disait dernièrement un de nos maîtres sur la matière ; « pour moi, je n'ai jamais recherché d'une manière suivie la syphilis. »

Nous verrons au chapitre suivant, hâtons nous de le dire, que le scepticisme de nos aliénistes à l'égard de la syphilis, que leur découragement devant les difficultés des statistiques, ne les ont pas laissés au dépourvu en présence du problème, et que plusieurs ont bien voulu nous en donner des preuves, quand nous avons fait appel à leur haut savoir, seulement nous serons involontairement forcés d'être brefs.

Nous nous bornerons ici à citer les résultats dus aux recherches de deux des plus hautes personnalités de la médecine mentale, M. Ball et M. Magnan.

« Nous pensons avec M. le professeur Fournier, dit M. Ball, que la syphilis cérébrale peut simuler la plupart des signes de la paralysie générale, mais que les lésions anatomiques qui caractérisent cette maladie sont absolument différentes. D'ailleurs la pseudo-paralysie générale syphilitique recule souvent devant un traitement spécifique; il n'en est malheureusement rien pour la paralysie générale vraie<sup>1</sup>. »

Au mois de janvier 1888, M. Magnan, à la grande impartialité scientifique de qui nous rendons ici un reconnaissant hommage, a fait à notre intention dresser par ses internes la statistique de tous les paralytiques généraux qui lui sont passés entre les mains dans la dernière année.

Voici les chiffres obtenus :

Pour 100 observations (avec renseignements) de paralysie générale.

	Syphilis sûre.	Syphilis douteuse.
Sur 100 hommes. . .	4	3
Sur 100 femmes. . .	1	6

Ces chiffres nous ont, avouons-le, frappés de stupéfaction.

Comment, dans Paris, au centre de ce foyer de plaisirs et de débauches, les gens de la classe inférieure, ceux qui prennent le moins de soins de leurs personnes, que toutes les promiscuités exposent à la contagion, ne sont syphilitiques que dans la proportion de 4 (minimum) à 9 p. 100 (maximum), alors que la vertueuse Allemagne, dans ses asiles ressortissant à des villes de province ou même à la campagne, voit ses enfants frappés par le fléau dans des proportions qui varient de 12 minimum (Ripping), à 78 maximum (Rumpf) p. 100 ! Comment, des gens qui ont vécu de la vie de Paris, qui, comme paralytiques généraux ont dû, plus que d'autres, s'exposer aux contagions dans la phase presque obligatoire d'excitation génésique<sup>1</sup>, ces gens-là ne sont syphilitiques que dans les 4/100 ou les 9/100 des cas ! mais si le dieu de la fable, si un Mercure complaisant vous offrait le choix entre la paralysie générale, qui vous frappe en moyenne à quarante-deux ans, et la syphilis qui vous empoisonne à la fleur de l'âge, ce serait à opter pour la paralysie générale comme préservatif de la syphilis !

Loin de nous la pensée de récuser l'autorité du médecin de Sainte-Anne ; seulement il y a là un inconnu dont les causes nous échappent. Le temps nous a manqué pour l'éclaircir. Peut-être pourrions-nous en trouver la clé ; quant à présent, nous ne voyons qu'une explication à donner de la faible proportion des paralytiques syphilitiques en France. Dans les asiles, on ne peut guère pousser trop loin les investigations ; pour les paralysies générales des classes inférieures, on pourrait dire ceci : les syphilis qui conduisent aux formes mentales, et surtout à la paralysie générale, sont en général des syphilis bénignes ; si on trouve si peu de syphilitiques chez les paralytiques généraux,

<sup>1</sup> Nous ne faisons que retourner ici un argument que nous avons trouvé plus haut de la bouche d'un de nos contradicteurs.

c'est que chez les malades de cette catégorie les facteurs de gravité de la syphilis (alcool, tuberculose misère, etc.) sont tellement groupés et puissants qu'ils donnent à la maladie un cachet de malignité précoce, cutanée et viscérale, laquelle ne lui permet pas d'évoluer vers les formes nerveuses, en général tardives. Mais cette théorie équivaldrait à la condamnation à mort d'un si grand nombre de nos compatriotes malheureux que, ne voulant pas les voir frappés par la Parque sitôt après Vénus, nous préférons fermer le champ des hypothèses et résoudre le problème avec des documents ultérieurs<sup>1</sup>.

Remarque. — Cette question du pourcentage de la syphilis chez des sujets quelconques, par exemple venus à l'hôpital pour une autre affection, offre beaucoup plus d'intérêt qu'on ne le pense. Aussi M. Hallopeau a-t-il raison d'écrire<sup>2</sup>, en étudiant l'angine de poitrine d'origine syphilitique : « Cette manifestation (l'angine de poitrine) doit être regardée comme très rare, puisqu'il n'y a encore que Rumpf qui en ait fait mention. Peut-être cependant paraîtra-t-elle moins exceptionnelle quand l'attention aura été attirée sur elle. *Nous avons peine à croire, par exemple, étant données la fréquence de la syphilis et la rareté de l'angine de poitrine, que cette maladie n'ait contaminé qu'un petit nombre des 200 sujets sur lesquels M. Huchard a observé l'angine pectorale et particulièrement des 43 qui ont été absolument et définitivement guéris par la médication iodurée...* »

Pour faire opposition aux idées qui viennent d'être exposées, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer quelques pages d'un article publié il y a quelques mois dans la *Gazette médicale de Paris*. M. Régis, qui en est l'auteur, nous pardonnera d'autant plus volontiers l'emprunt que nous lui faisons ici, qu'il avait eu l'amabilité de nous donner, par une note manuscrite, la primauté de son travail.

J'ai cru pendant longtemps, avec beaucoup d'autres, que la syphilis n'était pas un antécédent fréquent dans la paralysie générale,

M. Magnan, pour expliquer ces divergences statistiques, se demandait si on n'avait pas compté à l'étranger comme syphilis, toutes les maladies vénériennes. Voir à ce sujet les protestations contenues dans les lettres à nous adressées de l'étranger.

<sup>2</sup> *Ann. Derm.* décembre 1887.



et qu'elle ne donnait guère lieu qu'à des *pseudo-paralysies générales* plus ou moins susceptibles de guérison. C'est ainsi que nous pensions tous, je erois, en 1880, à la clinique de Sainte-Anne, lorsque le professeur Kjellberg, de l'université d'Upsal, y soutenait ses idées sur l'origine exclusivement syphilitique de la paralysie générale et sa curabilité par le traitement spécifique. Les insuccès réitérés de ce traitement chez nos malades n'étaient pas faits, il faut le dire, pour nous rallier à l'opinion du médecin suédois.

Depuis eette époque, ma manière de voir s'est peu à peu modifiée par une observation plus attentive et je n'hésite plus à croire et à confesser aujourd'hui que *j'étais primitivement dans l'erreur*.

La première particularité qui attira mon attention fut la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux que je vis à Bordeaux. Je crus d'abord à une simple coïncidence, mais la répétition du fait ne me laissa bientôt plus de doute sur sa signification, et j'en suis arrivé à constater que *presque tous les paralytiques généraux qui passent sous mes yeux sont d'anciens syphilitiques*.

Voici d'ailleurs la statistique, à ee point de vue, des 378 paralytiques généraux que j'ai eonnus depuis 1880. Je les ai divisés en trois catégories : 1° ceux de l'asile Sainte-Anne ; 2° ceux de la maison de santé de X... ; 3° ceux de la clientèle de ville. Dans ehaque catégorie j'ai séparé par eolonnes : *a*, les individus sur lesquels je n'ai pu avoir de renseignements au sujet d'une syphilis antérieure ; *b*, ceux qui avaient eu *probablement* eette maladie ; *c*, ceux qui l'avaient eue sûrement ; *d*, ceux qu'on affirmait ne l'avoir pas eue.

	SANS Renseignements	SYPHILIS PROBABLE	SYPHILIS CERTAINE	PAS DE SYPHILIS	TOTAL
Asile Sainte-Anne	288	1	21	8	318
Maison de santé	26	4	12		42
Clientèle de ville	1	4	13		18
	315	9	46	8	378

Cette statistique, ainsi établie, me paraît avoir une certaine valeur. Elle montre, en effet, de la façon la plus nette que la proportion des syphilitiques parmi les paralytiques généraux est d'autant plus élevée que les malades sont mieux eonnus, ce qui revient à dire que la syphilis manque surtout là où les renseignements font défaut.

Ainsi, sur les 318 paralytiques généraux de l'asile Sainte-Anne, il en

existe seulement 30, soit 9,12 p. 100 avec indication relative à la syphilis: sur ce nombre, 21 soit 6,6 p. 100 sont notés comme sûrement syphilitiques<sup>1</sup>. Sur les 42 malades de la maison de santé, on en trouve déjà 16 (38 p. 100), à antécédents connus, dont 12 (28 p. 100), syphilitiques. Enfin, sur les 18 malades de la ville, 17, c'est-à-dire 94,4 p. 100, sont connus, et, de ces 17, 13 sont syphilitiques, c'est-à-dire 72 p. 100.

On voit donc qu'il y a un rapport direct entre ces deux termes : *connaissance des antécédents* — *et existence de la syphilis*, et que cette dernière est d'autant plus fréquente que les premiers sont plus précis et plus complets. Si maintenant on fait porter la statistique uniquement sur les malades au sujet desquels existent des renseignements positifs ou négatifs, on trouve comme proportion des syphilitiques : 1° pour ceux de l'asile, 70 p. 100; 2° pour ceux de la maison de santé, 75 p. 100; 3° pour ceux de la ville, 76 p. 100. Encore n'est-il pas tenu compte, dans cette évaluation, des syphilitiques probables, ce qui augmenterait d'autant la proportion. Je dois faire remarquer que dans l'ensemble des paralytiques à antécédents connus se trouvent quatre femmes, dont une parmi les malades de l'asile, deux parmi celles de la maison de santé, et une parmi celles de la ville.

*Toutes les quatre avaient eu la syphilis.* Celles de la maison de santé sont les deux seules paralytiques « femmes » que l'établissement ait reçues dans l'espace de quarante années. L'une d'elles, honnête mère de famille, avait contracté la syphilis en même temps que sa fille, par une revaccination malheureuse<sup>2</sup>.

On voit par ces données que la syphilis est un antécédent extrêmement fréquent dans la paralysie générale. Si elle a pu et peut encore paraître rare à certains auteurs, parmi lesquels j'ai été moi-même, c'est évidemment à cause de la difficulté qu'il y a à se renseigner sur une particularité de cette nature. C'est pourquoi, plus cette difficulté est grande, comme dans les asiles, plus le chiffre des malades notés comme syphilitiques est faible; plus la difficulté diminue, comme dans la maison de santé et la clientèle de la ville, plus le chiffre des syphilitiques devient élevé.

Pour donner une idée exacte de la peine que peut causer la recherche d'un tel antécédent, je citerai seulement deux exemples :

J'étais appelé, il y a quelques mois, en consultation auprès d'un jeune avocat de trente-deux ans, qui présentait des signes évidents de paralysie générale au début, avec excitation violente et délire des

Remarquer la concordance de ce chiffre avec ceux donnés par M. Magnan, en ce qui concerne Sainte-Anne.

A rapprocher des cas de Goldsmith.

grandeurs. Lorsque nous discutâmes, avec mes confrères, l'origine de cette affection, j'émis l'hypothèse d'une syphilis possible, comme je le fais toujours, en pareil cas, depuis que je suis éclairé sur la fréquence de cette cause.

Un des médecins, qui connaissait depuis longtemps le malade, se porta garant de la correction de sa vie et de ses habitudes, tant passées que présentes, et crut pouvoir, en conséquence, repousser cette hypothèse. Un oncle, également consulté à cet égard, fut plus affirmatif encore et nia complètement la syphilis. La femme, bien entendu, ne fut pas consultée à cet égard; outre que la question était des plus délicates, elle n'aurait probablement rien su : les femmes ne savent rien de cela le plus souvent. M. X... entra donc dans la maison de santé comme exempt de syphilis, n'en portant d'ailleurs aucune trace apparente. Or, dans le plein de son excitation, dans cet état d'expansion inconsciente où l'aliéné entremêle aux divagations de son délire des récits et des aveux réels qu'il est facile, avec un peu d'habitude, de reconnaître pour tels, il donna les détails les plus précis sur sa syphilis antérieure, indiquant spontanément la date et les conditions dans lesquelles il l'avait contractée, les divers accidents survenus, le traitement fait, tout, jusqu'au prénom de la femme qui la lui avait transmise. Le doute n'était donc pas possible, et le malade, qui, sans cet aveu échappé à l'inconscience de la folie, allait être classé parmi les paralytiques non entachés de syphilis, était, en réalité, un ancien syphilitique.

Dans une autre circonstance toute récente, j'ai vu également, à titre de consultant, un industriel de quarante-un ans atteint de lypémanie, avec des signes manifestes de paralysie générale. Mes confrères crurent pouvoir écarter la syphilis, avec d'autant plus de raison que le malade, qu'ils connaissaient de longue date, l'avait toujours niée à l'un d'eux. Un parent, interrogé sur ce point, affirma également la non existence de l'infection antérieure. Depuis que M. R... est dans la maison de santé, un autre de ses parents est venu spontanément me déclarer qu'il avait eu la syphilis en 1867 ou 1868, pendant un de ses voyages d'affaires, et qu'il était resté plusieurs mois à l'étranger, en pleine période d'accidents secondaires, pour se faire traiter plus commodément que dans sa famille. Presque en même temps, du reste, le malade se mettait à répéter la phrase suivante, très significative, même au milieu du délire hypocondriaque dont elle émanait : « *J'ai une vérole qui me coupe les flancs.* »

Ces faits sont très significatifs, car ils prouvent combien il est difficile d'arriver à la vérité en ce qui concerne la syphilis. Parfois c'est le

hasard seul qui parle par la bouche du malade lui-même <sup>1</sup>, auquel le délire a fait perdre sa réserve habituelle, révèle l'existence de cette diathèse, ignorée de tous jusqu'alors. On ne saurait donc apporter trop de soin et trop d'insistance dans la constatation de cet antécédent pathologique, qui paraît ne pas faire souvent défaut, lorsqu'il est sérieusement recherché. Quant à la proportion exacte des cas de syphilis, on voit, par cela même, combien il est difficile de l'obtenir. Il ne faut pas demander à la statistique plus qu'elle ne peut donner. Ce qu'on peut dire, c'est que plus les renseignements sont précis, plus le chiffre des syphilitiques est élevé <sup>2</sup>, et on a vu que pour ma part je l'ai trouvé *oscillant entre 70 et 76 p. 100* chez mes malades connus, même en ne tenant compte que des cas absolument certains. S'il est impossible d'établir une moyenne générale et constante, on peut en toute certitude affirmer que *la syphilis est extrêmement fréquente* chez les paralytiques généraux.

C'est sur ces mots que nous croyons devoir clore ce chapitre, sans autre commentaire.

<sup>1</sup> Dans un travail récent, le D<sup>r</sup> Savage dit aussi à ce propos : Dans quelques cas, j'ai obtenu le récit de l'infection des malades eux-mêmes pendant les périodes de rémission.

Plusieurs auteurs ont déjà fait la remarque, et Savage, même, dans son travail, dit expressément : Plus soigneusement j'étais capable de remonter dans leur histoire, plus fréquemment j'ai trouvé la syphilis comme l'un des facteurs.

---

## CHAPITRE IV

### ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. ROLE COMPARÉ DES FACTEURS SYPHILIS, ALCOOL, SURMENAGE, HÉRÉDITÉ

---

#### PATHOGÉNIE

La division schématique que nous nous sommes imposée pour la commodité de l'étude n'a pu nous empêcher d'effleurer déjà l'étiologie de la paralysie générale; nous allons compléter ici les notions que nous avons données. M. le professeur Ball, dans une de ses leçons <sup>1</sup>, a magistralement fait le procès de tous les facteurs reconnus de la paralysie générale: l'âge, *de trente-cinq à quarante-cinq ans*; le sexe, *masculin* (sept fois plus que le féminin), au moins dans les classes supérieures, *où la femme est presque absolument épargnée* <sup>2</sup>; certaines professions, les « hommes de cabinet », les travailleurs de tête, les officiers de l'armée; les fatigues somatiques, les excès vénériens, les traumatismes crâniens; certaines maladies générales. les *dispositions congestives* (Lunier). La syphilis, le tabac, le mercure et le plomb sont signalés comme pouvant produire des pseudo-paralysies générales, mais non des paralysies générales vraies. Quant à l'alcoolisme, c'est surtout l'alcoolisme ancien que l'on peut invoquer, mais comment? « Il agit surtout par la voie indirecte de l'hérédité, et l'alcoolique est exposé à engendrer des enfants qui deviendront un jour des paralytiques parce qu'ils seront des prédisposés » (cela en dehors de la pseudo-paralysie générale alcoolique).

Quelles causes invoque M. Christian? Surmenage, hérédité. L'étiologie de la paralysie générale est, encore aujourd'hui, le

<sup>1</sup> *France médicale* (août 1887).

<sup>2</sup> Tandis qu'il n'en est pas de même chez les femmes du peuple.

chapitre le plus obscur de son histoire. Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont généralement cédé à la tendance d'invoquer une cause unique. Pour les uns, le seul coupable c'est l'alcool, et leur principal argument, c'est que la paralysie générale augmente de fréquence parallèlement aux progrès de l'alcoolisme. Les autres accusent exclusivement les excès vénériens; d'autres encore la syphilis. D'après M. Christian, ce problème n'est pas aussi simple, et toutes ces causes sont loin d'avoir l'influence qui leur a été attribuée. Tout d'abord, il convient de se demander s'il n'existe pas une prédisposition à la paralysie générale; or, lorsqu'on étudie les paralytiques généraux au point de vue de leur état mental, antérieur à la maladie, on constate, dit M. Christian, que presque tous n'avaient qu'une capacité intellectuelle médiocre, ne dépassant pas la moyenne ou même restant en dessous.

Cette faiblesse intellectuelle n'a pas toujours la même origine. Chez les uns, elle est congénitale, ce sont des héréditaires, des dégénérés; chez les autres, au contraire, elle est survenue accidentellement, dans l'enfance, à l'époque de la puberté, ou même plus tard, sous l'influence de causes diverses (convulsions, fièvre typhoïde, traumatisme du crâne, insolation, frayeurs, émotions violentes).

Il existe encore une troisième catégorie de sujets voués à la paralysie générale : ce sont ceux qui, ne présentant aucune tare ni congénitale ni acquise, par conséquent aucune prédisposition, succombent cependant, parce qu'ils ont demandé à leur cerveau plus qu'il ne pouvait donner.

L'étiologie de la paralysie générale pourrait donc, d'après M. Christian, se réduire aux termes suivants :

1° *Causes prédisposantes* : faiblesse relative du cerveau, congénitale ou acquise;

2° *Causes occasionnelles* : tout ce qui est susceptible de déterminer une fatigue prolongée de l'organe (chagrin, veilles, excès de travaux intellectuels et physiques, etc.); ces dernières causes peuvent se résumer en un mot : le *surmenage*.

De telle sorte que, si on voulait traduire tout ce qui précède par une formule générale, il faudrait dire que la cause de la paralysie générale, c'est le *surmenage du cerveau*<sup>1</sup>

Christian (*Archives de Neurologie*, septembre 1887).

Mais ces causes sont celles des déterminations cérébrales de toute maladie : Qui frappe la « syphilis cérébrale? » Les surmenés du travail, les surmenés du plaisir, les prédestinés héréditaires; chez ces derniers, la syphilis réveille la susceptibilité nerveuse, agissant « comme un branle-bas dans l'économie » (Ricord).

Nous venons de voir que la paralysie générale était beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme : cette différence étant donnée, la diversité d'occupations, de goûts, d'aptitudes morbides occasionnelles dans les deux sexes, peut-elle nous fournir des indications étiologiques plus précises? Nous trouvons chez MM. Blanche, Luys, Régis, Falret et Cotard, des opinions concordantes à ce point de vue que presque toutes les femmes paralytiques générales entrées dans les asiles seraient des « irrégulières » et non des « légitimes », des femmes qui ont été plus exposées que les autres femmes de même condition de fortune aux facteurs principalement invoqués de la paralysie générale : surmenage, alcool, syphilis (M. Falret nous a même dit que sur sept femmes paralytiques, qu'il a vues chez lui, cinq étaient des syphilitiques).

En revanche, nous voyons énoncées des propositions tout opposées par M. Siemerling, dans un travail fait principalement à l'aide de matériaux fournis par Westphal<sup>1</sup> M. Siemerling a d'abord relevé le nombre de femmes paralytiques générales reçues de 1880 à 1886 à la Charité; ce nombre est à celui des hommes paralytiques généraux comme 10 est à 33; l'âge le plus souvent observé chez la femme a été de trente-six à quarante ans. Comme condition sociale, la grosse majorité de ces paralytiques générales étaient des femmes mariées; parmi les femmes non mariées, les filles publiques sont représentées seulement par le chiffre de 6 p. 100. Dans cinquante-quatre cas p. 100, l'auteur, arrivant à la connaissance des circonstances étiologiques, a noté en première ligne les influences nuisibles dues à des conditions sociales étiologiques, à la difficulté de la lutte pour l'existence. Puis viennent les autres causes, et, seulement en dernière ligne, la syphilis<sup>2</sup>.

*Contribution statistique et clinique à l'étude de la paralysie générale progressive chez la femme*, par Siemerling. — *Charité Annalen*, XIII, Jahrg.

<sup>2</sup> M. P. Marie, médecin des hôpitaux à qui nous empruntons l'analyse de ce travail, fait remarquer combien est difficile chez la femme la recherche de la sy-

Nous allons trouver exactement le même énoncé des faits et la même opinion sous la plume d'un de nos jeunes compatriotes, M. Vétault, assistant de M. le Dr Motet, et qui a bien voulu nous donner par une note manuscrite la primeur d'un travail sur la paralysie générale de la femme. Nous résumons la note de notre sympathique confrère :

Contrairement à certains auteurs, à Snell, entre autres, qui, se basant sur ce fait insuffisamment démontré que la paralysie générale, rare chez la femme, se rencontre surtout dans la classe des débauchées et des prostituées, chez lesquelles la vérole est fréquente, — pour faire de la syphilis un facteur puissant, sinon unique, du développement de la paralysie générale, M. Vétault fait remarquer que sur 102 cas de méningo-encéphalite chez la femme il n'a trouvé de syphilis antérieure que trois fois d'une façon certaine, et deux fois seulement à l'état de soupçons — l'enquête, étant du reste, faite minutieusement au moyen de l'interrogation de la famille. Nous laissons parler l'auteur lui-même.

« A l'appui de ce que nous venons de dire nous croyons devoir rappeler que dans le tableau de nos paralytiques, classées *par profession*, ce sont les ménagères qui tiennent le premier rang (40 p. 100). Ces femmes, toutes mariées, généralement honnêtes, s'occupent de leurs enfants et des soins du ménage et se livrent à domicile à des travaux multiples pour ajouter au gain du mari. Chez elles, les excès, lorsqu'ils existent, ne sont pas habituels. Par contre, les professions exercées le plus souvent par des femmes qui ont la réputation de se livrer habituellement à des excès de toutes sortes ne nous ont donné qu'un très petit nombre de paralytiques. Ce sont les blanchisseuses et les cuisinières, les blanchisseuses 9 et les cuisinières 3. Ce nombre est bien faible si on songe que la plupart des malades qui entrent dans les asiles avec la débauche et l'alcoolisme dans les antécédents sont *blanchisseuses* et *cuisinières*.

« Dans le tableau de classement par *état civil*, ce sont les femmes mariées qui fournissent le plus grand nombre de paralytiques.

philis antérieure; ce qui explique, dit-il, « que M. Siermerling met ici l'influence de la syphilis au deuxième plan, tandis que cette influence doit être regardée comme tout à fait prédominante dans la genèse de la paralysie générale ».



« En résumé, d'après nos observations, il nous a paru établi que la misère, les privations, les soucis et les préoccupations de toutes sortes semblaient favoriser le développement de la paralysie générale chez la femme plus que la débauche; sur 102 cas de paralysie générale je n'ai rencontré que deux prostituées...<sup>1</sup>. »

Quel est au juste le rôle de l'ALCOOL dans la genèse de la paralysie générale? Nous avons vu tout à l'heure l'avis de M. Ball, voyons ce que pense M. Magnan : pour lui, le plomb, l'alcool, produisent des simili-paralysies générales, mais jamais il n'a trouvé de lésions saturnines expliquant la mort ou la démence; il s'est trouvé des prédisposés ayant du délire sous l'influence du saturnisme, voilà tout. Pour l'alcool cependant la question est plus complexe; la paralysie générale vraie est une encéphalite interstitielle diffuse avec artério-cappillarite au début, mais du même coup il y a prolifération cellulaire dans tout le tissu interstitiel. L'alcool produit de l'artérite, mais en même temps, il imbibe tous les tissus qui réagissent chacun à leur manière; aussi l'alcool peut-il être un facteur étiologique immédiat de la paralysie générale vraie.

Après avoir autrefois refusé d'y croire, M. Magnan pense en effet que l'imbibition continue de l'encéphale par l'alcool produit d'abord des lésions localisées; puis ces lésions peuvent devenir ultérieurement le point de départ soit de la démence simple, soit d'une évolution vers la paralysie générale vraie, processus diffus et régulier tirant son origine de lésions primitivement localisées. — Pourquoi, dirons-nous, la syphilis ne pourrait-elle avoir une action analogue? — M. Magnan du reste, n'en rejette pas *a priori* la possibilité. Il déclare simplement n'avoir constaté personnellement l'antécédent syphilis que chez un nombre très restreint de paralytiques.

Il ne pense pas d'ailleurs que la syphilis ait une action diffusible à distance? Il a examiné au microscope de l'artérite syphilitique, et il a vu que le tissu périphérique restait indemne à une distance donnée du noyau de périartérite; dans l'alcoolisme au contraire, on voit la prolifération embryonnaire rayonner

<sup>1</sup> Il est bien entendu que nous laissons à leur auteur la responsabilité de ces lignes.

au loin le long des faisceaux conjonctifs qui partent du foyer malade<sup>1</sup>

M. Lancereaux va beaucoup plus loin : non seulement pour lui il n'y a aucun rapport d'aucune sorte entre la syphilis et la paralysie générale, mais à aucune autre intoxication, pas même à l'alcoolisme, il ne reconnaît le droit de faire de la paralysie générale ; « la syphilis ne fait pas plus la paralysie générale qu'elle ne fait l'ataxie » ; elle simule la première par des lésions *localisées*, mais ne fait pas de la périencéphalite *diffuse*. — D'ailleurs, des effets semblables viennent forcément de causes semblables ; la syphilis ne peut produire ici une gomme, là de la méningite diffuse..., de même l'ataxie est *toujours* syphilitique ou elle ne l'est *jamais* ; quant au *terrain*, il ne change pas la nature des lésions, il ne fait qu'en modifier les manifestations cliniques<sup>2</sup>.

Nous avons pensé trouver d'utiles documents pour la question qui nous occupe dans le rapport Claude. (*Rapport fait au nom de la commission d'enquête du Sénat sur la consommation de l'alcool, tant au point de vue de la santé et de la moralité qu'au point de vue du Trésor, 1877.*)

Notre attente a été déçue, et voici pourquoi : les tableaux et cartes que contient ce rapport, si remarquable d'ailleurs, dressés d'après les dernières statistiques de M. Lunier, ne portent que la mention générale « *aliénation* » et même pour ce qui est des alcooliques, la seule mention « *Aliénés alcooliques* », sans détail sur les formes de cette aliénation. Le rapport sénatorial, malgré les facilités d'étude qu'il comporte, est donc resté pour nous stérile, l'atlas de statistique qui lui est annexé montrant simplement comment l'augmentation des cas d'aliénation mentale, de suicide, de crimes et délits va marchant de pair avec l'augmentation de la consommation de l'alcool.

En revanche, ce sont là des pages pleines d'enseignements au point de vue de l'étude générale étiologique de l'aliénation mentale.

Ainsi, il résulte de la statistique allemande pour les pays de l'union douanière que la proportion des alcooliques admis dans

<sup>1</sup> Communication orale.

<sup>2</sup> Voir plus haut (page 27) comment M. Baillarger, allant plus loin même que M. Magnan, s'éloigne de l'absolutisme de M. Lancereaux.

les hôpitaux et les asiles d'aliénés a suivi la progression que voici : malades admis dans les hôpitaux pour alcoolisme chronique et aliénation alcoolique, 4,272 en 1877 et 8,954 en 1884; malades atteints de *delirium tremens* entrés dans les asiles d'aliénés, 813 en 1887 et 1,447 en 1884.

En Angleterre, la proportion des alcooliques sur 100 aliénés est de 14,1 dans la classe indigente (21,4 p. 100 pour les hommes, 7,3 p. 100 pour les femmes), et de 12,1 dans la classe aisée (hommes, 16,1 p. 100, femmes 6,9 p. 100), etc., etc.

Un plus récent travail de MM. Brouardel et G. Pouchet<sup>1</sup> ayant surtout trait à l'étude de la criminalité chez les alcooliques et à la toxicité des alcools dits inférieurs, ne nous apporte pas plus de lumière au point de vue spécial qui nous occupe.

Pour en revenir à la syphilis, il nous semble qu'*a priori*, il est difficile de lui refuser tout rôle direct ou indirect. Un sujet est tuberculeux *latent*; vient une rougeole, une coqueluche, la tuberculose se développera; qui niera ce rôle occasionnel de la maladie aiguë? Ainsi fait la syphilis secondaire quand elle réveille les hystéries latentes. Mais peut-être est-ce comme cause déterminante même qu'elle agirait; prédisposition, hérédité, surmenage psychique et physique, tout est prêt pour la paralysie générale, il ne manque que l'étincelle qui mettra le feu aux poudres, cette étincelle *indispensable* ne pourrait-elle pas être la syphilis?

Nous avons dit « peut-être », schématisant ainsi la pensée de Kjellberg, par exemple, uniquement pour prendre le contre-pied d'une opinion qui nous paraissait trop exclusive; a-t-on donc le droit d'être si intransigeant en médecine?

Que se passe-t-il pour le *tabes*! Son origine spécifique est aujourd'hui admise à peu près par tout le monde, surtout à l'étranger.

Comme tout a changé depuis dix ans! A cette époque on aurait dit (comme à présent pour la paralysie générale) : *la syphilis produit des formes pathologiques voisines du tabes, ce n'est pas le tabes vrai...* Aujourd'hui on dirait exactement le contraire; on a récemment décrit des *pseudo-tabes*; eh bien, ce

<sup>1</sup> P. Brouardel et G. Pouchet. *De la consommation de l'alcool dans ses rapports avec l'hygiène*. (Rapport présenté au comité consultatif d'hygiène publique de France, mai 1888.)

sont justement ces pseudo-tabes qui ne sont pas syphilitiques (plomb, alcool), et les vrais tabes sont reconnus aujourd'hui comme d'origine spécifique. Ne se trouvera-t-il jamais personne pour en dire autant à propos de la paralysie générale, écrivions-nous il y a un mois ? Une lettre de M. Kjellberg s'est chargée de faire la réponse.

Mais avant de nous appesantir sur une cause spécifique possible, arrêtons-nous quelque peu sur l'hérédité. D'après l'avis de M. Blanche, pour les maladies mentales comme pour la plupart des maladies générales, la prédisposition, l'hérédité fait tout ; il en est de même pour la paralysie générale, mais moins cependant peut-être que pour les autres psychoses. Aussi est-on jusqu'à un certain point responsable de sa paralysie générale, car on *se la fait à soi-même* ; on y est bien prédisposé, mais si on ne va pas au-devant de la cause occasionnelle, les choses en resteront là. Quelles sont les causes occasionnelles aujourd'hui connues ? Le surmenage psychique, somatique et génital ; or, exception à part, les excès se retrouvent dans les antécédents des paralysies générales, il est donc très admissible que la syphilis s'y retrouve aussi très fréquemment ; de même pour l'alcoolisme.

L'hérédité est également toute-puissante pour M. Luys <sup>1</sup> :

La trame interstitielle de substance conjonctive qui sert de support et d'agent trophique aux éléments du système nerveux est, chez l'individu vivant, depuis la naissance jusqu'à la sénilité, en un perpétuel travail d'évolution qui se manifeste d'une façon sensible par un durcissement et une condensation progressive de ses fibrilles. Ce travail perpétuel de production d'éléments nouveaux paraît avoir son maximum d'intensité entre les périodes de trente à cinquante ans ; à partir de ce moment il reste stationnaire.

Les lésions élémentaires qui constituent la paralysie générale ne sont que la plus haute expression de l'exagération morbide de ce travail naturel. Le maximum de fréquence de cette maladie au point de vue de son apparition coïncide parallèlement avec l'époque où les éléments de la névroglie se développent avec le plus d'intensité.

L'influence des causes extérieures se résume à produire des hypéremies réitérées avec irritation consécutive des corpuscules de la

<sup>1</sup> Communication faite à la Société médicale des Hôpitaux sur les *conditions pathogéniques* du développement de la paralysie générale (12 avril 1878).

névrogie. Le mode d'action de ces causes extérieures consiste à donner le coup de fouet à un travail d'évolution naturel qui devient ainsi leur complice.

Au reste les plus fougueux partisans de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale n'ont jamais entendu nier ces vérités. La plupart des paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques, — nous écrivait le D<sup>r</sup> Régis, « mais ce sont aussi des *cérébraux* ou des fils de *cérébraux*. Je me dis souvent à ce propos qu'on pourrait presque à volonté faire des paralytiques généraux; il suffirait pour cela de prendre des fils d'aploplectiques et de leur communiquer la syphilis ».

En dehors des rares exemples cités par Goldsmith, dans lesquels la paralysie générale a paru suivre la syphilis communiquée d'un sujet à un autre, voici une bien remarquable observation qui pourrait singulièrement porter à prendre au sérieux la boutade du D<sup>r</sup> Régis.

M..., âgé de quarante-sept ans, interné depuis 1868, a toujours été excentrique; intelligence faible; père viveur, grand seigneur, riche, a fait des excès de tout ordre; mère intelligente, très religieuse.

Tic nerveux de la face, timidité, pusillanimité excessive; a eu beaucoup de peine pour apprendre à lire et à écrire. Ecriture bizarre; on dirait qu'il fait toujours des barres. — Refuse absolument de lire; sait-il lire? a fait des excès de boisson; pas de tremblement; incapable de gérer ses affaires, tactiturne, méfiant, « *démence partielle* », congé d'un mois tous les ans.

Une sœur plus jeune, vivante, épileptique; imbécillité intellectuelle; née avec un bras atrophié.

Un frère cadet, mort à trente-huit ans, grand viveur, a dépensé des sommes considérables au jeu; très intelligent, très irritable. Dans un voyage il a tué un homme du bord; a eu la syphilis à vingt-deux ans, accidents syphilitiques soignés par Bazin; *alternatives de délire ambitieux et d'hallucinations terrifiantes*: il voulait vendre l'Australie et l'Inde. Tout était en diamant et en or Il a eu 50,000 véroles, sa maison est morte, etc., etc. Incohérence, embarras de la parole; inconscience, gâtisme; mort dans un château de l'Anjou.

M. Billod, qui l'a vu, a diagnostiqué « paralysie générale » (renseignements fournis par un domestique actuellement au service du frère survivant).

Ainsi, sur ces descendants dégénérés d'une famille nerveuse un seul sujet prend la syphilis et celui-là seul devient paralytique général.

Nous avons vu combien d'auteurs, en Allemagne, admettaient sans contestation l'influence de la syphilis, au contraire de ce qui a lieu chez nous. Erb, qui n'est pas tendre pour la France, et qui, à l'instar de ses compatriotes, se plaît à nous attribuer toutes sortes d'idées scientifiques rétrogrades, le constatait dernièrement : « En dehors de M. Fournier, dit-il à peu près, personne, pas même M. Charcot, n'admet l'influence de la syphilis sur la paralysie générale. »

M. Venot<sup>1</sup> a considéré dans un certain nombre de cas la syphilis comme prépondérante, et dominant toute l'étiologie de la paralysie générale.

La relation évidente qui existerait entre la paralysie générale et la syphilis ressort, pour M. Régis, non seulement des statistiques qui établissent l'extrême fréquence de la syphilis dans les antécédents de la paralysie générale, mais aussi de celles qui par contre établissent *la rareté de la démence paralytique dans les milieux où la syphilis est exceptionnelle*. Un document des plus probants à cet égard est celui publié récemment par le Dr Camuset<sup>2</sup> : sur une population moyenne de 190 à 200 malades existant à l'asile de Saint-Alban (Lozère), ce distingué confrère n'a trouvé dans l'espace de dix ans que *dix* paralytiques généraux. Or l'alcoolisme et la syphilis sont à peu près inconnus dans ce pays.

On peut hautement déclarer (dit Goldsmith, dans le même ordre d'idées), que la fréquence inaccoutumée des accidents syphilitiques chez les paralytiques généraux progressifs, — que le petit nombre vraiment remarquable des cas de paralysie générale dans certaines régions où la syphilis est peu répandue (bien que les statistiques ne soient pas faites avec suffisamment de soin pour donner à ce dernier argument une grande valeur), — que les rares exemples des cas où la paralysie générale suit en apparence la syphilis communiquée d'un sujet à un autre, — enfin, que la déduction que l'on peut tirer de l'analogie de cette affection avec

Venot. *Th. de Paris*, 1886.

*Annales médico-psychologiques*.

l'ataxie locomotrice rendent probable au plus haut degré le fait suivant : la syphilis est le facteur le plus important au point de vue de l'étiologie de la paralysie générale progressive.

Mais en admettant qu'il en soit ainsi, la syphilis crée-t-elle la paralysie générale de toutes pièces; en d'autres termes, la paralysie générale est-elle une forme de syphilis cérébrale? Ou bien ne fait-elle que mettre en jeu une prédisposition acquise, n'est-elle pas seulement une cause secondaire, se bornant à jouer un rôle incitateur, bien loin qu'il faille lui attribuer une influence exclusive? Mauriac<sup>1</sup>, J. Mickle et Erlenmeyer ont proposé une théorie un peu obscure dans laquelle ils feraient jouer un grand rôle aux lésions viscérales extra-nerveuses. Voici ce que dit à ce propos Wm.-J. Mickle<sup>2</sup> :

Il a observé un cas dans lequel le malade présentait une faiblesse intellectuelle et une incohérence caractéristiques. La mort survint par démence chronique après des alternatives de dépression et d'excitation plus ou moins violente, mais tout cela sans rien de spécial, sauf l'influence bienfaisante d'un traitement spécifique prolongé sur les accidents aigus. Il estime que c'est là un cas où le poison syphilitique a produit le désordre mental soit par toxémie, soit par l'influence combinée de la cachexie syphilitique et de l'anémie associées à l'influence épuisante et troublante des douleurs dues aux lésions osseuses et viscérales.

Or, que donnait l'autopsie? Des gommès pulmonaires, hépatiques, rénales; plaques cartilagineuses et adhérentes dans les séreuses; anciennes lésions peu intenses des os du crâne.

*Cerveau.* — Pas de lésions syphilitiques.

*Méninges.* — Elles n'offraient que les lésions ordinaires de toute affection chronique : léger épaissement de l'arachnoïde, léger œdème de la pie-mère, circonvolutions altérées (wasted) aux régions fronto-pariétales supérieures et latérales, et aussi quelque peu aux régions temporales latérales et frontales inférieures; la substance grise, faiblement nuancée de lilas contenait des vaisseaux sanguins visibles à l'œil nu; la couche moyenne avait une teinte jaunâtre; piqueté congestif abondant dans la substance médullaire; pour le reste, le cerveau était normal.

Il faudrait qu'il n'y eût même pas eu ces petites altérations;

<sup>1</sup> *Ann. Derm.*, t. IX et X, *Affections syphilitiques précoces des centres nerveux.*

<sup>2</sup> J. Mickle. *Journal Of. Ment. sc.*, 1883-84.

car si dans plusieurs cas on n'en a pas trouvé davantage dans la paralysie générale vulgaire, cela ne prouve rien, puisque Mendel dit que la paralysie générale peut être une inflammation syphilitique du cerveau. Ce qui serait intéressant, ce serait de ne rien trouver du tout dans le cerveau et alors de dire : de même que les poisons ingérés et secrétés (même avec un rein normal, un foie normal) ont besoin, sous peine de mort, d'être excrétés par les émonctoires, détruits par le foie, etc., etc., de même le fonctionnement du cerveau, pour être normal, exige, en dehors de l'intégrité encéphalique, l'intégrité des viscères, — par exemple du foie et des reins qui le déchargent de la cholestérine dont l'accumulation empêcherait l'idéation et la motricité. C'est là la théorie d'Erlenmeyer.

Avec Buzzard <sup>1</sup>, nous arrivons déjà aux lésions matérielles sous la dépendance directe de la syphilis.

D'après l'auteur, la deuxième forme de troubles intellectuels, qui, plus communément encore, s'observe dans des syphilis déjà âgées, se présente comme il suit : après des attaques de paralysie ou de convulsions répétées pendant plusieurs années se trouve constituée la *Démence paralytique*, — ce qu'on appelle la paralysie générale.

L'anatomie pathologique révèle des altérations de la substance cérébrale, à savoir :

A. Encéphalite intertistielle ;

B. Dystrophie du parenchyme par lésions des vaisseaux afférents ;

C. Lésions de la substance grise, comprimée par des exsudats méningés.

Cette forme, pour Buzzard, bien que susceptible d'améliorations, conduit toujours à la mort, sans restauration des facultés mentales.

Au congrès de Washington, M. Savage (de Londres) a reconnu que des lésions syphilitiques *localisées* étaient souvent le point de départ de dégénérescences *généralisées*. Il est le plus souvent impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre la

<sup>1</sup> Buzzard. *Affections syphilitiques du système nerveux*.



paralysie générale vraie et les dégénérescences qui suivent la syphilis cérébrale <sup>1</sup>

De cela nous trouvons une preuve de plus dans la suite même de la discussion, où le D<sup>r</sup> Fergusson (de Troy) relate un cas de paralysie générale survenue chez un homme qui avait une syphilis négligée..... On n'essaya le traitement spécifique que quand le malade était aliéné. Il mourut. A l'autopsie, on trouva des lésions avancées des enveloppes cérébrales et du squelette. Donc, c'était une pseudo-paralysie générale, puisque l'origine en avait été dans les lésions ostéo-méningées, et l'auteur dit indifféremment « paralysie générale » Dans quelques cas, d'ailleurs, M. Savage le reconnaît, la paralysie générale dépendrait « comme origine première de la syphilis ». Mais la syphilis ne peut-elle faire plus?

M. Luys, sans toutefois émettre une opinion ferme, nous disait récemment que d'après lui il n'était pas possible d'affirmer que la syphilis fût incapable de produire de l'encéphalite interstitielle diffuse, celle-ci pouvant elle-même, par le fait de la sclérose consécutive, aboutir fonctionnellement à la paralysie générale <sup>2</sup> Quant au mécanisme intime par lequel se fait la détermination tardive de l'infection syphilitique sur l'encéphale, la question n'est pas tranchée.

Pour Strumpell, le tabes et la paralysie générale sont les suites, les produits d'un poison septique que fait naître le processus syphilitique.

Le tabes et la paralysie générale sont deux affections si voisines (puisque souvent l'une aboutit à l'autre et se confond avec elle), que ce n'est vraiment pas faire une digression que d'étudier la première à propos de la seconde; elles sont si voisines en nosologie que leur étiologie doit être bien comparable. Or, à propos du tabes, Rumpff (de Bonn)<sup>3</sup>, examinant ses rapports avec

<sup>1</sup> David Skae a dit (*Journal ment. sc.*, 1875): « Il est certain qu'une forme de folie peut éclater comme résultat de l'action du virus syphilitique, dans laquelle l'autopsie ne révèle rien, et alors quelquefois on trouve dans quelques points de l'organisme des gommés, des caries osseuses, exostoses, etc.

<sup>2</sup> Cette idée est venue à M. Luys à l'occasion de cas de paralysie générale observés par lui et où l'autopsie montra pour unique lésion une « sclérose interstitielle de la base de l'encéphale (voir plus loin), lésion que la syphilis, dit-il, lui paraît avoir éventuellement qualité pour réaliser; en tout cas on n'est pas fondé à lui dénier ce pouvoir *a priori*. »

<sup>3</sup> H. Vaquez. *Bull. Médic.*, du 22 avril 1888, *Trad. ex die Syphilitisch. Erkrankungen der Nervensystems, Wiesbaden, 1887.*

la syphilis, après avoir, sur 66 observations de tabétiques, trouvé 56 fois la syphilis (82 à 85 p. 100), chiffre qu'il déclare trop faible, se pose la question suivante : l'idée de faire dériver le tabes de la syphilis est-elle en opposition avec ce que l'on sait du processus pathologique de la syphilis, étant données les lésions décrites dans le tabes ?

Deux choses peuvent se produire, dit l'auteur que nous venons de citer : 1° ou bien le processus pathologique du tabes montrera une parenté absolue avec celui de la syphilis, telle que cette simple constatation forcera la conclusion; — 2° ou bien l'aspect des lésions s'éloignera de ce qu'on est habitué à trouver dans la syphilis. Mais, même dans cette dernière hypothèse, il ne faudrait pas conclure d'une façon définitive, on devrait laisser plutôt alors la question en suspens; ne peut-il en effet se faire, suivant les tissus atteints, un processus dégénératif spécial, propre cependant à la syphilis, et dont les conditions nous sont encore inconnues? Ne peut-il pas arriver aussi qu'à des lésions véritablement spécifiques au début succèdent des dégénéralions banales dont nous voyons seulement les effets ?

C'est à cette dernière hypothèse que semble se rattacher Rumpf. Pour lui, on a considéré jusqu'ici comme secondaires et consécutives des altérations qui jouent au contraire le rôle capital. Nous voulons parler des altérations que l'on constate du côté des vaisseaux <sup>1</sup> Adoptant l'opinion d'Adamkiewicz, le médecin de Bonn rattache le tabes à des lésions initialement vasculaires.

Il repousse l'objection tirée par ses contradicteurs de la systématisation des altérations médullaires, objection qui ne peut être faite, dit-il, quand on voit des lésions systématisées de la moëlle se produire à la suite d'intoxications dont les effets devraient certainement être diffus, comme on le constate dans les cas d'ergotisme signalés par Tuzek. — (Nous pourrions ajouter ici, à titre d'exemple plus frappant, comme s'adressant directement à l'encéphale, les convulsions et paralysies limitées observées dans l'intoxication urémique.)

Ces hypothèses tendant à faire du tabes — et, dirons-nous, de la paralysie générale — des conséquences plus éloignées de l'infection syphilitique, ne sont pas invalidées par ce seul fait qu'on

<sup>1</sup> Voyez plus loin l'ANAT. PATHOL. de la *Paralysie générale vraie*.

n'a pas sous les yeux l'agent pathogène encore inconnu de la syphilis<sup>1</sup>; elles sont du reste assez conformes à l'idée qu'exprimait déjà Virchow sur la nature du processus tertiaire, dans son célèbre traité de la Pathologie des tumeurs<sup>2</sup>.

Virchow n'admet pas qu'il y ait dans la syphilis, une fois le chancre et les bubons disparus, une « infection du sang ou une dyscrasie » permanente; mais, au moment de la guérison du mal primitif, le virus a déjà produit dans certaines parties du corps des irritations métastatiques qui vont ne se manifester qu'après être restées un certain temps à l'état latent.

Ainsi, la syphilis latente (nous dirions aujourd'hui les « entractes », les intervalles de « silence de la diathèse »), ne lui paraît être rien autre chose qu'une affection d'organes cachés situés la plupart du temps dans la profondeur. Cette affection progresse et ne se manifeste qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et peut être seulement après une nouvelle irritation survenue occasionnellement.

Cette théorie suppose, ajoute-t-il, une certaine *virulence*, bien que très modérée, *des produits tertiaires*. Pour expliquer l'apparition tardive et inopinée de ceux-ci, il n'y a que deux hypothèses (en laissant de côté l'idée de la dyscrasie permanente): il faut admettre: ou bien un état syphilitique permanent de tous les tissus, ou bien, *dans une partie déterminée du corps, un foyer permanent, un siège de virus*. C'est cette dernière idée qu'il adopte. Il est possible, par exemple, qu'après le chancre et les bubons guéris, il puisse persister une hépatite syphilitique qui

<sup>1</sup> M. Charrin, le 22 juin 1888, a montré à la Société anatomique les viscères d'un animal mort d'infection pyocyane. Il s'agit d'un lapin qui, vacciné en mars 1887 de la maladie pyocyane, avait reçu depuis, tous les trois mois, des inoculations faites à des doses énormes qui tuaient les lapins témoins.

Dans les derniers temps son urine contenait de l'albumine; mais il n'y avait plus de microbes. A l'autopsie les deux reins ont été trouvés très granuleux; tous les organes ont été semés, aucun ne contenait de micro-organismes.... Voilà donc un exemple d'une lésion scléreuse très avancée d'origine infectieuse sans qu'il subsiste de trace *actuelle* d'infection. C'est une démonstration expérimentale de l'hypothèse qui attribue une origine infectieuse à certaines scléroses du rein ou des centres nerveux; l'absence de microbes au niveau des parties sclérosées ne doit plus servir à combattre l'étiologie parasitaire. (Dans le cas de M. Charrin, l'histologie a montré dans les reins et le cœur des lésions de la sclérose avec dégénérescence amyloïde.)

<sup>2</sup> Traduction française d'*Aronsohn*.

restera latente; mais une irritation occasionnelle peut la raviver, y déterminer une prolifération plus active, et de son côté, elle deviendra alors infectieuse (peut-être pas contagieuse). De là la formation de nouveaux foyers locaux.

Voici comment Goldsmith, à son tour, s'exprime à ce sujet : « Bien que je ne croie pas devoir dire, ainsi que Erb le fait à propos du tabes dorsalis, que l'homme qui n'a jamais eu la syphilis n'a pas besoin de craindre la paralysie progressive, cependant ma conviction est que cet homme-là a trois fois plus de chances d'immunité que celui qui a été atteint de syphilis.

« Ce n'est pas parce que cette affection cérébrale fait partie des processus syphilitiques, au même titre qu'une tumeur gommeuse par exemple, mais parce que la syphilis, après avoir traversé toutes ses périodes et s'être même entièrement éteinte, laisse les centres nerveux prédisposés à être envahis par de nouveaux processus pathologiques, l'affection nerveuse trouvant un domicile tout naturel, tout préparé dans une région ravagée par une syphilis antérieure.

« Telle est ma façon de penser, malgré les observations de Fournier et des autres qui avancent que c'est la syphilis non traitée ou mal traitée qui est suivie d'affection nerveuse. Il me semble, pour moi, non moins raisonnable de supposer que la syphilis laissée sans traitement exerce une dévastation plus grande et offre par suite plus de tendance à être suivie d'une dégénération nerveuse que de considérer les accidents secondaires comme une preuve de la persistance d'activité du poison spécifique. »

Cette idée du tertiarisme trouvant un domicile tout prêt dans une région ravagée par une syphilis antérieure, déjà en germe dans le traité de Virchow, nous la retrouvons tout au long dans l'intéressant livre d'Hutchinson<sup>1</sup>, d'où nous extrayons textuellement les lignes qui suivent :

« La syphilis prédispose plutôt à ces affections qu'elle n'en est la cause actuelle. Dans quelque cas peut-être, elle peut être la cause seule active et alors le traitement spécifique peut être d'une grande et définitive efficacité. Le plus souvent cependant les causes détermi-

<sup>1</sup> J. Hutchinson. *Syphilis*. London, 1887.

nantes sont intervenues et ont pris une large part à la production de la maladie. Dans ces cas il n'y a pas à attendre grands résultats des spécifiques de la syphilis.

De quelle façon agit la syphilis comme cause prédisposante ? Peut-être en altérant les tissus au moyen d'attaques transitoires, d'inflammations congestives pendant la période de début. Quelque parfaite que puisse être en apparence la guérison de ces lésions, nous pouvons cependant aisément dire que jamais, sans doute, cette guérison n'est absolue. Les tissus qui ont été ainsi affectés conservent toujours pour la suite une tendance aux inflammations chroniques bâtarde ou même à l'évolution vers des dégénérescences d'emblée, plus du moins que s'ils étaient restés indemnes.

Aussi, quand arrive la maladie, elle peut ne pas différer d'une façon appréciable des autres cas sans antécédents syphilitiques.

On peut trouver aussi la série habituelle des causes déterminantes ordinaires : pour la paralysie générale, le surmenage cérébral, la tension d'esprit et la fatigue sont les moyens usuels de provoquer la maladie, tandis que pour l'ataxie locomotrice nous trouvons, dans le même ordre d'idée, les excès sexuels, les marches forcées et l'exposition au froid et à l'humidité des membres inférieurs.

J'ai eu connaissance d'une observation de paralysie générale qui me paraît bien mettre en relief les faits de cet ordre. Un homme marié, grand marcheur, père d'enfants bien portants, vint à présenter de la dépression cérébrale par suite de pertes d'argent qui toutefois ne justifiaient un pareil affaissement. Il quitta sa maison, alla mieux, et eut alors une période de légère rémission. L'année suivante, il alla parfaitement bien, n'était qu'il eut des attaques subites qui le mettaient pendant quelques minutes dans l'impossibilité de parler ; puis vint pendant trois semaines un accès de folie, qui cessa aux premiers symptômes de stomatite mercurielle. Après quoi, il resta dans un état de débilité intellectuelle et souffrit longtemps d'une salivation exagérée et pénible. Un autre accès délirant provoqua son entrée à l'asile où il mourut avec les symptômes habituels, cinq ans environ après le début des troubles mentaux. On trouva la pie-mère présentant des adhérences étendues.

Dans cette observation nous relevons l'histoire d'une syphilis caractérisée, contractée environ un an avant le mariage et six ou sept ans avant l'affection cérébrale. Il n'y eut cependant jamais pendant sa longue maladie aucun symptôme spécifique et l'évolution fut tout à fait conforme au type classique. Tous les spécialistes diagnostiquèrent la « paralysie générale des aliénés » ; un traitement mercuriel fut suivi d'une amélioration évidente ; on n'aurait pas pu même soup-

çonner la syphilis si lui-même, pendant son délire, ne s'était fréquemment accusé, nommant le chirurgien qui l'avait soigné. Le traitement (mercuriel) *institué à cette époque semble avoir été complet*<sup>1</sup>, au sens ordinaire du mot, *car jamais depuis il n'avait présenté le moindre accident*<sup>2</sup>, et ses enfants n'ont jamais présenté de symptômes suspects.

J'ai rapporté cette observation<sup>3</sup> parce que, à mon avis, elle constitue un bon exemple de ce qu'on voit journellement. Il y a dans nos asiles des milliers de malades ayant une histoire identique. On me dira que, sans doute, la syphilis n'avait là rien à voir avec la maladie cérébrale; que le malade ci-dessus n'a jamais présenté le moindre symptôme nettement syphilitique; je ne suis rien moins que convaincu que tout cela lui fût survenu sans la syphilis; la syphilis avait laissé les tissus vulnérables. On peut, à mon avis, tenir le même raisonnement à l'endroit des nombreux cas d'ataxie locomotrice que nous rencontrons chez d'anciens syphilitiques; à coup sûr, je ne suis pas infaillible, mais d'après mon expérience on a de la peine à trouver l'ataxie chez des gens non syphilitiques. Dans ces cas on trouve certes la plupart du temps d'autres causes bien connues, fatigues sexuelles ou autres, exposition des extrémités inférieures au froid, etc., causes qui ont bien pu avoir aussi une certaine influence; le traitement spécifique n'est jamais réellement curatif, quoique presque toujours utile; il est de règle qu'on ne trouve aucun autre symptôme de la tare spécifique; les malades sont ataxiques, et la maladie marche tout à fait conformément au type classique des cas qui ne dépendent pas de la syphilis; presque invariablement, nombre d'années se sont écoulées depuis la contamination et souvent la santé est restée parfaite.

Nous savons bien que la syphilis peut, après de longues périodes de repos ou d'état latent, donner lieu à des inflammations méningées ou viscérales, à des gommés, etc.; mais presque toujours celles-ci se présentent d'une façon irrégulière, asymétrique, se développent plus ou moins rapidement et cèdent au traitement spécifique; il est en quelque sorte contraire à la règle et à toute prévision que la diathèse, dans sa dernière période, produise une maladie à évolution régulière, lentement progressive, systématisée et symétrique comme

<sup>1</sup> Qu'est-ce qu'un traitement complet pour une syphilis au début? Il y a trente ans, on eût dit six mois ou même trois. Aujourd'hui M. Fournier professe qu'un traitement d'un an, voire de deux ans, est insuffisant pour mettre définitivement le malade à l'abri d'accidents éloignés, tels en particulier que les syphiloses nerveuses.

Le « car » ne nous semble pas justifié; combien de gens non traités n'ont pas d'accidents ultérieurs et réciproquement!

<sup>3</sup> C'est toujours M. Hutchinson qui parle.

l'ataxie; et pourtant, rappelons-nous que cette même syphilis semble être la seule cause de l'*ophthalmoplégie externe*, affection très proche du tabes et qui souvent coexiste avec lui.

L'explication gît probablement dans ce fait que la maladie doit réellement son essor à d'autres causes, mais qu'elle se développe bien plus facilement et, une fois née, marche à bien plus grands pas chez les malades dont les tissus ont été endommagés par la syphilis que chez les autres.

C'est dans le même ordre d'idées que M. Marie, agrégé de la faculté, ancien chef de clinique de M. le professeur Charcot, envisageant la paralysie infantile comme une myélite infectieuse, émettait l'hypothèse suivante : les sujets qui ont gardé d'une affection nerveuse contractée dans leur enfance des foyers infectieux sommeillant dans la moelle<sup>1</sup>, seraient, plus que d'autres, frappés plus tard d'affections médullaires plus ou moins systématisées, et qui dès lors sont en réalité deutérophatiques, telles que l'amyotrophie d'Aran-Duchenne, etc.

Ailleurs le même élève de la Salpêtrière, à propos de l'épilepsie, dit textuellement : « Je soutiens que si quelque maladie, surtout infectieuse, n'est pas venue porter ses coups, soit primitivement soit secondairement, sur les centres nerveux ou leurs annexes, les héréditaires, les dégénérés, les cérébraux ne deviendront pas plus épileptiques qu'ils ne seront atteints de paralysie générale s'ils n'ont pas eu la syphilis... »

Secours aussi précieux qu'inattendu, voici un élève distingué de la Salpêtrière pour qui la syphilis devient un facteur non pas suffisant à lui tout seul, mais *indispensable* de la paralysie générale.

Au reste déjà, deux ans auparavant, *Legrand du Saulle*<sup>2</sup> regardait comme très possible l'origine vasculaire infectieuse de la paralysie générale...

Quelle que soit la lésion cérébrale à laquelle on ait affaire, hémorragie ou ramollissement, artérite ou gommès syphilitiques, tuberculose méningo-cérébrale ou sclérose en plaques, la cause occasionnelle et la raison d'être de ces lésions ne consistent plus, comme pour

<sup>1</sup> *Progrès médical*, 29 octobre 1887.

<sup>2</sup> *Legrand du Saulle*, *Gaz. hôp.*, 1<sup>er</sup> décembre 1885.

les vésanies, dans un trouble de la cellule nerveuse, mais dans une altération du sang et consécutivement des vaisseaux, soit par des déchets organiques très abondants, soit par des substances toxiques ou des ferments organisés.

Il reste maintenant une question à nous poser. En est-il de la paralysie générale progressive comme des lésions dont nous venons de parler ? A quel groupe appartient cette affection ? Le point de départ de l'inflammation chronique interstitielle qui la constitue, réside-t-il dans la cellule nerveuse ? Dans ce cas, les abus fonctionnels, la fatigue cérébrale, l'hérédité nerveuse domineront son étiologie. Ou bien ce point de départ n'est-il pas plutôt dans le vaisseau, comme pour la sclérose en plaques ? Dans cette hypothèse, c'est du côté des dyscrasies, des toxémies, ou des infections qu'il faudra chercher les causes de la paralysie générale. Celle-ci pourra être encore héréditaire, mais elle résultera non de l'hérédité nerveuse, mais de l'hérédité congestive, ainsi que j'en ai rapporté quelques exemples.

Je ne sais pas si, en l'état des choses, il est facile de trancher le débat. Je ne sais même s'il doit être tranché d'une façon radicale, et s'il est nécessaire de s'enfermer dans le dilemme que je viens de poser. *Je ne suis pas certain, pour ma part, qu'on n'en vienne pas un jour à dissocier le groupe paralysie générale.* Il serait fort possible, et *j'en ai l'intime conviction*, qu'il y eût deux grandes variétés d'encéphalite interstitielle diffuse : l'une, procédant d'une irritation cellulaire, transmissible par hérédité nerveuse, se développant sous l'influence des causes qui sont aptes à provoquer le fonctionnement exagéré et, par suite, la fatigue de la cellule (soucis, travaux intellectuels); — l'autre procédant au contraire des vaisseaux, se rencontrant surtout chez les congestifs, ayant peut-être des relations étroites avec les intoxications, comme l'alcoolisme, ou même avec certaines maladies infectieuses (syphilis). Cette dichotomie, qui tend à prévaloir dans l'étude des maladies de la moelle, à propos de l'ataxie locomotrice progressive (Adamkiewicz, Ballet, Minor, Demange), pourrait être parfaitement applicable à la paralysie générale. Ce qui me porte à émettre cette idée, c'est que les causes de l'encéphalite interstitielle diffuse sont singulièrement disparates, et, lorsqu'on cherche à les grouper d'une façon méthodique, on en est empêché par ce fait que les unes, comme le surmenage intellectuel, les excès vénériens, cadrent mieux avec l'idée d'une lésion primitive des cellules cérébrales, tandis que l'influence des autres, traumatisme, insolation, abus de tabac et d'alcool, maladies infectieuses (fièvre typhoïde, érysipèle, syphilis) s'explique dans l'hypothèse d'une inflammation d'origine vasculaire.



Au moment de terminer ce chapitre, nous sommes encore indécis, il faut bien l'avouer. Car le rôle étiologique de la syphilis peut s'exercer de deux façons absolument opposées, alternatives, qu'on peut schématiser de la façon suivante.

Pour faire une paralysie générale il faut deux choses :

A. Une prédisposition héréditaire ou acquise, — cause efficiente ;

B. Une cause occasionnelle déterminante.

## THÉORIE I

A. La prédisposition est réalisée par : l'hérédité nerveuse, peut-être l'hérédité alcoolique et l'alcoolisme chronique.

Pour assimiler la constitution d'un processus morbide à une combinaison chimique, nous dirons que ce groupe A est la base de la combinaison le métal ». La maladie sera déterminée par la combinaison éventuelle avec cette base de l'un des facteurs (l'acide) suivants :

B. Surmenage somatique, gé- nit., psychique	traumatisme	}	infections (syphilis)
---	-------------	---	--------------------------

## THÉORIE II

B. Les facteurs de 2<sup>e</sup> ordre : surmenage, traumatismes crâniens, — ne produiront rien chez un homme sain ; chez un héréditaire nerveux ils produiront des aliénations quelconques<sup>1</sup>.

A. Qu'ils tombent sur un terrain préalablement syphilitique ou sur un terrain qui recevra après l'engrais syphilitique », la paralysie générale apparaîtra ; non que les facteurs ci-dessus en aient constitué le germe, mais parce qu'ils formaient l'un des termes de la « combinaison » d'où est issue la paralysie générale. La syphilis serait ici la « base de la combinaison.

« L'énorme fréquence des cas où on retrouve la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux, nous disait un de nos rares compatriotes qui soient arrivés à cette constatation, donne à penser qu'elle se développe de préférence sur un *terrain syphilitique comme le tabes.* » C'est donc une affection *parasyphilitique*, comme dit M. Fournier.

Cette opinion nous sourirait assez ; mais, si l'on admet l'unité de la paralysie générale, il faut qu'elle soit *toujours* parasyphilitique ou *elle ne l'est pas.* « Jamais la paralysie générale ne se développe dans un organisme qui ne soit préalablement entaché de syphilis héréditaire ou acquise », dit Kjellberg. — Ne pouvant

<sup>1</sup> Rappelons que, pour M. Blanche, la paralysie générale est, de toutes les maladies mentales, celle dans la production de laquelle l'hérédité est la moins influente.

encore admettre, faute de preuves suffisantes, une opinion aussi radicale, nous inclinerions à adopter la première théorie jusqu'à nouvel ordre, tant que l'unité de la paralysie générale continuera d'être admise, tant qu'on n'aura pas *démontré* que la paralysie générale n'existe jamais sans la syphilis.

Ou alors, c'est que la paralysie générale pourra être parasymphilitique indifféremment, comme elle serait « paratyphoïdique » s'il était acquis que le facteur occasionnel « infection dothienentérique » par exemple, ou tout autre analogue, pût y donner lieu.

---

## CHAPITRE V

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons, pour la discussion qui va suivre, regarder comme résolue par l'affirmative la question de l'unité de la paralysie générale classique, bien que non universellement reconnue à l'étranger et déjà battue en brèche en *France*<sup>1</sup>

Nous-mêmes avons considérablement allégé son bagage (qu'on nous passe l'expression) en en distrayant toutes les pseudo-paralysies générales et en comprenant dans ces dernières les cas où des tumeurs intra-encéphaliques en réalisaient le complexe clinique ; mais peut-être faudrait-il encore aller plus loin et continuer l'émondage. Que dire, par exemple, des cas où, comme ceux publiés par M. Luys, l'autopsie a montré une « sclérose interstitielle de la base de l'encéphale », avec intégrité du système cortico-méningé ? Où les classer ? Emploiera-t-on pour eux le nom de « paralysie générale sans aliénation », titre adopté par M. Luys<sup>2</sup> ; en fera-t-on des pseudo paralysies générales ? Quoi qu'il en soit, il n'y a là aucun rapport nosologique avec la maladie de Bayle.

<sup>1</sup> La paralysie générale n'est pas une entité, c'est un groupe morbide (Blanche). (*Th. Lyon*, 1884). La paralysie générale n'est pas à proprement parler une maladie, c'est un groupe clinique (A. Rouillard. *Gaz. hôp.*, 7 juillet 1888). — Et le professeur Ball lui-même, parlant de la conception de Bayle qui faisait de la paralysie générale une maladie *une*, s'écrie : « *Felix culpa* », car sans cette affirmation hardie le point de départ aurait manqué et la paralysie générale n'aurait pas été créée. »

(Voir plus haut, page 28, l'opinion actuellement professée par M. Bailarger.)

Luys. *Contribution à l'étude de la localisation anatomo-pathologique de la paralysie générale sans aliénation*, Paris, 1885.

Et l'observation n° XL, due à l'obligeance de MM. Motet et Fournier, et dans laquelle l'autopsie n'a révélé ni altération macroscopique de l'écorce<sup>1</sup>, ni sclérose basilaire, ni adhérence des méninges, dans quelle classe la ranger? Et de quel droit la faire rentrer de préférence dans les pseudo-paralysies générales, alors que nous n'avons vu aucune altération anatomique pouvant rendre compte des symptômes observés?

Mais passons sur ce point litigieux; prenons, pour être précis, une définition anatomo-pathologique et non plus clinique, et considérons désormais comme synonymes les expressions de *méningo-périencéphalite diffuse primitive* et de paralysie générale *vraie*. Nous nous proposerons alors de rechercher ici si l'anatomie pathologique nous montrera quelques particularités spéciales aux paralytiques généraux syphilitiques. Nous nous efforcerons de voir s'il y a quelque analogie, ou, au contraire, s'il y a une dissemblance absolue entre les altérations encéphaliques trouvées dans la périencéphalite diffuse et les processus d'ordre syphilitique.

Comment se produisent, ou peuvent se produire les lésions syphilitiques diffuses de l'encéphale? Dans la paralysie générale vraie, on trouve à la fois des lésions interstitielles du tissu conjonctif et de la névroglie, et des altérations vasculaires qu'on n'a encore pu prouver être primitives, qui peuvent même n'être que concomitantes ou même secondaires, si l'on accepte la théorie de M. Luys qui fait de la paralysie générale une maladie d'évolution de la névroglie. Mais si l'on suppose la paralysie générale d'origine syphilitique, d'essence syphilitique, la question change de face, au moins pour les cas dus à la syphilis (si on est éclectique).

**I. LÉSIONS VASCULAIRES.** — La syphilis étant manifestement une maladie infectieuse, c'est par les vaisseaux (artères et lymphatiques) que doivent être transportés au cerveau le virus syphilitique ou les éléments figurés de la vérole<sup>2</sup>; les vaisseaux seront donc les premiers intéressés dans une lésion encéphalique

Tout examen histologique suffisant a été empêché par ce fait que l'autopsie du cerveau n'a pu être faite que 72 heures après le décès.

<sup>2</sup> Legrand du Saulle. *Leçons sur la syphilis du cerveau*. (*Ann. Méd. psych.*), 1885, p. 290.

d'ordre spécifique. Voyons s'il est une *artérite syphilitique*, nettement différente des lésions vasculaires que l'on peut rencontrer dans la paralysie générale ou dans d'autres processus vulgaires.

La première étude anatomique précise de l'artérite syphilitique a été faite à peu près en même temps par Tuke, en Angleterre, et par Heubner, en Allemagne (1874). D'après ce dernier auteur, la lésion débute immédiatement au-dessous de l'endothélium, entre celui-ci et la membrane fenêtrée. On y trouve d'abord quelques noyaux disséminés dans une substance amorphe ; bientôt apparaissent quelques éléments fusiformes, provenant probablement de l'endothélium vasculaire ; ces éléments prolifèrent activement, soulèvent le revêtement endothélial et le séparent de la membrane fenêtrée. Il en résulte parfois la formation d'une véritable petite tumeur faisant saillie dans la lumière du vaisseau ; cette tuméfaction occupe le plus souvent un seul point, rarement toute la circonférence du vaisseau. Vers la partie externe, les cellules de nouvelle formation pénètrent entre les trous de la membrane fenêtrée, remplissent ses enfoncements et ses dépressions et rendent sa surface lisse et régulière. Heubner conclut de ses recherches que l'artérite syphilitique débute toujours par les couches internes de l'artère. Il a bien vu, dans les cas où les lésions sont plus considérables, une membrane fenêtrée et des fibres musculaires dans la couche de cellules néoformées, mais il les attribue à la production de nouveau tissu élastique et de nouvelles fibres musculaires, et il compare cette néoformation à un néoplasme reproduisant la structure des artères.

Quelques examens histologiques ont paru confirmer l'opinion de Heubner sur la topographie des lésions de l'artérite syphilitique ; mais Baumgarten et M. Lancereaux se sont inscrits en faux contre les assertions de Heubner à ce sujet. Pour eux, l'artérite syphilitique n'est pas une endartérite, elle occupe primitivement la tunique externe : celle-ci est infiltrée « de petites cellules rondes pourvues d'un noyau volumineux et qui se groupent de façon à former des amas ou foyers multiples autour desquels on observe assez ordinairement des cellules géantes ; à la limite de ces foyers les nouveaux éléments se développent, de façon à constituer des vaisseaux et un tissu de cicatrice ; mais au centre, où leur nutrition devient difficile, ils subissent une transformation granulo-graisseuse qui donne à la nodosité une coloration

jaunâtre et en facilite la résorption » (Lancereaux). Le siège des lésions dans la tunique externe est dû, d'après M. Lancereaux, à l'existence autour des artères cérébrales de la gaine lymphatique de His et à la prédilection du virus syphilitique pour les organes lymphatiques ; c'est pour cette raison que, d'après lui, l'artérite syphilitique a pour siège exclusif les vaisseaux encéphaliques.

Heubner, tout en admettant comme lésion principale et primordiale l'endartérite proliférante, reconnaissait aussi l'existence d'une lésion de la tunique externe, qu'il attribuait à la propagation de l'inflammation des vasa vasorum, l'endothélium de ceux-ci étant adultéré par le virus syphilitique. Il y avait donc, d'après lui, deux foyers d'origine à la lésion artérielle, la couche sous-endothéliale du vaisseau (foyer principal), et les vaisseaux nourriciers de ce dernier (foyer accessoire et secondaire).

Actuellement, on a grande tendance (et Rumpf formule nettement cette opinion) à considérer les lésions de la tunique externe, sur lesquelles MM. Lancereaux et Baumgarten insistaient avec raison, comme les plus importantes<sup>4</sup> comme le point de départ des lésions des couches internes ; on les attribue à une inflammation ayant pour centre les vasa vasorum et résultant de la présence du virus syphilitique dans l'intérieur de ceux-ci. Les lésions des parois artérielles deviennent ainsi, comme les lésions syphilitiques de tous les viscères et de tous les tissus, la conséquence des altérations de leurs vaisseaux nourriciers au contact du sang modifié par la syphilis, c'est-à-dire de l'agent pathogène encore inconnu de cette infection.

Comme les autres lésions d'origine syphilitique, l'artérite dépasse les bornes de ses foyers primitifs ; tout en restant plus prononcée autour des vasa vasorum, l'infiltration cellulaire atteint la tunique moyenne, dissocie et atrophie ses éléments, diminue sa résistance à la pression sanguine et favorise sa distension ; enfin, elle envahit la tunique interne et, trouvant là des tissus dans lesquels elle se produit plus facilement, elle y présente un nouveau maximum d'intensité.

La question de topographie histologique mise à part — et nous voyons combien elle a peu d'importance — il reste aux lésions

<sup>4</sup> C'est aussi l'opinion de M. Sharkey. (*British. med. journal*, 1883. London Pathol. Soc., *Syphilitic disease of cerebral arteries.*)

de l'artérite syphilitique deux caractères sur lesquels ont insisté les auteurs pour prouver leur spécificité : ce sont la tendance à la formation de nodules ayant quelque ressemblance avec des gommès, et l'évolution de ces lésions.

Certains nodules miliaires, faisant saillie à l'intérieur ou à l'extérieur du vaisseau malade, se voient, en effet, dans bon nombre de cas, et établissent un intermédiaire entre la gomme artérielle proprement dite, extrêmement rare, et l'artérite simple ; au microscope, on voit aussi la tendance à la formation d'infiltrats nodulaires, sortes de gommès microscopiques, renfermant parfois des cellules géantes ; mais ces nodules et ces cellules n'ont rien de spécial à la syphilis et sont un mode fréquent de réaction lente des tissus sous l'influence d'un agent infectieux (par exemple le bacille tuberculeux) ; ils font d'ailleurs défaut dans un nombre respectable de cas et les nodules plus volumineux, appréciables à l'œil nu, manquent souvent aussi.

L'artérite syphilitique, — Heubner en fait un de ses caractères principaux, — n'aboutirait jamais à la dégénérescence graisseuse ni à l'infiltration calcaire, et différerait ainsi de l'athérome artériel. Disons toutefois que des exemples, qui paraissent incontestables, montrent aujourd'hui l'artérite syphilitique aboutissant à des altérations qui rappellent absolument l'athérome artériel<sup>1</sup> ; pour Baumgarten, l'endartérite décrite par Heubner ne serait qu'un degré inférieur de l'*endartérite gommeuse*, point auquel seulement la lésion revêtirait un caractère spécifique. D'un autre côté, Koster et Friedlander prétendent que l'affection par eux étudiée sous le nom d'*endartérite déformante* — (épaississement annulaire des tuniques artérielles) — correspond à la syphilis des vaisseaux cérébraux de Heubner..., et n'a rien de commun avec la syphilis.

Cette identité entre l'endartérite syphilitique de Heubner et l'endartérite déformante de Koster et Friedlander (non spécifique pour eux), nous la voyons confirmer par Schule (de Brunswick)<sup>2</sup>, à propos d'une observation de démence paralytique d'origine syphilitique. Dans ce cas, l'autopsie a révélé des lésions des vaisseaux cérébraux ; les artères basilaire, vertébrale, carotide

<sup>1</sup> Cornil. *Journal des connaissances médicales*, 11 février 1886.  
Février 1883.

interne, étaient transformées en conduits rigides, noueux, sans infiltration calcaire. L'examen microscopique a montré que les altérations étaient identiques à celles décrites par Heubner dans l'endartérite syphilitique, et Schule estime que *si ces altérations ressemblent à celles de l'endartérite oblitérante de Koster et Friedlander*, ce n'est pas sur le terrain anatomique seulement, mais aussi sur le terrain clinique qu'il faut rechercher les preuves de l'origine spécifique de l'affection.

Il fait remarquer que tous les cas d'endartérite oblitérante, observés jusqu'à présent et non provoqués par une méningite ou une tumeur, sont d'origine syphilitique ; et ces cas sont en grand nombre.

L'auteur ne veut pas aller aussi loin que Heubner et prétendre que toute endartérite déformante survenant chez un syphilitique a une origine spécifique. Il admet que cette affection peut se développer chez un syphilitique sans avoir des rapports de cause à effet avec la syphilis. Il termine en disant que l'opinion de Baumgarten, qui regarde l'*artérite syphilitique* de Heubner comme un degré inférieur de l'*artérite syphilitique gommeuse*<sup>1</sup> décrite par lui, donne la solution de la question de la syphilis des vaisseaux cérébraux. Dans le premier cas, l'affection reste à l'état de processus inflammatoire néoplasique chronique ; dans le deuxième cas, elle continue sa marche pour arriver à la production de gommages. Que l'artérite soit *déformante* ou *gommeuse*, dans les deux cas il y a déformation des vaisseaux, seulement elle est PARTIELLE ou totale.

« D'un autre côté, dit Legrand du Saulle, le tissu conjonctif cérébral et péri-cérébral subit aussi, par propagation, l'effet du virus qui irrite les régions périvasculaires, d'où les gommages localisées et les *scléroses diffuses* envahissant une plus ou moins grande étendue. En outre, le virus provoque des inflammations des méninges qui réagissent sur le cerveau. »

L'artérite syphilitique est réputée essentiellement oblitérante, par suite de ces proliférations nodulaires qui, débutant par un

<sup>1</sup> Cette conception est assez conforme à ce que nous connaissons des allures de la syphilis, par exemple au point de vue *cutané* : papule ou tubercule, le processus est toujours le même ; seulement dans le premier cas il y a résorption ; dans le deuxième la prolifération a été trop abondante, il y a nécrose gommeuse ou organisation scléreuse.



point de la circonférence du vaisseau, tendent à l'obturer progressivement. Par contre, M. Brault nous a dit avoir été frappé aussi par l'ulcération térébrante que détermine parfois la syphilis sur les artères, qu'il a pu voir trouées comme à l'emporte-pièce.

M. Lancereaux a insisté sur le peu d'étendue des lésions de l'artérite syphilitique, sur leur localisation au système artériel de l'encéphale. Il est remarquable néanmoins que les lésions artérielles de la syphilis sont d'ordinaire symétriques; il n'est pas très rare de les voir siéger, non plus seulement sur les vaisseaux de l'encéphale, mais sur les artères des membres et sur l'aorte. Elles peuvent même être diffuses, et occuper une grande étendue du système artériel.

Si nous nous sommes appesantis aussi longuement sur l'artérite syphilitique, ce n'est pas qu'on la retrouve fréquemment et si accusée dans les autopsies de paralysie générale des syphilitiques, mais c'est pour montrer que l'anatomiste sera difficilement en droit d'affirmer aujourd'hui que telle lésion d'une artère est due, et surtout *n'est pas due* à la vérole; par conséquent, il ne pourra rejeter *a priori* l'influence de cette maladie sur les altérations vasculaires qui ont pu commencer ou préparer la périencéphalite diffuse. Et nous sommes entièrement d'accord avec M. Thibierge<sup>1</sup>, lorsqu'il dit que la valeur pathognomonique qui, au début des recherches sur ce sujet, pouvait être légitimement attribuée à certains caractères de l'artérite syphilitique, n'a pas été confirmée par les travaux ultérieurs; l'énonciation de ces caractères a, dans les premières phases de ces recherches, largement contribué à faire admettre l'existence et la réalité de cette lésion; mais à l'heure actuelle on ne peut plus les considérer comme constants et univoques. Plus on approfondit l'histoire des lésions artérielles de la syphilis, plus leur domaine s'étend, moins elles apparaissent spéciales et spécifiques. On voit chaque jour s'accroître le nombre des cas où, la syphilis apparaissant à l'origine, les attributs macroscopiques et microscopiques des lésions n'ont plus rien de spécial et où ces lésions présentent les caractères généraux qu'elles offrent dans toutes les maladies infec-

<sup>1</sup> Thibierge. *Les lésions artérielles de la syphilis.* (Gaz. hôp., janvier 1889. Nous avons puisé dans cette revue un intéressant résumé des connaissances actuelles sur la syphilis artérielle.

tieuses : le processus étant identique dans toutes les maladies infectieuses, comme est identique la nature microbienne de l'agent causal, les lésions n'ont rien de spécifique dans leur apparence, extérieure, et, après avoir cherché vainement les caractères macroscopiques qui les distinguent, il ne resterait plus, après les preuves cliniques, qu'un moyen d'exploration et de différenciation : la recherche de l'agent pathogène spécifique. L'heure est proche peut-être, mais n'a pas encore sonné où, celui de la syphilis étant connu, cette preuve sera possible et dissipera tous les doutes.

La syphilis artérielle aboutit à deux ordres de lésions : les gommés, tributaires du traitement spécifique, puis des lésions banales, telles que les ramollissements, conséquences d'oblitérations artérielles, qui ne relèvent plus de la vérole qu'à titre secondaire, et contre lesquelles le traitement est sans action. Ce sont là les lésions indirectes de la syphilis qui, comme l'a établi M. Fournier, font plus de mal que les processus directement syphilitiques.

Les altérations des vaisseaux, petits et gros, disait au congrès de Washington M. Savage (de Londres), peuvent, d'après leurs localisations, donner lieu à des troubles variés. Et il ajoutait : « Il est douteux qu'il y ait des altérations de la névroglie. »

II. LÉSIONS DE LA NÉVROGLIE. — Voilà, en effet, le second point de la question. Obersteiner, comprenant qu'il ne suffisait pas de démontrer que l'on trouve chez les paralytiques généraux syphilitiques les lésions caractéristiques de la paralysie progressive en général, a cherché à établir que la syphilis produit habituellement des lésions qui, localisées aux centres nerveux, correspondent à ce qu'on appelle les lésions de la paralysie générale.

Sans entrer dans les détails des lésions de la paralysie générale, c'est une périencéphalite chronique, une inflammation lente de la pie-mère et de l'écorce. L'auteur<sup>1</sup> a établi que des éléments lymphoïdes sortis des vaisseaux se répandent dans le tissu nerveux et se transforment en corpuscules connectifs étoilés; les éléments connectifs fixes de ce tissu concourent sans doute aussi à la sclérose. Obersteiner croit que dans certains cas la cause de

<sup>1</sup> *Archiv. Virchow's*, t. LII.

cette altération doit être cherchée dans une lésion primitive du ganglion sympathique supérieur, que l'on trouve souvent fortement pigmenté.

Quant à la syphilis, abstraction faite des obstructions vasculaires des gros troncs de la base, elle produit, dit-il, deux sortes de lésions cérébrales :

1° *Localisées* : tumeurs spécifiques, gommès, etc.

2° Dans d'autres organes, par exemple le foie, une inflammation diffuse qui se distingue par sa tendance sclérosante. *A priori*, on devrait prévoir que cette forme de lésion syphilitique devait aussi se rencontrer dans le cerveau et notamment dans les parties les plus vasculaires, c'est-à-dire l'écorce grise.

En fait, Obersteiner a trouvé plusieurs fois *dans le cerveau d'aliénés syphilitiques une prolifération conjonctive considérable, avec des cellules connectives très augmentées de volume*. Il croit donc pouvoir conclure que la syphilis a un rôle étiologique important dans le développement de la paralysie générale. Ce rôle est souvent absolument direct ; c'est-à-dire que *la démence paralytique doit être rangée parmi les symptômes de la syphilis tertiaire*.

Rumpf (de Bonn), dont nous avons cité plus haut un passage affirmant l'origine vasculaire du tabes, est encore plus explicite qu'Obersteiner, mais au risque de nous répéter, reprenons absolument son argumentation :

Chez les paralytiques généraux syphilitiques les lésions qu'on trouve, dit-il, sont, par ordre d'importance :

1° Des exostoses et hyperostoses ;

2° La pachyméningite, fait beaucoup plus important : — (sur 57 cas, Mendel n'a trouvé que 10 fois la dure-mère normale) ;

3° Des altérations de l'arachnoïde et de la pie-mère :

— Méningite simple chronique ; méningite purulente rare (Meyer, Mendel) ; formations crétacées de la pie-mère (signalées) ; hydropisie de l'arachnoïde. — Mais il ne voit là dedans rien de caractéristique et il considère comme plus importante l'atrophie du cerveau et principalement du lobe frontal.

En effet, la plupart des observations constatent l'augmentation des cellules conjonctives et du tissu conjonctif ; fatalement il doit se faire que cette hypertrophie se produise aux dépens des éléments nerveux du cerveau. « Nous pouvons considérer ces altérations comme con-

« cordant absolument avec l'atrophie des fibres de l'écorce démon-  
 « trée par Tuzek <sup>1</sup> Les altérations des cellules ganglionnaires sont  
 « également en relation intime avec celles du tissu conjonctif. Il faut  
 « considérer ces lésions comme essentiellement caractéristiques de la  
 « paralysie générale ; mais la question se pose de savoir *si les altéra-*  
 « *tions des éléments nerveux sont primitives ou secondaires.* Nous y  
 « répondrons tout à l'heure ; occupons-nous maintenant des lésions des  
 « vaisseaux du cerveau ». Et après avoir passé en revue les notions  
 dues aux recherches de Esmark et Jessen, Mayer, Mendel, Chvostek,  
 Albutt, etc., il exprime sa propre opinion. Pour lui, dans bien des cas  
 où l'on avait vu des altérations manifestement ou non syphilitiques des  
 artères de la base et où on n'avait rien pu retrouver dans les autres  
 vaisseaux du cerveau, des examens anatomo-pathologiques complets  
 lui ont permis de retrouver des altérations dans les plus fines artères  
 et veines : ces altérations rappelaient en petit celles des artères basi-  
 laires ; elles coïncidaient avec l'atrophie décrite du cerveau.

A-t-on jamais considéré les altérations des artères de la base  
 comme secondaires ? Pourquoi voudrait-on dès lors considérer de la  
 sorte les altérations des artérioles ? « *Pour nous la disparition des*  
 « *fibres de l'écorce résulte de l'obstacle à leur nutrition* amenant les  
 « altérations du cylinder axis. L'augmentation, au début, de la masse  
 « cérébrale se fait par l'afflux de la lymphe ; l'atrophie consécutive  
 « par la résorption ; les lésions inflammatoires se produisent sous  
 « l'effet des décompositions chroniques, l'engorgement du ventricule  
 « et des espaces arachnoïdes est un engorgement *ex vacuo* ; tout  
 « cela enfin constitue les anneaux évidents de la chaîne patho-  
 « logique. »

*Donc les altérations vasculaires sont pour le moins la cause la  
 plus fréquente de la paralysie.* Enfin ces altérations sont-elles syphi-  
 litiques vraies ou banales ? Question moins résolue ; dans certains cas  
 on a vu l'infiltration syphilitique typique : donc là pas de doute ;  
 mais il reste beaucoup à élucider. Et pour affirmer sa conviction au  
 sujet de l'étiologie vasculaire de l'affection dont nous nous occupons,  
 Rumpf termine par l'étrange phrase suivante, que nous reproduisons  
 textuellement :

« Le plus idéal serait, en tout état de cause, si l'on pouvait réussir  
 « à utiliser à la place de l'appareil circulatoire malade, un système  
 « vasculaire collatéral pour la nutrition du cerveau. »

<sup>1</sup> Voyez plus loin *Lésions du tissu nerveux.*

II. LÉSIONS DU TISSU NERVEUX. — Les pages précédentes peuvent en somme être condensées dans les théories suivantes :

A. La lésion initiale de la paralysie générale est de la polycapillarite d'emblée (Rumpf)<sup>1</sup>;

B. Elle débute au contraire par la névroglie, qu'il y ait là maladie d'évolution (Luys) ou altérations acquises.

Pour un dernier groupe d'auteurs, c'est l'élément nerveux qui serait intéressé primitivement. Mais comment? Parfois on n'a trouvé aucune lésion des cellules nerveuses<sup>2</sup>, même pas celles récemment décrites par Mendel; parfois on les trouve granuleuses par endroits, mais ce fait existe aussi à l'état normal. Le début se ferait donc par les méninges? Mais on cite des cas exceptionnels où il n'y avait même pas adhérence de la *pie-mère*! Peut-être, il est vrai, un examen micrographique attentif et répété eût-il révélé çà et là l'infiltration embryonnaire dans la gaine lymphatique des artérioles que l'on a aussi considérée comme primordiale?

Savage pense que dans la paralysie générale syphilitique la phase anatomique terminale consiste dans une dégénérescence particulière de l'encéphale, différente de l'inflammation interstitielle de la paralysie générale vraie.

Mais quel est donc l'élément qui dégénère?

En 1881, Exner a découvert dans toutes les couches de l'écorce grise du cerveau des fibres à myéline abondantes.

Toutes les couches (cinq pour Meynert, quatre pour Schwalbe) sont traversées par ces fibrilles perpendiculairement à la surface cérébrale; mais dans la première il y a aussi des fibres parallèles à cette surface. Signalée par Kolliker, cette disposition a été étudiée et décrite spécialement, ainsi que l'arrangement des autres fibres à myéline de la substance grise, par Exner. Cet auteur se servait de l'acide osmique employé d'une façon spéciale, suivi de l'action de l'ammoniaque. Dans la deuxième couche, il y a aussi des fibres qui s'entre-croisent dans toutes les directions : les principales sont perpendiculaires à la surface du cerveau. Enfin entre la deuxième et la troisième couche, il y a aussi une série

<sup>1</sup> Idée en conformité avec la théorie infectieuse.

<sup>2</sup> Mendel. *Centralblatt*, 1884.

de fibres qui s'entre-croisent et forment, quand elles sont très abondantes et très grosses, dans certaines circonvolutions, les rubans de Vicq-d'Azir et l'une des couches blanches signalées par M. Baillarger.

On voit donc la grande richesse en fibres à myéline que présente cette substance grise, et ces fibres sont extrêmement grêles. Pour bien les voir il faut employer le procédé d'Exner ou le dernier procédé de coloration à l'hématoxyline de Weigert. (On trouvera cette méthode, en français, dans le traité technique de MM. Lee et Hennequy.)

Exner croit que les fibrilles nerveuses à myéline qui s'entre-croisent dans les deux couches supérieures sont des moyens de communication plutôt entre différents territoires de la substance grise qu'entre les gros faisceaux à moelle qui pénètrent jusque dans la troisième couche; mais leurs rapports avec les cellules des différentes couches restent encore inconnus.

Voilà donc rapidement décrit l'état normal.

Or, en 1881, Tuzek (de Marburg) montra à la Société des aliénistes de Berlin des coupes de cerveau de paralytiques généraux faites par la méthode Exner, et les fibres à myéline des couches périphériques n'y étaient plus; là-dessus, vives discussions avec Mendel. En 1884, Tuzek publie un grand travail intitulé : *Beitrag zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica*. Il reprend le sujet et arrive aux mêmes conclusions que précédemment. En même temps il montrait à la Société des neurologistes du sud-ouest de l'Allemagne des préparations que Weigert lui avait prêtées, faites par une nouvelle méthode, et confirmant absolument les résultats obtenus par le procédé de Exner. Tuzek croit que cette disparition des fibres à myéline, commençant par celles de la couche la plus superficielle est la seule lésion vraiment fondamentale de la paralysie générale. Il n'est pas convaincu des altérations des cellules qui ont été décrites de nouveau par Mendel; il oppose cette fonte de fibres à myéline à la méningite et à l'encéphalite interstitielle. Cette disparition serait le point de départ de la maladie, la lésion constante caractéristique.

Or, voici que Zacher, au Congrès des médecins aliénistes tenu à Baden-Baden en juin 1885, apporte une série de 30 cas, en comprenant 12 seulement de paralysie générale. Il a trouvé la dis-

parition de la myéline dans trois cas d'épilepsie, un d'idiotie, trois de démence sénile et trois de « verrucktheit », seulement il ne se prononce pas nettement sur le mode de disparition de ces fibres surtout dans les cas de paralysie générale. D'ailleurs, ces recherches sont publiées *in extenso* dans un premier article, dans les *Archives* de Westphal du mois de janvier 1887; mais Zacher a réuni 31 cas dont plusieurs sont différents de ceux antérieurement publiés par lui; en outre, il a contrôlé par le dernier procédé de Weigert les résultats obtenus par le procédé de Friedmann, à la suite d'une discussion avec Tuzek sur cette dernière méthode.

Nous voilà loin de l'affirmation si absolue de Tuzek.

M. Chaslin, médecin adjoint de Bicêtre, à qui nous empruntons l'exposé ci-dessus<sup>1</sup>, avait fait sur ce sujet des recherches, et préparé à ce point de vue un cerveau de paralytique général provenant du service de M. A. Voisin, à la Salpêtrière.

L'observation clinique était un type de paralysie générale de la femme. Or, avant de publier l'examen complet du cerveau, M. Chaslin annonçait déjà qu'il avait retrouvé exactement cette disparition de la myéline dans un endroit où la pie-mère n'est pas adhérente. « Dans ce point, près de la deuxième frontale gauche, disparition des fibres à la surface de la circonvolution et presque dans la troisième couche; mais les cellules sont intactes et ont leurs prolongements périphériques que l'on peut suivre sur une longueur extrême et ne présentant rien d'anormal, au moins avec le procédé employé. Les vaisseaux sont également intacts. Il semble donc que le point de départ des lésions, ou du moins les premières en date dans l'écorce grise, soient cette disparition de la myéline. »

Quelles étaient les autres lésions; quelles sont les relations de ces transformations avec la disparition de la myéline et principalement le mode de disparition de la myéline?

Ce sont autant de questions que nous souhaitons vivement de voir résoudre par notre sympathique et distingué confrère.

<sup>1</sup> *Journal des connaissances médicales.*

<sup>2</sup> M. Chaslin, disons-le en passant, a bien voulu nous exprimer son avis personnel, à savoir que l'extrême fréquence des antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux doit faire attribuer à celle-ci une influence de causalité, mais sans doute de causalité plus ou moins banale, en tout cas déterminante, non efficiente *dans la genèse* de la périencéphalite diffuse.

Personne en France n'oserait aller aussi loin que Rumpf et Obersteiner. Tout ce qu'on regarde jusqu'à présent chez nous comme démontré, c'est la production possible par la syphilis d'une paralysie générale *artificielle*, fonctionnelle, réalisée anatomo-pathologiquement par cette symphyse triméningo-cérébrale qu'on trouve déjà signalée en 1873 dans les *Morisonian lectures*, d'Edimbourg, par D. Skae<sup>1</sup>, et que M. Fournier a depuis démontré être si fréquente.

Cette méningite scléro-adhésive est l'intermédiaire anatomique entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale par syphilomes en foyers, comme dans les cas de M. Desnos. De toutes les lésions étrangères à la pérencéphalite diffuse primitive, c'est elle par excellence la plus apte à enfanter la forme clinique qu'avait en vue dans son livre le professeur Fournier, à savoir la pseudo-paralysie générale tabescente, dépressive avec affaïssement des facultés psychiques, sans perversion parfois du processus de l'idéation. Elle constitue une variété anatomique de transition, moins incurable que la paralysie générale vraie, susceptible d'amélioration avant que soit consommée l'organisation scléreuse de l'exsudat, mais moins curable cent fois que les syphilomes gommeux en foyers dont elle est séparée par la même distance qui existe en dermatologie entre une gomme qui s'ulcère et un syphilome hypertrophique diffus à tendance sclérosante.

Mais l'une et l'autre de ces deux formes ressortissent aux pseudo-paralysies générales, et de ce côté nous considérerons comme fermée la parenthèse.

Un grand nombre d'auteurs regardent la paralysie générale vraie comme étant souvent fille de la syphilis; a-t-elle dans ces cas une évolution et un pronostic qui lui soient particuliers? C'est là ce que nous examinerons dans le chapitre suivant.

<sup>1</sup> Voici le texte même de la leçon, telle que nous la trouvons publiée dans le *Journal of. Ment. Sc.*, d'avril 1875, par les soins du D<sup>r</sup> Clouston:

« La troisième forme de troubles cérébraux d'origine syphilitique est réalisée par la *méningite* affectant la substance corticale du cerveau secondairement; comme résultat, il y a adhérence des méninges au cerveau, entre elles, et au squelette. Cette forme est communément associée à la *folie syphilitique* avec sa céphalée et son hypocondrie initiales, sa perte graduelle de la faculté de penser, des troubles de la motilité et des sens, sa démence terminale et sa paralysie. »



## CHAPITRE VI

### LA « PARALYSIE GÉNÉRALE D'ORIGINE SYPHILITIQUE » A-T-ELLE DES CARACTÈRES CLINIQUES PROPRES? COMMENT LA DISTINGUER DES AUTRES PARALYSIES GÉNÉRALES?

Tant qu'on a cru que la syphilis ne produisait que des pseudo-paralysies générales ou tout au moins des paralysies générales *spéciales*, on s'est évertué à chercher entre ces dernières et la paralysie générale classique des différences de toutes sortes, différences d'origine, de symptômes, d'évolution, de lésions, de gravité.

Aujourd'hui, pour ceux qui admettent que la syphilis constitue l'antécédent habituel de toutes les paralysies générales, cette recherche n'a plus sa raison d'être. La théorie adverse, n'admettant que des pseudo-paralysies syphilitiques, nous renvoie à Mickle et à Fournier; mais la théorie mixte, reconnaissant la syphilis comme cause de la plupart des paralysies générales (ou seulement d'un grand nombre de paralysies générales), la seule tout au plus que nous puissions, avant de conclure et pour ne rien préjuger, considérer comme susceptible d'être acceptée, complique bien plus la question, puisque nous allons nous trouver en présence de trois affections différentes à caractériser, à savoir :

- 1° Les pseudo-paralysies générales syphilomateuses;
- 2° Les paralysies générales vraies d'origine syphilitique « ou pseudo-paralysies générales de Fournier » ;
- 3° Toutes les autres paralysies générales vraies.

La première catégorie est vaste à l'infini, puisque les tumeurs cérébrales à évolution chronique peuvent la reproduire. Elles sont constituées lorsqu'elles arrivent à présenter en clinique un faisceau

suffisamment fourni des symptômes de la péri-encéphalite diffuse. La ressemblance sera encore plus intime avec la paralysie générale si au lieu d'une lésion en foyer nous avons une altération en nappe du système cortico-méningé; celle-ci, — et peut-être est-ce elle que M. Fournier a entendu désigner « pseudo-paralysie générale », — simulera la paralysie générale d'autant plus parfaitement qu'elle la réalisera mieux artificiellement par sa diffusion, et ne pourra le plus souvent en être différenciée, — bien qu'étant du même ordre nosologique — que la pseudo-paralysie générale par lésions en foyers intéressant les « centres psychiques ». Elle ressemblera beaucoup plus à la paralysie générale vraie qu'aux pseudo-paralysies générales incomplètes auxquelles nous faisons allusion. Et on le comprendra sans peine : qu'une artère, qu'un groupe d'artères soit oblitéré dans le même laps de temps et au même degré par deux processus différents; ces derniers se traduiront par les mêmes symptômes cliniques; tel est le cas, si bien que nous nous trouvons en somme, pour revenir à notre sujet, en présence des formes suivantes :

<b>Pseudo-paralysies générales</b>	}	N° 1. PAR SYPHILOMES NODULAIRES (interprétation de Foville)	{	A. <i>Gomme méningée en nappe primitive.</i>
		N° 2. PAR NAPPE SCLÉREUSE		B. <i>Sclérose méningée secondairement diffusée.</i>
<b>Paralysies générales vraies</b>	{	a. Supposées d'origine syphilitique.		b. Vulgaires (toutes les autres).

Toutefois, dans la pratique, on simplifie, et voici pourquoi :

1° Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'unité, l'entité morbide à laquelle répond la maladie de Bayle; aussi la pseudo-paralysie générale n° 2 (nappe scléreuse), qui tend à établir une confusion nosologique, est-elle à l'unanimité rejetée du nombre des paralysies générales et rangée, dans un intérêt dogmatique, à côté des pseudo-paralysies générales par syphilomes en foyers.

2° Ceux qui admettent une origine syphilitique à la paralysie générale (l'étiologie seule étant en cause, et non le mécanisme anatomo-pathologique), ne prévoient aucun motif de séparer cette maladie en plusieurs types existant du fait seul de la différence d'origine, et ne cherchent même pas à le faire, pensant

d'ailleurs que toute différenciation de ce genre serait chimérique, attendu, comme le disent MM. Ball, Blanche, Luys, Mesnet, etc., qu'il n'y a pas deux paralysies générales qui se ressemblent; aussi ceux-là disent-ils *a priori*: Non, la paralysie générale évoluant chez les syphilitiques n'a pas de symptômes spéciaux.

3° En dernier lieu, pour tout le monde, qui dit paralysie générale dit maladie incurable, et, à tort ou à raison, une guérison obtenue par n'importe quel traitement sur un malade de ce genre ferait immédiatement rectifier le diagnostic dans ce sens: « *pseudo-paralysie générale* ».

Examinons cependant ce que pensent les auteurs du diagnostic différentiel que nous cherchons à établir, en nous rappelant que *pour la majorité des auteurs qui ont abordé cette discussion*, PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE est synonyme, dans la pratique, de PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE PAR SYPHILOME EN NAPPE DE L'ÉCORCE ET DES MÉNINGES. Après Junius Mickle, qui venait de tracer un fort beau parallèle de la syphilis cérébrale et mentale à forme de paralysie générale (duquel nous avons rapproché le schéma de M. Motet), M. Fournier est venu poser, d'une façon magistrale et qu'on pouvait croire définitive, le diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie générale syphilitique et de la paralysie générale. Nous n'allons pas, à l'instar de A. Foville, suivre pas à pas et discuter la Leçon du professeur de Saint-Louis; voyons seulement si les faits publiés depuis ont confirmé sa manière de voir et si l'éloquent plaidoyer du maître a convaincu ses contemporains.

Quelques caractères différentiels indiqués par M. Fournier en faveur de la paralysie générale d'origine syphilitique.

A. — *Absence ordinaire du délire des grandeurs*. — Mais il n'existe, d'après M. Baillarger que 4 fois sur 5; il peut exister ailleurs que dans la paralysie générale et en particulier dans la syphilis cérébrale non corticale. Voyez l'observation X de la thèse de M. Vernet [« ataxie avec délire des grandeurs » puis paralysie générale (Christian)], etc. Sur les 123 paralytiques généraux chez qui Jespersen a trouvé 77,2 p. 100 d'antécédents

syphilitiques, les idées de grandeur se trouvaient 92 fois, ordinairement très prononcées..... Il est vrai qu'il y a toujours la même source de confusion, Jespersen parlant de paralysies générales vraies que M. Fournier eût appelé (1879) « paralysies vraies évoluant chez des syphilitiques ».

D'après Saucet (thèse de Paris 1878), les idées de grandeur, *très fréquentes* au début, disparaîtraient ensuite souvent sans retour après une courte apparition.

*Remarque.* — Il y a lieu de faire observer ici que le plus souvent, dans le cas où existe le délire expansif, on note de temps à autre des manifestations du délire dépressif, si bien qu'il se rencontre des malades chez lesquels existent alternativement des deux espèces de délire. — Quand cette modalité clinique est très accentuée, on voit se poser la question du diagnostic différentiel avec la *folie circulaire* — diagnostic qui est loin d'être toujours facile. Le délire expansif peut cependant exister seul surtout dans sa forme la plus atténuée, celle de la « satisfaction ». Mais il est encore plus fréquent de rencontrer à l'état isolé le délire dépressif, surtout limité à la forme asthénique.

B. — *Prédominance ordinaire de la forme dépressive, sans délire, « tabes cérébral ».* — Le fait est exact; mais, outre que de tels cas ont été classés dans les paralysies générales vraies, même depuis M. Baillarger qui les a rangées dans la forme dépressive, nous avons dit que ce type clinique répondait vraisemblablement au syphilome scléreux étalé des méninges quand il siège sur les lobes antérieurs<sup>1</sup>

C. — *Fréquence des paralysies partielles localisées, dissociées, (surtout paralysies oculaires et hémiplégie) notamment à la période prodromique.* — Rien de plus vrai, et c'est là la caractéristique de la syphilis cérébrale. Malheureusement, outre que plusieurs de ces phénomènes, les paralysies oculaires en particulier, sont ordinaires dans le tabes, qui ne peut jamais être syphilitique qu'*indirectement* comme la paralysie générale vraie, MM. Falret et Magnan les ont signalés dans les prodromes de la

<sup>1</sup> Nous renvoyons, pour supplément d'instruction, à la discussion qui suit l'exposé de nos observations de paralysie générale; ici, nous avons surtout exprimé l'opinion générale des auteurs.

paralysie générale, qui va maintenant avoir sa période « prédéli-rante » correspondant à la période si heureusement nommée *pré-ataxique* du tabes.

Il convient de remarquer au surplus que M. Fournier, en se fondant sur ce signe des paralysies complètes et subites, était d'accord avec les classiques; Lasègue n'avait-il pas dit : « Tout ictus, suivi de paralysie, n'est pas de la paralysie générale ? »]

D. — *Tremblement des lèvres moins accentué.* — *La parole n'est pas scandée, saccadée, mais surtout empâtée; c'est plutôt la bouche « pleine de bouillie » du ramollissement.* Ce signe, rejeté par Foville, est cependant excellent, mais précisément pour les pseudo-paralysies générales, pour les destructions vulgaires du tissu par un processus quelconque, qui se trouve ici être syphilitique.

Ne poussons pas plus loin : comme M. Fournier, répétons-le, n'avait dans la pensée que des pseudo-paralysies générales<sup>1</sup>, et que ceux qui acceptent la discussion n'ont en vue que des paralysies générales vraies, il était impossible qu'on tombât d'accord; aussi voyons-nous les idées de M. Fournier rejetés par tous les aliénistes : MM. Ball, Blanche, Luys, Magnan, Falret, Foville, Régis n'admettent pas que l'évolution et le pronostic de la paralysie générale soient modifiés chez les syphilitiques. En Allemagne, Schüle n'admet pas la possibilité d'un diagnostic différentiel; Rumpf pense que les caractères spéciaux, décrits par Fournier, font probablement partie d'autres affections cérébrales diffuses; sinon, ils rentrent dans la paralysie générale, et on se trouve alors en présence de celle-ci avec tous ses symptômes habituels.

« Les signes différentiels qu'on a fournis sont sans valeur », dit Obersteiner. Enfin, pour Haslund, non seulement la paralysie, générale syphilitique n'a pas de caractères spéciaux, mais c'est la syphilis « qui produit les cas typiques de paralysie générale tandis, que ceux qui sont moins typiques semblent avoir une autre cause ».

<sup>1</sup> Un premier groupe de faits sont relatifs à *paralysies générales vraies*, incontestables, ayant présenté les symptômes les plus classiques de cette terrible maladie, en ayant présenté l'évolution usuelle, voire les lésions caractéristiques; ce sont là *bel et bien, au-dessus de toute controverse possible*, des exemples de paralysie générales survenues chez des syphilitiques. *La syphilis du cerveau*, p. 337.

Au reste, personne n'a nié l'extrême difficulté du diagnostic qui nous occupe, et, pour ne citer que deux exemples, voici deux cas qui feraient la joie des auteurs dont nous venons de rapporter les noms; ce sont :

1° Le cas de Foville, ayant trait à un officier « paralytique général » avec tous les symptômes les plus caractéristiques; à l'autopsie, rien de semblable aux lésions de la périencéphalite chronique, mais deux plaques larges comme une pièce de deux francs à la face externe de l'hémisphère gauche, sans adhérences marquées, avec infiltration à ce niveau de matière caséuse dure occupant toute l'épaisseur de la substance corticale et empiétant sur la substance médullaire. Couches optiques infiltrées par place de cette même matière caséuse.

Pas d'examen micrographique; — le malade était syphilitique.

2° Le troisième des cas de syphilis cérébrale publié par Mickle<sup>1</sup>, concernant un malade atteint de démence paralytique type, et à l'autopsie duquel on trouva de l'arachnitis et une destruction des circonvolutions fronto-pariétales.

Ainsi, dans l'observation de M. Foville, on avait pris pour une périencéphalite diffuse une pseudo-paralysie générale par syphilome en foyer; dans le cas de Mickle, la syphilis avait produit artificiellement une « paralysie générale typique ».

Nous restons donc, de l'avis général des auteurs, dans l'impossibilité absolue de répondre à cette question : une paralysie générale étant donnée, la syphilis a-t-elle quelque part à sa genèse?... D'après Obersteiner, les circonstances qui pourraient faire rechercher et supposer la syphilis dans les antécédents d'une paralysie générale sont les suivantes :

I. *Apparition précoce de la maladie.* — Dans les 37 cas de cet auteur, elle se déclara 3 fois de vingt-cinq à trente ans et 9 fois de trente à trente-cinq ans. Jespersen a observé la paralysie générale après cinq ans de syphilis<sup>2</sup>

Signalons ici deux observations publiées en 1885 par M. Régis : la première dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (juillet 1885); la deuxième dans l'*Encéphale*.

1<sup>re</sup> observation. — Cas très net de paralysie générale progressive

*Journal of Mental Sciences*, 1879-80.

<sup>2</sup> Pour Obersteiner, la moyenne d'intervalle est de six à sept ans.

chez un jeune homme ayant contracté la syphilis en nourrice. — apparition des symptômes de paralysie générale à seize ans. — forme dépressive, sans conceptions délirantes; affaiblissement intellectuel et troubles physiques très accusés. Malgré le traitement spécifique, cachexie, mort. — Pas d'autopsie.

2<sup>e</sup> observation. — Syphilis héréditaire, début de la paralysie générale à dix-sept ans, — symptômes très manifestes, — mort à dix-neuf ans. — Pas d'autopsie.

II. *Etat anormal d'une ou des pupilles, généralement mydriase.* — D'après Lunier, l'absence d'inégalité pupillaire, comme de délire ambitieux, caractérise les pseudo-paralysies générales.

III. *Influence, jusqu'à un certain point, du traitement.* — Un de nos correspondants y joint l'absence de cicatrices, preuve que la syphilis n'a pas été maligne précoce ni ulcéreuse. Cela est vrai à condition qu'on connaisse l'existence antérieure de la syphilis; on ne pourrait pourtant pas diagnostiquer sûrement sur celle-ci pour cette seule raison qu'elle n'aurait pas laissé de traces! Nous verrons bientôt si l'examen des faits inédits que nous publions permet d'ajouter quelque nouveau signe caractéristique.

Nous venons de parler de l'*influence du traitement*, consacrons lui quelques lignes.

1<sup>o</sup> Il est de notoriété commune que la paralysie générale, comme les formes tardives et complexes de syphilis cérébrale, survient presque exclusivement chez les sujets qui ont eu au début une syphilis bénigne, légère, insignifiante, quelquefois inaperçue..., non ulcéreuse, partant ne donnant pas lieu à des cicatrices, d'où difficultés ultérieures pour l'enquête médicale. Pourquoi cette préférence de la paralysie générale pour la syphilis jadis légère? Parce que chez ces sujets, dit-on, la vérole n'a pas suffisamment épuisé son action? C'est bien plus probablement, comme le pense M. Fournier, parce qu'elle a été peu ou point soignée.

Jespersen dit que ses paralysies générales ont été observées chez des malades ayant suivi ou non un traitement mercuriel; mais qu'est-ce qu'« un traitement mercuriel », aujourd'hui que, nous l'avons dit, on admet qu'un traitement d'un an, voire de deux ans au début, est insuffisant pour garantir avec certitude des atteintes du tertiairisme.

2° *Curabilité de la paralysie générale par les spécifiques.*  
 A. *Pour les paralysies générales vraies*, l'influence du traitement est regardée comme nulle par presque tout le monde; Jespersen, Rohmel, Neumann, Obersteiner, Ripping, etc.; nous ne parlons pas naturellement de ceux qui n'admettent pas l'origine syphilitique possible de la paralysie générale. A peine lui attribue-t-on quelques améliorations ou rémissions peut-être spontanées d'ailleurs.

B. *Pour les pseudo-paralysies générales*, M. Fournier reconnaît que c'est, de toutes les syphiloses nerveuses, la plus difficile à guérir, même quand elle est prise dès le début.

La possibilité de leur guérison est cependant certaine; « leur curabilité est hors question » (Neumann).

Et les cas en sont nombreux: Lunier (2 cas), Rendu (2 cas, 1875), Mickle. En dernier lieu, citons le beau cas de pseudo-paralysie générale éthylo-syphilitique publié dans le *Journal of Ment. Sc.* (1886-1887), par A.-B. Urquhart, médecin superintendant de l'asile royal de Murray (de Perth).

Syphilis datant de deux ans et demi; céphalée, délire du doute; lenteur de l'idéation; parésie des extrémités; embarras de la parole. — Guérison: 1° des symptômes mentaux (rapide); 2° des symptômes paralytiques (lente).

A la Société médico-psychologique d'Angleterre, en sa séance trimestrielle tenue à *Bethlem Hospital*, le 9 novembre 1886, une discussion a été ouverte au sujet de la communication de M. Urquhart et de la question « syphilis et paralysie générale; » il a été conclu qu'on ne savait rien de définitif et que le diagnostic était impossible. Cette impossibilité d'établir le diagnostic, de laquelle tout le monde convient, a dans l'espèce cet heureux résultat que les auteurs même opposés à l'étiologie syphilitique s'accordent sur l'indication de tenter au début, dans le doute, le traitement spécifique.

---



## CHAPITRE VII

### OBSERVATIONS DE PARALYSIE GÉNÉRALE CLASSIQUE ÉVOLUANT CHEZ DES SYPHILITIQUES

#### OBSERVATION I

##### *Paralysie générale syphilitique.*

X..., quarante ans. — Syphilis, début incertain ; soigné il y a cinq ans par Bazin pour des syphilides circonscrites ; depuis quelques mois exostose tibiale ; ulcération à la face interne d'un orteil ; périostose du gros orteil. Depuis deux ans, bizarrerie de caractère : projets saugrenus, perte de mémoire. Puis cela a augmenté ; il a eu de vraies crises de folie.

27 janvier 1876. — Type de paralysie générale. Marche bien, hardiment, mais frappe le sol du pied, relève le pied, puis tout à coup manque de tomber. Se vante de ses forces ; jette ses jambes en l'air, projette ses bras, se frappe la taille, puis trébuche en ramassant son chapeau ; défaillances subites de la marche. Serre avec assez de force. Parole caractéristique, traînée avec arrêts. bredouillements ; tremblement de la langue intermittent. Inégalité des pupilles (par moments). Très satisfait de sa santé. « Il bredouillait jadis, c'est passé. » Projets bizarres, veut faire son droit. — Traitement, frictions Hg et KI.

#### OBSERVATION II

*Tares nerveuses héréditaires. Paralysie générale, la syphilis en ayant été, chez un organisme prédisposé, la cause déterminante, non efficiente (FOURNIER).*

B..., âgé de trente-deux ans.

A. *Côté paternel.* — Rien à noter ; un oncle paternel aurait pré-

senté, en Italie, à la suite d'une syphilis, des symptômes d'ataxie (?) aujourd'hui très améliorés; une grand'tante paternelle aurait été folle.

B. *Côté maternel*. — Mère extraordinairement excentrique « toquée ».

C. *Collatéraux*. — Un frère utérin, syphilitique, est mort de tabes cérébro-spinal. Il existe un second frère, plus jeune que le malade de quelques années et bien portant.

*Antécédents personnels*. — Syphilis en 1878 ou 1879 (étant soldat), qui aurait été bénigne. A toujours été bizarre, même dans son enfance. Etant interne dans un pensionnat, il s'échappa pendant plusieurs jours; on ne sut jamais où il était allé. Le père, qui donne ces renseignements, ignore s'il a fait des excès de femmes (le malade assure que non). Pas d'alcoolisme connu.

En août 1886, un ami avertit le père que le malade avait des allures extraordinaires et battait la campagne.

En octobre 1886, — il traduisait mot à mot des ouvrages anglais en français; on fut obligé de le remercier. En même temps changement de caractère; il s'occupait du ménage, était toujours sur le dos des bonnes (manies d'économie); mais c'est depuis janvier 1887, qu'il est tout à fait « dérangé ».

1<sup>er</sup> juin. — Un médecin lui prescrit de l'iodure au vu d'une lésion crânienne (?) et l'adresse à M. Fournier.

14 juin. — Entre à l'hôpital Saint-Louis, dit adieu à son père avec qui il cause encore à peu près bien.

*Etat actuel* :

15 juin 1887. — A l'air gai, souriant, presque familier, demi-niais. « Pourquoi êtes-vous à l'hôpital? — Parce que je suis malade. — Quelle est votre maladie? — Je suis malade! » Impossible d'en tirer autre chose sur ce sujet. « Quelle est votre profession? » — Impossible d'avoir de lui une réponse là-dessus. Il nous fait seulement comprendre qu'il est homme de lettres. « Ah! c'est que j'ai un style, quel style! » — « Mais vous êtes bien portant, solide? » — « Tous les matins je fais vingt-cinq kilomètres. » Nous lui demandons s'il a jamais fait des travaux de tête fatigants. Or, ce qui l'a le plus frappé, c'est qu'étant soldat, il a appris trois règlements différents: et comme il commandait bien « il n'y avait que sa compagnie, on n'entendait que sa voix, sa voix perçait du bois ». L'idée militaire prédomine. « Mais depuis quand êtes-vous malade? — Je ne suis pas malade. — Lisez une ligne? — Je ne puis pas, on m'a défendu de lire et d'écrire. » — « Quand avez-vous eu la syphilis? » Il ne se le rappelle plus au juste. Et cependant il cite certains détails anciens avec une précision remarquable. En somme, asthénie intellectuelle, sans déviation. « Décousu. » Pas de délire. Simple satisfac-

tion de lui-même. Cependant il revient avec complaisance sur deux idées : 1° « Quel style il a ! Il ne travaille que les grands auteurs, l'Académie entendra parler de lui. » 2° Le grand rôle qu'il a joué étant militaire (sergent-major, a servi cinq ans, engagé volontaire). En outre, incohérence dans les propos; au milieu de son interrogatoire, il se mouille les yeux avec sa salive : « Enfoncé le monocle ! c'est moi qui ai trouvé cela, plus d'yeux qui vous piquent ou vous gênent. »

*Amnésie*; incapacité absolue pour les affaires; lit bien, sans hésiter, sans bredouiller, sauf aux noms propres. Indique très bien les nuances.

*Ecriture*. — Caractéristique; caractères tremblés, surtout quand il s'applique : s'y reprend à plusieurs fois pour tracer ou remettre des lettres oubliées. Parole non scandée, mais un peu hésitante; parfois « bouillie » dans la bouche, contraction des zygomatiques avant d'articuler. Tremblement de la langue très faible; tremblement des mains très accusé quand il étend les bras. Pas de parésie. Pas de maux de tête. Démarche solide, se tient très bien les yeux fermés; court à cloche-pied. « Voulez-vous que je valse ? » Pas de symptômes urinaires. Puissance virile : n'a pas d'envies depuis la mort de sa femme (1885). « Traitez-moi raide et guérissez-moi vite. »

17 juin. — A l'air de ne pas reconnaître son père. Ne paraît pas s'être aperçu qu'il est dans un hôpital. Se trompe de bâtiment pour rentrer. Sort de l'hôpital peu après : incohérence plus grande, tourne à la démente.

### OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de MM. A. FOURNIER, ROUILLARD et CHAMBARD.)

*Paralysie générale des aliénés chez un syphilitique. Trois accès successifs et deux rémissions. — Excitation maniaque. — Attaque épileptiforme. — Mort. — Pseudo-paralysie spécifique (LEGRAND DU SAULLE).*

Ch... (Emile), quarante ans, agent d'assurances, né en août 1845.

Antécédents héréditaires. — Enfant naturel. Père, le baron N..., mort à soixante-treize ans de la goutte, directeur d'une grande compagnie d'assurances; bon, « la bonté même »; sobre, intelligent, musicien, poète, mathématicien, etc. Mère morte à soixante-trois ans, rhumatisante, nerveuse, attaque de nerfs. Grand-père maternel aimait à « siroter ».

*Antécédents personnels*. — Etudes moyennes; voulait passer le baccalauréat ès sciences et entrer à Saint-Cyr. Dirigé par son père vers le commerce, envoyé en Angleterre à dix-neuf ans pour

apprendre l'anglais. A vingt ans entre dans une maison de commission de Paris. A vingt-sept ans, fait « la place » des diamants, entre ensuite dans une compagnie d'assurances. En 1870, attaque de « rhumatisme et de goutte »; c'était « l'héritage à papa ».

Octobre 1871. — Deux chancres indurés génitaux, à l'âge de vingt-six ans.

1872-73. — Accidents secondaires légers, mais assez fréquents. Traitement irrégulier à plusieurs reprises pendant deux ans.

1884. — Tentative de suicide.

1885. — « Excentrique. » Casse une bouteille d'eau minérale avariée sur la tête d'un pharmacien qui refusait de la reprendre; pour ce fait, *premier internement* (9 mars 1885).

Certificats : *Préfecture de police*. Troubles cérébraux avec agitation délirante, tentative de suicide, etc. (Reclus.) — *Admission*. — Léger affaiblissement intellectuel avec préoccupations hypochondriaques; idées confuses de persécution, excitation passagère, inégalité pupillaire (Magnan). — *Immédiat*. — Délire mélancolique avec stupeur, mutisme, résistance à l'alimentation, nécessité d'une surveillance spéciale (E. de Lamaëstre). — *Sortie*, 8 juin 1885. — Délire mélancolique avec idées de suicide; se rend compte de sa situation; toutes ses conceptions délirantes ont disparu, peut être mis en liberté; doit se rendre à la campagne chez des amis où il se reposera un mois avant de reprendre son commerce (E. de Lamaëstre).

*Deuxième internement* (9 juillet 1885).

Certificats : *Préfecture de police*. Syphilis cérébrale. Excitation intellectuelle violente. Divagations orgueilleuses; commencement d'incendie dans son logement; excentricité. Dilatation inégale des pupilles. Pseudo-paralysie générale spécifique. Nulle conscience de ses actes (9 juillet 1885, Legrand du Saulle). — *Admission*. — Léger affaiblissement intellectuel avec idées ambitieuses. Activité désordonnée. Sensibilité. Inégalité pupillaire (Magnan). — *Immédiat*. — Excitation maniaque liée à une pseudo-paralysie générale de nature spécifique (Lamaëstre). — *Sortie*. — Excitation maniaque symptomatique d'une paralysie générale. Parfaitement calme depuis deux mois et ne présente aucune idée délirante; peut être mis en liberté. Sa sortie est vivement sollicitée par plusieurs de ses amis (E. de Lamaëstre).

Fin octobre 1886. — Excitation maniaque. Etant au Théâtre-Français, il se déshabille dans sa loge et jette son gilet sur la scène, à Mounet-Sully, en signe d'approbation. — Pour ce fait :

*Troisième internement* (3 novembre 1885). — Paralysie générale; idées mélancoliques. Inégalité pupillaire. Idées de grandeur; il est

millionnaire, etc. Excès alcooliques; diminution de la mémoire (Legras).

4 novembre 1886. — Léger embarras de la parole; inégalité pupillaire. Optimisme, quelques idées de grandeur; croit qu'il va aller représenter la Compagnie générale en Algérie et gagner 20,000 francs par an (syphilis ancienne, en 1871) (Pichon).

Pendant ce dernier séjour à la clinique de Sainte-Anne, les idées de grandeur qu'il présentait au début disparaissent fort vite; cependant il a toujours soutenu qu'il devait aller en Algérie représenter la Société générale aux appointements de 20,000 francs par an. Il faut savoir, d'ailleurs, qu'il a gagné des sommes semblables, une prime d'assurances lui ayant rapporté 60,000 francs. Sorti sur ses instances, et sur celles de ses amis très amélioré, mais ayant encore de l'inégalité pupillaire, du tremblement fibrillaire de la langue; la mémoire n'était pas très infidèle et l'intelligence était assez vive; pas d'idées franchement démentes; il a cependant soutenu à M. le professeur Fournier qu'il avait acheté pour 25 francs une arme de précision valant 1,000 francs. Quinze jours environ après sa sortie, est venu à Sainte-Anne à cheval, caracolant dans la cour, tenant sous les bras douze elzévir qui par miracle ne tombèrent pas. C'était un cadeau pour une princesse du Chili qu'il devait épouser; plusieurs millions de dot; il parlait avec volubilité et dans plusieurs langues, racontait des grivoiseries. Il a tenu à serrer la main à tous les employés et est parti au grand galop sans dire adieu. Quelques jours après, nous apprenions qu'il était entré à Ville-Evrard.

*Quatrième internement. Etat actuel.* — Homme de taille moyenne, brun, assez vigoureux, physionomie assez fine et assez intelligente. Air bon enfant. Aspect d'un courtier de commerce. Pas d'anomalies de conformation. Rétrécissement considérable des deux pupilles, plus prononcé à droite: pupille droite, 1 millimètre; pupille gauche, 2 millimètres environ. Ce myosis double existerait, d'après le malade, depuis sept ou huit ans et aurait « étonné M. Fournier ». Légère hypermétropie. P p. 0<sup>m</sup>,28; Pr 0<sup>m</sup>,70. Jamais de diplopie. Pas de ptosis. Tremblement de la langue, de l'orbiculaire des lèvres, des mains, douteux ou à peine appréciable; pas d'embarras de la parole, même sous l'influence de l'émotion. Force musculaire notable.

Dynamomètre	}	Main droite.....	37, 35, 55	moyenne.....	55,20
		Main gauche.....	35, 45, 37	moyenne.....	39,00
		Total.....			<u>94,20</u>
			Moyenne.....		<u>47,10</u>

A son entrée, Ch... est calme et raisonnable; répond aux questions avec clarté, bonne humeur et un peu de faconde. Optimisme sans conceptions délirantes proprement dites. Le malade ne doute de rien; tout lui sourit; il a fait des affaires d'assurances superbes; il va épouser une jeune fille de dix-neuf ans, intelligente, instruite, musicienne, polyglotte, jolie, mais sans fortune. Elle est un peu jeune, mais il est encore « vert et vigoureux »; compte être heureux en ménage et avoir beaucoup d'enfants; il est enfin sur le point de partir pour Toural où il doit diriger une exploitation minière qui doit lui rapporter d'immenses bénéfices. C'est même en faisant à ses amis ses visites d'adieu qu'il fut arrêté sur la réquisition d'un cocher à qui il ne pouvait payer la somme de 20 francs due pour de nombreuses courses dans Paris. Calme à son entrée, Ch... ne tarde pas à s'exciter.

16 février. — Agitation. Le malade crie la nuit et s'est battu avec son voisin de dortoir.

24 février. — Agitation plus vive. Placé au quartier des agités, il déchire la camisole de force dont on l'avait revêtu. Pérore, parle de « ses amis » les D<sup>rs</sup> Labbé et Fournier. Il a entendu « esquinter » le D<sup>r</sup> X., l'« Irlandais » par six docteurs. Il récrimine, en termes grossiers, contre les médecins.

29 mars. — Anthrax de la région sous-épineuse droite (0<sup>m</sup>,12 de largeur). Large et profonde incision. Un thermo-cautère et pansement à l'iodoforme. L'opération ne paraît causer presque aucune douleur. Guérison sans réaction générale ni complications en une quinzaine de jours; l'agitation continue.

1<sup>er</sup> avril. — Vive agitation. Le malade a tout déchiré et est tout nu dans sa cellule. Exaltation. Bavardages. Regrette de ne pas être « crevé »; ses amis l'abandonnent. Se promet de les tuer avec un revolver du calibre de 9 millimètres qu'il a toujours sur lui. Propos orduriers.

19 juin. — Nouvel accès d'agitation; en se disputant avec un autre malade, arrache une barre de fer de la fenêtre et s'en fait une arme dangereuse; mord les infirmiers qui le désarment non sans peine.

17 juillet. — Plus calme. Contusion des masses musculaires de la région dorsale, crurale, antérieure et interne des deux membres inférieurs, due à une constriction exagérée exercée par une courroie servant à fixer le malade sur son fauteuil.

27 au 30 juillet. — Série d'attaques épileptiques se rapprochant et finissant par constituer l'état de mal épileptiforme. Élévation progressive de la température.

31 juillet. — Mort.

AUTOPSIE faite le 1<sup>er</sup> août, vingt-huit heures après la mort. — Lésions de la paralysie générale classique :

Cavité crânienne	Pesée de l'encéphale	
Hém. D.....	565 gr.	} 1.121 } } 1.296
Hém. G.....	556	
Protubérance. Cervelet. Bulbe.....	171	

Ensemble de l'encéphale : 1,293. Erreur de pesée : 3 grammes. Hémisphère gauche. — Granulations épendymaires sur la paroi des ventricules (moyen et latéral). Pas de méningite chronique, sauf quelques traînées opalescentes; quelques sillons de la région frontale externe. Adhérence de la pie-mère, entraînant des plaques de substance corticale ramollie au niveau du tiers antérieur de la première frontale externe, de la circonvolution olfactive, des circonvolutions de l'insula et du tiers antérieur de la circonvolution frontale externe. Rien au lobe temporal. Rien sur les coupes de l'hémisphère pratiquées d'après la méthode de Pitres.

Hémisphère droit. — Même aspect de la pie-mère, et quelques plaques de suffusion sanguine, notamment au niveau de l'origine des frontales et pariétales ascendantes. Plaques de ramollissement cortical sur la face interne, au niveau du lobe frontal et du tiers antérieur de la circonvolution du corps calleux. Presque aucune adhérence sur la face externe et rien au niveau du lobe temporal. Sur la face inférieure, quelques adhérences peu étendues au niveau de l'extrémité antérieure de la première temporale. Rien sur les coupes.

Granulations du plancher du quatrième ventricule. Rien sur les coupes du cervelet, du bulbe et de la protubérance. Aucune lésion des artères de la base de l'encéphale et de leurs premières subdivisions.

Cavité thoracique. — Hépatisation rouge de la base du poumon gauche. Cœur sain.

Cavité abdominale. — Foie, rate : rien d'anormal.

#### OBSERVATION IV

Auguste P..., quarante-cinq ans (lors du début de la paralysie générale).

7 octobre 1863. — Chancre induré.

23 novembre. — Roséole,

1864-67. — Syphilides labiales et buccales (fumeur). Contamine une femme par cette voie en 1867.

Traitement spécifique, sous la direction de M. Fournier, pendant toute cette période. Excès alcooliques avant 1877

1882-83. — Caractère modifié. Glouton : se sert le premier. mange avidement; indélicat; est devenu indifférent.

17 septembre 1883. — Sans nul prodrome, sans céphaléc, attaque d'épilepsie ayant duré une heure (convulsions, figure déviée, rotation de la tête), suivie d'une paralysie gauche qui a duré quatre jours; il remuait le bras, mais ne pouvait s'en servir; la jambe, quoique faible, permettait la marche. — A la suite, dix jours de « folie douce »; il entendait des musiques. Cauchemars; « son médecin se moquait de lui; tout le monde jouait la comédie ». Il reconnaissait le monde. Il ne savait plus s'habiller, était en enfance, ne faisait rien : KI, KBr.

27. — Remis; a recouvré intégralement l'intelligence.

27 novembre 1883. — Deuxième attaque (convulsions, morsure de la langue). A la suite, hémiplegie gauche durant quinze heures. Perte de raison pendant quelques heures seulement. Pas de rapports depuis juillet; du reste, toujours peu vaillant.

Avril 1884. — A eu une crise assez violente (qu'il a sentie venir; a demandé la camisole). Cette crise a duré quelques minutes; à la suite, il a été paralysé du bras gauche pendant deux jours.

14 juin. — Caractère enfantin; découpe et collectionne des petits papiers, des articles sur le Tonkin. Mémoire un peu faible; cependant parle très bien. Intelligence abaissée. Embrasse le médecin à chaque visite. Violent parfois; un peu niais; mais pas de délire avant ces jours-ci.

Depuis avant-hier, délire ambitieux; il va assainir Paris et ne parle plus que de cela. Hier, il a écrit vingt lettres aux ministres. Il parle de son projet aux cochers, aux sergents de ville, qu'il interpelle dans la rue.

Aujourd'hui, excitation anxieuse. Parole brève : « Je suis bien portant, guéri; voyez mes bras, mes cuisses! » Il montre son pubis au docteur X... Il est également satisfait de sa santé et de son esprit. « Il aura sa statue, » après l'exécution de ses travaux grandioses dont il a consigné le projet sur un journal de six feuilles in-4° (caractères en général corrects; quelques-uns sont tremblés; phrases incohérentes, ne se tenant pas). Il ne peut sortir parce qu'il attend les ministres et les ingénieurs. « Autre projet grandiose : union de la France avec la Chine; » a écrit à ce sujet à M. Ferry. — Entre peu après chez M. le Dr Z...

Là, bientôt, délire énorme : « Il a grandi, la nuit, de trois mètres. » Projets insensés; ultérieurement, délire mélancolique; va mourir; demande son autopsie. Affaissement.

29 octobre. — A une visite du docteur, parle très raisonnablement.



se dit amnésique; puis le quitte aussitôt sans faire attention à sa visite. Amaigrissement.

Septembre 1885. — Mort à la suite de longues convulsions épileptiformes.

AUTOPSIE. — La cavité crânienne a seule été ouverte; la *dure-mère*, normale, n'est ni épaissie, ni adhérente; pas de caillots dans les sinus.

Pie-mère : vive injection vasculaire; ses artères ne sont pas athéromateuses. Elle n'est pas épaissie dans sa portion cérébrale; elle l'est légèrement dans ses portions cérébelleuse et bulbaire. Pas d'adhérences aux circonvolutions de l'hémisphère cérébral gauche. Légère adhérence au niveau du lobe pariétal droit. Forte adhérence au bulbe et au cervelet.

Le liquide céphalo-rachidien est notablement augmenté de quantité.

Hémisphère gauche : consistance normale.

Hémisphère droit : ramolli et s'étale sur la table.

La substance grise des deux hémisphères a, par places, une teinte lie de vin évidente; la substance blanche, un piqueté congestif uniforme. — Corps opto-striés : apparence normale. Cervelet, protubérance, bulbe congestionnés.

Plancher du quatrième ventricule : teinte lilas claire, diffuse.

*Examen histologique.* — Il a porté sur : *A.* les circonvolutions du lobule pariétal inférieur droit; *B.* le bulbe rachidien.

*A.* Lobule pariétal droit. — Les cellules nerveuses diffèrent peu des cellules normales; elles sont cependant plus opaques que celles-ci et plus faiblement colorées par le picro-carmin; le tissu interstitiel renferme un nombre anormal de noyaux arrondis ou ovalaires.

Les capillaires, artérioles et veinules présentent des lésions considérables. Dilatés et gorgés de globules sanguins, ils sont, par place, entourés d'un manchon plus ou moins épais de cellules rondes, et bordés de petits fragments d'un pigment brunâtre.

*B.* Coupes du bulbe. — Les lésions vasculaires et interstitielles sont moins accentuées que dans le cerveau; par contre, les cellules nerveuses bulbaires sont notablement plus altérées que les cellules du cerveau; elles sont toutes arrondies, globuleuses et privées de prolongements; leur protoplasma est chargé d'une infinité de grains pigmentaires d'une coloration jaune verdâtre ou verte, et qui masquent le noyau plus au moins complètement.

## OBSERVATION V

*Tabes neuf ans après le chancre; deux ans plus tard, symptômes de paralysie générale.*

Commandant X..., quarante-deux ans. Mère un peu nerveuse ; rien du côté du père.

1874. — Syphilis : accidents secondaires très peu marqués. Traitement : un an KI, 1 gramme.

10 août 1883. — Atrophie ataxique et syphilitique des papilles optiques (Galezowski). Douleurs fulgurantes ; troubles génito-urinaires ; signe de Romberg. — Uriage, frictions Hg-Ki ; réflexes nuls ; pointes de feu, courant continu.

Ce traitement mixte et alterné avec intermittences avait quelque peu enrayé le tabes.

Fin 1885. — Cependant dans cette année de 1885, l'atrophie papillaire est en progrès (Landolt). Troubles sensoriels et psychiques.

30 janvier 1886. — La vue, l'ouïe, l'intelligence ont baissé ; changement de caractère ; autrefois d'une intelligence très ouverte de conception prompte, de caractère vif et emporté ; aujourd'hui indifférent apathique, triste et doux, incapable de former un jugement, ne lit plus ses journaux et n'en demande pas la lecture ; mémoire récente surtout très affaiblie ; parle bien ; ne déraisonne pas, écrit des lettres avec des fautes ; on lui fait des brouillons ; léger tremblement de la main gauche, frémissement de la langue ?

24-26 février. — Deux chutes dans l'escalier et dans la rue ; forte blessure au pouce, dont cependant il paraît peu souffrir ; l'intelligence et la mémoire sont en baisse sensible depuis une huitaine.

1<sup>er</sup> mars. — Se lève au milieu de la nuit et sort sans avoir conscience de ses actes.

2 mars. — Début de l'excitation mentale ; perte complète de la raison.

7 mars. — Interné chez le D<sup>r</sup> Z...

18 avril. — Tout changé d'aspect, pâle, amaigri, inculte, éteint ; a 100 millions ; il est maréchal de France ; se croit marié, a seize enfants ; tremblement de la langue, pas de tremblement des mains.

## OBSERVATION VI

Paul de Z..., trente-deux ans ; jamais d'excès de travail, ni de femmes, sobre ; jamais de traumatisme.

Juillet 1878. — Chancre syphilitique. Syphilis bénigne, mais accidents secondaires, intermittents, traités par le mercure pendant

dix-huit mois; a présenté à cette époque de l'anesthésie faciale droite incomplète avec des fourmillements; hémiplegie faciale (?) en 1880. (Aucun traitement de 1880 à 1886.)

1886. — De Z,.. est pris un matin à Paris d'un subit accès de vertige qui l'empêche de se tenir debout; état vertigineux intense durant trois semaines. Traitement ioduré prescrit par Vulpian. Depuis lors, abaissement intellectuel, changement de caractère; dégoûté de tout, il ne s'intéresse à rien; il devient concentré, morose, mobile d'impressions, irascible, ne supportant plus la contradiction.

Il se désintéresse de tout, n'écrit plus à son frère depuis quinze mois. Sa dernière lettre, datée de juillet 1886. était remarquable par des mots omis et des lettres passées (jusqu'à deux et trois dans un seul mot). Réduit à l'état d'automate, Z... va devant lui sans savoir où il va. Jamais il n'y a eu d'idées de grandeurs, richesses, etc., etc.; c'est la forme hypocondriaque exclusive.

Octobre 1887. — Exagération des symptômes psychiques; délire vrai, idées décousues, insensées; il refuse de manger; « ses jambes sont pourries, il est mort, etc. ».

22 octobre. — Attitude du mélancolique: assis sur sa chaise, prostré, les yeux fermés, muet, refusant de parler devant son frère; quand celui-ci est sorti, Z... se met à bredouiller avec volubilité. « C'est son frère qui a tout fait, lui n'est pas coupable..., etc., ses jambes sont pourries; il ne peut pas manger puisqu'il est mort, et c'est extraordinaire, il est mort, bien que vivant, parce qu'il a été sauvé, etc. » Depuis que Z... a été à l'asile du D<sup>r</sup> N..., on le nourrit par surprise, après supplications, en le distrayant. Réflexes rotuliens: nuls; pupilles égales; marche possible, mais très lente comme celle d'un convalescent, puis il reste debout indéfiniment... revient au mutisme; reste très léger de paralysie faciale droite. Langue tremblante, vibrante, frémissante; mains: tremblement accentué; les doigts sautillent encore plus, animés de soubresauts fréquents. Muscles de la face sautillants. Parole bredouillante, mots incomplets, coupés, inintelligibles; mélancolique, étranger à ce qui l'entoure, dit des insanités, ne reconnaît pas son monde.

#### OBSERVATION VII

*Paralysie générale*, diagnostiquée, *syphtlis cérébrale* par FOURNIER et LASÈGUE au début de l'affection.

P F..., quarante ans. — Syphilis datant d'une vingtaine d'années. (1858-59 ?) Mariage. — 3 fausses couches d'abord; puis plusieurs

enfants, dont deux seraient syphilitiques; la mère serait restée saine.

Septembre-novembre 1878, janvier 1879. — Accès épileptiformes multipliés, la plupart nocturnes, durant de vingt-cinq à trente minutes, accompagnés de violente céphalalgie, suivis de délire, d'hallucinations.

L'audition est restée troublée, surtout à droite (depuis six mois).

5 avril 1870. — Amnésie remarquable; ne se rappelle pas nombre de faits saillants, les détails de sa maladie, s'il a suivi ou non un traitement au début, si ses enfants ont été malades, etc.. etc.

Dans le courant d'avril « accès de folie » qui a duré vingt-quatre heures; depuis. deux accès épileptiformes. Facultés intellectuelles, affectives très amoindries, mémoire presque perdue.

Au physique, appétit et sommeil conservés, et cependant amaigrissement notable, teint terreux, traits altérés, taciturne; idées fixes, crises d'excitation maniaque; interné alors chez le D<sup>r</sup> X... Là, incohérence maniaque absolue; ne cesse de parler pendant les trois quarts d'heure de visite du médecin consultant; va d'histoire en histoire; à peine provoqué sur un point, répond et s'embarque dans un récit auquel succède un autre récit. « Il y a trois médecins chez moi, mais ils ne valent rien; je les remplacerai, car j'ai beaucoup de temps, et gratuitement, car j'ai une forêt qui vaut 16 millions... Je ferai mes visites à cheval, et j'ai une jument extraordinaire... aussi m'a-t-on cherché noise: alors j'ai eu trois duels et j'ai tué deux hommes, car je suis fort tireur etc. »

Myosis extrême, pupilles: têtes d'épingles; pas de tremblement des mains ni de la langue.

Marche bien... ne s'inquiète pas de la qualité du médecin, du but de sa visite (aurait eu comme des visions de parents morts; frayeurs de guerre, de barricades).

*Consultation* LASÈGUE et FOURNIER. — Intellect, dans le même état; série de divagations; est compositeur. a composé le « quadrille des putains »; a tué le curé de X... qui couchait avec sa sœur...

Prédominance d'idées ambitieuses. mais idées mobiles, désordonnées, ne se suivant pas, abandonnées aussitôt que conçues (ne se souvient pas de la forêt de 16 millions). — Au milieu des conceptions vaniteuses se détachent des préoccupations d'un autre ordre. Il a attaqué dix-huit personnes à coups de revolvers; mais il est si adroit qu'il n'en a tué aucune.

Pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe. Irritabilité. — Accès d'irritation, Troubles somatiques; asymétrie faciale, saillie de l'os malaire gauche; mobilité exagérée du côté droit; déviation de

la bouche. — Myosis droit; mydriase gauche. — Tremblement de la langue. pas des membres; hésitation intermittente de la parole.

*Diagnostic.* — La confusion des idées, leur mobilité, le mélange des conceptions ambitieuses et terrifiantes, la loquacité incohérente témoignent d'une affection de l'encéphale subaiguë et rappellent plutôt les délires fébriles que les aliénations proprement dites. Bien qu'ils présentent de nombreux points de contact avec la périencéphalite diffuse, les accès s'en éloignent par : 1° le mode de début (crise comitiale); 2° l'absence d'ictus comateux initial; 3° le mode d'évolution de la maladie; 4° l'absence d'un certain nombre de phénomènes caractéristiques.

1<sup>er</sup> juin. — Même délire : a ruiné Rotchschild en jouant sur le 5 p. 100, etc.; a eu une attaque épileptiforme nocturne. Parésie faciale gauche... Pupilles inégales.

13 juillet. — Même délire vaniteux et incohérent. Indifférent à la visite du médecin qu'il prend pour M. un tel... Se croit tantôt en 1877 tantôt en 1867 « parce qu'on a triché sur le calendrier; alors il a trente-deux ans au lieu de quarante-deux ». Il invective Jésus-Christ, Jeanne d'Arc, la Dubarry, etc. Tout cela répété à chaque instant, sans ordre. Il n'a plus d'idées ambitieuses prédominantes avec constance, « bien qu'il reste un homme supérieur comme tireur, comme médecin », etc. Verbiage incohérent. — Quelques rares arrêts de la parole; aucun tremblement; pupilles larges et égales, apyrexie.

Août. — Écrit une lettre, écriture parfaite, non tremblée, sans fautes; chaque phrase est complète, mais n'a aucun rapport avec celle d'avant ou d'après. Incohérence absolue.

29 février 1880. — Depuis octobre le décousu a augmenté et le malade s'est confiné dans une vingtaine d'idées. Aujourd'hui l'intelligence est de plus en plus abaissée et restreinte. Il ne reconnaît plus le salon, ni M. X...; physiquement bien portant; parole nette, non hésitante. Volubilité, ne répond pas aux questions, si ce n'est trois ou quatre fois répétées, et alors échappe à la question pour faire un récit quelconque.

Depuis deux mois, baisse continue; à chaque minute, tire son mouchoir et fait le geste de se moucher, sans se moucher; déchire aussi son paletot.

*Mort* après accès subintrants d'épilepsie.

(Remarquer que chez ce malade, où les attaques prémonitoires d'épilepsie permettent nettement de mettre l'encéphalopathie délirante sur le compte de la syphilis, LASÈGUE et FOURNIER ont été d'accord pour admettre qu'il s'agissait d'une affection voisine (et analogue) de

la paralysie générale. mettons para-paralysie générale pour ne pas préjuger la question.)

## OBSERVATION VIII

*Paralysie générale. — Syphilis niée, puis constatée et avouée.*

L. M..., cinquante-neuf ans. — Syphilis (niée).

6 juin 1882. — Syphilides ecthymateuses des fesses; macules spécifiques sur le corps (avoué); amnésie évidente; parole scandée, hésitante; troubles psychiques. Irascibilité; ne sait plus ce qu'il fait ou dit. Délire d'action; répond bien cependant. Pas de délire des grandeurs, ni de lypémanie. Abruti, hébété. Tremblement des mains.

15 juillet 1882. — Il y a quelque temps, parole impossible; idées de grandeur (décorations, richesse). Tremblement: langue et lèvres. Aujourd'hui vomissements répétés, constipation, céphalalgie, ventre en bateau (méningite).

## OBSERVATION IX

*Paralysie générale.*

M. Z... — Syphilis antérieure; a pris de l'iode.

Septembre 1881. — Hésitation très accentuée de la parole; tremblement de la langue; écriture typique; caractères tremblés, de travers, omis, illisibles, etc.; peu après, déraisonnement absolu, colère, démence (placé à Charenton).

## OBSERVATION X

*Tabes (ascendant) dix ans après le chancre (amélioré par les spécifiques). Paralysie générale quatre ans (après quatorze ans de syphilis).*

D... — Syphilis en 1867 Est arrivé alors de province, où il prenait du mercure pour un chancre, à l'hôpital du Midi, où on a diagnostiqué chancre mou.

1874. — Diplopie par strabisme des deux yeux (successivement). Iodure.

1876. — Lésions laryngées. Isambert prescrit le sirop de Gibert.

Octobre 1877. — *Tabes* évident. Signe de Romberg; troubles urinaires; traitement spécifique. Amélioration énorme, à peine troublée par quelques nuages, si bien que deux ans après (octobre 1879) le malade a dansé, valsé et polké à un bal.

Juillet 1880. — Réapparition du signe de Romberg, etc.; nouvelle amélioration par le traitement.

Février 1881. — Constatation de la paralysie générale; fatigue cérébrale; écrit sans cesse des lettres qu'il recommence deux ou trois fois. Quelques mots dans une conversation, d'ailleurs sensée, attirent l'attention. « Grande aptitude à écrire des lettres. » Il écrit le français dans la perfection : « Je vous écrirai tous les jours pour vous montrer mon style. » Actes bizarres. — Fait réveiller à 4 heures du matin une dame de sa maison pour lui dire des choses insignifiantes. Impatiences de n'être pas servi aussitôt; s'enfuit dans la campagne, la nuit ou le jour. *Mégéomanie* en actions. — Promet à une amie une voiture, des chevaux; achète dans un magasin des choses inutiles et qu'il ne peut payer. *Insomnies* depuis huit jours; *pupilles* inégales; frémissement de la langue; trémulation des mains.

## OBSERVATION XI

Observation due à M. le Dr VÉTAULT (résumée).

*Tabes et paralysie générale. — Tabes spino-cérébral, tabes ascendant. — Paralysie générale ascendante.*

Femme G..., née Marie P..., quarante-un ans, couturière.

1866. — Syphilis *a marito*. Deux fausses couches et neuf enfants dont cinq sont morts au bout de quelques semaines.

1867. — Accès de *manie*; internement, guérison au bout d'un an.

1878. — Fourmillements, douleurs violentes et ataxie musculaire dans les membres inférieurs. Excitation, idées de suicide.

1881. — Entrée à l'asile. Même état cérébral. Ataxie évidente qui bientôt envahit les membres supérieurs; plus tard, la langue tremble, la parole devient défectueuse, hésitante et embarrassée. — Hypochondrie.

Décembre 1883. — Douleurs fulgurantes, crurales et thoraciques. Marche et station debout impossibles. Anesthésies en forme de gants. Organes des sens affaiblis. Myosis inégal d'un œil à l'autre. Papille d'un blanc nacré. *Idées hypocondriaques* et parfois *délire de satisfaction*. Mémoire et intelligence très diminuées. Mort dans le marasme.

A l'autopsie, sclérose des cordons postérieurs de la moelle. On trouve au cerveau, les *lésions macroscopiques habituelles de la paralysie générale*.

## OBSERVATION XII

*Paralysie générale.*

V..., trente-sept ans. — Syphilis il y a quinze ans. Plaques muqueuses, anales, buccales. Alopécie, KI; ulcération à la main, il y a quelques années (renseignements donnés par son frère, lui-même en étant incapable).

26 septembre 1881. — Troubles de la parole depuis six mois. Parole scandée lente, hésitante, difficile. Trémulation de la langue; amnésie. Trouble évident de l'équilibre cérébral, bien que le malade ne déraisonne pas. Hébétude. Incapacité évidente. Ne peut suivre une idée donnée: se perd, se brouille, saute d'une idée à une autre.

28 octobre. — Ce matin on a dû enfoncer la porte du malade qu'on a trouvé sans connaissance, avec convulsions incessantes; coma, contractures à droite.

31 octobre. — Les contractures ont persisté jusqu'à aujourd'hui. Le malade commençait à reprendre connaissance le matin, mais à 10 heures et demie du soir, il *meurt* dans une crise épileptique de courte durée.

## OBSERVATION XIII

Baron X..., trente-un ans. — Homme distingué, reçu dans les premiers à l'École polytechnique, etc.

1869. — Syphilis (pas de détails). Sa femme a eu un premier enfant mort-né; le deuxième est vivant.

1870. — Coup de sabre sur le pariétal gauche.

1874. — Chute de cheval.

Fin de 1876. — N'est plus le même, a pâli, changé, se fatigue facilement. Irrégularités de caractère et d'allures. « Dit un jour qu'il va se tuer, ne pouvant rendre sa femme heureuse. »

19 juillet 1877. — Première crise (subite), parole embarrassée, idées embrouillées, mots intervertis; figure sans expression; ne se rend plus compte de ce qu'il dit ou fait. Aurait eu une légère hémiplegie gauche, disparue en quelques jours; ne conserve aucun souvenir de cette soirée; lèvres un peu pendantes; regard éteint; pleure sans cause; entend comme des coups de canon dans l'oreille gauche; purgations, pédiluves. Ne se remet pas complètement. Irritable. Attendrissements. Voyage dans le midi; il n'ose dîner à table d'hôte car sa manie consiste à chercher querelle aux gens « dont la tête ne lui revient pas ».



Hiver 1877-78. — M. Charcot constate des pupilles inégales; tremblement de la langue.

K Br. Douches. qui font mal.

Été 1878. — Vésicatoire sur la tête.

19 novembre. — *Deuxième crise*. Hoquets spasmodiques (trois ou quatre minutes), puis, tout à coup, à table, le malade ne sait plus ce qu'il fait, parle avec volubilité, avale d'énormes bouchées sans mâcher et en les laissant tomber sans les voir. Mots embarrassés, figure sans expression; comprend difficilement; rit et pleure; raconte des histoires. Il se couche et s'endort; au réveil, reprend le cours d'une histoire commencée; nuit calme. Le lendemain, aucun souvenir; mots lents, embarrassés; ne peut s'habiller seul; tout le jour, se parle à lui-même; salive s'écoulant de la bouche; paraît avoir une hémiplegie gauche légère (mouvements embarrassés des deux mains, surtout à gauche); accès de désespoir. Les mouvements ne sont rétablis qu'au bout de douze jours. Cette crise l'a laissé plus bas que la première; ne s'est jamais relevé.

Le traitement spécifique (KI) améliore les troubles moteurs, non les troubles intellectuels (ce traitement n'est pas poursuivi).

10 octobre 1879. — Aurait eu une troisième crise, mais infiniment plus légère. Intelligence éteinte, enfantin, « raconte son bain de pieds; n'en sort plus ». Parole hésitante, heurtée. Incapable de raconter une pièce de Musset qu'il vient de lire (sans comprendre). Pupille gauche dilatée. Marche assez bien, mais vite, courbé; courant après son centre de gravité; sa femme ne peut le suivre. Serre bien. Maladroit. En somme, semi-imbécile.

#### OBSERVATION XIV

##### *Paralysie générale* (POTAIN, FOURNIER).

D<sup>r</sup> X...

1866-67 — Chancre induré du gland; plaques muqueuses buccales et anales. Alopécie. — Traitement : pilules Hg I (quatre à cinq mois) et KI, 1 à 2 gr. (cinq à six mois).

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies nerveuses dans la famille.

Août-novembre 1885. — Vingt ou trente « accès de paralysie » durant de trente secondes à une minute et demie.

4 décembre. — Parole embarrassée, scandée. Trémulence (langue et mains). Jamais de maux de tête. Pupilles dilatées, immobiles à la lumière. Réflexes abolis. Mémoire affaiblie, Intelligence nullement déviée. Expose bien son affaire et raisonne bien son état. Cependant,

il y a un peu « d'excitation ». « Il n'est pas dans son assiette. » Ainsi, il gesticule en parlant, visage animé, puis quitte brusquement le médecin. Difficulté pour écrire, pour faire une ordonnance.

Friçt. Hg; KI. Bains sulfureux.

## OBSERVATION XV

*Paralysie générale à forme dépressive. — Asthénie cérébrale, sans délire, aboutissant à la démence et à la mort.*

Bou..., trente-huit ans.

1878. — Syphilis, roséole, etc. Traitement 1 an; KI, surtout; pas ou peu de Hg.

14 décembre 1885. — Depuis dix-huit mois, lourdeur de tête; absence de mémoire; lourdeur dans le bras droit. Depuis six semaines, parole embarrassée, scandée, difficile. Travail moins facile; quelques erreurs; pas de tremblement de la langue ni des mains.

Traitement : iodure, 1 flacon; sirop de Gibert; pas d'autre mercure pendant dix-huit mois.

30. — *Diagnostic.* Paralysie générale. Nous apprenons que le début remonte à avril 1884. S'est réveillé un matin comme un homme ivre, ne tenant plus sur ses jambes, ne s'exprimant que difficilement, divaguant (pendant deux jours). Il est resté pendant cinq jours au lit; la tête commença alors à s'alourdir et il s'est constitué de l'asthénie intellectuelle, sans déviation délirante.

2 février 1886. — Parole lente et scandée. Pleurs faciles. Mémoire récente très faible. Tremblement fibrillaire de la langue. Sommeil bon.

1<sup>er</sup> mars. — Parole lente, meilleure cependant. Pupilles égales. Réflexes : normaux. Intelligence faible, sans déviation, sans délire. Peut tenir ses comptes, explique bien les affaires; déprimé, voilà tout.

2 avril. — Même état. On remplace le traitement spécifique, pour se reposer, par KBr. Parole lente, sourde, faible; cherche ses mots. Somnolence; lenteur extraordinaire de parole et d'action. Infantilages. Rires sans fin pour des futilités; se dit affaibli par le bromure.

11 mai. — Parole devenue difficilement intelligible. Se perd dans une phrase un peu longue. Répond encore assez bien quand la phrase est courte. Incline à la démence. Est venu seul chez le docteur; écrit une lettre sensée; caractères non troublés; quelques-uns oubliés.

Du 15 juin au 2 juillet. — A eu, le 27 juin, une congestion; il n'est pas tombé, mais s'est trouvé abasourdi, ne pouvant plus parler; aujourd'hui, il parle peu; semble éteint, quoique raisonnable dans ses

propos. Parole difficile; ne peut dire certains mots; marche gauchement; a l'air d'un idiot; pleure sans cesse; ne peut tenir sa langue immobile; ouvre démesurément la bouche pour parler.

23 août. — Troubles de la marche augmentés.

7 octobre. — Baisse très accentuée; ne pourrait sans doute plus se conduire dans les rues; ne peut plus du tout exprimer ses idées. Langage incompréhensible, « bafouillage », mais ne déraisonne pas. Mémoire actuelle presque nulle; a gâté sous lui; a uriné sur la table. Gloutonnerie; est engourdi, anéanti. Serre très peu. Pas de tremblement notable de la langue ou des mains.

11 février 1887. — Début de démence. Peut à peine marcher; on doit le soutenir. Se lève la nuit et défait son lit; cherche; urine sous lui. Gâtisme.

Fin février — Mort.

#### OBSERVATION XVI

*Paralysie générale, sans troubles délirants. — Asthénie cérébrale prédominante.*

Y..., quarante-sept ans. — Expert au tribunal de commerce (comptabilité). Surmenage intellectuel. Régime irrégulier. Jamais d'excès. — Père et mère morts sans maladies nerveuses. Deux oncles morts cérébraux. Syphilis secondaire en? — Un an de traitement Hg, IK.

1885. — Maux de tête; insomnies; tremblements. Par instant, les jambes fléchissaient; les bras devenaient engourdis, la parole troublée. Jamais d'ictus. — Ces symptômes vont en augmentant.

Mai 1887. — Périostose sterno-costale. Suite des troubles cérébraux.

Juin 1887. — Parole embarrassée (bouillie dans la bouche). Asthénie cérébrale. Pas de troubles intellectuels, mais ne peut remplir ses fonctions. Ne fait plus rien depuis deux ans. Pas de tremblement de la langue; quand il la tire, soubresauts dans la joue droite; par moments, cependant, la langue palpite un peu. Pas de tremblement des mains; mais quelquefois soubresauts des doigts, qu'il veut tenir immobiles. Écrit une lettre; elle est typique. Caractères tremblotants; fragments de mots oubliés ou illisibles. Interversión du sens des pages.

## OBSERVATION XVII

*Paralysie générale progressive dans son type le plus complet*  
(CHARCOT).

M..., trente-cinq ans, de famille non nerveuse.

Novembre 1875. — Chancre induré. Peu d'accidents secondaires. S'est traité au moins jusqu'en juin 1876.

Mars 1876. — Se marie; a des enfants en 1878, 1881 et 1882, lesquels étaient restés sains en 1885.

Novembre 1884. — Devient irritable, moins apte au travail. La mémoire faiblit.

Juillet 1885. — Perte de mémoire. Parole embarrassée. Incapacité intellectuelle; idées mélancoliques, transitoires; ne peut plus écrire une lettre.

Peu de céphalgie. Frictions Hg; KI; fer. Parole améliorée.

22 septembre. — Parole devenue subitement plus embarrassée.

7 octobre. — Parole très embarrassée et très lente; ne peut trouver les mots. Mémoire affaiblie. Comprend très bien, mais lenteur de conception. C'est pour lui un travail que d'écrire cinq lignes; il « cherche ». Ne déraisonne pas. Tremblement de la langue et des mains; tremblement très accentué, à petites secousses.

Mydriase (surtout à droite, où l'acuité visuelle est diminuée). Dilatation des veines rétinienne; ni céphalalgie, ni vertiges, ni vomissements. — Dort bien.

Bourdonnements d'oreilles. Serre bien; se tient bien à cloche-pied. Réflexes normaux; urine normale.

Traitement spécifique énergique :

Novembre. — Amélioration notable; jugement sain; le tremblement disparaît.

Décembre. — Accès subit d'aphasie (au bain) durant quelques minutes; parole embarrassée et scandée; réflexes bons. Asthénie cérébrale.

28. — Très content. Est guéri. Joue le bésigue mieux que tout le monde; mange des huîtres à tous ses repas, etc.; emporté; colère.

27 janvier 1886. — Le traitement a toujours été suivi. Jugement correct. La pointe de vanité de décembre n'a pas duré; cependant, il est toujours optimiste; tendance à voir tout en bien. Infantilages.

En tout cas, asthénie cérébrale. Ne peut faire un compte, car ça le fatigue. Fait lentement une addition et une soustraction, avec une seule erreur. Embarras de la parole; marche correcte et sans fatigue;

réflexes normaux; paupières tombantes; un œil un peu hébété (c est à ce moment que M. Charcot diagnostique paralysie générale ty-  
pique).

1<sup>er</sup> mars. — Même état; nulle déviation intellectuelle.

19. — Depuis quelques jours, abaissement des facultés. Enfantillages; devient maladroit; ne sait plus s'habiller; pas de délire, mais quelquefois égaré; glouton; parle moins bien; cherche ses mots. Vésicatoire à la nuque. K Br.

20. — Cette crise paraît passée.

22 avril. — Accès hémiplegique et aphasique; bras droit paralysé, jambe droite faible. Ébauche de paralysie faciale; aphasie absolue.

23. — Dysphagie; l'hémiplegie se complète à la jambe et à la face.

25. — Rétention d'urine; obnubilation intellectuelle.

30. — Incontinence d'urine. Contracture des biceps et des doigts, à droite. Accès durant une minute, imprimant toutes les secondes des soubresauts au membre inférieur, à droite.

Les jours suivants, l'hémiplegie diminue par segment (jambe, face, bras). Le malade remarche; se sert de sa main; retrouve quelques mots. Intelligence très obscurcie; comprend à peine par instants; quelquefois ne reconnaît pas sa femme. — Part pour l'Angleterre.

#### OBSERVATION XVIII

D<sup>r</sup> X..., pas d'antécédents nerveux, personnels ou héréditaires.

1866-67. — Chancre induré du gland, accidents secondaires. Traitement : pilules proto. quatre à cinq mois, et iodure 2 gr. pendant cinq à six mois.

1885 août-novembre. — A eu vingt à trente « accès de paralysie ». durant une demi-minute à une minute et demie.

4 décembre. — Parole embarrassée, scandée; trémulence de la langue et des mains; pupilles dilatées, inégales, immobiles à la lumière: réflexes nuls. Jamais de maux de tête; mémoire affaiblie. nulle déviation intellectuelle : expose très bien son affaire et raisonne son état; cependant il n'est pas dans son assiette; il est un peu excité, gesticule, parle d'une façon animée, quitte brusquement le confrère qu'il consulte...

## OBSERVATION XIX

« *Paralysie générale syphilitique* » (résumé).

Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 10, en 1884.

Lab..., trente-trois ans. voyageur de commerce.

Chez lui on ne trouve, lors du début, aucun stigmate de syphilis; on sait seulement qu'il a pris KI, sous la direction de M. G. Bergeron.

Pas d'alcoolisme; pas de nervosisme. Sa femme a été soignée pour des plaques muqueuses, des exostoses frontales, des ulcérations pré-tibiales : un enfant, mort au bout de huit jours, au début du mariage; pas de fausse couche.

Il y a deux ans, Lab... devient morose, taciturne. Il perd la mémoire ancienne et récente; il reste deux heures inactif et silencieux : « A quoi pensez-vous ? — A me guérir. » Indifférent, il suit parfois sa femme pas à pas, comme un chien. Pas d'idées ambitieuses, de persécution ou de désespoir; jamais de céphalalgie ni de délire vrai. Depuis un an, il ne peut plus exercer son métier de voyageur, vu sa perte de mémoire, son défaut de suite dans les idées; il perd l'argent qu'on lui confie.

Impuissance transitoire pendant trois mois, et il écrivait à sa femme des lettres tendres qu'il oubliait d'expédier.

Depuis huit mois, tremblement des mains (surtout à gauche) qui sont devenues inhabiles et laissent tomber les objets. Depuis six mois, bégaiement; incontinence d'urine. Depuis trois mois, diplopie.

Aujourd'hui le malade a l'air sombre, fronce les sourcils. Mémoire faible; il se perd dans sa maison. Parole lente, hésitante, traînée; langue, tremblement fibrillaire médiocre; mains inhabiles (ne peut plus faire une cigarette), tremblement à gauche; écriture ferme et irrégulière, bien qu'hésitante... mots passés. Réflexes rotuliens faibles, surtout à gauche; pas de troubles de la sensibilité générale; traitement KI pendant quatre mois; sort en août, non amélioré.

## OBSERVATION XX

*Tabes spino-cérébral.*

D<sup>r</sup> N..., quarante-trois ans..., sobriété, excès de travail...

Octobre 1870. — Chancre..., puis psoriasis palmaire... pil. Sédillot pendant six semaines; depuis, ni accident ni traitement.

1874. — Marié, pas d'enfants.

1879-80. — Dix ans après la syphilis, début du tabes dorsalis; phases d'irritabilité, accès de désespoir.

22 septembre 1886. — Accès de tremblement et douleurs violentes; puis, pendant vingt heures, il déraisonne et bredouille; nouvelle crise, plus bénigne, mais avec suffocation menaçante.

1<sup>er</sup> octobre. — Marche bonne, réflexes conservés. La station à cloche-pied est possible les yeux ouverts, mais il oscille un peu les yeux fermés; pupilles larges et immobiles; tremblement des mains, léger; tremblement de la langue, nul; parle avec difficulté, accroc en parlant; diffus, raconte son mal lentement avec force détails inutiles; habitus gauche, ne sait comment s'en aller, se précipite, se heurte dans les chaises, oublie ses gants, etc... Insomnie.

Dépression psychique évidente.

Décembre. — Mort.

#### OBSERVATION XXI

*Syphilis et alcool*, pseudo-paralysie générale (FOURNIER).

Led... Ch., quarante et un ans, entré le 1<sup>er</sup> décembre 1887 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, lit n<sup>o</sup> 28. A été plusieurs années « voyageur de commerce pour les liquides, ce qui l'obligeait à boire beaucoup ». Aurait eu la syphilis il y a quinze ans ?

1873. — Eruption sur le corps, maux de gorge, pour lesquels il est soigné à Saint-Louis avec du sirop de Gibert; sorti guéri.

Actuellement. — Cicatrices spécifiques aux jambes, céphalalgie persistante depuis deux ans, surtout à la région mastoïdienne gauche. Inégalité pupillaire; la pupille droite réagit mal à la lumière. Surdité bilatérale, surtout à gauche ayant débuté il y a deux ans; mémoire affaiblie. Désespoir exagéré au sujet de sa situation actuelle qu'il expose les larmes aux yeux, parlant de se suicider. Faiblesse générale, même des membres supérieurs; serre mal, surtout à gauche; s'accuse d'excès alcooliques; pas de cauchemars ni de crampes, pas de tremblement de la langue; les mains tremblent peu.

8 décembre 1887. — Quitte l'hôpital.

#### OBSERVATION XXII

*Syphilis mentale* (forme dépressive paralytique).

B..., vingt-cinq ans.

1879. — Chancre induré et roséole; traité deux mois par Horteloup au Midi; marié en 18... (?); beaucoup de chagrins depuis.

Janvier 1884. — Devient taciturne, puis pleure et rit de tout; insomnies; tremblement et soubresauts nocturnes.

3 décembre. — Hébétude; parle assez bien, mais a peine à trouver ses mots.

Trouble intellectuel évident; est incapable de continuer « la vente » à son magasin. Amnésie; rend très mal compte de ce qu'il éprouve. Tremblement des mains considérable, tremblement de la langue, sautilllements des muscles de la face; réflexes exagérés, morbides.

Fin décembre. — Parole entrecoupée, scandée; tremblement peu visible, très accentué dans le côté gauche de la face, quand il tire la langue; dépression intellectuelle; passe sa journée à lire un journal qu'il ne comprend pas, ne répond aux questions que longtemps après et quelquefois tout de travers.

Rend très mal compte de son état; faiblesse de mémoire. Est doux, tête, extrêmement lent; à la moindre émotion, tremble au point de ne plus pouvoir parler. Pas de délire; hallucinations de la vue; l'autre nuit il a vu pendant une heure une femme habillée en gris au pied de son lit et qui l'effrayait; agitation la nuit, et céphalalgie à droite.

#### OBSERVATION XXIII

*Dépression intellectuelle; asthénie cérébrale sans déviation intellectuelle; syphilis cérébrale complexe.* « Pseudo-paralysie générale (?). »

G..., âgé de cinquante-quatre ans; — pas d'antécédents héréditaires.

En 1857. — Chancre induré de la verge, bientôt suivi de plaques muqueuses. — Six semaines à deux mois de pilules; puis, plus d'autre traitement, n'ayant pas revu d'autres accidents syphilitiques jusqu'à il y a six ans.

1867 ou 1868. — Chancre simple avec bubon suppuré.

1880. — Il y a six ans, syphilides ulcéreuses en bouquet en avant du thorax, dont on voit encore les arcades cicatricielles non pigmentées. Début de l'affection linguale dont il est actuellement porteur. Glossite scléreuse interstitielle tertiaire; psoriasis lingual et leucoplasie épaisse; n'a pas de plaques commissurales, génitales ni gingivales; a été grand fumeur, seulement de cigarettes.

Il était placier, n'a jamais fait beaucoup de travail de tête, a eu quelquefois des privations, étant chargé de famille et deux fois sans emploi.

Octobre 1885. — Commença à sentir une grande lassitude dans tout son corps. En même temps sa tête s'embarrassait. Début de l'amnésie actuelle, portant surtout sur les faits les plus récents. Embarras de la parole; difficulté à articuler; il cherchait ses mots. Moindre



capacité pour son emploi, dans ses calculs; nous lui faisons faire une multiplication, il fait plusieurs fautes. Céphalalgie. au début intermittente. Ces troubles étaient cependant assez peu prononcés pour lui permettre de vivre de la vie de tout le monde et d'occuper son emploi jusqu'en octobre 1886, au moment où il entre à l'hôpital.

15 décembre 1886. — Nous constatons ceci : Facies un peu abruti; parole un peu hésitante, trainante, non scandée; peu de tremblement des lèvres; pas de frémissement lingual; pas de céphalalgie; aucune idée délirante; il dit toujours chercher ses mots, ses idées; amnésie, d'après ce qu'il nous dit, mais il a la parfaite notion de tout ce qui l'entoure et à sa conversation on ne s'aperçoit de rien. Pas de myosis ni d'inégalité pupillaire; il n'a jamais eu de vertiges, ni d'attaques de paralysie.

Motilité. — Sa main droite paraît serrer moins bien que sa gauche; pas d'anesthésie.

Réflexes : normaux des deux côtés; aucun trouble [urinaire; constipation habituelle; fonctions génitales interrompues par sa faiblesse. « Depuis ces derniers mois » (cinquante-quatre ans), appétit presque nul; déglutition normale.

Traitement : 3, puis 4 grammes de KI. Dans le milieu de janvier, ictus congestifs : un matin au lever, après quelques jours de céphalalgie peu accentuée, étourdissement et chute; il revient vite à lui : hémiplegie gauche, ou mieux parésie qui diminue d'heure en heure; il ne lui reste rien au bout de trois à quatre jours (révulsifs intestinaux, vésicatoire à la nuque, etc.).

Le malade reste dans le service sans présenter aucun symptôme nouveau jusqu'au 17 février, époque où il s'en va. A ce moment son état est exactement le même qu'à l'entrée.

Exemple : nous lui faisons faire une multiplication; il s'arrête en chemin et ne peut en venir à bout. Même paresse de la mémoire dit-il; même état stationnaire de la langue qui ne s'est même pas dépouillée de son épithélium épaissi pendant tout ce temps; trois semaines après le malade, vient à la consultation, rien de nouveau.

#### OBSERVATION XXIV

*Syphilis et alcoolisme* <sup>1</sup> *Paralysie générale (Cuffer), tabes cérébro-spinal.*

Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, lit n° 8.

Capd..., trente-six ans, mouleur en cuivre.

Hérédité, rien : un frère mort tuberculeux, une sœur morte en couches.

Rentrait souvent ivre » autrefois, dit sa femme.

1872. — Syphilis ; traitement pendant un an.

1873-87. — Pas de traitement, quatorze ans de silence de la maladie<sup>1</sup>.

Fin 1886. — Névralgies cervico-céphaliques à gauche qui persistent ; vers le même temps, perte des appétits sexuels ; plus de rapports depuis fin mai ; de plus, paresse de la miction, lente à venir, douloureuse à la fin ; strabisme, vertiges oculaires, puis douleurs fulgurantes dans les pieds, mains et poitrine.

Mars 1887. — Fatigue à la marche ; les mains deviennent inhabiles et laissent choir les objets ou les écrasent... alors il entre en fureur et brise tout. Crises simulant l'angor pectoris ; une fois, ictus avec perte de connaissance. Paralyse faciale droite ; aphasie légère ; monoplégie brachiale droite (durée six heures).

Août 1887. — Entre à Saint-Louis ; marche lente, hésitante, sans incoordination ; mains inhabiles, tremblement devant un travail délicat ; jette ses jambes en marchant ; pas de signe de Romberg. Réflexe rotulien aboli ; plantaire, conservé (?).

Pupilles un peu inégales ; ligne d'Argyll Robertson. Sensibilité intacte sous toutes ses formes ; léger tremblement de la langue ; parole lente, hésitante, embarrassée ; écriture tremblée, jambages oubliés ; céphalalgie. Insomnies ; quelquefois, réveils en sursaut la nuit ; amnésie ; oublie les noms de ses amis, le sien propre, et passe des mots en écrivant.

Aucune conception délirante, raconte très bien son histoire, nous apprend que M. Cuffer l'a appelé *paralytique général*.

Caractère changé ; jadis très irritable, aujourd'hui très doux.. ; après avoir été nerveux, impatient, aujourd'hui « affaissement cérébral » ; il pleure par moments, « ce qui le soulage ».

29 décembre 1887. — Rentre à Saint-Louis. A été depuis sa sortie incapable de tout travail, les outils lui tombant des mains.

Etat physique. — Douleurs amendées ; la céphalalgie se retrouve intermittente ; quelquefois douleurs fulgurantes dans les poignets.

Marche restée facile, non vacillante ; pas de signe de Romberg.

Réflexes pupillaires ralentis ; agénésie absolue ; miction douloureuse à la fin, et bien calibrée ; parole lente, scandée, tremblement des lèvres et de la langue, tremblement même étendu à tout le corps ; écriture tremblée, scandée.

Signes psychiques. — Amnésie persistante, insomnie absolue (?) Troubles intellectuels encore marqués ; par moments, le malade ne

<sup>1</sup> Marié en 1876, quatre ans après la syphilis : femme restée saine, quatre grossesses, trois enfants restés sains, et une fausse couche.

sait plus où il est; la nuit il a des hallucinations professionnelles. N'a jamais eu de mégalomanie <sup>1</sup>

## OBSERVATION XXV

M. D..., trente-deux ans.

1871 ou 73. — Syphilis. — Traitement court.

1881. — Se marie, un enfant né mort...; or déjà, lors de son mariage, sa femme avait remarqué son incertitude cérébrale; indifférence, pas d'initiative, laissant sa femme « payer les voitures », etc.

Juillet 1882. — Douleurs de tête par accès, durant longtemps; incapacité intellectuelle; à son ministère on est forcé de ne plus lui confier que de la copie; au reste, pas d'idées bizarres ni délirantes.

1883. — Crise d'aphasie durant quatre heures; quelque temps après, nouvelles petites crises semblables, cherche ses mots (a peut-être pris de l'iodure alors).

Commencement de 1884. — Trois vertiges, sans perte de connaissance; manque d'équilibre, obnubilation, ictus; iodure à petites doses.

15 juin 1884. — Incapable, ne fait que de la copie, et passe des mots. Amnésie intense, ne trouve qu'une phrase: « j'ai eu des vertiges »; quelquefois, arrêt de la prononciation, légers et rares tremblements des mains; pas de tremblement de la langue; se heurte en marchant; urine bien, faiblesse génitale; réflexes rotuliens abolis; réflexes oculaires abolis, mydriase; « véritable tabes cérébral » dit l'auteur.

## OBSERVATION XXVI

*Paralysie générale progressive; syphilis il y a douze ans.*

R..., trente-deux ans, syphilis il y a douze ans: chancre induré, éruption secondaire; six mois de traitement au début, puis plus rien; marié neuf ans après, premier enfant mort, deuxième en vie; reste de psoriasis palmaire.

29 septembre 1884. — Depuis un an, conversations impossibles, niaiseries, enfantillages; cause pendant dix minutes d'un monsieur inconnu qu'il a vu prendre un bock. Se désintéresse de choses qu'il aimait beaucoup (la chasse par exemple); changement de caractère.

<sup>1</sup> C'est là un type de pseudo-paralysie générale de M. Fournier: dépression intellectuelle, jamais de délire des grandeurs, absence même de délire vrai, ce malade conservant son jugement lorsqu'on y fait fortement appel et ayant même la conscience de sa triste situation. Avec cela, participation de l'axe médullaire, signe de Wespahl, troubles de la miction, etc., etc.

irritabilité, colères, amnésie ; asthénie cérébrale ; incapable de traiter une affaire commerciale ; embarras de la parole ; tremblement : mains et langue.

6 octobre 1884. — Deux saisons durant... à Aix-la-Chapelle avec frictions Hg. (5 à 6 grammes) et KI. Mémoire disparue, intelligence nulle, égarée ; conversations insensées, confond dans les élections de chez lui les républicains et les conservateurs successivement, sans s'y intéresser, ni comprendre. Excitation, besoin de parler, lie conversation avec tout le monde en chemin de fer ; colères sans motif ; perte de l'affectivité ; écriture : mots passés, fautes d'orthographe, caractères corrects, non tremblés.

Réflexes normaux ; myosis ; léger frémissement des mains et de la langue ; jamais d'attaque épileptiforme.

#### OBSERVATION XXVII

« *Paralysie générale* » à forme *asthénique*

N..., syphilis à quinze ans.

24 juin 1882. — Début des accidents cérébraux, deux ans ; parole extrêmement lente, scandée ; tremblement : lèvres et langue ; intelligence commence à baisser ; pas de délire ; amnésie.

#### OBSERVATION XXVIII

« *Paralysie générale d'origine syphilitique : tabes cérébral.* »

X..., trente-six ans.

1872. — Chancre, puis éruption. Pas de détails, vu l'amnésie évidente (nul autre accident), a fait deux saisons à Luchon.

Janvier 1887. — Depuis quelques mois troubles intellectuels caractérisés par de l'asthénie cérébrale ; travail difficile pour écrire, pour calculer.

Il n'est plus à ses affaires, ne se rend pas bien compte de ce qu'il fait, dit son père ; il est comme perdu, très excité ; mémoire affaiblie ; embarras de la parole, peu accentué, rare, mais indéniable ; arrêts, mots scandés ; inégalité des pupilles ; réflexes nuls ; ne peut se tenir à cloche-pied quand ses yeux sont fermés.

#### OBSERVATION XXIX

*Paralysie générale.*

H..., chancre constaté le 24 novembre 1870.

1870-73. — Accidents cutanés divers, espacés, d'ordre secondaire,

relativement bénins, peu nombreux, combattus par M. Fournier, à l'aide d'un traitement intermittent prolongé.

1878. — Mariage. — A aujourd'hui un enfant de vingt mois, bien portant.

22 janvier 1881. — Depuis deux mois. parole scandée, hésitante, arrêts multiples; très légers frémissements de la langue et des mains (?). Ecrit bien, cause bien, intelligence nette; pupilles inégales, mydriase gauche, pas de maux, de tête; quelques insomnies. Age actuel, quarante ans; ce malade a été vu par MM. Blanche et Potain qui ont diagnostiqué : paralysie générale.

## OBSERVATION XXX

*Paralysie générale (forme dépressive).*

E..., cinquante-six ans; syphilides tuberculeuses à la cuisse il y a quinze mois (en 1879).

Février 1880. — Troubles intellectuels; déjà on le croit « fou »; lui qui était d'une discrétion diplomatique, il fait lire une lettre d'une maîtresse, femme du monde.

Avril. — Trois accès d'aphasie; le premier dure une heure, les autres moins.

Mai. — Décadence intellectuelle progressive très rapide; affaiblissement des membres.

25 juin. — Faiblesse excessive, marche à peine en se tenant, s'appuyant à l'épaule d'un aide, serre à peine; pas de paralysie, parle à peine, voix faible, marmotte des mots inintelligibles; a eu les pupilles inégales; pâleur, amaigrissement; sauf quelques éclairs lucides, ne se rend compte de rien : propos déments; incohérence; s'est déshabillé il y a quinze jours dans le monde en plein, salon, « va se mettre en grand uniforme pour aller chez le czar ».

Mort peu après.

## OBSERVATION XXXI

*Tabes, ou paralysie générale (?).*

B..., trente-cinq ans.

1869. — Chancre et accident secondaires; traitement Hg.

1882. — Paralysie de la troisième paire; accès épileptiformes: réflexes affaiblis; tremblement de la langue; mémoire affaiblie.

16 juillet 1883. — Perte de connaissance pendant vingt minutes il y a quelques jours: depuis deux ou trois jours il a de l'embarras de

la parole; répond d'une façon un peu paresseuse; réflexes nuls; pas de douleurs fulgurantes.

Octobre 1884 (ou 83?). — Parole embarrassée; ptosis gauche; deux accès épileptiformes il y a quinze jours.

## OBSERVATION XXXII

*Paralysie générale* (FOURNIER et CHARCOT).

B..., trente-huit ans.

1869. — Syphilis vers la fin de 1869, un an de traitement sérieux; puis, ni accidents ni traitement.

1882. — Début des accidents cérébraux douze ans et demi après par modifications de caractère, impatience, irascibilité, violences; devenait « décousu ».

1884. — Aspect ahuri, abruti; rire stupide et fréquent, sans cause, à propos de tout; abaissement intellectuel: incapable de raconter son histoire, de faire une phrase ou une série de phrases; mémoire assez bonne; frémissement de la langue; pas de tremblement des mains.

## OBSERVATION XXXIII

*Paralysie générale forme dépressive* (résumée).

X..., trente-quatre ans. — Troubles cérébraux ayant débuté quatre ans après la syphilis; paralysie générale progressive à forme dépressive (asthénique); amnésie; attaques apoplectiformes. Malade non suivi.

## OBSERVATION XXXIV

As..., ancien élève de l'école polytechnique, officier.

Décembre 1873. — Deux chancres indurés du prépuce; roséole et plaques (février-mai 1874): traitement pendant ce temps.

1876. — Se marie; plusieurs enfants, le premier en 1877, le quatrième en 1884, tous à terme et bien portants.

1880-81. — Troubles visuels; mydriase droite; pustules ecthymatiformes sur le corps.

1882-83. — Début des troubles psychiques. *Antécédents*: mère a un caractère bizarre, excitable (absences ces derniers temps, soixante-seize ans); antécédents *personnels*: rien, sobriété.

1882. — Changement de caractère; travail difficile.

1883. — Mémoire infidèle; pleure à propos d'un rien.

1884. — L'intelligence se perd absolument, par crises, par saccades. Vertiges, idées de suicide; rémissions plus ou moins longues, alternant avec des rechutes. Depuis août 1884, amélioration qui paraît se maintenir. Il a repris ses affaires, le délire mélancolique s'atténue, les facultés affectives reparaissent. Mais on note ceci : œil droit, paralysie de l'iris en mydriase; impuissance; absence de désirs vénériens; parole brouillée, quelquefois mots inarticulés; marche trainante; santé générale bonne.

*Diagnostic* : tabes cérébro-spinal?

*Traitement révulsif et traitement spécifique mixte.* (Mais on ne dit pas depuis quand. Au reste, le malade avait nié toute syphilis.)

Avril 1885. — Va consulter M. Fournier qui constate ceci : *pseudo-paralysie générale*. Dépression intellectuelle sans délire, sans idées extraordinaires. Il est sensé et répond bien, mais impatient, ne pouvant rester en place, se levant sans cesse pour sortir. Mal équilibré. Pupilles égales. Parole très gênée, mots estropiés; pas de paralysie; marche oscillante; pas de tremblement des mains ou de la langue; serre, mais faiblement.

#### OBSERVATION XXXV

M..., quarante-quatre ans. — Syphilis (1873-74). Plaques muqueuses, roséole, deux cents pilules; deux saisons à Luchon.

Octobre 1877. — Rechute d'un hydrosarcocèle gauche.

30 juillet 1878. — Il est bien guéri aujourd'hui. Prend KI de temps à autre.

19 février 1884. — Marié en 1879, deux enfants (trente mois et six mois) bien portants. Depuis août 1884, *embarras de la parole*; parole entrecoupée, scandée d'une façon frappante; *mémoire et intelligence affaiblies*; tout le fatigue; caractère changé, impatient, indifférent (n'a pas commis de bêtises). Pas de tremblement des mains; *langue frémissante*, ne pouvant rester tranquille; *marche affectée*; vacille, trébuche, oscille, heurts; réflexes bons; pas de céphalée ni de douleurs.

Fin décembre 1884. — Actes bizarres : donne 5 francs, 20 francs aux pauvres, ce que sa fortune ne lui permet pas; a acheté 1,800 francs de toile dont il n'avait pas besoin. Est chez les frères Saint-Jean de Dieu. Il lit son journal et ne le quitte pas quand le médecin entre; indifférent, inconscient. « Que lisez-vous? » — « *Des bêtises?* » Il ne comprend pas ce qu'il lit.

*Parole* extraordinairement *embarrassée*. Chaque mot est scandé par syllabes; mémoire affaiblie; jamais de délire; marche hésitante; réflexes lancés.

2 janvier 1885. — Tremblement (peu apparent) de la main, frémissement de la langue, qui tressaute et ne peut rester immobile, mais sans mouvements interstitiels.

*Parole* extraordinairement scandée, presque inintelligible ou du moins difficile à suivre tant elle est lente et scandée; trouve difficilement les mots.

*Pas de délire*, ni ambitieux ni mélancolique, mais intelligence extrêmement troublée; se trompe de chambre à coucher. Veut absolument lire au docteur un article insignifiant du journal, etc. Calme, indifférent, mais quand on le met sur le chapitre de ses blés qu'il ne vend pas, « *il part* », élève la voix et deviendrait furieux si on continuait cette conversation. Cependant il raconte posément sa situation commerciale. Mélange de conceptions justes et d'abaissement intellectuel.

*Mémoire* ancienne, conservée; mémoire récente, affaiblie; ne sait pas depuis combien de jours il est là.

*Indifférence*. — Ne s'inquiète pas de sa femme, accouchée le jour même.

*Écriture*. — Écrit lentement, lettre par lettre.

*Marche*. — Incertaine, peu sûre; faux pas, trébuches et tombe souvent (ecchymoses).

*Pupilles* un peu inégales; entend bien, vue bonne.

4 février 1885. — Écrit une lettre. Caractères tremblés, lettres oubliées, passe des mots, répétitions; phrases interrompues. *Revenu guéri*.

#### OBSERVATION XXXVI

N..., architecte, quarante-six ans. — Syphilis en 1867 (?), chancre et quelques boutons. Aujourd'hui marié, a deux enfants sains, de huit ans et trois ans. Tout jeune aurait eu une « fièvre cérébrale » suivie de perte de la mémoire et de surdité; serait resté sourd de l'oreille droite; a beaucoup travaillé, préparé des concours, sujet aux maux de tête.

En 1874 (?). — A commencé à uriner la nuit dans son lit, de loin en loin, cinq à six fois en tout; premier prodrome morbide.

1876-77. — Agitation, idées singulières, cauchemars la nuit; le jour il est abattu, découragé, et surexcité la nuit; idées presque troublées: a dû laisser ses affaires et aller se refaire à Nice (traitement) d'où il est revenu amélioré, presque guéri. Puis retour des maux de tête, bientôt continuels; fatigue.

Décembre 1878. — *Crise nocturne* « bouche tournée », sans con-



vulsions; impossibilité de parler, ne prononçait que des sons inintelligibles. A-t-il perdu connaissance? Il dit seulement qu'il a éprouvé un « craquement extraordinaire » dans la tête; rétabli en une demi-heure. Mais depuis lors la parole est restée embarrassée; amaigrissement, perte des forces.

Mars 1879. — Dilatation des pupilles; changement de l'écriture; impossibilité de compter, d'additionner; somnolence; désordre de la mémoire, oubli des dates; marche d'un vieillard, pesante. KI, purgatifs.

4 octobre 1879. — Désordre des idées qui ne permet pas de lui demander des renseignements (ceux qui précèdent viennent de sa femme); parole troublée, hésitante et scandée; inégalité très accentuée des pupilles; tremblement des mains (dessine bien); pas de troubles délirants; se rappelle avoir été faible des jambes la nuit de la crise; marche bien, serre bien, se croit à ses affaires.

17 juillet 1880. — N'a pas pris d'iodure depuis trois mois; quelques semaines de frictions Hg., 14 douches. Il a encore de l'hésitation de la parole, du tremblement de la langue et des mains, mais bien moins; *écrit mieux; pupilles presque égales; intelligence plus nette*; se rend compte de son état, pourrait reprendre ses affaires; état de *convalescence cérébrale*.

26 juillet 1880. — Pourrait aujourd'hui faire un compte; réveil de la puissance génitale qui était perdue; travaille lentement mais correctement. A la face, pas de transpiration du côté droit, mais transpiration abondante à gauche.

4 août 1880. — A fait un mois de traitement spécifique, va mieux, mais parole encore embarrassée; un peu de mydriase encore. Uriage, frictions Hg.

#### OBSERVATION XXXVII

*Paralysie générale progressive (forme mélancolique). — Syphilis huit ans auparavant. — Traitement spécifique. — Rémission.*

M. F. M..., vingt-neuf ans, négociant, petite taille mais aspect vigoureux, crâne normal; mère nerveuse; un oncle paternel présente des accidents congestifs mal définis. Après une jeunesse studieuse, excès vénériens de dix-huit à vingt-quatre ans. Syphilis à vingt-un ans: chancres, plaques muqueuses de la gorge et de l'anus, croûtes, pertes de cheveux; a pris des pilules de sublimé. Il s'est marié à vingt-cinq ans; depuis lors, conduite très régulière; pas d'enfants. Chef d'une maison importante, il a beaucoup travaillé. Depuis huit mois,

maux de tête et d'estomac, constipation; insomnie depuis trois semaines; céphalalgie continue, abattement, frayeurs, crainte de la mort, tremblement intermittent dans tout le corps, vertiges légers et fugaces. Depuis quatre jours n'a pas dormi, refuse de manger. Cet état dépressif est fréquemment interrompu par des crises passagères avec soubresauts convulsifs, cris, agitation; mémoire diminuée.

A l'entrée (26 juillet 1878). — Embarras de la parole, tremblement fibrillaire des muscles, langue et face; inégalité pupillaire très manifeste (pupille gauche deux millimètres et demi, pupille droite cinq millimètres). Délire dépressif très marqué. « Son corps est mort, tout est mort. Il a un trou dans la gorge. Il ne respire pas parce que c'est impossible; tout est perdu, etc., etc. »; incohérence.

1<sup>er</sup> août. — Même état, alimentation difficile.

8 août. — Gâteaux deux nuits de suite, persistance des phénomènes paralytiques.

15 août. — Taciturne, immobile, refus de marcher, « il est mort, tout est perdu », face congestionnée, teinte huileuse, urine des vingt-quatre heures diminuée, de coloration jaune foncé; pas d'albumine ni de sucre; pupilles toujours inégales, la droite peu contractile. Température axillaire 37° 3; température temporale droite 36° 7 et gauche 36° 9 (?). A la suite des renseignements précis fournis par un beau-frère du malade qui a été son camarade d'enfance, on institue le traitement spécifique : KI, 2 grammes puis 3 grammes.

Persistance du même état jusqu'au commencement de septembre. A partir de cette époque le malade sort graduellement de sa torpeur. Il consent à marcher, s'alimente régulièrement, le délire dépressif disparaît; embarras de la parole diminué.

Il quitte l'asile le 23 octobre. Retour complet de la raison. Il a conscience de son état et forme pour l'avenir des projets les plus sages. On constate toutefois chez lui la persistance de deux symptômes importants :

1° Les pupilles *sont toujours inégales et dans les mêmes proportions*;

2° Sous l'influence d'une contrariété ou d'une émotion quelconque (visite, lettre, etc.), la face se congestionne vivement et l'hésitation de la parole reparaît.

Au bout de deux mois, lettre de la famille annonçant que l'amélioration persiste et que le malade va très bien.

L'étude attentive des observations qui précèdent nous les a fait diviser en trois catégories.

Parmi la grande quantité d'observations qui (en dehors de celles qui nous sont personnelles) nous ont été confiées par leurs auteurs comme ayant trait à des syphilis mentales se rapprochant de plus en plus de la paralysie générale au point de la reproduire tout à fait, nous avons, comme on l'a pu voir, réuni dans un premier groupe « les folies syphilitiques » non paralytiques qui ont fait l'objet de notre PREMIÈRE PARTIE ; — puis les pseudo-paralysies générales par syphilômes intra-crâniens en foyers, et même par syphilômes diffusés en nappe sur l'écorce (voy. les observations de pseudo-paralysie générale) en DEUXIÈME PARTIE, ces derniers constituant la transition avec la variété la plus intéressante, celle des paralysies générales vraies.

Ce sont celles-là seules qui nous restaient à exposer et qu'on vient de lire en dernier lieu.

Ces observations, au nombre de 37, nous ont paru remplir d'une façon satisfaisante le cadre de la paralysie générale, mais d'une manière inégale, ou au moins très différente. Tandis que les onze premiers cas réalisent d'une façon, on peut le dire complète, le type connu de la paralysie générale, avec et y compris le délire expansif (10 fois sur 11), les 26 cas suivants reproduisent tous à peu près uniformément un type identique, une forme spéciale de cette paralysie générale, mais avec une atténuation de certains symptômes, un effacement complet de quelques autres.

L'examen analytique et parallèle de ces deux ordres de cas fera, mieux que tout autre exposé, ressortir les côtés saillants de cette étude comparée.

PARALYSIES GÉNÉRALES TYPIQUES

PARALYSIES GÉNÉRALES ATYPIQUES  
DÉPRESSIVES »

Nombre des observations.

11 sur 37.

26 sur 37; la disproportion deviendrait énorme si on joignait à ces cas, qui sont les vraies *pseudo-paralysies générales* de M. Fournier, toutes les observations de pseudo-paralysie générale syphilomateuse (c'est-à-dire, dans la pratique, avec autopsie de lésions syphilitiques directes — ou guérison complète.)

Age des malades.

Noté neuf fois avec les chiffres suivants : 40, 32, 40, 45, 42, 32, 40, 59, 41, qui donnent comme âge moyen pour constatation de la paralysie générale confirmée 41 ans (moyenne augmentée par l'âge d'un malade, 59 ans).

Noté 16 fois avec un minimum de 28 ans et un maximum de 54 ans; l'âge moyen est de 38 ans et demi. Rappelons que l'âge moyen trouvé plus haut pour les pseudo-paralysies générales syphilomateuses est de 38 ans et cinq mois; ce qui donne raison à l'opinion de Coffin, à savoir que la syphilis produit des paralysies générales précoces. (Précoces relativement, il est vrai, l'âge moyen étant, d'après M. Luys, de 43 ans chez les hommes.)

Hérédité.

N'a pas été notée ou recherchée suffisamment.

Délire.

Délire expansif. — Noté 10 fois, soit 91 p. 100.

Délire expansif. — Manque forcément, puisque son absence est une des caractéristiques de cette forme.

Délire dépressif. — 5 fois seulement. Remarquer ici que les deux ordres de délire alternent souvent chez le même malade; c'est le cas pour quatre observations sur cinq. Sans quoi nous les eussions reportées à la colonne voisine, si le délire dépressif y eût été observé seul.

Délire dépressif. — Plus ou moins accusé, mais toujours atténué, jamais ne revêt ses formes exagérées; presque toujours compatible avec une conservation partielle de l'intelligence, le malade restant, au moins par instants et sur certains sujets, capable de suivre le fil de ses idées.

Si maintenant nous récapitulons toutes les espèces de nos paralysies générales pour y examiner les variétés du délire, voici ce que nous trouvons :

	Délire absent ou non noté	Délire expansif	Délire dépressif
A. — Paralysies générales types.....	11	4	5
B. { Paralysies générales dépressives } { Pseudo-paral. gén. de Fournier. }	26		26 <sup>1</sup>
C. — Pseudo - paralysies générales syphilomateuses.....	27	1	Délire mixte 9
Total des syphilopathies cérébro-paralytiques.....	64		

<sup>1</sup> Chiffre notablement exagéré, un grand nombre de malades, le plus grand nombre même, n'ayant que de l'asthénie.

D'où il résulte que :

1° Les pseudo-paralysies générales par syphilômes, par processus syphilitique direct, c'est-à-dire n'ayant nosologiquement aucun rapport avec la paralysie générale vraie, présentent le délire expansif (dont on veut faire un signe par excellence de la paralysie générale) 14 fois sur 27, soit 50 p. 100, tandis que sur 11 + 26 = 37 paralysies générales vraies ou soi-disant telles on ne le rencontre que 10 fois, soit 27 p. 100.

2° La paralysie générale la plus typique, chez les syphilitiques, présente ce même délire expansif 10 fois sur 11, soit 91 p. 100 (atténué en général il est vrai);

3° Sur 64 syphilopathies cérébro-paralytiques, comparables entre elles, on en trouve 11, soit 17 p. 100 ayant le cachet de la paralysie générale vraie, et 53 (soit 83 p. 100) auxquelles on peut appliquer le terme si défectueux de paralysie générale, et se décomposant comme suit :

A. Paralysies générales syphilomateuses 27 p. 100.

B. Pseudo-paralysies générales de Fournier (dépressives) 26 p. 100.

On comprend maintenant comment M. Fournier, frappé de ne voir chez ses aliénés paralytiques syphilitiques que 1/5 offrant le type clinique achevé de la paralysie générale, a pu dire en 1879 que la syphilis ne produit pas la paralysie générale vraie. — Nous verrons si tout cela jette quelque jour sur les rapports de la syphilis avec cette affection.

PARALYSIES GÉNÉRALES TYPIQUES

PARALYSIES GÉNÉRALES ATYPIQUES  
« DÉPRESSIVES

*Embarras de la parole.*

Noté 9 fois sur 11 soit 18 p. 100.

Noté 20 fois sur 26, soit 76 p. 100.

Cette fréquence se conçoit sans peine si l'on réfléchit que l'embarras de la parole, constaté à un degré quelconque conjointement avec l'asthénie cérébrale, est l'un des deux symptômes cardinaux constituant la maladie.

*Tremblement des mains ou de la face, ou des deux.*

Noté 8 fois sur 11, soit 73 p. 100.

Noté 13 fois sur 26, soit 50 p. 100.

Ce tremblement est le troisième terme de la triade composant la paralysie générale asthénique des syphilitiques.

*Troubles pupillaires.*

Notés 7 fois sur 11, soit 63 p. 100.

Notés 9 fois sur 26, soit 31 p. 100.

## PARALYSIES GÉNÉRALES TYPIQUES

PARALYSIES GÉNÉRALES ATYPIQUES  
« DÉPRESSIVES*Attaques épileptiformes ou apoplectiformes.*

Notées 3 fois sur 11, soit 25 p. 100. | Notées 9 fois sur 26, soit 31 p. 100.

Ce résultat, s'il n'est pas exceptionnel et paradoxal, prouve tout au moins que les attaques ne se rencontrent pas plus souvent dans la paralysie générale syphilitique que dans la paralysie générale vraie vulgaire, où leur fréquence est du reste à présent connue. Mais il est juste de dire que si aux paralysies générales athéniques on ajoutait les paralysies générales syphilomateuses, le nombre des attaques observées dans le total des pseudo-paralysies générales deviendrait considérable auprès de celui trouvé pour la paralysie générale vraie.

*Terminaison.*

Le plus souvent inconnue, les malades n'étant pas suivis tout le temps de leur affection. Plusieurs rémissions ont été observées; mais quel rapport ont-elles eu avec le traitement?

La durée serait peut-être ici un peu plus longue, mais l'aboutissant est le même, la démence (à moins toujours qu'il n'y ait eu erreur de diagnostic, et pseudo-paralysie générale par syphilome suffisamment limité).

*Anatomie pathologique.*

Sur deux autopsies, une fois l'examen histologique a montré l'existence d'une encéphalite parenchymateuse et interstitielle, — avec de la périvasculature diffuse (en manchons).

Mais la nature de ce processus est-elle formellement et uniquement syphilitique?

Ainsi donc, si l'on peut procéder par induction, en généralisant tant soit peu, sur 100 syphilitiques aliénés paralytiques, le tiers, 32 p. 100 se présentent comme des paralytiques généraux classiques, et les deux autres tiers offrent une symptomatologie spéciale, celle de la pseudo-paralysie générale, sous cette réserve que de ces pseudo-paralysies générales (68 p. 100), la moitié (35 p. 100) doit sa maladie à des syphilômes discrets de l'encéphale, tandis que la seconde moitié (33 p. 100) la doit à de la méningo-cérébrite corticale diffusée, que ce soit là de la *péri-encéphalite* parasiphilitique (Fournier) ou du syphilôme scléro-gommeux méningé en nappe.

Cette dernière moitié, classe que M. Fournier avait surtout en

vue pour ses pseudo-paralysies générales. est constituée essentiellement par la triade symptomatique suivante :

1° Affaïssement intellectuel : asthénie simple avec amnésie; quelquefois adjonction de délire mélancolique;

2° Embarras de la parole, dont les variétés chez ces malades sont si bien décrites dans la *Syphilis du cerveau*;

3° Tremblement de la face, des lèvres et des mains.

Dans les cas plus accentués, on voit s'y ajouter :

1° Des troubles pupillaires;

2° Des phénomènes de paralysies localisées.

Cette forme de syphilose cérébrale, fréquemment liée à des troubles spinaux, a pour caractères d'évolution :

1° La longueur de l'état stationnaire;

2° L'absence du délire « énorme » des paralytiques généraux ordinaires qui disent, par exemple, « je suis mort, j'ai l'anus bouché, etc. »;

3° La conservation partielle et au moins intermittente de la conscience et de l'intelligence. Ces malades se rendent souvent compte de leur état, sont très capables de suivre le fil d'une idée (voir, comme type du genre, l'observation du nommé Capd..., observation XXIV, page 191);

4° La tendance finale à la démence, comme tous les états mentaux similaires.

C'est à cette variété de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique, dont nous sommes forcés de constater la fréquence, que M. Fournier donne dans la classe de ses pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique le nom d'asthénie cérébrale, de *tabes cérébral*<sup>1</sup>; c'est, si l'on veut, la *forme dépressive* de la

<sup>1</sup> TABES CÉRÉBRAL. — Ce nom est en effet des plus appropriés; non seulement parce qu'on observe une véritable tabescence des fonctions cérébrales qui paraissent d'abord s'obnubiler, s'affaiblir, subir une sénilité précoce avant de s'altérer; mais encore parce que souvent ces malades présentent une névrose sûrement diffuse, et diffuse peut-être dès la phase première.

Au début, on a diagnostiqué *tabes*, à preuve nos observations, où on lit si fréquemment « *Tabes ou Paralysie générale?* »

Poussant plus loin l'assimilation, on est tenté de regarder comme syphilitiques des paralytiques généraux ayant offert des symptômes de *tabes* (*tabes cérébro-spinal*):

1° Parce que leur paralysie générale est moins pure, plus effacée;

2° Parce que l'étiologie syphilitique du *tabes* est généralement acceptée; mais que deviennent ces distinctions, maintenant que la paralysie générale la plus ranche, la plus classique, se pare également d'une période *pré-délirante* ou *préparalytique?*

paralysie générale, celle que M. Baillarger a appelée *mélancolie congestive*. Mais c'est une paralysie générale atténuée, fruste ; c'est une ébauche de paralysie générale. Et en effet, bien que tout le programme de la maladie (qu'on nous passe l'expression) ne soit pas rempli, de quelle entité nosologique autre que la paralysie générale rapprocher une affection où se trouvent réunis, quoique à des degrés divers, — le délire dépressif, l'amnésie, l'embarras de la parole, le tremblement, les troubles oculaires, etc. ?

Deux objections seulement nous paraissent pouvoir être opposées à la « reconnaissance » officielle de cette syphilose psychoparalytique.

Examinons-les :

*Objection I.* — Ces symptômes sont bien ceux d'une pseudo-paralysie générale, mais d'autres causes produisent cette affection, par exemple l'alcoolisme dont la symptomatologie ne pourra par elle-même en être différenciée. — D'accord, mais nos observations sont prises sur des clients de la ville, c'est-à-dire sur des gens d'un certain monde qui n'est pas en proie à l'alcoolisme au même degré que les classes inférieures ; en outre, ce qui vaut mieux, nombre d'observations portent ces renseignements : *Homme sobre, pas d'alcoolisme*.

Quant à penser que, alcoolisme à part, on n'a pas le droit d'attribuer la paralysie générale à la syphilis, même constatée, plutôt qu'à une autre cause *supposée latente*, nous pensons que ce serait vraiment aller trop loin, surtout après les recherches d'Obersteiner, consignées plus haut, mais que nous rappelons ici, et qui l'ont conduit aux résultats suivants :

Sur 100 cas de paralysie générale, il a trouvé un facteur étiologique 59 fois, à savoir :

Traumatismes crâniens.	12 fois.
Causes psychiques	15, 4
Syphilis.	21, 6

D'où il conclut (lui qu'on ne saurait taxer d'exagération, puisqu'il ne retrouve la syphilis que chez 21,7 p. 100 de ses aliénés paralytiques) : *que de toutes les causes de la paralysie générale, la plus fréquente est la syphilis*.



Et qu'on veuille bien remarquer ici qu'il s'agit de la paralysie générale classique; donc, *a fortiori*...

*Objection II.* — Comment se fait-il, si cette forme de paralysie générale syphilitique est si fréquente que la syphilis la réalise 33 fois (sinon 68 p. 100), qu'elle soit demeurée inconnue des aliénistes non seulement en France, mais à l'étranger, où on a si fortement creusé la question? — Il nous semble que la réponse est facile; les malades de cette catégorie, les aliénistes ne les verront pas, ou ils les verront seulement une fois à titre de consultants; ces malades ne sont ni bruyants, ni dangereux; ils sont doux, pacifiques, malheureux, et inspirent la pitié. S'ils sont riches, on ne les fera pas interner. S'ils sont pauvres, on les conservera volontiers à l'hôpital, alors que le malade qui crie, qui délire bruyamment est, dans les vingt-quatre heures, expédié à Sainte-Anne.

De cela veut-on une preuve? C'est que cette forme de maladie est bien connue des médecins des hôpitaux, dont on retrouve les noms autorisés en tête de nos observations (Potain, Rendu etc., etc.).

Mais les adversaires de la syphilis ne se tiendront pas pour battus :

« De vos 100 aliénés paralytiques syphilitiques, diront-ils, retranchez les 35 pseudo-paralysies générales syphilomateuses, on vous les accorde. Mais quant aux 33 *pseudo*-paralysies générales à forme dépressive, nous ne reconnaissons pas à la syphilis le pouvoir d'engendrer, secondairement, une maladie primitive d'essence, comme la périencéphalite diffuse. » — Nous avons déjà répondu; peut-être arrivera-t-on un jour à établir qu'il s'agit là d'un processus différent, d'une méninge-cérébrite avec vasculo-cellulite étalée, de nature indirectement syphilitique. Mais, tant que la différenciation anatomique n'en est pas définitivement établie, nous sommes forcés d'admettre qu'il est possible que la syphilis produise une variété de paralysie générale, la *variété dépressive fruste*.

« Soit, diront encore nos adversaires; vos 68 p. 100 tiennent leur psychose de la syphilis. Mais les 32 paralysies générales vraies restent, jamais! Les syphiligraphes ne voient, en fait de paralytiques généraux, que ceux qui sont syphilitiques; donc,

vos 32 p. 100 à vous deviendront, dans la pratique, l'énorme majorité, les cas ordinaires, classiques, et la syphilis n'arrivera jamais à compter qu'un nombre infinitésimal de paralysies générales à son actif. » — Parfaitement exact, dirons-nous; les 32 p. 100 de nos observations deviendront la majorité, les 60, 80 p. 100 de Sainte-Anne, de Ville-Evrard ou Charenton. — Mais pour ceux-ci, les paralytiques généraux vrais, vulgaires, la question n'est pas jugée; le maximum de concessions que nous puissions faire est de la réserver, car nous nous garderons, sachant qu'il n'est de JAMAIS! recevable que dans les sciences exactes, d'opposer une affirmation sans consistance au démenti qu'on nous préparerait d'avance *in petto*. Mais si nous n'allons pas, avec les auteurs étrangers cités par nous, jusqu'à faire de la syphilis le point de départ (sinon l'origine) de *toutes les* paralysies générales, au moins avons-nous voulu démontrer — (et nous espérons y être parvenus) — qu'il y a là une question grave et sérieuse, digne de débats soutenus et approfondis. Il n'est pas possible que la médecine mentale française reste indifférente devant un tel problème : attendons, si l'on veut, pour nous faire une opinion ferme, que l'on ait réuni en France des statistiques comparables et opposables aux statistiques étrangères, mais en tout cas il ne faut pas nier *a priori*; il ne faut pas nier au nom des notions de physiologie pathologique acquises à coup sûr aujourd'hui, mais modifiables peut-être demain.

Pour nous, dont le but était d'établir la nécessité d'ouvrir à ce sujet une enquête, nous vous tiendrons pour satisfaits et nous regarderons notre but comme atteint si nos recherches peuvent, dans un avenir rapproché, susciter d'autres travaux qui successivement arriveront de plus en plus près de la vérité définitive.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Les lésions anatomiques, constituant la périencéphalite diffuse primitive donnent lieu, cliniquement, à un ensemble de symptômes intéressant le domaine de l'idéation et du mouvement.

II. — Ce complexe symptomatique, traduisant simplement un état de souffrance fonctionnelle du système cortico-cérébral pris dans son ensemble (quelle que soit la nature des lésions de l'écorce, pourvu qu'elles soient suffisamment *étendues, chroniques* et *progressives*) peut être simulé à des degrés différents de perfection et d'exactitude par toute altération cortico-cérébrale réalisant les trois conditions ci-dessus mentionnées.

Les affections de ce genre ont reçu en pathologie clinique le nom d' « états paralysoïdes » (Lasègue) ou de « pseudo-paralysie générale » (Fournier).

III. — *Pour ce qui est de la syphilis*, dans un certain nombre de cas, des lésions en *foyers* de l'écorce cérébrale, voire de parties profondes du cerveau, ont pu produire de semblables pseudo-paralysies générales. Cette variété de paralysie générale mériterait le nom de *paralysie générale syphilomateuse*<sup>1</sup> emprunté à H. Newington. Elle est, surtout au début, accessible au traitement spécifique.

IV. — Mais la seconde variété clinique de « pseudo-paralysie générale syphilitique », de beaucoup la plus importante, est réalisée toutes les fois que, sous l'influence de l'infection spécifique, il se fait un processus de méningo-cérébrite corticale

<sup>1</sup> C'est-à-dire par productions directement syphilitiques et nodulaires limitées.

étendue à une assez grande partie de la voûte : que ces altérations soient :

A. *Primitives*. — Syphilomes scléro-gommeux en nappe aboutissant à la symphyse triméningo-cérébrale (Newington, Fournier).

B. *Secondaires*. — Infiltration cortico-méningée, secondairement diffusée autour — puis au loin — d'un foyer, d'abord limité, de prolifération.

La seconde espèce de « pseudo-paralysie générale syphilitique » (méningo-encéphalite corticale étalée), devrait seule conserver ce nom, attendu que ses lésions se rapprochent macroscopiquement des lésions de la paralysie générale; qu'il y a des cas où l'histologie même est impuissante à les en différencier; — qu'en raison même de cette similitude anatomo-pathologique, c'est là que la ressemblance symptomatique doit atteindre son maximum.

V — La paralysie générale de Bayle continuant aujourd'hui à être considérée comme une entité morbide, il y a lieu de se demander si ce n'est pas à des *pseudo-paralysies générales de la seconde classe*<sup>1</sup> qu'on a eu affaire lorsqu'on a décrit une forme spéciale comme appartenant à la « paralysie générale » d'*origine syphilitique*.

VI. — Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse là d'une *pseudo-paralysie générale par syphilome scléreux étalé*, ou d'une *paralysie générale évoluant avec des symptômes spéciaux* (et qui ne serait alors « pseudo » qu'au point de vue clinique), il est exact que certains syphilitiques cérébraux se présentent avec un groupe de symptômes dont l'ensemble ne peut être attribué à aucune maladie connue, sauf à une paralysie générale incomplète, fruste, ébauchée (*asthénie cérébrale, tabes cérébral, pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique à forme dépressive* (Fournier). — Il a été observé sous l'influence du traitement anti-syphilitique, des rémissions, des améliorations, peut-être des guérisons (?) dans cette forme pseudo-paralytique. C'est toutefois la moins curable des modalités que peut affecter la syphilis cérébrale.

VII. — La paralysie générale classique dans son type le plus

Syphilôme cortico-méningé en nappe.

complet, — avec ou sans délire expansif ou mégalomaniaque, paraît — d'après de nombreuses statistiques faites à l'étranger et dont nous n'avons pas trouvé l'équivalent en France. — compter souvent la syphilis parmi ses antécédents.

La proportion de syphilitiques trouvés chez les paralytiques généraux internés semble même *augmenter en raison directe des facilités qu'a le médecin pour établir l'anamnèse.*

Ces deux ordres de faits nous autorisent à nous demander, — en l'absence de documents qui les contredisent, si la syphilis n'occupe pas une place importante parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale vraie. — Une conclusion ferme à cet égard nous paraîtrait cependant prématurée.

VIII. — La solution dans le sens affirmatif de l'origine syphilitique de la paralysie générale vraie aurait une importance nosologique considérable.

En effet, si la paralysie générale (ne fût-ce que dans un certain nombre de cas) est une affection syphilitique ou seulement « parasymphilitique » (Fournier) (comme on suppose en général être le tabes), la distinction dans le cadre de la syphilis cérébrale des pseudo-paralysies générales n'a plus de raison d'être, — si ce n'est à titre de simples variétés; et alors, l'unité de la paralysie générale est définitivement brisée; mais c'est là un gros point de doctrine qui demande, avant d'être tranché, un supplément d'informations : l'état actuel de nos connaissances ne nous autorise pas ici à rendre un jugement sans appel.

On a pu voir, dans le courant de cet ouvrage, qu'à l'étranger on a des idées beaucoup moins arrêtées sur cette question de l'unité de la paralysie générale.

---



## PIÈCES JUSTIFICATIVES

---

A titre de PIÈCES JUSTIFICATIVES nous croyons devoir publier quelques passages des lettres qu'ont bien voulu nous adresser d'éminents confrères étrangers, en réponse à un questionnaire que nous leur avons adressé, afin de nous tenir exactement au courant, et de pouvoir, pour ainsi dire, donner la note juste de l'opinion contemporaine hors de France.

Voici ce questionnaire :

I. — Nos confrères de votre pays sont-ils tous d'accord, — comme nous en France — pour rejeter absolument de la syphilis le chancre *simple ou mou* et la blennorrhagie ?

II. — Dans quelles proportions trouve-t-on la syphilis comme antécédent chez les paralytiques généraux ?

III. — La syphilis est-elle une cause de paralysie générale ?

IV. — Est-elle une cause constante et exclusive ?

— — principale ?

— — accessoire ou banale ?

[Rôle accessoire de l'alcool.]

V. — Si oui, agit-elle *a*, directement en produisant la périencéphalite diffuse ?

*b*, indirectement en préparant le terrain ?

VI. — Si la syphilis produit *dans un certain nombre de cas* la paralysie générale, ces cas offrent-ils quelque chose de spécial comme évolution, pronostic et curabilité ?

Nous avons inscrit la Question I afin de répondre à une objection que l'on nous avait opposée pour expliquer éventuellement les énormes divergences statistiques constatées par des manières

différentes de comprendre le mot syphilis (hypothèse fort justifiée du reste par ce fait que l'individualité de la *chancrelle*, *chancre mou* ou *chancre simple* n'est pas encore officiellement reconnue par l'universalité de l'École de Vienne <sup>1</sup>).

Mais cette supposition n'était pas justifiée, comme le prouvent les lignes suivantes, extraites de notre correspondance.

En Russie *tous les médecins (sic)* s'accordent à considérer la syphilis comme une maladie complètement distincte et n'ayant aucun rapport avec le chancre mou, ni avec la blennorrhagie (B. Tarnowsky). — En Allemagne on ne considère comme moment étiologique que l'*ulcus durum* et la syphilis constitutionnelle (Ripping). — Notre opinion sur la syphilis tombe d'accord avec celle que vous en avez en France, et nous rejetons absolument de la syphilis le chancre mou et la blennorrhagie (Haslund). — Certainly in England, we *all* reject the non infecting sore and gonorrhœa as not syphilis. .... We only acknowledge a syphilitic history when there is a clear account of secondary symptoms as well as if a chancre. (Jon. Hutchinson). — Le professeur Neumann (de Vienne) écrit dans le même sens.

Cette question préjudicielle une fois tranchée, nous allons simplement donner des extraits de cette intéressante correspondance, en priant nos savants confrères de ne pas nous en vouloir s'ils voient à la fin de cet ouvrage, leur signature figurer, un peu à leur insu, à côté des nôtres.

ALLEMAGNE. — Je voudrais préalablement indiquer que la proportion de la syphilis comme importance (*moment*) étiologique chez les aliénés des différents asiles varie réellement beaucoup suivant que ces asiles reçoivent des malades des grandes villes ou de préférence de la population rurale. De même la proportion diffère suivant que les asiles sont publics et privés, surtout lorsque ces derniers ne reçoivent que des clients des classes plus élevées.

Exemple : Düren (population de ville et rurale, public)	3,2	p. 100.
Hambourg (ville, public)	7,7	—
Endenich (n. Bonn.) ( <i>classes élevées, privé</i> ).	10	—
Schöneberg (n. Berlin.) ( <i>classes élevées, privé</i> ).	40	—

comme dans un très grand nombre de cas, il existe encore

<sup>1</sup> Professeur Kaposi.



d'autres affections en dehors de la syphilis ancienne qui sont capables, par elles-mêmes, d'amener la paralysie générale.

Par exemple : trauma capitis ; empoisonnement nicotique..., abus des spiritueux, hérédité, excès dans les rapports, surmenage intellectuel, etc. *On voit en effet dans la syphilis une cause PRINCIPALE de paralysie générale, mais cause NI CONSTANTE ni exclusive.*

Les observations anatomiques vont à l'encontre de la théorie qui veut que la périencéphalite observée dans la paralysie générale soit de nature syphilitique. On admet pour cela que *la syphilis prépare seulement le terrain.*

*La paralysie générale débutant après une syphilis ancienne n'offre RIEN DE PARTICULIER ni dans ses symptômes, ni dans son cours, son pronostic et sa curabilité.*

Sanitaetsrath, Dr RIPPING,  
Director des Rhein provincial Irren Anstalt  
Düren (Rheinland).

17 janvier 1888.

AUTRICHE-HONGRIE. — Après avoir cité le résultat des recherches d'Obersteiner, son compatriote, l'auteur ajoute : La syphilis est une cause principale de paralysie générale. L'alcool seul peut aussi causer des processus que nous pouvons regarder comme des périencéphalites,

Nous trouverons la paralysie générale plus souvent après des dégâts qui rendent le système nerveux moins résistant. Parmi ceux-ci l'alcoolisme chronique est un des plus évidents. Alors c'est ici que l'infection vénérienne pourra produire plus facilement des altérations pathologiques. L'expérience nous montre que, même dans les cas où on peut sûrement considérer la syphilis comme la cause de la paralysie générale, *si le processus est avancé, le pronostic si mauvais de la paralysie générale n'est nullement changé; tout au contraire des cas de pseudo-paralysie générale, d'origine syphilitique, où la curabilité est hors question.* Le traitement antisiphilitique ne peut pas plus faire disparaître l'hypertrophie et la sclérose de la partie corticale du cerveau, qu'il ne peut, par exemple, faire disparaître les processus analogues dans le foie.

*Dans les stades précoces de la maladie paralytique, MAIS QUI NOUS LAISSENT DES DOUTES DIAGNOSTIQUES, nous pouvons peut-être obtenir quelques succès du traitement mercuriel.*

Professeur NEUMANN.

Wien, 27 janvier 1888.

ANGLETERRE. — Un très grand nombre (*most*) d'aliénistes anglais professent que la syphilis n'est pas une cause de paralysie générale.

Ceux qui, comme moi-même, croient (*suspect*) le contraire en font plutôt une cause prédisposante qu'une « vera causa ».

J. HUTCHINSON.

London, 31 janvier 1888.

DANEMARK. — L'auteur cite un travail de Jespersen « *skyl-des den almindelige fremskrivende Parese syphilis?* » — *Kjobenhavn*, 1874, et il souscrit à l'opinion de son compatriote, disant que l'affection est une maladie du cerveau syphilitique. — Dans la Scandinavie, c'est une opinion générale que cette paralysie est dans la plupart des cas d'origine syphilitique... *Pour nous, Danois*, la syphilis est une maladie qui n'a rien à faire avec l'ulcère vénérien, ou avec l'urétrite; *nous sommes dualistes* presque tous.

BERGH.

Copenhague, 4 janvier 1888.

*Je regarde la syphilis comme une cause directe de la paralysie générale, tout à fait comme du tabes, et je crois que les cas typiques de la paralysie générale sont dus à la syphilis, tandis que ceux qui sont moins typiques semblent avoir une autre cause.*

Le traitement antisiphilitique est *peut-être*, dans les cas rares, de quelque effet, c'est-à-dire au commencement de la maladie, comme dans le tabes.

D<sup>r</sup> HASLUND.

Copenhague, 27 janvier 1888.

RUSSIE. — ... M. le professeur Jean Mierzejewski affirme qu'au moins 60 p. 100 des paralytiques généraux accusent la syphilis dans leurs antécédents..... Personnellement, je considère la syphilis au nombre des causes les plus prédisposantes au développement de la paralysie générale, mais je ne crois pas qu'on puisse appeler la syphilis une cause *constante* ou bien *exclusive* de la paralysie générale.

La paralysie générale n'est pas seulement une *périencéphalite diffuse* mais bien aussi une *encéphalite interstitielle chronique*. Le processus morbide n'est pas, selon moi, une manifestation proprement dite de la diathèse syphilitique : aussi ne cède-t-il pas à un traitement spécifique des plus énergiques. Je considère la

syphilis, par rapport à la paralysie générale, comme une cause qui agit *indirectement en préparant le terrain*.

Autant que j'ai pu l'observer, la paralysie générale confirmée, chez un malade à antécédents syphilitiques, ne se distingue en rien de particulier de la paralysie générale chez un individu indemne de syphilis.

D<sup>r</sup> Benjamin TARNOWSKY.

Professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg.

SUÈDE. — Il y a déjà vingt-quatre ans que j'ai émis mon opinion (voy. Upsala universitets ærskrift 1863, medicin), à savoir que *la paralysie générale ne se développe point dans un organisme qui n'ait été infecté auparavant par la syphilis* (c'est-à-dire, dans la paralysie générale vraie, la syphilis peut être considérée comme la *cause prédisposante*, l'affection nommée *pseudo-paralysie générale n'étant qu'une modification conditionnelle*).

Depuis ce temps, j'ai eu des preuves nombreuses de la vérité de cette *thèse, que j'ose prononcer maintenant avec la plus ferme conviction*.

Le nombre de collègues partisans de mon avis à ce sujet s'est accru d'année en année, et même à Berlin, j'ai trouvé cette opinion vivement soutenue par des spécialistes distingués.

KJELLBERG (d'Upsala.)

25 novembre 1887.



## TABLE DES MATIÈRES

---

PRÉFACE.	i
INTRODUCTION.	
HISTORIQUE.	vii
LIVRE I <sup>er</sup> — <i>Les folies syphilitiques</i>	1
Observations	11
LIVRE II. — <i>Les pseudo-paralysies générales</i>	25
CHAPITRE I <sup>er</sup> Pseudo-paralysie générale pellagreuse	25
Pseudo-paralysie générale saturnine	26
Pseudo-paralysie générale alcoolique.	26
CHAPITRE II. <i>Pseudo-paralysie générale syphilitique.</i>	30
Historique et discussion.	30
Observations.	45
Discussion des observations	84
LIVRE III. — <i>Paralysie générale vraie et syphilis</i>	93
CHAPITRE I <sup>er</sup> . Difficulté du sujet. Valeur inégale des documents scientifiques à dépouiller	93
CHAPITRE II. Exposé de la question.	101
CHAPITRE III. Statistique des auteurs. Fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux.	106
CHAPITRE IV. Étiologie de la paralysie générale. Rôle comparé des facteurs syphilis — alcool — surmenage — hérédité. — Pathogénie.	123
CHAPITRE V Anatomie pathologique.	145
CHAPITRE VI. La « paralysie générale d'origine syphilitique » a-t-elle des caractères cliniques propres ? Comment la distinguer des autres paralysies générales ?.	159

LIVRE III. — CHAPITRE VII. Observations	167
( <i>Suite</i> )	
Discussion des observations	201
CONCLUSIONS .	213
PIÈCES JUSTIFICATIVES	215

---

## ERRATA ET ADDENDA

---

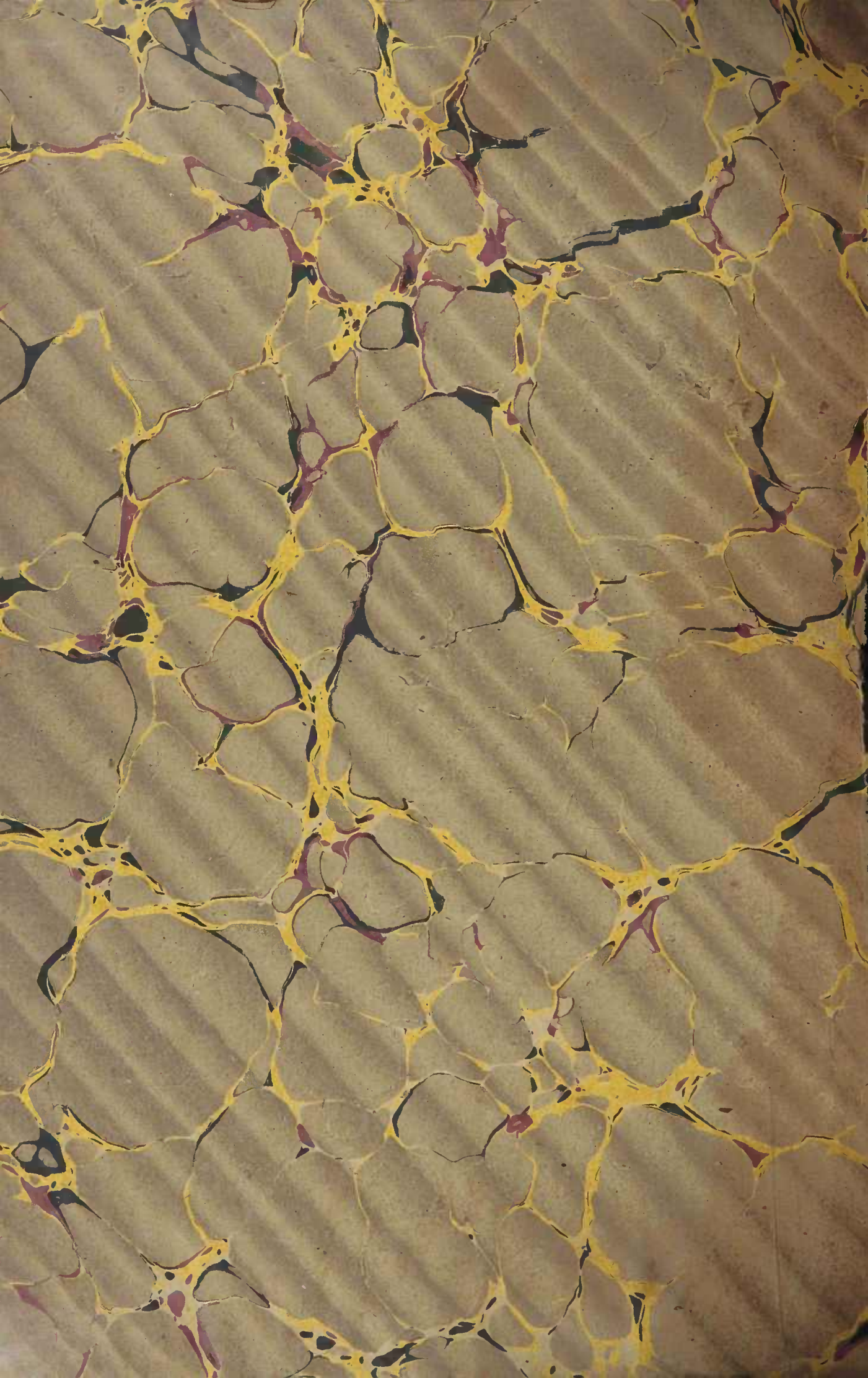
- Page 9, ligne 8, *lisez* la question *de la nature* neuro-pathogénique.
- 10, — 16, *lisez* à propos de la paralysie *générale* saturnine.
- 88, note explicative à la ligne 6. Nous aurions été tentés de dire « Il n'y a pas de pseudo-paralysie générale syphilitique, » parce que d'une part tout le monde n'admet pas que les cortico-méningites secondaires (syphilitiques ou non) aient des symptômes très différents de la périencéphalite primitive, et parce qu'ensuite lorsqu'un syndrome clinique rappelant la paralysie générale résulte de lésions nodulaires de parties profondes du cerveau, l'anatomie pathologique est trop différente là de celle de la maladie de Bayle pour que l'expression assimilatrice *pseudo-paralysie générale* soit acceptable.
- 105, ligne 1, *lisez* par des *voix* autorisées.
- 155, — 1, *lisez* III. Lésions du tissu nerveux.
- 160, — 8 et 9, *lisez*: bien qu'étant du même ordre nosologique que la pseudo-paralysie générale.



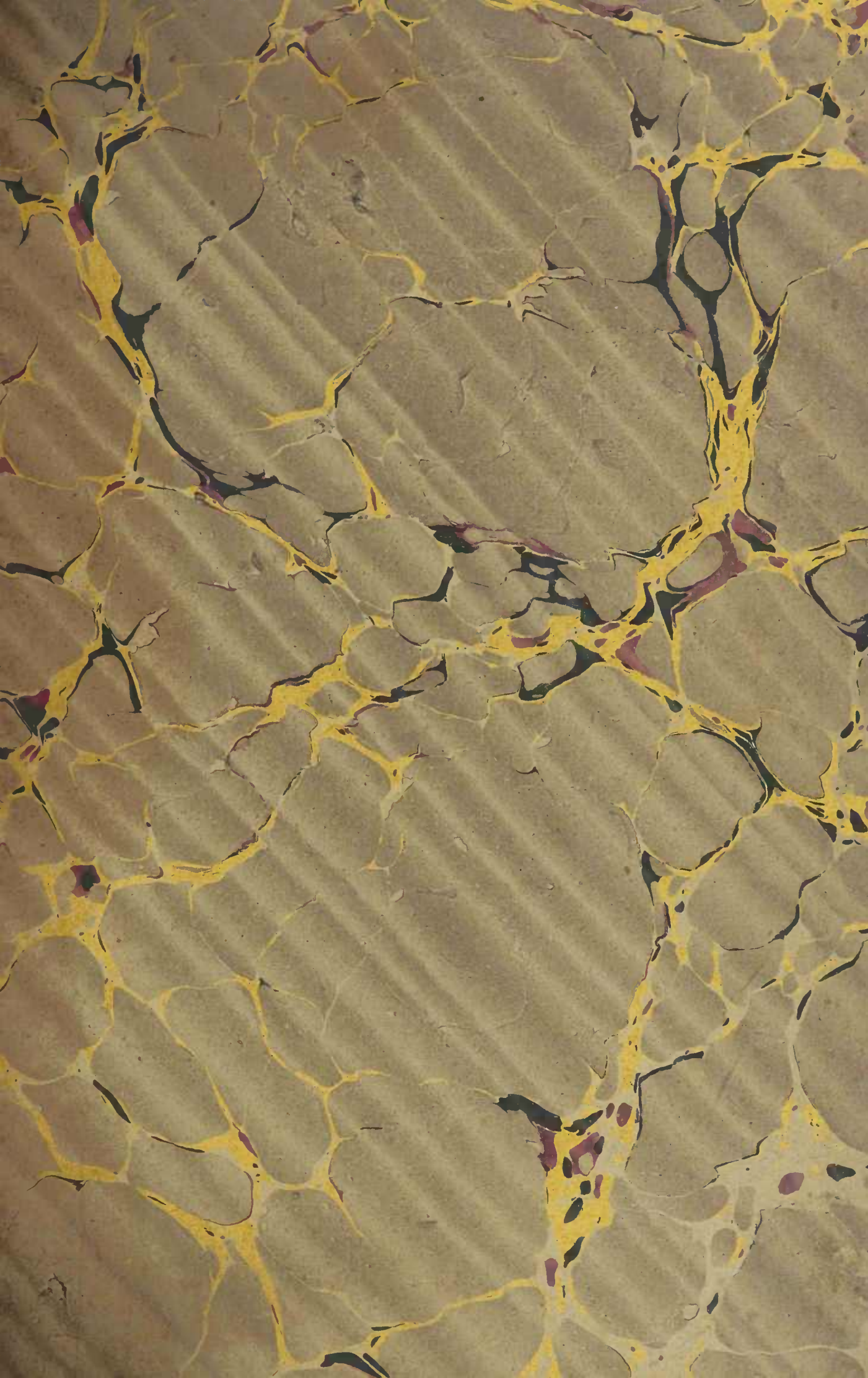
















## ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

**1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais.** Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

**2. Atribuição.** Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

**3. Direitos do autor.** No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente ([dtsibi@usp.br](mailto:dtsibi@usp.br)).