



NOUVELLE ICONOGRAPHIE
DE
LA SALPÊTRIÈRE

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

3873. — Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2.

NOUVELLE ICONOGRAPHIE
DE LA
SALPÊTRIÈRE

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DU PROFESSEUR CHARCOT (DE L'INSTITUT)

PAR

PAUL RICHER

CHEF DU LABORATOIRE

GILLES DE LA TOURETTE

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE

ALBERT LONDE

DIRECTEUR DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE

TOME DEUXIÈME

Avec 102 figures intercalées dans le texte et 48 planches

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1889



NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE

D'UNE FORME PARTICULIÈRE DE TROUBLES

NERVEUX DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES

I

Dans le cours de l'année d'internat que j'ai eu l'honneur de passer dans le service de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, j'ai observé un certain nombre de malades ne présentant uniquement que de la paralysie atrophique et des altérations de la sensibilité des extrémités supérieures, troubles généralement symétriques, et paraissant occuper assez exactement le territoire musculo-cutané innervé par le nerf cubital.

La réunion de ces faits assez semblables entre eux militerait en faveur de l'existence d'une forme particulière d'affection névritique, mais, seul dans la circonstance, l'examen anatomique autoriserait une affirmation à cet égard, et, comme je n'ai pu trouver l'occasion de faire des recherches dans cette direction, je me bornerai dans ce travail à un simple exposé de documents cliniques.

Aussi est-ce sous le titre qu'on a lu, qui ne préjuge en rien de la nature de l'appareil symptomatique, que je relate ces observations, sans toutefois négliger d'indiquer le lien de parenté qui les unit et qui paraît leur mériter, sinon une place à part dans les cadres nosographiques, du moins une description spéciale.

Ons. I.—Ba..., employé de banque, âgé de trente-six ans, entre le 25 octobre 1887 à l'hospice de la Salpêtrière, et occupe le lit 8 de la salle Prüss dans le service de M. Charcot.

Antécédents héréditaires. — Il n'a pas connu ses grands parents. Son

père était habituellement bien portant; sa mère est migraineuse. Il ne connaît d'affection nerveuse chez aucun des membres de la famille.

Antécédents personnels. — Il a souffert pendant sa première enfance de divers accidents strumeux sans gravité. Il a eu la fièvre typhoïde à l'âge de quatorze ans et demi. Vers l'âge de dix-sept ans, une légère déviation de la colonne vertébrale le frappa insidieusement sans douleur, et cette scoliose a persisté depuis sans modifications. Il n'a pas eu la syphilis; il avoue quelques excès alcooliques. En 1880, à la suite d'une chute, il eut un traumatisme de la hanche, et depuis il boite de la jambe droite.

Début. — L'affection actuelle a débuté sournoisement au milieu d'une bonne santé habituelle. Ba... ressentit d'abord des phénomènes douloureux dans la main droite. C'étaient d'abord des sensations de froid, puis de véritables picotements qui apparaissaient par accès, et quelquefois duraient pendant quelques jours, toujours localisés au petit doigt et à l'annulaire. Bientôt la main devint de plus en plus faible, puis l'amaigrissement apparut, cependant que les picotements douloureux persistaient. Au bout de sept à huit mois, ce fut le tour de la main gauche : de ce côté également se montrèrent des sensations pénibles dans la même sphère, sensations qui s'accompagnèrent en peu de temps de faiblesse et d'amaigrissement.

L'impotence fonctionnelle des membres supérieurs résultant de ces symptômes devint telle que depuis six mois le malade dut abandonner son travail. Pendant tout ce temps ne se manifestèrent aucun signe autre, soit du côté du système nerveux, soit du côté des appareils splanchniques. La santé générale restait bonne, et il ne survenait ni troubles des sens, ni altération des sphincters, ni gêne de la marche, etc.

État actuel (décembre 1887). — A première vue, on est frappé de l'apparence tout à fait spéciale de *déformations* portant sur les mains. A droite, la main vue par sa face palmaire, présente un aplatissement extrêmement prononcé de l'éminence hypothénar; le creux de la main est très exagéré et les tendons y font saillie. L'éminence thénar et le pouce ne sont pas déformés. Tous les autres doigts sont variablement fléchis, le petit doigt l'étant au maximum, l'index au minimum. Le petit doigt (fig. 1) est à ce point rétracté qu'on ne peut l'étendre complètement. La phalange est en extension sur le dos de la main, la phalangine et la phalangette sont en flexion sur la paume de la main. L'annulaire est déformé de la même façon, mais son attitude



FIG. 1.

vicieuse est moins accusée : elle est à peine marquée sur le médius et sur l'index. Sur la face dorsale de la même main on remarque l'atrophie considérable, et même le creux des espaces interosseux : la déformation des doigts est moins bien visible qu'en regardant la main par la face palmaire. Sur la main gauche on constate des déformations tout à fait semblables, mais moins accentuées.

Au point de vue de la *motilité* : à droite on constate que le tendon du cubital ne fait pas saillie dans les efforts de flexion ; à la main, les mouvements de l'annulaire et du petit doigt sont impossibles ; les mouvements de rapprochement des doigts ne peuvent s'effectuer, pas plus que l'adduction du pouce. À gauche les mouvements des muscles de l'hypothenar sont encore possibles dans de faibles limites, seuls ceux des interosseux sont complètement abolis.

Il existe des troubles de la *sensibilité* très caractérisés. À droite le contact et la piqure ne sont pas perçus dans le tiers interne de la face palmaire de la main et de l'avant-bras : dans les mêmes limites la sensibilité thermique est abolie. La limitation de l'anesthésie n'est pas brusque et il existe

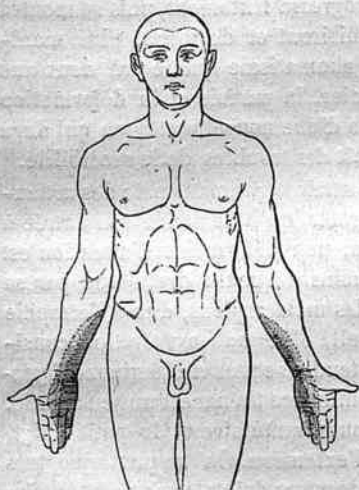


FIG. 2.

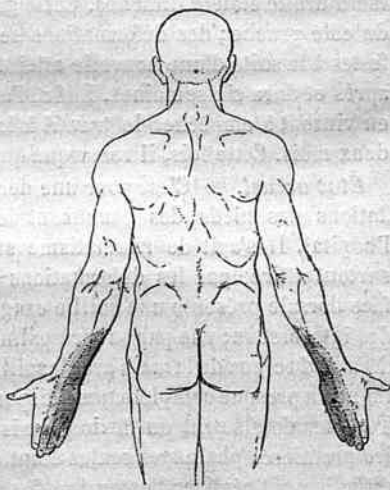


FIG. 3.

entre la partie insensible et les parties saines une sorte de zone intermédiaire où les troubles sont moins marqués. (Fig. 2, 3.)

À gauche on constate les mêmes troubles, mais l'anesthésie aux divers modes n'est pas aussi prononcée.

Les *réflexes* tendineux sont abolis des deux côtés.

Les interosseux n'ont pas de réaction *électrique*, ni à droite ni à gauche, sauf le premier interosseux gauche lequel présente la réaction de dégénérescence à forme mixte.

Il n'y a pas de secousses fibrillaires. Il n'existe pas d'autres troubles trophiques que l'atrophie musculaire.

Obs. II. — Paul S..., emballleur, âgé de quarante-deux ans, entre le 24 mai 1886, salle Andral, n° 8, à l'hôpital Tenon, service de M. le professeur Straus.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort de pneumonie à

l'âge de quarante-six ans. La mère est actuellement bien portante, de même que sa sœur. Il connaît trop peu les autres membres de sa famille pour nous renseigner au sujet des phénomènes pathologiques qui ont pu s'y présenter.

Antécédents personnels. — Il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade, si l'on en excepte quelques poussées furoncleuses. Il n'est ni syphilitique ni alcoolique.

Début. — L'affection actuelle aurait commencé à la suite d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, il y a quatre ans. Il eut à cette époque la plupart des articulations prises, et dut s'aliter de ce fait pendant six mois. Il souffrit aussi d'une sciatique droite. Lorsqu'il put se relever et se remettre au travail, il remarqua que les mouvements des deux derniers doigts de sa main droite étaient difficiles. Cette gêne progressa lentement, puis se montra du côté gauche; des déformations se produisirent et devinrent plus manifestes à la suite d'une nouvelle atteinte de rhumatisme qui le prit deux ans après et dura six semaines. Enfin, l'an dernier, la parésie et la déformation en vinrent à empêcher le travail à la suite d'une nouvelle attaque qui dura deux mois. Cette fois, il remarqua qu'il avait des troubles de la sensibilité.

État actuel. — C'est pour une dernière atteinte rhumatismale des articulations des pieds, des genoux et des poignets, qu'il demande son entrée à l'hôpital. Il s'agit de rhumatisme subaigu, non déformant. L'attention est surtout attirée par les déformations des mains. La main droite vue par sa face dorsale présente une saillie exagérée des métacarpiens, due à l'atrophie des interosseux; vue par sa face palmaire, elle offre une exagération considérable du creux de la main avec la saillie des tendons en relief. L'éminence hypothénar a presque complètement disparu, l'éminence thénar est un peu aplatie. Tous les doigts sont en flexion, mais surtout l'annulaire et le petit doigt, les premières phalanges seules étant dans l'extension. On ne peut que très difficilement réaliser l'extension des deux derniers doigts, mais on détermine aisément l'extension du médium et de l'index. Le pouce seul ne participe pas à la déformation. La main gauche ne paraît pas déformée vue par sa face dorsale, mais examinée par sa face palmaire, elle présente une excavation marquée du creux de la main. L'éminence hypothénar est très atrophiée, l'éminence thénar est indemne. Les deux derniers doigts seuls sont rétractés dans la même situation que du côté opposé.

Les mouvements de rapprochement des doigts et d'adduction du pouce sont difficiles à gauche, impossibles à droite. Des deux côtés le malade ne peut exécuter de mouvement d'opposition du petit doigt.

Sensibilité. — Le malade se plaint de picotements presque continus dans la partie interne des deux mains. La sensibilité au contact et à la piqure est abolie sur la face interne des avant-bras et dans les deux derniers doigts des mains; sur la main elle-même les limites de l'anesthésie sont d'à peu près la moitié de cette extrémité.

Autres appareils. — Le malade offre les signes de l'insuffisance mitrale; les autres appareils sont sains.

OBS. III. — Lucie L..., âgée de vingt-huit ans, modiste, est entrée à la Salpêtrière en mars 1887, et occupe le lit n° 1 salle Rayet, dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Son grand-père maternel est mort d'un cancer du larynx, sa grand'mère maternelle de sénilité. Du côté paternel rien à noter sur les grands parents. Le père de la malade est alcoolique, sa mère a été prise de crises vraisemblablement hystériques (accès de raideur généralisée, et grands mouvements convulsifs durant deux heures) pendant une dizaine d'années; un seul frère, mort en bas âge.

Antécédents personnels. — Lucie a toujours été faible de constitution étant enfant. Elle a eu la scarlatine à l'âge de sept ans. Elle a été réglée à dix-huit ans, irrégulièrement depuis.

Début. — L'affection actuelle a débuté il y a quatre ans par de l'affaiblis-

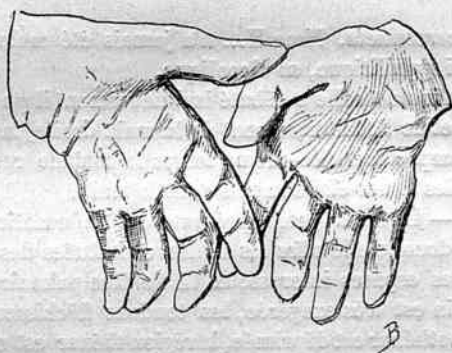


FIG. 4.

sement et de l'amaigrissement de la main droite, puis la main gauche a été prise peu de temps après, sans l'empêcher absolument de travailler. Il y a un an, elle s'est aperçue qu'elle ne sentait pas au niveau de la partie interne de la main droite, s'étant faite à ce niveau une brûlure dont elle ne fut informée que par l'apparition d'une phlyctène. Il y a un mois elle éprouva des douleurs dans la continuité des membres supérieurs, et vint pour ce motif réclamer des soins.

État actuel (mars 1887). — Les deux mains vues par leur face dorsale ont le type de la main de singe; vues par leur face palmaire les paumes sont excavées, les phalanges fléchies sur les phalanges. Les saillies des éminences hypothénar ont fait place à des creux, les éminences thénar sont, elles aussi, aplaties. Les espaces interosseux sont très déprimés. (Fig. 4.)

La partie interne des avant-bras paraît atrophiée. L'amaigrissement est plus marqué à droite. A part les mouvements du pouce, tous les mouvements des doigts sont gênés, et ceux des deux derniers doigts sont impossibles.

La sensibilité au contact, à la piqure, à la température, est abolie sur la moitié des deux mains, et le tiers interne des avant-bras, ainsi que sur les

deux derniers doigts. Les limites de l'anesthésie ne sont pas tranchées, mais l'insensibilité va en s'atténuant.

Les *réflexes tendineux* sont conservés. A la main droite la peau présente un état lisse au petit doigt. Il y a des sueurs exagérées dans les deux mains.

L'*examen électrique* fait par M. Vigouroux montre que les seuls muscles atteints électriquement sont les interosseux, et les muscles de l'éminence hypothénar qui présentent la réaction complète de dégénérescence.

Rien à noter du côté des autres appareils.

Obs. IV. — Mme Hub..., âgée de quarante et un ans, femme de ménage, venue à la consultation externe de la Clinique en janvier 1888.

Antécédents héréditaires. Son père est mort hémiplégique, sa mère est actuellement bien portante. Elle ne connaît pas d'affections nerveuses dans sa famille.

Antécédents personnels. Mme H... n'a jamais été malade. Elle n'est ni rhumatisante, ni syphilitique, ni alcoolique.

Début. L'affection actuelle a débuté insidieusement il y a un an par de l'amaigrissement et de l'affaiblissement de la main droite, la main gauche s'est prise peu de temps après. En même temps la malade ressentait des douleurs comparables à des élancements dans la main.

État actuel. — La main droite présente des déformations considérables. Vue par la face dorsale elle offre les saillies accentuées des métacarpiens par la disparition des espaces interosseux. A la face palmaire la concavité du creux de la main est très exagérée, les tendons fléchisseurs y font saillie. L'éminence hypothénar est déprimée, la région thénar est moins accusée que normalement. Les deux derniers doigts ont la phalangine et la phalangette fléchie. A la main gauche il existe des déformations semblables mais beaucoup moins accusées.

Les mouvements d'abduction et d'adduction des doigts ne s'exécutent plus, de même la flexion des premières phalanges, et l'extension des deuxièmes et troisièmes ne sont plus possibles à l'auriculaire et à l'annulaire de la main droite, et sont gênés à la main gauche. Le pouce s'oppose des deux côtés mais en tournant sur son axe.

La sensibilité au tact est abolie sur le bord interne des deux mains, mais il n'existe pas d'autres troubles.

Les réflexes tendineux sont faibles des deux côtés.

La contractilité faradique est abolie des deux côtés pour les interosseux, et les muscles de l'éminence hypothénar.

A la main gauche on observe une cicatrice au niveau du premier espace interosseux. Il serait survenu là, sans cause appréciable, une phlyctène comparable à celle que produit une brûlure, au dire de la malade, bulle à laquelle aurait succédé une plaie indolore de l'étendue d'une pièce de 50 centimes qui aurait guéri au bout d'un mois.

Rien à noter du côté des autres appareils.

II

Relevons tout d'abord les particularités les plus notables de ces observations. Le premier de nos malades ne présente pas d'antécédents héréditaires intéressants : si l'on excepte la mère migraineuse, on ne découvre aucune tare arthritique ou nerveuse dans sa famille. On ne trouve non plus aucune cause de quelque vraisemblance à l'origine de son affection. La profession d'employé de banque n'avait rien de bien pénible et ne nécessitait pas d'excès fonctionnels des membres supérieurs. Il a été pris à droite d'abord, à gauche ensuite, des mêmes accidents de parésie, d'amyotrophie, et de troubles de la sensibilité cantonnés dans la zone du nerf cubital.

Dans notre observation II, on est frappé de la relation qui paraît exister entre le début de l'affection paralytique et une attaque de rhumatisme ; il semble de même que la succession des invasions rhumatismales aient augmenté chaque fois l'intensité du processus. Celui-ci, du reste, est assez semblable au cas précédent : c'est de même par la main droite que la maladie a débuté, elle a gagné ensuite la main gauche, occasionnant symétriquement des troubles paralytiques et atrophiques, et des altérations de la sensibilité qui restent localisés au territoire desservi par le nerf cubital.

La troisième de nos malades, elle, a des antécédents nerveux bien caractérisés : un père alcoolique, une mère hystérique. Son affection a de même débuté sans cause occasionnelle, et encore par le côté droit. Ce sont toujours de la paralysie, de l'atrophie, et des troubles de la sensibilité symétriques, et répondant presque absolument à la distribution anatomique du nerf cubital.

Enfin la dernière de nos malades a vu son affection s'installer insidieusement, sans cause apparente, et occuper aussi la main droite en premier lieu. Les lésions sont moins avancées, elles ne datent, du reste, que d'un an, mais ont les mêmes caractères et la même topographie que dans les cas précédents.

Nous avons trouvé une observation analogue aux nôtres où l'influence étiologique de la fièvre typhoïde est incriminée ¹. Il s'agissait d'un tapisier âgé de vingt et un ans, convalescent d'une fièvre typhoïde qui se plaignait surtout de douleurs aux deux avant-bras qui s'étendaient le long du cubitus jusqu'à la main. Les douleurs étaient plus prononcées

1. Deutsch. Arch. für med. Klin., 1878, p. 363.

à droite, mais les trois premiers doigts des deux côtés en étaient exempts. Tous les mouvements des extrémités supérieures, même ceux de l'articulation du coude et ceux qui sont sous la dépendance du nerf radial, étaient faciles. Tous les espaces interosseux, surtout de la main droite, étaient profondément déprimés; des deux côtés, les deuxièmes et troisièmes phalanges se trouvaient en flexion, le quatrième et le cinquième doigts étaient même courbés en griffe.

Les éminences thénar et hypothénar étaient amaigries et la peau qui les couvre était lisse. Les tendons des fléchisseurs se voyaient très distinctement dans la paume de la main. Les bouts des doigts avaient une apparence polie et luisante. L'excitabilité faradique des muscles interosseux du côté droit et des muscles de l'éminence thénar et hypothénar du même côté était considérablement diminuée; du côté gauche elle l'était un peu moins. Les muscles interosseux droits ne réagissaient que très peu à l'emploi des courants très forts. La secousse d'anode à la fermeture du courant était semblable à la secousse du cathode ou plus forte. On n'obtenait pas de secousses à la fermeture du courant.

La sensibilité de la peau du dos de la main était altérée au niveau des trois derniers espaces interosseux. Le malade ne sentait pas la pression ni les excitations produites par les courants électriques.

La sensibilité tactile et thermique n'était presque pas atteinte.

L'auteur conclut qu'il s'agit très vraisemblablement d'un trouble nutritif (névrite), à la suite de la fièvre typhoïde, limité à la région du nerf cubital.

Si l'on fait abstraction de l'évolution plus rapide, presque aiguë dans le cas de l'auteur allemand, on voit que cette observation est tout à fait analogue à celles que nous relatons, même quant à cette particularité du début par le côté droit.

Que si maintenant nous coordonnons en une description clinique les traits primordiaux fournis par le tableau symptomatique si semblable dans chacun de ces cas, il en ressortira mieux la spécificité de ce groupe, si tant est qu'elle existe.

L'affection débute insidieusement, sans cause occasionnelle apparente, au milieu d'un état général satisfaisant, par des troubles de la sensibilité dans la main droite. Les malades se plaignent de sensations douloureuses, ou plutôt de fourmillements ou de picotements, enfin d'un engourdissement dans le petit doigt, l'annulaire et le côté cubital de la main. Le plus souvent les phénomènes de cet ordre sont peu marqués, il n'est pas rare que les malades ne s'en préoccupent pas; ils ne tardent pas à être suivis de parésie de certains groupes de muscles, et c'est en général à cette période de la maladie que la main

gauche, jusque-là plus ou moins indemne, se prend. Dès lors, les troubles progressent parallèlement, mais le côté gauche étant ordinairement moins affecté que l'autre côté.

Les accidents qui se présentent alors sont d'abord la paralysie atrophique des interosseux : les deuxième et troisième phalanges des doigts sont maintenues fléchies alors que le malade ne peut pas fléchir les premières qui restent dans l'extension. Puis la main faiblit et maigrit, les muscles de l'éminence hypothénar disparaissent et sa saillie est remplacée par un méplat; l'éminence thénar s'aplatit. Enfin la main prend la forme de griffe, la situation vicieuse des doigts étant surtout accusée sur les deux derniers. Les fonctions du membre sont en conséquence singulièrement gênées, et le malade, tout en se servant encore de ses mains, peut rarement se livrer à ses occupations habituelles. Les mouvements du petit doigt sont impossibles, et ceux des autres doigts sont lents et peu énergiques. L'adduction et l'abduction des doigts ne peut se faire, de même l'adduction du pouce est empêchée.

Les troubles de la sensibilité sont constants, mais plus ou moins profonds. L'anesthésie occupe à la face palmaire de la main le petit doigt et la moitié de l'annulaire, à la face dorsale la surface cutanée de ces deux doigts; au-dessus du poignet le tiers interne de l'avant-bras dans son quart inférieur. L'anesthésie existe au contact, à la piqure, à la température; elle n'offre pas de limites très tranchées, mais va en diminuant progressivement. Elle dépasse habituellement les zones anatomiques rigoureuses de l'innervation cubitale, quoiqu'elle ne soit jamais absolue que dans ces mêmes limites.

Surviennent en dernier lieu des troubles plus profonds, rétractions et troubles trophiques, qui augmentent les déformations, et les rendent pour ainsi dire indélébiles. Les derniers doigts sont rétractés dans la paume et ne peuvent plus être fléchis, le creux de la main est extrêmement accusé, les saillies tendineuses s'y dessinent nettement. Il peut y avoir des sueurs, des sensations de froid au toucher, de l'état lisse de la peau.

Électriquement, on constate de la diminution de la contractilité faradique, et souvent de la réaction de dégénérescence soit dans tous les muscles, soit seulement dans quelques-uns parmi lesquels le premier interosseux le plus ordinairement.

On pourrait, en somme, distinguer trois périodes dans cette évolution, l'une de début caractérisée par des troubles de la sensibilité, la seconde d'état avec de la paralysie atrophique, la troisième terminale avec des rétractions et des troubles trophiques; ces accidents se développant en

tous ces cas symétriquement, quoique prépondérants, d'un côté et se limitant au domaine du nerf cubital, enfin ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme.

III

Avant que de formuler les réflexions que suggère le rapprochement de ces observations, nous rapportons ici quelque cas de névrite cubitale unilatérale que notre attention, éveillée dans cette direction, nous a permis de recueillir.

Outre l'intérêt particulier qui s'attache à chacun d'eux, ils offrent, considérés ensemble et comparativement avec les précédents, des points de similitude clinique importants à relever, ainsi que des particularités étiologiques notables, en vertu desquelles nous les présentons dans un certain ordre. Enfin leur complexité moindre pourra nous permettre de concevoir peut-être plus aisément l'évolution des précédents.

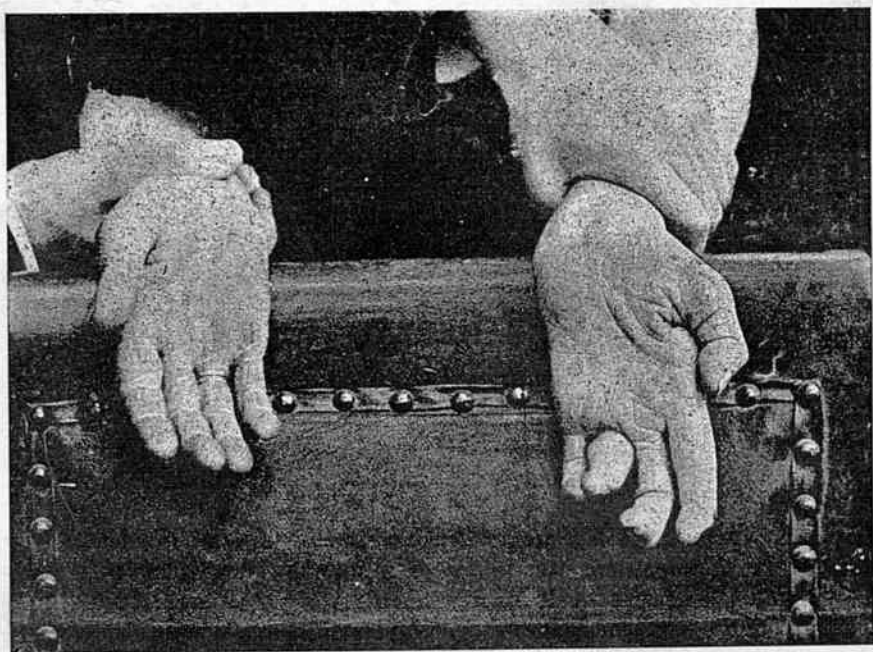
Obs. V. — Mme Lef..., âgée de quarante-neuf ans, sans profession, se présente, le 7 mars 1887, à la consultation externe de la Salpêtrière, service de M. le professeur Charcot.

Elle demande nos soins pour divers troubles survenus dans sa main gauche. Il ya six ans, à la suite d'un panaris, elle eut, dit-elle, une arthrite de l'articulation phalangino-phalangienne de l'annulaire de la main gauche. Elle entra à cette époque à la maison de santé dans le service de M. Marc Sée. Ce chirurgien pratiqua l'ablation de la phalange. C'est très peu de temps après cette opération qu'apparurent les divers troubles de la main.

Insensiblement, et sans douleurs marquées, la main devint de plus en plus faible, surtout les deux derniers doigts. Puis avec l'affaiblissement survint de l'amaigrissement, et bientôt des déformations qui s'accrourent de plus en plus, jusqu'à produire l'état actuel.

Pendant le cours de cette évolution, aucun autre trouble ne se produisit dans la santé générale, ni sur les autres membres.

État actuel (7 mars 1887). — La main vue par sa face dorsale présente une saillie notable des métacarpiens, due à l'amaigrissement des interosseux; on y remarque aussi la flexion générale des doigts, surtout prononcée sur les deux derniers. Vue par sa face palmaire, la main offre une excavation exagérée du creux de la main, une saillie prononcée des têtes des métacarpiens. L'éminence hypothénar est très atrophiée, l'éminence thénar est un peu aplatie. L'avant-bras est un peu atrophié à sa partie interne. Les deux derniers doigts sont rétractés dans la flexion et ne peuvent être que difficilement étendus. La première phalange est étendue, et les deux dernières sont



Chas. A. Lamb.

OBS. V

fléchies. Les autres doigts un peu écartés présentent la même déformation mais à un faible degré (pl. I).

Les mouvements de flexion ou d'extension des deux derniers doigts sont impossibles : de même les mouvements de rapprochement et d'écartement des doigts.

Les deux derniers doigts, le tiers interne de la main, et le bord interne de l'avant-bras dans son tiers inférieur sont complètement insensibles à tous les modes d'exploration.

La malade porte des cicatrices de brûlures et, lors des accidents qui les ont occasionnées, elle n'a pas souffert. La peau des mêmes doigts est lisse, paraît épaissie et rétractée. Les ongles sont sains. Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

L'examen électrique a été fait par M. Vigouroux, qui m'a remis la note suivante : Absence totale de réaction (faradique et galvanique) dans les muscles innervés par le cubital. Les autres sont sains.

Dans le cas qu'on vient de lire le traumatisme paraît avoir joué un rôle prépondérant quoique indirect dans la genèse des accidents.

On peut rappeler à cette occasion que M. Joffroy¹ a rapporté des faits cliniques analogues, et a montré, entre autres, qu'après un traumatisme ayant porté sur les jointures du poignet et du pouce du côté droit il pouvait se développer une névrite dans le nerf radial.

Mais dans l'observation suivante, le rôle du traumatisme devient beaucoup moins évident, et prête même à la discussion. Un autre facteur apparaît, l'hérédité nerveuse, et on devra rechercher quelle part revient à chacune de ces causes dans la production de l'affection.

Ops. VI^e. — Dug..., âgé de quarante-deux ans, forgeron, est entré le 2 décembre 1887 à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Il n'a pas connu ses grands parents, et ne peut donner aucun renseignement sur eux. Son père est mort à la suite d'un accident ; sa mère a succombé à une phtisie pulmonaire. Une tante maternelle a été folle. Il ne connaît pas d'autres nerveux dans sa famille.

Antécédents personnels. — Il ne se souvient pas d'avoir fait aucune autre maladie qu'un rhumatisme articulaire aigu polyarticulaire il y a dix-sept ans, qui le tint au lit pendant six semaines. Il a fait des excès vénériens pendant sa jeunesse : il n'a pas eu la syphilis et n'est pas alcoolique.

Il a eu le bras gauche fracturé à l'âge de huit ans (il y a trente-quatre ans) au niveau du coude, et les fonctions de ce membre n'ont jamais été égales à celles du bras droit, depuis cet accident.

Début. — L'affection actuelle a débuté il y a sept mois (en mai). A cette

1. Archives de physiologie, 1879.

2. Cette observation a été présentée à la Société clinique à la séance du 8 novembre 1888.

époque apparurent des sensations pénibles de fourmillement et d'engourdissement du petit doigt de la main gauche. Les douleurs gagnent bientôt l'annulaire, puis de la faiblesse et de l'amaigrissement apparaissent dans la main et s'accusent insensiblement jusqu'à produire les déformations pour lesquelles il est venu à l'hôpital.

Etat actuel (2 décembre 1887). — L'éminence hypothénar et les interosseux de la main gauche sont très atrophiés. Les deux derniers doigts de la main sont rétractés en flexion, et la rétraction est plus prononcée sur le petit doigt. L'éminence thénar est aplatie. Il n'existe pas de tremblement fibrillaire. Le malade ne peut résister quand on tente d'écarter son pouce. Il ne peut écarter les doigts qui sont légèrement rapprochés les uns des autres; il ne peut faire aucun mouvement du petit doigt. Il existe en somme une paralysie et une atrophie de tous les muscles innervés par le cubital (pl. II).

La pression du nerf dans la gouttière et tout le long de son trajet est douloureuse. Dans tout le domaine du nerf la sensibilité au tact est diminuée, elle est abolie pour la piqure et pour la température. Le sens musculaire est conservé. La sensibilité articulaire est abolie seulement dans les articulations du petit doigt.

L'examen de la région du coude montre que l'articulation est augmentée de volume dans son diamètre transversal, les mouvements d'extension seuls sont limités. L'épicondyle est notoirement plus volumineux, mais dans la région épitrochléenne on ne perçoit pas de déformation à proprement parler; peut-être, cependant, le nerf est-il moins profondément situé dans la gouttière et par suite plus accessible à l'exploration qui le montre douloureux mais non déformé.

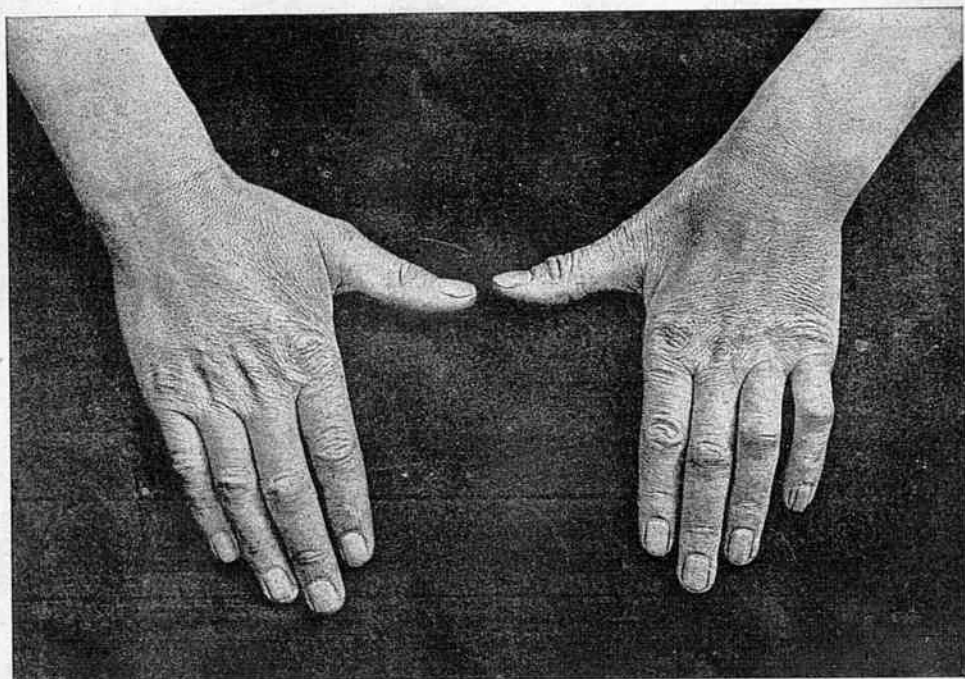
Il n'existe pas d'autres troubles trophiques.

Examen électrique (note due à l'obligeance de M. Vigouroux). — Névrite du cubital gauche. Aucune réaction des interosseux. Éminence thénar : abducteur et opposant normaux, court fléchisseur et adducteur présentant la réaction complète de dégénérescence. Celle-ci est plus facile à constater pour l'hypothénar qui la présente dans toutes ses parties.

L'excitation galvanique du cubital au-dessus du poignet détermine une faible contraction du court fléchisseur du petit doigt et rien de plus.

La réaction de dégénérescence est bien complète. Pas de réaction faradique et réaction galvanique avec l'anode bien plus forte qu'avec le cathode. Celle-ci est douteuse.

Il s'agit d'une névrite cubitale dont le diagnostic est indiscutable, survenue sans autre cause apparente qu'une fracture du coude remontant à trente-quatre ans. L'influence de ce traumatisme m'avait paru, *a priori*, très contestable : il est peu admissible, en effet, qu'un intervalle d'intégrité du membre aussi considérable sépare l'accident de sa conséquence. J'ai retrouvé toutefois une observation de M. le



Cliché A. Loude.

, Oes, VI

professeur Panas qui m'a permis d'envisager cette hypothèse avec moins d'appréhensions.

M. Panas¹ a relaté l'observation d'un malade atteint d'une paralysie du nerf cubital se montrant douze ans et demi après la consolidation d'une fracture du coude. Il s'agissait d'un cordonnier âgé de quarante ans qui se plaignait d'avoir perdu depuis six mois la force et la précision de sa main droite et en était gêné pour son travail. L'examen permit de constater les signes d'une paralysie du cubital; griffe caractéristique, atrophie des interosseux, en particulier du premier, parésie du cubital antérieur. Il existait de plus des troubles de la sensibilité, fourmillement et engourdissements, diminution de la sensibilité tactile dans la zone du nerf.

On notait une augmentation du diamètre transversal du coude, l'effacement de la gouttière de réception du nerf cubital qui était remplacée par une saillie. Le nerf pouvait être senti immédiatement sous la peau comme un cordon volumineux, dur et qui glissait librement d'un côté à l'autre sur la surface bombée de l'épitrachée; il était d'autre part augmenté de volume et présentait une nodosité fusiforme offrant tous les caractères d'un névrome. Le nerf, dans la flexion du coude, se portait de plus en plus en dedans jusqu'au contact de l'épitrachée, et devenu ainsi superficiel se trouvait presque fatalement exposé à des traumatismes, pressions ou chocs venus du dehors.

Le malade, interrogé alors sur ses antécédents, apprenait que treize ans auparavant il était tombé sur le coude et fut, à la suite de cet accident, qu'on traita pour une luxation, trois mois à recouvrer les mouvements de cette articulation. Depuis, jusqu'à il y avait six mois, il avait pu continuer son travail.

M. Panas pense que la gouttière trochléale s'étant trouvée comblée, le nerf devint superficiel, et fut exposé, privé ainsi de toute protection, à des pressions et des chocs réitérés, d'où état irritatif et névrite.

Quoique, dans notre cas, les constatations anatomiques soient moins favorables à l'hypothèse invoquée par M. Panas, nous ne doutons pas qu'il ne doive s'agir de circonstances pathogéniques analogues. Cependant, ce long intervalle de trente-quatre ans d'une part, la profession de forgeron qu'exerçait notre malade d'autre part, ne laissent pas que de nous inspirer quelques nouveaux doutes à l'endroit de cette relation causale.

Aussi, étant données les conceptions dès longtemps formulées par le professeur Charcot sur le rôle prépondérant de l'hérédité dans la pro-

1. Sur une cause peu connue de paralysie du nerf cubital (*Archives générales de médecine*, 1878).

duction des affections nerveuses, conceptions récemment démontrées, en particulier par M. Neumann, en ce qui concerne tout un groupe de paralysies périphériques, les paralysies faciales dites *a frigore*¹, serions-nous presque tenté, dans le cas actuel, d'invoquer d'un côté la prédisposition générale héréditaire notée chez notre malade, et de l'autre l'effet localisateur occasionnel du traumatisme ancien, pour interpréter pathogéniquement cette observation.

Le malade, prédisposé par ses antécédents héréditaires à une affection nerveuse, en raison du *locus minoris resistentie*, occasionné par la fracture du coude, aurait vu cette affection se réaliser sous la forme d'une névrite cubitale.

Dans l'observation suivante, le rôle du traumatisme n'existe plus, et nous sommes en présence d'une affection qu'on pourrait dire spontanée.

Obs. VII. — Mme Her..., trente-quatre ans, femme de ménage, se présente à la consultation externe du service de M. Charcot, le 7 décembre 1887.

Antécédents héréditaires. — Ne connaît pas ses parents. Une sœur comitiale, une autre sœur comitiale, pas d'autres parents nerveux à sa connaissance.

Antécédents personnels. — A toujours été de constitution délicate, mais jamais malade. A beaucoup souffert de misère physiologique. Mariée à vingt-sept ans, a eu six enfants, dont quatre morts (convulsions), deux bien portants. Pas d'alcoolisme ni de syphilis.

Début. — Souffre depuis longtemps de son bras droit. Il y a cinq ans déjà ressentait des douleurs dans la partie interne de ce membre, douleurs qui revenaient par accès. La faiblesse et l'atrophie ne se sont déclarées qu'il y a cinq mois. N'a jamais rien senti de semblable dans l'autre bras.

Etat actuel. Déformation. — La main droite vue par sa face palmaire présente une atrophie très-marquée des éminences thénar et hypothénar dont les saillies sont remplacées par des méplats. Les doigts ne sont pas déformés mais écartés légèrement les uns des autres. Par la face dorsale presque pas de déformation, sinon creux des espaces interosseux.

Mobilité. — La force dynamométrique est extrêmement diminuée, l'extension et la flexion de la main sont possibles; la malade ne peut pas rapprocher ses doigts les uns des autres; l'abduction de la main en pronation posée à plat est presque impossible.

Sensibilité. — Douleurs dans la partie interne comparée à des fourmillements et à des engourdissements jusqu'au bout du petit doigt: l'engourdissement est constant, mais les picotements reviennent par accès. Pas de douleur à la pression.

1. Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale (*Archives de neurologie*, juillet). — Nouvelles études (*Archives de neurologie*, 1888).

La sensibilité au tact, à la piqure, à la température est diminuée dans la zone innervée par le cubital.

L'examen électrique fait constater la réaction de dégénérescence type pour le premier interosseux seulement.

Les réflexes tendineux sont abolis à droite. Il n'existe pas de troubles trophiques.

Si dans ce cas l'influence de causes occasionnelles n'est pas manifeste, il serait difficile de contester une tare héréditaire nerveuse ignorée dans son origine, mais attestée par les deux sœurs épileptiques de la malade.

Dans cette seconde série de faits il s'agit donc de névrites cubitales sinon démontrées par l'examen anatomique, du moins presque indéniables par l'exploration clinique, névrites unilatérales à l'apparition desquelles on a vu présider un traumatisme presque exclusif dans un cas, l'hérédité nerveuse discutable dans le second, cette seule cause enfin dans le dernier.

On concevra par suite d'autant mieux la liaison qui existe entre ces observations et les précédentes où l'affection se présente avec des caractères cliniques semblables, mais cette fois symétrique. Si l'affection est née spontanément en apparence dans le cas d'unilatéralité, on pensera qu'elle peut se montrer symétriquement.

IV

Les relations qui unissent les diverses observations que nous avons rapportées apparaissent avec assez d'évidence pour qu'il soit inutile d'y insister davantage. Il semble, en conséquence, qu'elles forment, grâce à leurs caractères cliniques et à leur évolution toujours semblables, un véritable groupe autonome qu'il serait difficile de confondre avec les espèces nosologiques connues. Ni l'atrophie musculaire progressive myopathique ou myélopathique, ni la sclérose latérale amyotrophique ne présentent des localisations aussi accentuées, et il n'y a pas lieu de discuter un diagnostic différentiel que cette seule particularité tranche dès l'abord.

Mais sont-ce là seulement des accidents semblables réalisés par des causes différentes qui sont unis par un appareil symptomatique commun, ou bien ces signes se rapportent-ils à une maladie spéciale? En un mot, s'agit-il d'un syndrome ou d'une espèce morbide?

Ainsi que nous l'avons fait prévoir, nous ne prétendons pas donner une solution pour laquelle les notions anatomo-pathologiques qui nous

manquent sont indispensables. En l'absence de ces arguments décisifs, nous établirons toutefois les inductions que nous paraît autoriser la seule étude clinique sur la nature de ces faits.

Il semble bien qu'on ait affaire à une névrite cubitale périphérique. Il n'existe pas en effet de signes de participation des centres nerveux, et le domaine du nerf est atteint et seul atteint de troubles que nous sommes habitués à rencontrer lors des inflammations chroniques des nerfs. De plus, quelque peu acceptable que paraisse *a priori* l'hypothèse de névrite symétrique périphérique, il n'en existerait pas moins des faits à l'appui. On sait qu'Eisenlohr a publié des cas de névrites parenchymateuses spontanées symétriques du sciatique, et que des exemples du même ordre ont été fournis par M. Joffroy.

Ne s'agissait-il pas là, selon la réserve exprimée par cet observateur, de manifestations *premières* d'altérations de la moelle et de ses racines? A l'appui de ces réserves, M. Grimodie ¹, dans un travail récent sur l'origine et la nature des névrites périphériques, a cherché, à l'aide d'expériences sur les animaux, à démontrer que la grande majorité des névrites prétendues primitives ne seraient rien moins que le retentissement périphérique de lésions des méninges et des racines rachidiennes, et ne devraient alors être considérées que comme secondaires.

Aussi, en l'état de la question en général, est-il permis d'hésiter avant que d'affirmer l'existence d'une névrite primitive, et dans notre cas en particulier, malgré les présomptions que nous avons indiquées, cette réserve est-elle plus encore de mise. Cela d'autant plus qu'on sait que des phénomènes symptomatiques de même ordre peuvent être sous la dépendance de localisations médullaires, telles que les réalisent parfois les lésions de la pachyméningite cervicale hypertrophique et de la syringo-myélie; que de plus, ainsi que M. Charcot l'a fait observer, dans l'ataxie locomotrice, le domaine des nerfs cubitaux est souvent affecté symétriquement.

C'est pourquoi, quelque caractéristique que paraisse le tableau clinique si uniforme dans chacune de nos observations, nous ne croyons pas pouvoir déterminer la nature de l'affection que nous avons décrite, et il nous suffira d'avoir mis en relief une forme pathologique, syndrome ou espèce morbide, qui nous semble mériter une place spéciale dans les cadres nosographiques.

PAUL BLOCQ,

Ancien interne de la clinique des maladies
du système nerveux.

1. *Contribution à l'étude de la pathogénie des névrites périphériques*, par Grimodie.
— Th. Paris, 1887.

GONFLEMENT DU COU CHEZ UN HYSTÉRIQUE

Le gonflement du cou est un phénomène vulgaire dans la grande attaque hystérique.

Par contre, il est rarement donné, pensons-nous, de le voir, dans les intervalles interparoxystiques, s'établir à l'état de symptôme permanent. Nous avons eu l'occasion d'en observer un exemple dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, et nous avons pensé intéressant d'en publier les dessins accompagnés de quelques courtes observations.

Mais il est utile auparavant de rappeler le rôle du gonflement du cou dans la grande attaque.

Il se produit au début, pendant la phase tonique de la période épileptoïde. Il suit la perte de connaissance et accompagne l'arrêt de la respiration qui semble être, avec le spasme musculaire généralisé, un de ses principaux facteurs.

En effet, sur des tracés que j'ai pris lors de mes recherches sur la grande attaque hystérique et dont l'un se trouve publié dans mon livre sur *la Grande Hystérie*, on peut constater que le gonflement du cou se développe tout d'un coup, en même temps que survient l'arrêt de la respiration provoqué par la téτανisation des muscles thoraciques; puis on le voit se modifier à chaque mouvement respiratoire et cesser définitivement avec le spasme de la respiration.

On devine aisément par quel mécanisme survient dans de telles circonstances l'augmentation du volume du cou.

Il est le résultat immédiat de la stase sanguine occasionnée elle-même par le spasme respiratoire et musculaire. L'arrêt de la respiration supprime l'appel du sang veineux qui se produit, à chaque mouvement d'inspiration, vers la cage thoracique; en second lieu, les muscles contracturés compriment directement les gros troncs veineux du cou à leur entrée dans le thorax et interrompent plus ou moins complètement le cours du sang. On voit, en effet, en même temps que le cou augmente de volume, les téguments se congestionner, les veines superficielles se dessiner gonflées sous la peau; la turgescence ne

reste pas limitée au cou, elle gagne toute la face, les lèvres sont boursoufflées, les yeux injectés, etc., etc.

Ces phénomènes varient beaucoup d'intensité suivant les sujets. Ils acquièrent parfois une telle importance qu'ils impriment à eux seuls un caractère spécial à l'attaque hystérique.

Une malade dont j'ai publié ailleurs l'observation¹, les présentait accentués à un tel degré, que ses crises convulsives revêtaient un aspect particulièrement effrayant et bien propre à faire comprendre comment les anciens démonographes avaient rangé le gonflement du cou parmi les signes de possession démoniaque. M. le professeur Charcot² a fait connaître, à ce propos, un document artistique fort intéressant dont nous avons donné la reproduction dans un ouvrage spécial. Il s'agit d'une esquisse de Rubens, étude pour la tête de la démoniaque du tableau du musée de Vienne, *Saint Ignace de Loyola délivrant les possédés*, et sur laquelle on peut voir fort exactement représentée l'augmentation de volume du cou dont il s'agit.

Ces quelques mots suffisent pour signaler la place vraiment importante que tient, dans la grande crise convulsive hystérique, le gonflement du cou. Mais alors, comme les autres phénomènes de l'attaque, il est transitoire, il ne dure que quelques instants et cesse avec la crise elle-même.

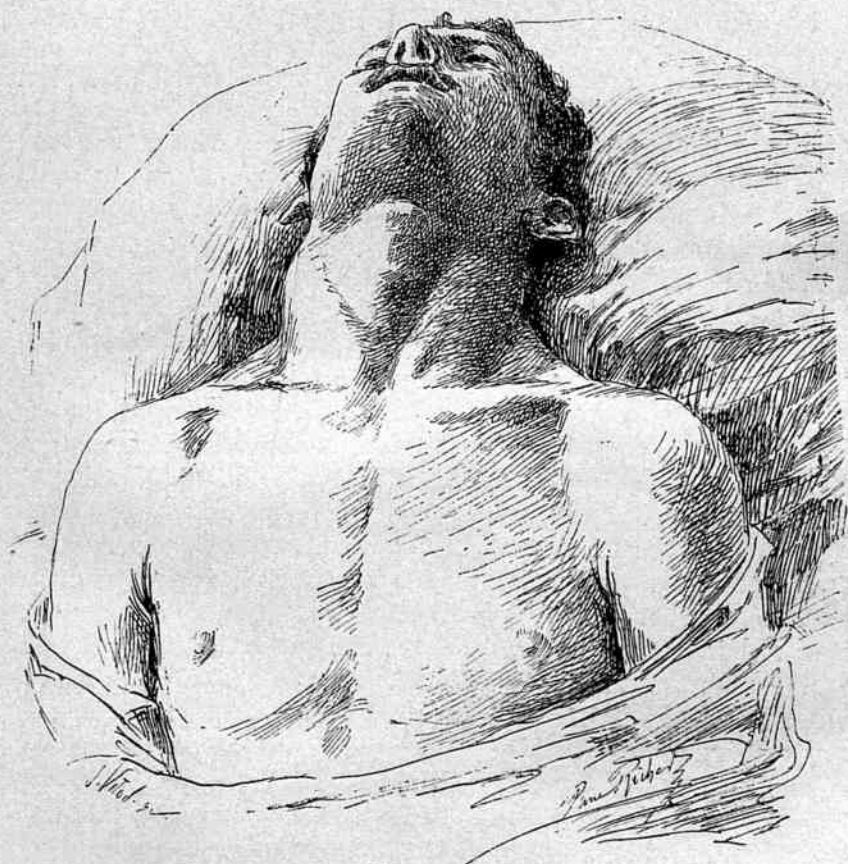
Le malade³ qui fait l'objet de cette note a vu au contraire une augmentation de volume du cou survenir en dehors des crises convulsives et persister sans interruption pendant plusieurs mois. Son observation a été prise par M. Huet, interne des hôpitaux, et publiée *in extenso* dans la thèse de M. Batault (*L'Hystérie chez l'homme*).

Nous n'avons donc pas à la reproduire et nous y renvoyons le lecteur. C'est du reste un cas fort intéressant et fort complet, avec crises convulsives, anesthésie, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel, accidents d'aphasie, de surdité, de paralysie, etc., etc. Nous n'en voulons retenir pour l'instant que ce phénomène singulier du gonflement du cou survenu pendant le cours d'un tremblement qui, d'abord localisé aux membres, avait envahi la tête agitée dès lors de petits mouvements d'oscillation d'avant en arrière. Les deux dessins ci-joints (pl. III et IV) en disent plus qu'une longue description. Au premier abord rien ne ressemblait plus au gonflement du cou de la grande attaque que celui que nous présentait notre malade. Mais, en y regardant de plus près, il n'était pas difficile de découvrir des différences

1. *Études cliniques sur la grande hystérie*.

2. *Les Démoniaques dans l'art*, par Charcot et P. Richer.

3. Nommé Lips...



GONFLEMENT DU COU

CHEZ UN HYSTÉRIQUE



GONFLEMENT DU COU

CHEZ UN HYSTÉRIQUE

fondamentales et de relever chez *Lips*... un certain nombre de signes qui permettent d'assigner au gonflement du cou dont il était porteur un mécanisme bien différent de celui sur lequel nous avons insisté plus haut.

Ce qu'il importe de faire ressortir à ce propos, c'est que l'augmentation de volume du cou portait principalement sur le diamètre transversal et qu'elle était accompagnée d'un renversement exagéré de la tête en arrière. Cette extension de la tête et du cou était telle que, pour regarder en face, le malade était obligé d'incliner fortement le tronc en avant comme le montre bien le dessin de profil; d'autre part, on n'observait aucun arrêt de la respiration, aucune congestion notable ni stase sanguine de la face et du cou, point de gonflement du corps thyroïde.

A quoi donc fallait-il attribuer ce gonflement permanent du cou?

C'est ici le lieu de faire intervenir les études d'anatomie morphologique et nous trouvons là un nouvel exemple de l'importance qu'elles acquièrent dans l'interprétation d'un grand nombre de phénomènes pathologiques.

Nous avons noté, dans le cours de travaux entrepris sur ces matières, que chez tout individu l'extension du cou s'accompagne d'une augmentation de volume en rapport avec le degré de l'extension et d'ailleurs variable, suivant les individus. Le phénomène est facile à constater et à mesurer même à l'aide d'un lien circulaire; on verra alors que la circonférence du cou augmente dans ces circonstances de cinq à six centimètres en moyenne. L'augmentation de volume est donc réelle, mais elle est aussi apparente, car, portant particulièrement sur le diamètre transversal, elle donne au cou, vu de face, l'apparence d'un volume plus considérable encore que celui qui existe réellement.

Cette augmentation de volume est surtout accentuée chez les individus qui ont le cou long et la colonne cervicale mobile. En outre de la part qui revient aux masses musculaires de la nuque dont l'état de contraction ou de raccourcissement augmente l'épaisseur, elle est due particulièrement à la saillie de toute la partie antérieure du cou reportée en avant par la convexité exagérée de la colonne cervicale et au déplacement sur les côtés des corps charnus des muscles sterno-cléido-mastoïdiens soulevés par les apophyses transverses des vertèbres cervicales et par les muscles profonds qui viennent s'y attacher.

Nous retrouvons chez notre malade tous ces caractères, auxquels nous pouvons ajouter encore un gonflement, avec durcissement, du corps charnu des sterno-mastoïdiens eux-mêmes, parfaitement appréciable à la main, et occasionné par l'état de contracture dans lequel se trouvaient ces muscles.

Faut-il conclure de là que le gonflement du cou chez les hystériques, en dehors des crises convulsives, ne puisse relever d'autres causes que celles que nous venons de signaler? Evidemment non.

Mais le fait que nous avons rapporté prouve au moins la part qui dans ces sortes d'accidents peut revenir à la seule attitude d'extension forcée. Chez Lips..., en effet, le gonflement du cou n'était en réalité qu'un phénomène secondaire, une conséquence nécessaire pour ainsi dire de la contracture des muscles extenseurs du cou et de la tête. Il n'en est pas moins vrai qu'au premier abord, c'est ce changement de volume du cou qui retenait l'attention de l'observateur.

On a pu remarquer, pendant les quatre mois qu'a durés cet accident chez notre malade, que le degré du gonflement variait avec le degré de l'extension du cou qui se modifiait un peu dans le courant de la journée, augmentant avec la fatigue, et toujours plus accentué dans la station de bout que dans le décubitus dorsal. On vit, à la fin, le gonflement diminuer à mesure que le cou reprenait progressivement sa position normale, et les deux phénomènes cessèrent en même temps.

PAUL RICHER,

Chef du laboratoire des maladies du système nerveux.

DES SUITES ÉLOIGNÉES DES TRAUMATISMES

DE LA MOELLE, EN PARTICULIER DANS LES FRACTURES

DU RACHIS

(Suite')

Les trois observations que nous avons déjà présentées se rapportaient à des fractures des régions dorsale inférieure et lombaire supérieure; aussi les phénomènes nerveux étaient-ils localisés dans les membres abdominaux. Le fait suivant nous montre une lésion de la colonne cervicale. Les quatre membres sont atteints, et les troubles prédominent dans les membres supérieurs.

OBSERVATION IV. — *Fracture du rachis au niveau de la septième vertèbre cervicale remontant à neuf mois. — Contracture en voie de diminution. — Déformation des mains. — Troubles trophiques (?) de la main droite.*

Le nommé D..., Frédéric, âgé de cinquante-cinq ans, cocher, est entré le 1^{er} novembre 1887, à l'Hôtel-Dieu-annexe, salle Saint-Antoine, lit n° 12, dans le service de M. le professeur Cornil.

Notre ami M. Bouel, interne du service, a bien voulu nous le présenter et nous l'avons examiné le 18 juin dernier.

D... est un homme fort et vigoureux qui ne présente dans ses antécédents aucun fait digne de remarque. Sa santé a toujours été parfaite, et il ne présente aucun stigmate de syphilis ou d'alcoolisme.

Le 15 octobre 1887, cocher au service de la préfecture de police, il conduisait une voiture cellulaire. Le siège de ces voitures étant très haut, la porte de la préfecture de police très basse, les cochers doivent, pour franchir celle-ci, se baisser énormément. Les chevaux de D..., arrêtés devant la porte, partirent à l'improviste. D... se baissa aussitôt, mais trop peu. La tête passa bien sous la voûte de la porte sans s'y heurter, le rachis au contraire n'était pas assez fortement incliné; la voûte heurta violemment la région cervicale postérieure, puis le reste du dos passa à frottement dur.

1. Voy. le n° 6, t. I, 1888.

D... ressentit un choc violent, une vive douleur, puis ses idées se troublèrent sans qu'il perdît complètement connaissance. Il se rappelle bien qu'il ne pouvait remuer ni bras ni jambes, que ses membres, soulevés par le médecin appelé aussitôt, retombaient *flasques et inertes*; ce même médecin le piqua en divers endroits sans provoquer aucune sensation. D... raconte qu'on le ramena chez lui en voiture, sa tête retombait sur sa poitrine sans qu'il lui fût possible de la maintenir.

Il demeura chez lui dix-sept jours, puis entra le 1^{er} novembre 1887 à l'hôpital.

Dès le lendemain de l'accident, les membres supérieurs et inférieurs se seraient *contracturés*, ceux-ci en extension, ceux-là en flexion. Les mains reposaient sur la partie antérieure et supérieure du thorax, la main droite était complètement fermée; les doigts de la main gauche étaient à demi fléchis. Cette attitude ne pouvait être en aucune façon modifiée par le malade, et les tentatives de mouvements communiqués étaient inutiles et douloureuses. C'est seulement à la fin du troisième mois que les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, purent exécuter quelques mouvements volontaires. Ni le cou ni le tronc n'étaient rigides. Le lendemain de l'accident, à l'anesthésie avait succédé une hyperesthésie excessive de tout le corps; on ne pouvait toucher D... sans lui arracher des plaintes. Cette hyperesthésie dura environ trois semaines. Des « crampes » très douloureuses, apparues vers le deuxième ou troisième jour, tourmentèrent le malade pendant le même temps. Elles survenaient exclusivement la nuit, et seulement dans les membres inférieurs. Elles firent place au phénomène suivant, qui subsiste encore aujourd'hui, bien qu'atténué. Pendant une heure, une heure et demie, quelquefois davantage, il éprouve dans les membres inférieurs et supérieurs comme des secousses produites par la fermeture ou l'ouverture d'un courant électrique; chaque secousse s'accompagne d'une légère douleur.

Depuis le traumatisme, le malade est constipé et use de lavements quotidiens. Une seule fois on l'a sondé pour rétention d'urine, cela six semaines environ après l'accident. Inappétence génitale.

Vers la troisième semaine apparaît, sans cause appréciable, un œdème considérable de la main droite, avec coloration violacée de la peau. Peu après se montra à l'annulaire de cette main la lésion qu'on y constate aujourd'hui, et qui fut considérée, à son début, comme un trouble trophique. L'œdème de la main a disparu depuis six semaines.

Du côté du cou, le malade signale les douleurs extrêmement vives qu'il éprouvait aux moindres mouvements de la tête, douleurs qui furent soulagées par l'application de ventouses scarifiées.

Pas de troubles de la respiration, pas de palpitations. D... éprouva une inappétence complète pendant deux mois et s'amaigrit considérablement.

Lors de notre examen, le 18 juin 1888, la santé générale de D... était bonne.

L'exploration du rachis montrait une déviation très nette de la ligne

épineuse à l'union de la colonne cervicale et de la colonne dorsale. Là, cette ligne se dirigeait non plus verticalement, mais un peu obliquement à droite et en bas sur une étendue de 4 centimètres. Cette partie du rachis formait en outre, sous la peau, une saillie exagérée. Sur toute la longueur de la colonne vertébrale, la palpation était douloureuse, surtout dans la région lombaire et dans la région cervicale. Le malade se tient fortement courbé en avant dans la station debout. Celle-ci, comme la marche, ne tarde pas à provoquer une sensation douloureuse dans la région dorso-lombaire; le malade se repose en s'asseyant dans un fauteuil, le dos appuyé.

Les avant-bras se tiennent légèrement fléchis sur les bras. L'extension complète, soit spontanée, soit provoquée, est impossible. On sent, dans cette dernière tentative, le tendon du biceps se tendre fortement. La résistance perçue est un peu élastique.

Les mains présentent les déformations suivantes. A la main gauche : les quatre derniers doigts, étendus, sont déjetés vers le bord cubital; la flexion des premières phalanges se fait normalement, mais celle des deuxièmes phalanges est très incomplète et celle des troisièmes presque nulle. Le malade fait remarquer que la première phalange du pouce peut être mise en extension très forcée, ce qui n'existait pas avant l'accident, et ce qu'on ne trouve pas au pouce de l'autre main. A la main droite, mêmes phénomènes, mais moins accentués, surtout pour l'index. Aux deux mains, D... ne peut écarter les doigts que dans une mesure très limitée.

La motilité est très affaiblie dans tous les membres. Le malade porte assez difficilement la main droite sur la tête, il y porte très difficilement et avec quelques saccades la main gauche. Ces mouvements provoquent une certaine douleur dans la partie antérieure du bras. D... peut à peine tenir son verre et le porter à sa bouche. Du côté des jambes tous les mouvements sont possibles, mais sans force. Aussi la marche est-elle très pénible. Le malade marche à petits pas, les pieds écartés, sans trainer la semelle. Il se fatigue vite. Il regrette de ne pouvoir, en marchant, s'aider de ses bras, trop faibles pour se fixer à un appui. La jambe gauche est, dit-il, plus faible que la droite. Ajoutons que les jambes deviennent rapidement bleuâtres pendant la marche.

Les réflexes sont conservés, sinon légèrement exagérés. Pas de trépidation épileptoïde. On remarque, en piquant la jambe et surtout la cuisse gauches, que la contraction réflexe se produit plus intense, dans le membre inférieur du côté opposé, que dans le membre excité lui-même.

La sensibilité est intacte à la piqure, au contact, au chatouillement; la sensibilité au froid est exagérée. Le malade dit qu'il est très péniblement impressionné par le froid, alors qu'il y était auparavant très peu sensible. Enfin D... se plaint des secousses légèrement douloureuses qu'il éprouve par séries, et qui surviennent surtout le soir. Nous en avons parlé plus haut.

Quant aux troubles d'ordre trophique, on peut sans doute ranger sous ce chef (bien qu'avec certaines réserves), outre l'œdème de la main droite

actuellement effacé, une lésion du médius droit qui est apparue peu de temps après l'œdème et qui persiste depuis environ six mois. Très douloureuse, cette lésion présente actuellement l'aspect d'un panaris. Le pus soulève l'épiderme vers la base de l'ongle : l'ongle lui-même est soulevé. La rougeur s'étend jusque sur la deuxième phalange. L'articulation phalangino-phalangéenne présente des mouvements de latéralité assez prononcés.

La peau de la cuisse gauche se montre beaucoup plus épaisse, quand on la pince entre deux doigts, que la peau des régions correspondantes de la cuisse droite.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire, ou du moins, si les muscles se sont atrophiés, c'est des deux côtés et d'une façon symétrique.

Cette observation serait sans doute plus intéressante, au point de vue qui nous préoccupe, si elle se rapportait à un cas plus ancien de fracture du rachis. Toutefois, elle permet de voir comment les phénomènes de contracture, si intenses pourtant dans les premiers temps qui suivirent l'accident, s'amendèrent progressivement jusqu'à subsister à peine aujourd'hui. Il y a lieu de se demander si les déformations des doigts sont destinées à persister indéfiniment. Il est probable que, tenant à la contracture musculaire, elles tendront, comme cette dernière, à disparaître peu à peu.

Un cas observé par Jordison (*The Lancet*, 21 oct. 1882) montre une guérison complète des troubles nerveux graves, six mois après une fracture des cinquième et sixième vertèbres cervicales (sauf un peu de faiblesse du bras gauche). Une guérison complète est relatée par Küster dans un cas analogue (*Archiv. für klin. Chir.*, 1884, p. 218).

Cette sorte de panaris du médius qui présente une persistance si remarquable, est à rapprocher des lésions tenaces produites par le froid sur des orteils que des troubles nerveux préalables avaient mis en état d'infériorité nutritive. Nous allons d'ailleurs retrouver ce dernier phénomène dans une observation que M. le docteur Maygrier a bien voulu nous permettre de prendre dans son service de la Pitié. Il s'agit d'un cas de fracture du sacrum, la moelle n'a donc pas été intéressée, au moins directement. Cependant, nous constaterons ici les mêmes symptômes que nous avons vus se dérouler dans l'histoire des précédents malades.

OBSERVATION V. — *Fracture de sacrum remontant à cinq ans. — Paralysie. — Crampes. — Douleurs. — Atrophie musculaire. — Troubles trophiques cutanés. — Engelures. — Ces phénomènes sont bilatéraux. — Accouchement.*

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui ne présente, ni dans ses

antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels, rien à noter de particulier. Elle a eu, antérieurement à sa fracture, deux enfants bien portants.

En 1883, elle tomba du quatrième étage dans une cour très irrégulièrement pavée. Les pieds, puis le siège, puis la nuque touchèrent successivement le sol.

La malade ne perdit pas un instant connaissance. Voulant se relever, elle s'aperçut que ses deux jambes étaient incapables de se mouvoir. On la transporta à l'hôpital. Là, elle fut simplement placée dans le décubitus dorsal, sans appareil d'immobilisation. On constata au niveau de l'extrémité inférieure du sacrum l'existence d'une plaie par laquelle s'éliminèrent par la suite deux fragments d'os assez volumineux, au dire de la malade. Pendant les premiers jours, elle fut en proie à une dyspnée très intense, avec accélération de la respiration. Deux heures après la chute, se serait montrée une extinction de voix qui dura peu de temps. Le pouls était très ralenti, dit-elle. Un peu plus tard, palpitations. Du côté des membres inférieurs, paralysie complète et anesthésie telle que la malade a été, sans s'en apercevoir, fortement brûlée aux pieds par une bouillotte trop chaude; lésion qui a laissé quelques cicatrices. Il y eut, pendant un an et demi environ, de la rétention d'urine qui exigea le cathétérisme; le passage de la sonde dans l'urèthre n'était point perçu. Pendant à peu près le même temps, constipation opiniâtre avec ballonnement excessif du ventre. La défécation ne s'accompagnait d'aucune sensation. La vue fut affaiblie pendant plusieurs mois, puis redevint normale. Il se produisit, au bout d'un certain temps que la malade ne peut préciser, une atrophie musculaire des deux membres inférieurs. Pas de troubles trophiques cutanés. Enfin, environ huit mois après l'accident primitif, survinrent des phénomènes douloureux et spasmodiques prédominant dans le membre droit et consistant en élancements douloureux, crampes, mouvements involontaires des orteils.

Au bout de seize mois, la malade quitta l'hôpital. Ses deux membres inférieurs demeuraient à peu près complètement paralysés, atrophiés, anesthésiés et présentaient de temps en temps, avec des alternatives d'amélioration et d'exacerbation, les douleurs et les crampes signalées ci-dessus.

Depuis lors, la paralysie s'est fort amendée; deux années après l'accident, la malade commençait à pouvoir marcher. Elle en est arrivée à marcher avec le secours d'une canne.

Elle devint enceinte l'année dernière, et la grossesse ne présenta pas de phénomènes spéciaux, si ce n'est, au dire de la malade, un volume du ventre beaucoup plus considérable que dans les précédentes grossesses. Elle est entrée à l'hôpital de la Pitié pour y accoucher. L'accouchement a eu lieu le 5 mars dernier; il a nécessité l'emploi du forceps: la durée totale du travail a été de trente-six heures. L'enfant se porte bien.

Nous examinons la malade le 14 mars.

Elle a les apparences d'une bonne santé; elle ne présente d'ailleurs aucun

trouble fonctionnel notable, en dehors des symptômes que son ancienne fracture a développés dans les membres inférieurs.

Au niveau de l'extrémité inférieure du sacrum existe une cicatrice étroite qui, partant du coccyx, se porte en haut et un peu à droite. Sa longueur est d'environ deux centimètres. Par la palpation, on constate que le sacrum fait, dans la partie inférieure, une saillie plus faible à gauche qu'à droite de la ligne médiane. Le toucher vaginal a donné les renseignements suivants. On tombe tout d'abord sur une tumeur osseuse faisant saillie sur la face antérieure du sacrum. Ce serait comme un prisme triangulaire, transversalement dirigé, dont une face s'appliquerait au sacrum, tandis que l'arête opposée ferait dans l'excavation une saillie de deux centimètres. Du sommet du col au bord inférieur de la symphyse : 105 millimètres. Angle sacro-vertébral accessible.

Les troubles nerveux consécutifs à cette lésion du sacrum sont localisés aux deux membres inférieurs.

La malade marche difficilement et les mouvements des membres inférieurs manquent de force; ceux qui s'accomplissent dans l'articulation du genou sont plus faibles que ceux que la malade peut produire dans la hanche. Elle accuse, comme autre trouble moteur, des mouvements involontaires des orteils qui coïncideraient avec les phénomènes douloureux et dont elle ne précise pas nettement le mode. Crampes fréquentes.

Ce sont les douleurs qui la tourmentent surtout. Elles sont variées. C'est tantôt une douleur continue avec des exacerbations dont les unes durent une minute, les autres un seul instant; tantôt ce sont de simples élancements. Elles siègent dans les membres inférieurs; elles seraient influencées de la façon la plus nette par les variations atmosphériques; c'est ainsi qu'elles sont plus pénibles l'hiver, par les temps humides, par la neige surtout; elles sont aussi bien plus intenses la nuit que dans la journée. Le rachis est un peu douloureux à la pression dans la région dorso-lombaire et surtout dans la région sacrée. Il y aurait parfois des douleurs spontanées dans le dos, surtout, dit la malade, quand elle reste trop longtemps assise.

L'exploration de la sensibilité donne les résultats suivants :

Le sol n'est pas senti pendant la marche. Au lit, la situation des jambes est nettement perçue. Il existe de l'anesthésie à la piqure dans les points suivants : face postérieure des cuisses; moitié inférieure des faces externe et antéro-externe des jambes; face dorsale du pied jusqu'au voisinage de son bord interne; bord externe du pied et moitié externe de sa face plantaire. Ces troubles sont symétriques. La sensibilité au contact, la sensibilité au froid et au chatouillement sont altérées dans les mêmes points que la sensibilité à la piqure.

Les troubles trophiques sont les suivants : atrophie sensiblement symétrique des deux membres inférieurs. Les jambes sont plus atrophiées que les cuisses. Le triceps fémoral est bien conservé, le gros orteil de chaque pied est déformé de la façon suivante : la première phalange est redressée; elle forme

avec le premier métacarpien un angle presque droit, ouvert en haut, et avec la deuxième phalange un angle égal ouvert en bas.

Les ongles et les poils ne sont pas altérés ; la partie inférieure des deux jambes et la face dorsale des pieds sont tachetées de petites macules rouges irrégulièrement réparties. En divers points on trouve des lésions que la malade attribue à l'action du froid et qu'elle dit être des engelures. (Il est à noter qu'elle n'eut jamais d'engelures antérieurement à son accident.) Ces lésions sont les suivantes : sur la face supérieure du gros orteil du pied droit, la peau présente une légère tuméfaction, d'un rouge foncé, ressemblant en effet à une engelure. Sur la face antéro-externe de la jambe droite, deux taches d'un rouge violacé, régulièrement arrondies, à bords peu nets ; l'une a les dimensions d'une pièce de cinq francs ; l'autre, située en arrière de celle-là, et confondue avec elle sur un point de son contour, est de la grandeur d'une pièce de deux francs ; chacune d'elles est le siège d'une desquamation furfuracée ; au centre de chacune est une petite ulcération recouverte d'une croûte. En arrière du talon, du même côté, se trouve une phlyctène d'un centimètre et demi de diamètre due, dit la malade, au frottement de cette partie contre les draps. Une ulcération en voie de cicatrisation s'observe sur la plante du pied gauche, au niveau de la tête du cinquième métatarsien. La malade dit que ses pieds enflent pour peu qu'elle marche. Enfin, signalons ce fait, qu'au moment de notre examen, il existait de la rougeur au niveau du sacrum. Nous avons appris qu'une eschare s'était formée en cet endroit, les jours suivants.

Ainsi donc, paraplégie, anesthésie, douleurs, atrophie musculaire, troubles trophiques des extrémités inférieures que la malade attribue à l'action du froid (celui-ci n'ayant été probablement qu'une cause surajoutée), eschare sacrée dont le décubitus dorsal observé à la suite de l'accouchement a été sans doute la cause occasionnelle, tels sont les phénomènes les plus saillants que nous avons notés à la suite d'une fracture du sacrum.

On remarquera que l'anesthésie n'occupe aucune des régions innervées par des branches du plexus lombaire, mais seulement des points desservis par les nerfs grand et petit sciatiques.

Il est à noter également que l'atrophie musculaire s'est manifestée, elle aussi, exclusivement dans le domaine du plexus sacré.

Dans les deux observations qu'il nous reste à transcrire, nous aurons affaire à des plaies pénétrantes du canal rachidien. En somme, la cause seule du traumatisme médullaire différera, les résultats de celui-ci seront évidemment du même ordre que dans les faits déjà rapportés.

Notre ami, M. le docteur Gilles de la Tourette, chef de clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, a bien voulu nous montrer la malade dont il va être question, et nous en transmettre

l'observation complète jusque-là inédite. Il en a fait récemment l'objet d'une présentation à la Société de médecine légale. (Voy. *Bull. méd.*, 17 juin 1888.)

OBS. VI. — *Plaie par arme à feu. Paraplégie flasque puis spasmodique. Subluxation consécutive de la hanche. Amélioration progressive.*

Marie D..., dix ans, est entrée à la clinique des maladies du système nerveux, service de M. le professeur Charcot, salle Duchenne de Boulogne, le 11 mai 1888.

Pas d'antécédents héréditaires; un frère mort à six ans et demi d'une méningite tuberculeuse. Elle aurait eu, vers l'âge de deux ans, des *convulsions* légères qui n'ont laissé aucune trace durable après elles.

Bien portante, se développant normalement, elle partait de chez elle le 1^{er} janvier 1884, pour aller jouer dans un terrain vague où se trouvait un individu qui essayait un revolver, lorsqu'elle fut frappée d'une balle par ricochet, à 3 centimètres en dehors et en avant de l'angle de l'omoplate droite. Il existe encore en cet endroit une cicatrice blanchâtre ovoïde, longue de 2 centimètres dans son plus grand diamètre, se dirigeant obliquement de bas en haut et de dehors en dedans.

La plaie donna lieu immédiatement à un écoulement sanguin assez considérable, mais qui s'arrêta bientôt; au bout de quelques jours, elle était cicatrisée. La mère qui nous donne ces renseignements dit que les investigations les plus minutieuses ne permirent pas de constater un orifice de sortie.

Aussitôt frappée, l'enfant s'affaissa sur le sol, les jambes paralysées refusant tout service.

On la transporta immédiatement à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le professeur Lannelongue, qui constata une paralysie *flasque* des membres inférieurs avec insensibilité complète au froid, à la piqure, etc. Cette anesthésie remontait en ceinture et envahissait tout le tronc jusqu'au niveau d'une ligne circulaire s'arrêtant en haut au niveau de la plaie d'entrée de la balle.

Il est à noter qu'il ne se produisit, ni le premier jour, ni les jours suivants, de phénomènes inflammatoires pleuro-pulmonaires ni à droite, ni à gauche et que l'inspection actuelle de la poitrine ne révèle la présence d'aucuns reliquats de cette nature.

Les phénomènes précédemment rapportés ne s'accompagnèrent pas de douleurs, ni localement, ni dans un point plus ou moins éloigné. Avec la paraplégie coexista immédiatement une rétention complète d'urine et des matières fécales contre laquelle on lutta par le cathétérisme et des lavements évacuateurs.

Au bout d'un mois, l'incontinence fit place à la rétention, et, en même temps, peu à peu, de flasques les jambes devinrent raides.

De plus, quelques jours après l'accident, se développèrent des eschares qui évoluèrent jusqu'à la cicatrisation dans l'espace de trois mois et demi à quatre

mois. L'examen actuel de la malade permet de préciser leur siège exact.

Il existe en effet de chaque côté du pli interfessier, à sa partie supérieure, à *gauche*, une cicatrice blanche dirigée de bas en haut, longue verticalement de 5 centimètres, large transversalement de 3 centimètres. Au-dessus de cette eschare, séparée par un intervalle de peau saine d'un centimètre, une cicatrice arrondie, d'un centimètre; un peu en dehors, une cicatrice de la largeur d'une lentille.

À *droite* et en haut du pli interfessier, une cicatrice irrégulière d'un centimètre et demi de haut et d'un centimètre de large.

Un peu plus tard que les eschares que nous venons de décrire, il en survint une autre qui se produisit dans les circonstances suivantes. Les membres inférieurs, avons-nous dit, étaient devenus raides, spasmodiques; ils se placèrent en adduction forcée et il devint très difficile de les écarter l'un de l'autre. Bientôt la jambe droite se mit en demi-flexion, la cuisse se portant en adduction et en légère rotation en dedans, de telle façon que la face plantaire des orteils droits vint se mettre en contact direct avec la face dorsale du pied gauche, et le condyle interne du fémur droit se mettre en rapport avec la tubérosité interne du tibia gauche. Au niveau de cette tubérosité, point exact de l'accolement forcé, il se produisit, postérieurement aux autres, une eschare ovalaire mesurant un centimètre et demi dans son plus grand diamètre. L'enfant reproduit très bien devant nous aujourd'hui cette situation particulière des membres inférieurs. On peut ainsi voir que, grâce à la demi-flexion du membre droit, les deux malléoles internes se trouvaient sur le même plan horizontal, mais le condyle interne du fémur droit était en rapport avec la tubérosité du tibia gauche, ce qui indique que, dès cette époque, du deuxième au quatrième mois après le début de l'accident, coïncidant avec la période la plus forte de l'état spasmodique des muscles, il s'était produit un raccourcissement du membre dont nous allons bientôt parler.

Au bout de quatre mois, Marie D... sortit de l'hôpital Trousseau; la sensibilité commençait à reparaitre; l'incontinence était moins complète; les jambes restaient toujours raides, en adduction forcée.

Au bout d'un an, la sensibilité avait complètement reparu; de même, les fonctions vésicales et rectales étaient devenues volontaires, les derniers phénomènes d'incontinence ayant consisté dans l'émission involontaire de l'urine, en rêvant, pendant la nuit.

Vers cette époque, Marie D... commença également à pouvoir écarter volontairement les jambes l'une de l'autre, mais ce ne fut qu'au bout de dix-huit mois environ qu'il lui fut possible de mettre pied à terre et de faire quelques pas rendus plus difficiles par ce fait que la jambe gauche, qui était toujours plus raide que la droite, était raccourcie et que le talon ne pouvait toucher le sol que lorsque l'enfant inclinait le tronc à gauche et mettait la jambe droite en demi-flexion.

Lentement, peu à peu, les phénomènes spasmodiques s'amendèrent, la

malade put s'asseoir et actuellement elle offre ce qui suit à notre examen.

État actuel. — Enfant de dix ans bien développée physiquement; musculature des membres inférieurs et supérieurs au-dessus de la moyenne, présentant partout une réaction électrique normale ainsi qu'il résulte de l'examen de M. Vigouroux. Intelligence vive; bonne santé ordinaire; pas de douleurs; pas de troubles de la sensibilité; intégrité des fonctions vésicales et rectales.

Cicatrices laissées par la balle et les eschares telles que nous les avons précédemment décrites.

Lorsqu'on examine l'enfant au lit dans le décubitus dorsal, on observe qu'alors que la jambe droite est dans la rectitude, la jambe gauche est légèrement fléchie et portée en adduction et rotation en dedans, les deux premiers orteils gauches reposant sur la face dorsale du pied droit par leur face plantaire, la malléole interne gauche étant située 3 centimètres plus haut que la malléole interne droite. L'épine iliaque antérieure et supérieure gauche est également située un peu plus haut que l'épine iliaque droite.

La malade est endormie, le 4 juin, avec l'aide du docteur Tuffier, chirurgien des hôpitaux, qui constate une subluxation en haut de la tête du fémur gauche. Cette subluxation met obstacle à l'allongement du membre dont le raccourcissement est réel. L'articulation est saine.

Si, avant de faire lever la malade on examine les réflexes rotuliens; on constate que ceux-ci sont *très exagérés* des deux côtés, surtout à gauche, où le redressement de la pointe du pied détermine la trépidation spinale qui existe aussi très légère à droite.

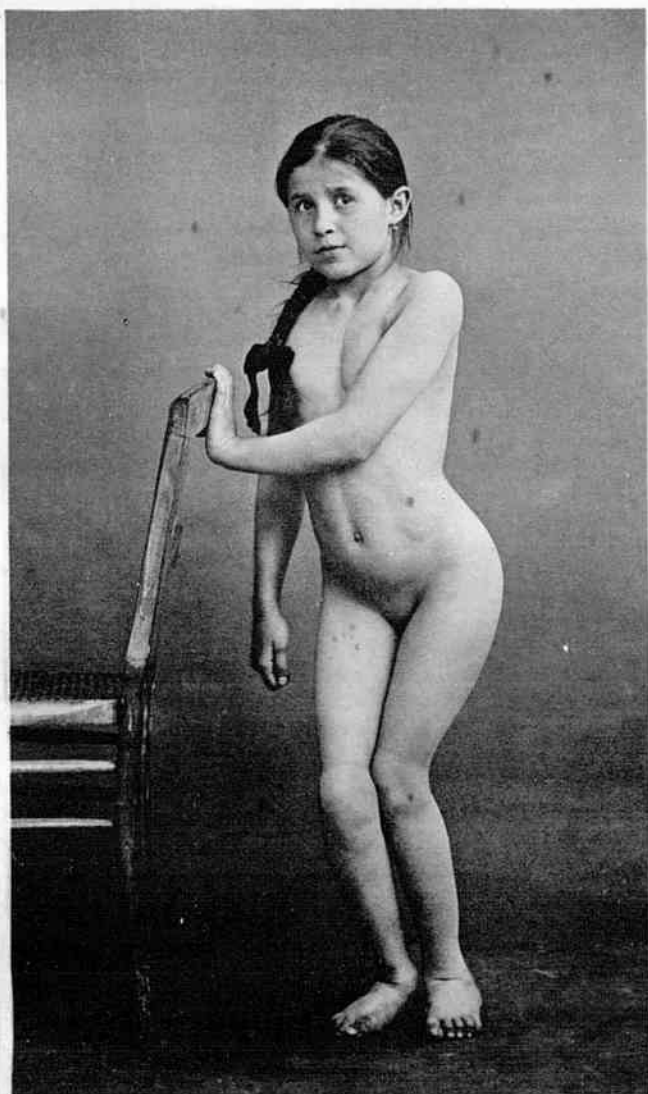
Lorsque Marie D... se tient debout appuyée sur ses béquilles, le pied gauche ne vient en contact avec le sol que par le gros orteil, le pied étant en équin direct. De plus, le membre inférieur gauche est porté en adduction et en rotation en dedans.

Si elle abandonne ses béquilles (pl. V) le pied gauche peut porter à plat sur le sol, mais alors le membre inférieur droit se met en demi-flexion, les deux genoux s'arc-boutant l'un contre l'autre, la jambe droite rejetée en dehors pour élargir la base de sustentation et pour satisfaire à la demi-flexion nécessaire pour l'appui du pied gauche.

Vue du dos (pl. VI), on constate une ensellure lombaire, une saillie globulaire de la fesse gauche qui est plus élevée que la fesse droite et une disparition du pli fessier à gauche.

Lorsque la malade veut marcher sans béquilles, le corps se porte alternativement de droite à gauche et de gauche à droite, les genoux frottent l'un contre l'autre, passant ainsi alternativement l'un devant l'autre, et la jambe gauche, qui est plus spasmodique que la droite, décrit un mouvement de circumduction, en même temps que, pendant la première partie de ce mouvement la pointe du pied frotte sur le sol, faisant entendre un bruit de frottement caractéristique.

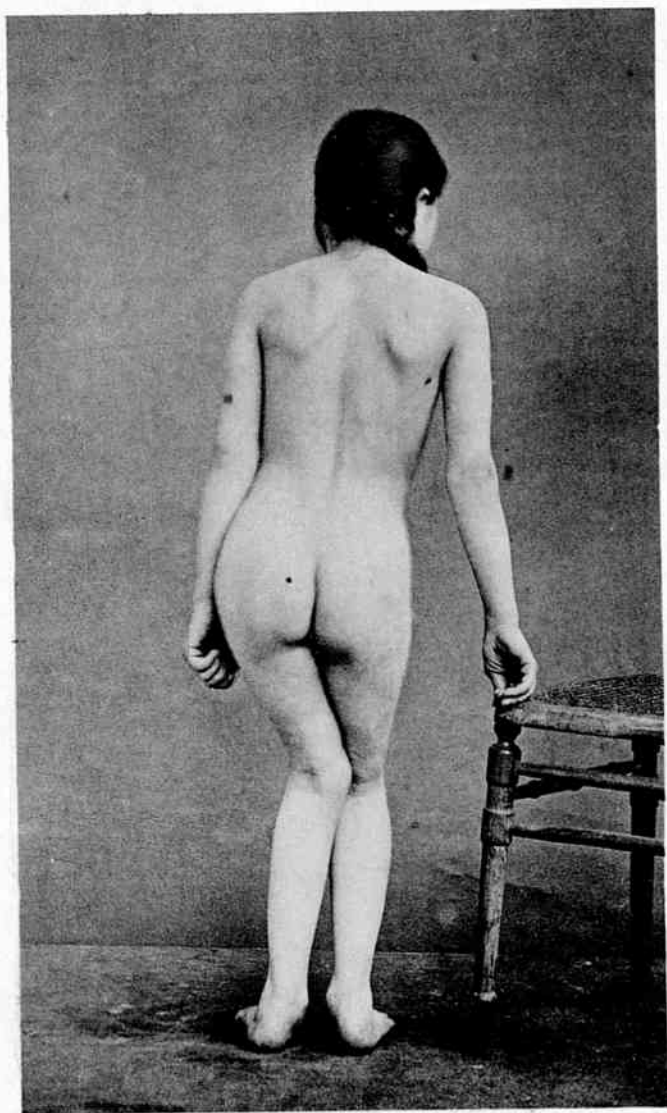
Il n'existe aucune saillie anormale de la colonne vertébrale; les corps vertébraux examinés et percutés un à un ne sont nulle part douloureux.



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIC BERTHAUD

PLAIE DE LA MOELLE PAR ARME A FEU



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPÉ BERTRAUD

PLAIE DE LA MOELLE PAR ARME A FEU

LECROSNIER & BARRÉ, ÉDITEURS

9 juin. — La mère de la malade nous dit que, depuis un mois, il s'est produit une amélioration sensible dans l'état de sa fille; celle-ci, tout en boitant et en prenant la position indiquée plus haut, peut faire seule quelques pas; les jambes sont moins raides et se laissent écarter facilement l'une de l'autre.

On voit en somme, chez cette dernière malade, les phénomènes s'amender progressivement jusqu'à l'époque actuelle. Les troubles recto-vésicaux, rétention d'urine et de matières, puis incontinence d'urine, sont nuls aujourd'hui. La contracture, qui avait succédé à la paraplégie flasque, persiste encore, mais elle est en voie de décroissance. Cette diminution progressive dans l'intensité des troubles nerveux se poursuivra peut-être jusqu'à leur complète disparition. Serait-ce que la balle aurait causé par elle-même peu de dégâts dans la moelle et aurait plutôt déterminé des lésions inflammatoires des méninges, lésions susceptibles d'une plus facile régression que les altérations dues aux plaies du névraxe?

M. Gilles de la Tourette faisait observer, quand il présenta cette malade à la Société de médecine légale, qu'un médecin, appelé à formuler un pronostic à son sujet, eût été peut-être, en présence des accidents nerveux si intenses des quatre premiers mois, porté à assombrir ce pronostic plus qu'il n'était de droit. Il concluait qu'en présence d'un traumatisme de la moelle, il convient de ne pas émettre un avis prématuré.

A ce propos, M. Valude rappela un fait qu'il avait observé dans le service de M. Verneuil et qui se rapprochait du précédent. Un coup de couteau pénétra dans le canal vertébral. Paraplégie flasque qui devint spasmodique, eschares qui guérissent. Le malade quitta l'hôpital avec de la paraplégie spasmodique.

Quoi qu'il en soit, chez la malade de M. Gilles de la Tourette, il s'est développé, consécutivement à la contracture spasmodique des muscles et à l'attitude vicieuse imposée à la cuisse gauche, une subluxation en haut de la tête du fémur gauche. Cette lésion assombrissait assurément le pronostic, malgré l'espoir qu'on peut conserver de voir les phénomènes nerveux guérir définitivement.

L'observation qui va suivre a trait, comme la précédente, à une blessure par arme à feu.

Obs. VII. — *Blessure par arme à feu de la région de la nuque. Syndrôme de Brown-Séquard, hémiplegie droite. Congestion pulmonaire droite. Contractures légères de la jambe droite. Amendement de tous les phénomènes en un mois, sauf pour l'hémiplegie qui persiste, quoique diminuée. Réaction de la pilocarpine.*

R..., Pierre, âgé de dix-huit ans, brocanteur, entre le 24 novembre 1881, à

l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, lit n° 29, dans le service de M. Théophile Anger.

Il a reçu le 20 novembre dans la région de la nuque, une charge de plomb n° 8; le coup de fusil avait été tiré à une distance de 8 à 10 pas. Perte de connaissance qui persiste pendant une heure environ.

Le 24 novembre, c'est-à-dire quatre jours après, on constate ce qui suit :

La région de la nuque, à droite de la ligne médiane, est criblée de trous de profondeur variable. Derrière l'oreille droite existe une large ecchymose qui s'étend vers la région sterno-mastoïdienne. De vastes épanchements sanguins, profondément situés, occupent toute la région latérale du cou.

Le malade n'a pas présenté un état de *shok* très prononcé. Céphalalgie. Le facial est intact. Les pupilles sont égales.

Ce qui frappe surtout, c'est l'existence du syndrome de Brown-Séquard : hémiplegie droite presque complète, sauf à la cuisse pour les mouvements associés. Il faut noter que cette paralysie hémilatérale atteint aussi la moitié du diaphragme, qui est, sinon complètement privée de mouvements actifs, du moins notablement parésiée.

La jambe gauche présente une certaine diminution de la contractilité volontaire. Réflexes exagérés à droite. Paralysie vésicale.

Le côté paralysé est le siège d'une hyperesthésie bien nette, quoique légère. Anesthésie assez marquée du côté gauche.

Cœur normal.

On constate l'existence dans le poumon droit d'une congestion pulmonaire qui se traduit par du souffle à timbre amphorique et quelques râles crépitants. On trouve aussi quelques râles fins à gauche.

(Il est à noter que le malade, antérieurement à l'accident, n'avait jamais toussé.)

La température s'est maintenue depuis l'accident aux environs de 38°.

Hier soir, 39° 3.

25 novembre. — Matin, 39° 6; soir, 38° 9, même état.

26 novembre. — Ce matin, 37° 8; ce soir, 38° 2, amélioration.

27 novembre. — La température s'est maintenue aux environs de 38°.

Le souffle persiste au niveau du poumon droit, lequel présente en outre des râles sibilants et ronflants dans toute son étendue. A peine quelques râles à gauche. Amélioration des signes fonctionnels.

1^{er} décembre. — Même état au point de vue des phénomènes médullaires : les réflexes au chatouillement restent exagérés du côté droit. Le phénomène du genou est aboli. Râles sous-crêpitants et râles sonores dans les deux poumons, surtout dans le droit.

2 décembre. — Le malade accuse de la douleur dans le membre inférieur droit. La toux et l'oppression ont de nouveau acquis une notable intensité. La température s'est élevée hier soir à 39° 2. Ce matin, 37° 4.

Congestion intense du poumon droit; souffle, râles sous-crêpitants. Cra-chats muco-purulents.

Le diaphragme n'est pas complètement paralysé, ainsi que le prouve la persistance du bruit respiratoire, bien que les espaces intercostaux ne soient pas soulevés.

4 décembre. — Température prise dans l'aisselle droite : 37° 5; dans l'aisselle gauche, 37° 3.

7 décembre. — Atrophie du membre inférieur droit. Du côté de la plaie, bon état. Coloration ecchymotique de tout le cou et d'une partie de la poitrine.

10 décembre. — Un peu de contracture de la jambe droite. La motilité volontaire revient un peu dans ce membre; elle reste abolie dans le membre supérieur. — La sensibilité tend à devenir égale des deux côtés.

Les signes de congestion pulmonaire persistent à droite.

27 décembre. — Le malade quitte l'hôpital. Il subsiste une paralysie du membre supérieur droit et de l'épaule correspondante; les muscles paralysés réagissent bien sous l'influence de l'électricité galvanique. Le malade marche assez facilement, il traîne légèrement la jambe droite. Les signes pulmonaires ont beaucoup diminué.

Des injections de pilocarpine, pratiquées de chaque côté du corps, ont donné les résultats suivants :

4 décembre. — On injecte de chaque côté du thorax 3 milligrammes de pilocarpine; et, dans le segment inférieur du tronc, 2 milligrammes de chaque côté. Au bout de deux minutes, sudation très abondante.

La sudation locale met à se manifester :

1° en haut	{ côté gauche 4 minutes 1/4
	{ côté droit 5 minutes 1/2
2° en bas	{ côté gauche 6 minutes 1/2
	{ côté droit 8 minutes.

Sudation générale au bout de 10 minutes.

7 décembre. — On injecte 2 milligrammes de chaque côté.

Sudation locale	{ à gauche au bout de 5 minutes
	{ à droite au bout de 7 minutes 1/2

En injectant 5 milligrammes de chaque côté, on obtient :

Sudation locale	{ à gauche 3 minutes
	{ à droite 4 minutes

Sudation générale au bout de 6 minutes.

Ainsi, à la suite d'une plaie de la partie droite de la nuque, produite par une charge de petits plombs, se produisirent des phénomènes indiquant nettement une *hémilésion* de la moelle cervicale. Les suites éloignées de cette hémilésion n'ont pu être observées. N'ayant pu, malgré nos recherches, retrouver le malade, nous ne savons ce que sont devenues la paralysie du membre supérieur droit, ni la *paralysie* incomplète, accompagnée d'un léger état spasmodique et d'un peu d'*atrophie*, que présentait le membre inférieur du même côté.

Tout au moins avons-nous vu s'amender et presque disparaître deux des phénomènes immédiatement consécutifs à l'accident, à savoir : 1° le syndrome de Brown-Séquard; 2° la congestion pulmonaire droite.

Jetons sur les faits que nous venons de réunir un coup d'œil d'ensemble. Nous en voyons découler la conclusion générale suivante. Que la moelle ait été lésée directement par l'agent vulnérant, ou que

le traumatisme ait créé la lésion médullaire par l'intermédiaire d'une fracture du rachis, dans tous les cas, nous avons constaté, comme conséquences éloignées des troubles nerveux d'abord observés, des désordres durables, plus ou moins graves.

Nos cinq observations de fractures anciennes du rachis sont très démonstratives, ce nous semble, à ce point de vue. Dans un de ces cas, il est vrai, nous avons eu affaire à une fracture remontant seulement à huit mois; mais dans les autres, cet accident datait de plusieurs années. Or, dans tous, nous avons relevé des troubles persistants de l'innervation.

S'il est permis de fonder une induction sur un nombre de faits aussi restreint, nous pouvons tirer de nos cinq observations les conclusions suivantes :

Les fractures de la colonne vertébrale entraînent après elles, outre les troubles nerveux qui les suivent immédiatement, des désordres persistants de l'innervation sensitive, motrice, vaso-motrice ou trophique.

Ces désordres, variables suivant les cas, sont les suivants :

Troubles de la sensibilité. — Les membres atteints sont souvent le siège de *douleurs* très variables comme mode et comme intensité, pouvant rappeler les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice progressive.

Les crampes douloureuses sont fréquentes.

La sensibilité cutanée est souvent altérée. Dans un cas (observation I) l'anesthésie paraissait nettement limitée aux filets descendants du fémoro-cutané droit (la fracture siégeait au niveau des douzième vertèbre dorsale et première lombaire). Dans deux autres cas il existait des zones étendues d'anesthésie. La délimitation scrupuleuse des régions anesthésiées n'a pu être faite, le temps nous ayant manqué; mais on peut remarquer que : 1° dans les deux cas, la répartition était sensiblement symétrique. Tandis que la fracture ancienne du sacrum avait entraîné une anesthésie qui ne débordait pas le domaine des nerfs grand et petit sciatiques (branches du plexus sacré), la fracture de la colonne dorsale avait déterminé en outre des troubles sensitifs de la région antérieure de la cuisse, dont l'innervation ne relève pas du plexus sacré.

Troubles de la motilité. — Dans tous les cas, il avait subsisté de la *paralysie* musculaire, variable comme intensité et comme siège.

Dans le cas le plus récent, datant de huit mois, nous avons observé de la *contracture*, mais cette contracture était en voie de décroissance. Elle avait déterminé des *attitudes vicieuses* des doigts.

Troubles vaso-moteurs. — Dans plusieurs cas, il y avait une ten-

dance marquée à la vaso-dilatation des capillaires cutanés des extrémités inférieures (antérieurement atteintes par les troubles nerveux primitifs).

Troubles trophiques. — Ils n'ont manqué dans *aucun cas*.

Le plus souvent, il existait de l'*atrophie musculaire*, généralement asymétrique.

Comme *troubles trophiques cutanés*, on trouvait : de l'épaississement de la peau de l'une des cuisses, des lésions érythémateuses et ulcé-ratives des extrémités. Dans une observation, œdème des extrémités inférieures pendant la marche (observation V). Deux fois, nous avons rencontré des lésions que les malades attribuaient à l'action du froid, et qui paraissaient être en effet des *gelures*, mais celles-ci avaient sans doute trouvé dans l'altération de la nutrition locale une cause prédisposante à leur développement. Une de ces gelures avait nécessité l'ablation de la première phalange d'un gros orteil mortifié.

Enfin, signalons un arrêt de développement du pied chez un sujet dont la croissance n'était pas terminée à l'époque de l'accident.

Les *troubles génito-urinaires* et les troubles de la *défécation*, constants chez tous nos malades à la suite de la fracture, n'avaient persisté chez aucun d'eux.

Des *lésions médullaires à marche ascendante* se sont montrées chez un de nos malades. Du moins c'est ce que semble démontrer la marche des phénomènes : signes de lésion uni-latérale droite de la moelle lombaire, développement de douleurs fulgurantes dans la jambe droite, plus tard dans le membre supérieur du même côté, et inégalité pupillaire intermittente.

Nous avons exposé, à propos de l'observation III, pourquoi nous n'osons attribuer nettement à la fracture du rachis le développement d'*accidents épileptiformes* présentés par un de nos malades.

Telle est l'énumération des phénomènes que nous avons observés. Leur *localisation* était très variable suivant les cas.

Ils se manifestèrent dans les membres où avait retenti primitivement la lésion médullaire, à savoir : les membres inférieurs dans les quatre cas où la fracture occupait les régions dorsale, lombaire et sacrée, les membres supérieurs plus que les inférieurs dans le cas unique de fracture de la colonne cervicale.

Dans un des cas (observation I) la lésion était nettement *unilatérale* et sa propagation ascendante fut également bornée à un seul côté, le côté droit. Dans les autres observations, les lésions sont *bilatérales*, mais toujours il y a prédominance de certains symptômes : paralysie, atrophie musculaire, troubles trophiques cutanés, sur un côté du corps.

En somme, l'existence constante, à la suite des fractures de la colonne vertébrale, de troubles nerveux tardifs, entraîne pour ces fractures, même après que la malade a échappé aux premiers accidents, un pronostic assez sévère. Ils créent en effet pour le malade une infirmité définitive, plus ou moins grave. Ce fait est des plus importants au point de vue médico-légal.

Jurkt (*loc. cit.*) avait déjà tiré, des documents qu'il avait réunis, des conclusions analogues. Voici, en substance, comment il décrit l'évolution des accidents nerveux consécutifs aux fractures vertébrales.

« Dans les cas favorables comme dans les cas mortels les symptômes nerveux qui suivent immédiatement et même pendant un certain temps la fracture du rachis peuvent être identiques. Si la maladie évolue vers la guérison, l'amendement des phénomènes se produit habituellement dans l'ordre suivant. Les fonctions de la vessie et du rectum se régularisent, l'eschare se modifie favorablement et peut se cicatriser d'une façon complète. Les troubles de la sensibilité et de la motricité s'atténuent et se circonscrivent; ceux-là d'abord, ceux-ci plus tardivement. Très souvent la disparition de la paralysie musculaire est annoncée par des secousses volontaires, très douloureuses, par des douleurs soudaines semblables à celles que produiraient des décharges électriques, enfin par l'apparition d'une hyperesthésie cutanée accompagnée de fourmillements insupportables. Cette hyperesthésie est étroitement liée au retour de l'excitabilité réflexe. Les fonctions sensitives et motrices des membres inférieurs se rétablissent tantôt de bas en haut en commençant par les orteils; tantôt, surtout pour la sensibilité, en sens inverse. Les membres supérieurs sont rarement pris sans que la respiration soit gravement compromise et la mort inévitable, aussi ne peut-on guère étudier sur eux l'évolution des symptômes. — Cependant quelques blessés ont survécu, parfois même avec des troubles parétiques peu marqués, à des fractures de la colonne cervicale. Dans un de ces cas on a vu apparaître l'épilepsie, et à la suite, la démence. Les troubles nerveux peuvent rester prédominants dans un des deux membres.

Il ne faut pas considérer comme étant à l'abri de tout accident les sujets même complètement guéris en apparence, à plus forte raison ceux qui le sont imparfaitement. Parfois il suffira d'un léger traumatisme pour rompre le cal, amener une récurrence de la fracture avec déplacement considérable des fragments et accidents paralytiques mortels (après treize ans de guérison apparente dans un cas). L'anesthésie qui persiste dans les membres peut s'étendre; la vessie se paralyse, un calcul vésical peut être la conséquence de la rétention plus ou moins complète des urines. L'incontinence des matières fécales s'ob-

serve. Elle est moins fâcheuse encore que la constipation opiniâtre dont souffrent certains sujets. La puissance génitale peut renaître en même temps que disparaître la paralysie. L'atrophie des membres inférieurs est fréquente. »

Les désordres nerveux nous ont surtout préoccupés. Indépendamment de ces troubles, il existe, par le fait même de la lésion osseuse et de la déformation qu'elle a constituée, une certaine gêne dans les mouvements du rachis, un léger endolorissement de la région, que la moindre fatigue provoque ou exagère; mais ces phénomènes gênaient peu les malades que nous avons observés.

Resterait à savoir au point de vue pratique si ces accidents dépendent de la lésion médullaire primitive ou de la compression par le cal de la fracture. Le complexe symptomatique qui accompagne ces fractures au début et l'immobilisation prolongée dont elles sont l'objet rendent bien difficile une conclusion. Il serait cependant, à l'avenir, très important de démêler ce qui est dû à l'un et à l'autre de ces deux processus car une thérapeutique active par la trépanation serait indiquée s'il s'agissait d'une compression.

Telles sont les conclusions qui ressortent de notre étude sur les *fractures du rachis*. Ces conclusions s'appliquent également, pour la plupart, aux *lésions traumatiques de la moelle* reconnaissant toute autre cause, à celles, par exemple, qui résultent de plaies pénétrantes du canal rachidien, comme dans les deux dernières observations de notre travail.

Toutefois il nous semble nécessaire de faire à ce sujet quelques réserves. Peut-on assimiler une lésion limitée à la moelle, lésion susceptible d'une réparation souvent assez facile et assez complète, à une lésion de la moelle produite au niveau d'une fracture vertébrale, cette dernière déterminant, par le déplacement des os et par le développement du col, une déformation *permanente* du canal rachidien? Il nous semble (mais nos observations ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre d'y chercher une confirmation nette de cette idée) que la fracture constitue un accident plus grave au point de vue de la permanence des accidents nerveux.

Signalons, à propos de l'observation VI, ce fait intéressant d'une *subluxation de la hanche* consécutive à la *contracture* qu'avait amenée le traumatisme médullaire. Ainsi peuvent se constituer, par le fait des troubles nerveux, des lésions permanentes du squelette, qui surviendraient aux troubles nerveux eux-mêmes, si ces derniers venaient à disparaître entièrement.

TUFFIER,
Chirurgien des hôpitaux.

HALLION,
Interne des hôpitaux.

NOTE SUR L'ÉTAT DES FORCES

ET SUR LE TREMBLEMENT CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

APRÈS LES ATTAQUES

Dans une note antérieure¹ j'ai montré par les chiffres indiqués par le dynamomètre qu'il existe à la suite des accès d'épilepsie, chez un

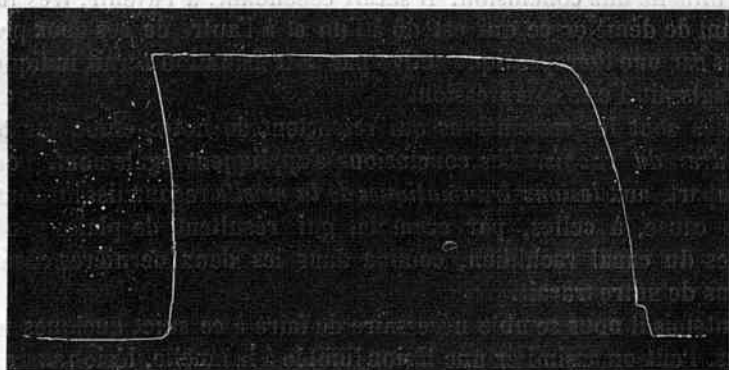


FIG. 5. — Courbe dynamographique de la main droite à l'état normal (le tracé se lit de droite à gauche).

grand nombre de malades du moins, un affaiblissement musculaire qui prédomine du côté où les convulsions ont été le plus marquées. Cet affaiblissement s'accompagne en général, ajoutais-je, d'un tremblement qui prédomine aussi du même côté, et est souvent proportionnel à la dépression des forces; ce tremblement s'étend à tous les muscles et est capable de déterminer des troubles du langage. On en retrouve la trace lorsque l'on écrit les mouvements du thorax². La dépression de la force dynamométrique peut être rendue plus sensible à l'aide du dynamographe de Verdin, et le tremblement à l'aide d'un tambour à

1. Note sur l'état des forces chez les épileptiques (*Bull. Soc. biol.*, 1888).

2. Note sur les phénomènes mécaniques de la respiration chez les épileptiques (*Nouv. Icon. de la Salp.*, t. 1, p. 170, 1888).

réaction chargée de poids que l'on fait tenir à la main, le membre supérieur étant étendu.

Les deux premières figures représentent les courbes dynamographiques d'un malade à une époque éloignée des accès; le malade est gaucher. La courbe (fig. 5), se lisant de droite à gauche, qui représente

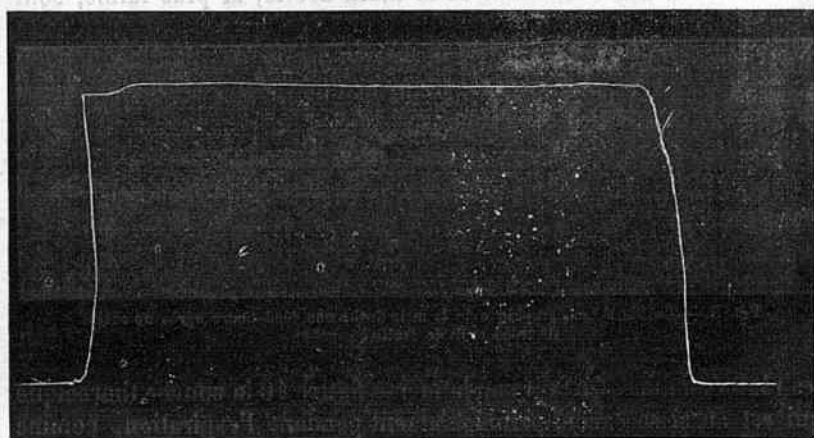


FIG. 6. — Courbe dynamographique de la main gauche à l'état normal (le tracé se lit de droite à gauche).

la pression de la main gauche indique une ascension à la fois plus brusque et plus élevée = 52 kil., tandis que la courbe de la main droite (fig. 6) est moins élevée et un peu hésitante = 48 kil. La figure 7 montre la stabilité des mains du sujet, l'avant-bras en demi-flexion,

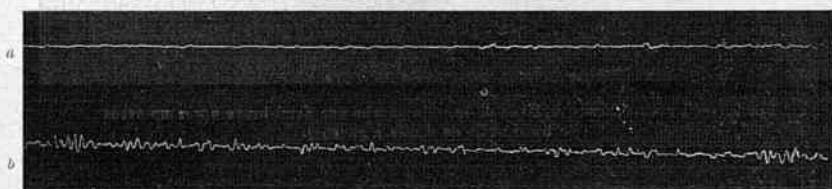


FIG. 7. — a. Tremblement de la main droite à l'état normal; b. tremblement de la main gauche.

aussi à l'état normal; la ligne supérieure fournie par la main droite la plus faible, est plus tremblée que l'inférieure qui correspond à la main gauche la plus forte.

Les figures 8 et 9 reproduisent les tracés dynamographiques du même malade une demi-heure après un accès. On voit que l'affaiblissement est plus marqué par la courbe moins élevée de la main droite,

courbe à la fois moins brusquement ascendante et tremblée = 16 kil. La courbe de la main gauche = 28 kil., est plus brusque et plus élevée.

La figure 10 reproduit le tremblement des deux mains une demi-heure après un autre accès; on voit que les oscillations sont beaucoup plus étendues que sur la figure 7 qui représente le tremblement à l'état normal. Les oscillations de la main droite, la plus faible, sont



FIG. 8. — Courbe dynamographique de la main droite une demi-heure après un accès.
(le tracé se lit de droite à gauche).

les plus étendues. On voit sur la même figure 10 la courbe thoracique qui est aussi saccadée, principalement pendant l'expiration, comme nous l'avons vu précédemment¹.

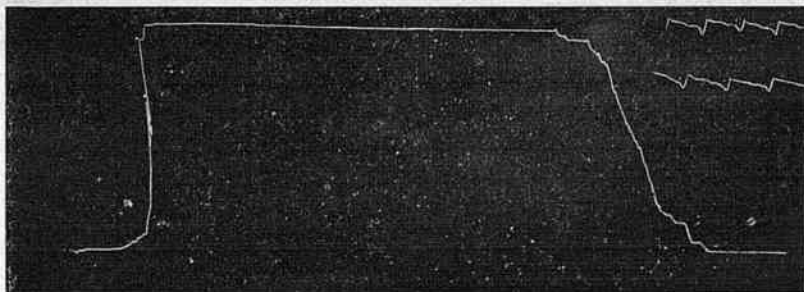


FIG. 9. — Courbe dynamographique de la main gauche une demi-heure après un accès.
(le tracé se lit de droite à gauche).

Il n'était pas sans intérêt d'objectiver les rapports qui existent entre

1. Les modifications de la force musculaire et le tremblement consécutif aux attaques déterminent chez les épileptiques des modifications de l'écriture portant surtout sur les dimensions des caractères qui sont généralement moins considérables dans les périodes d'épuisement; mais la forme de chaque lettre n'est pas modifiée. C'est du reste une remarque que l'on peut appliquer à tous les aliénés et aux hypnotiques pendant leur changement de personnalité, les dimensions et l'allure générale peuvent être profondément altérées; mais si on considère chaque lettre en particulier on peut aisément reconnaître sa forme dans les différentes écritures du même individu dans ses divers états: les fioritures, les traits terminaux, etc., sont plus ou moins atténués ou exagérés dans tel état de dépression ou d'excitation, mais ils persistent pour affirmer, malgré les apparences, l'identité du sujet. C'est un fait assez important au point de vue médico-légal.

l'intensité des tremblements et l'affaiblissement des mouvements volontaires. Cette connexité vient en effet à l'appui de la théorie qui fait de ces deux phénomènes les indices de l'épuisement des centres moteurs. Lorsque les décharges des cellules motrices s'éloignent et s'affaiblissent, les contractions musculaires qui en résultent s'affaiblissent et s'éloignent aussi, de sorte que, en même temps qu'elle devient moins énergique, la tension des muscles au lieu d'être continue devient rémittente; plus les intervalles des décharges se prolongent et s'affaiblissent, plus les mouvements volontaires sont faibles.



FIG. 10. — *a.* tremblement de la main droite; *b.* tremblement de la main gauche; *c.* courbe pneumographique une demi-heure après un accès.

Chez plusieurs épileptiques atteints d'hémiplégie avec hémichorée, j'ai étudié les mouvements anormaux comparativement à l'état normal et à la suite des attaques, à l'aide d'un tambour myographique appliqué sur les muscles des membres supérieurs et en particulier sur le biceps.

La figure 11 *a* donne un tracé de ce genre à l'état normal, la figure 12 donne deux tracés du même muscle chez le même malade deux et trois heures après une attaque d'épilepsie; on voit qu'il reste encore après trois heures une exagération des mouvements qui est beaucoup plus forte à une époque plus rapprochée du paroxysme. Cette exagération

des mouvements choréiques peut être exagérée dans d'autres circonstances. C'est ainsi que dix minutes après le choc du tendon du triceps

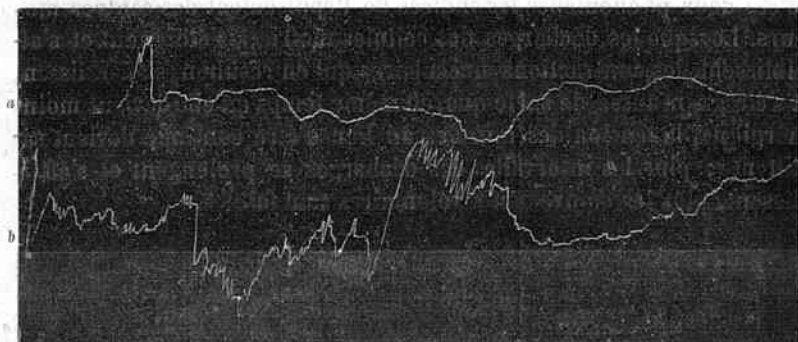


FIG. 11. — Courbe myographique du biceps gauche chez G., atteint d'hémiathétose gauche. *a.* à l'état normal; *b.* dix minutes après un choc sur le tendon du triceps.

(fig. 11, *b*) les mouvements sont encore exagérés en intensité et en fréquence. Cette observation met bien en lumière la possibilité de

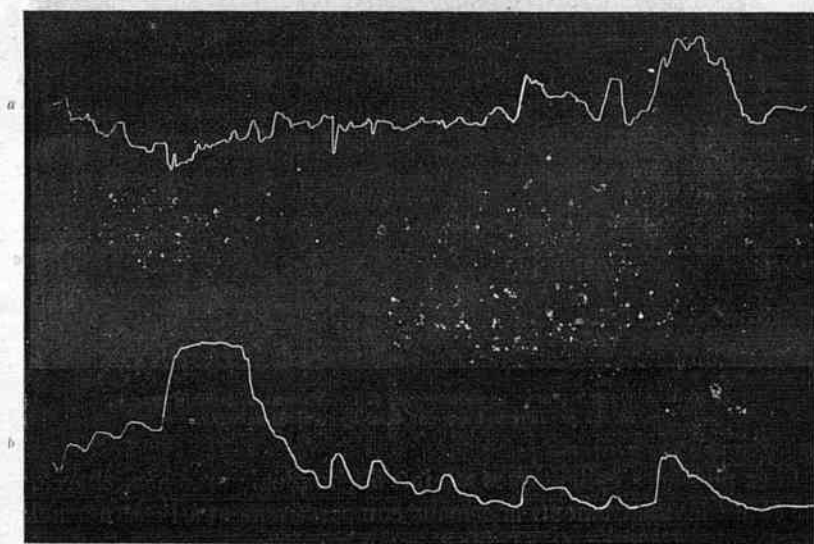


FIG. 12. — Courbe myographique du biceps gauche. *a.* deux heures et *b.* trois heures après un accès d'épilepsie chez G..., atteint d'hémiathétose gauche.

mettre en évidence par les irritations périphériques les tendances spasmodiques latentes et en particulier la contracture latente¹. Ce ne sont

1. Ch. Féré, Note sur un cas d'hémiplégie avec paraplégie spasmodique (*Arch. de neurologie*, 1882).

pas seulement d'ailleurs les irritations portées sur les membres du côté choréique qui sont capables d'exciter les mouvements anormaux; les

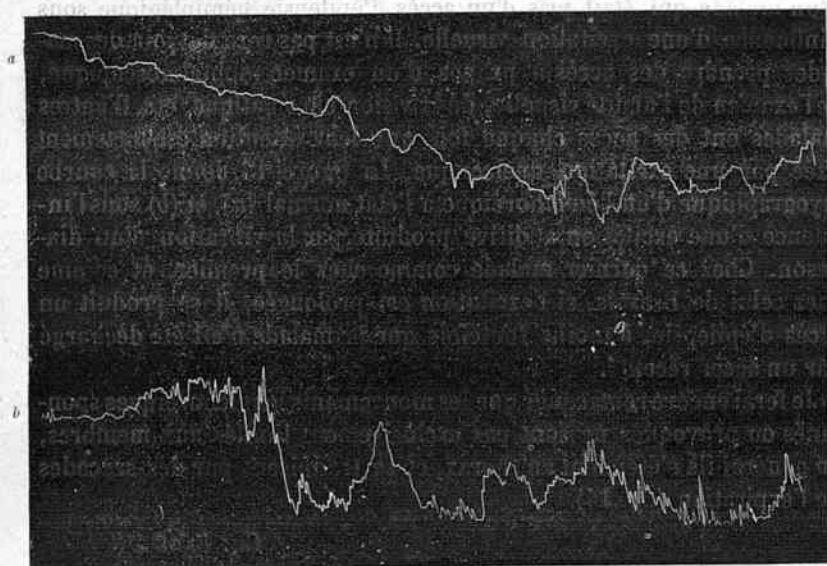


FIG. 13. — Courbes myographiques chez un sujet hémichoréique.
a. à l'état normal; b. sous l'influence d'une excitation auditive.

efforts même peu violents faits avec les membres du côté opposé peuvent produire le même résultat. J'ai déjà cité un malade qui, sous

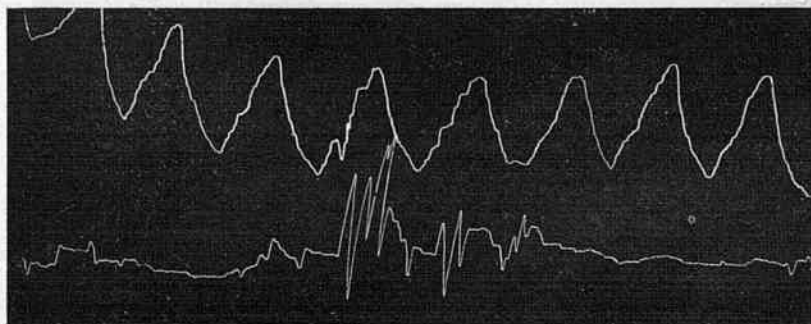


FIG. 14. — Courbe pneumographique et courbe myographique du biceps brachial gauche chez B... atteint d'hémiathétose gauche.

l'influence d'un effort léger de la main droite, est pris de tremblement dans son côté gauche hémiplégique, tremblement bientôt suivi d'une attaque épileptique avec perte de connaissance si l'effort continue.

Chez d'autres malades du même genre, il suffit d'une excitation sensorielle pour produire le même résultat; Bravais¹ a rapporté l'histoire d'un malade qui était pris d'un accès d'épilepsie hémiplegique sous l'influence d'une excitation visuelle. Il n'est pas rare de voir des malades prendre des accès à propos d'un examen ophtalmoscopique, de l'examen de l'acuité visuelle, de la vision chromatique, etc. D'autres malades ont des accès chaque fois que leur attention est fortement fixée par une excitation quelconque. La figure 13 donne la courbe myographique d'un hémichoréique à l'état normal (a), et (b) sous l'influence d'une excitation auditive produite par la vibration d'un diapason. Chez ce dernier malade comme chez le premier, et comme chez celui de Bravais, si l'excitation est prolongée, il se produit un accès d'épilepsie, à moins toutefois que le malade n'ait été déchargé par un accès récent².

Je ferai encore remarquer que les mouvements hémichoréiques spontanés ou provoqués ne sont pas exclusivement limités aux membres, en général ils s'étendent au thorax, et se traduisent par des saccades de l'expiration (fig. 14).

CH. FÉRÉ,

Médecin de Bicêtre.

1. Bravais, *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplegique*. Th. 1827, p. 19.

2. Ces faits méritent d'être rapprochés de ceux que j'ai signalés ailleurs (*Bull. Soc. biol.*, 1885, p. 590; — *Sensation et mouvement*, Bibliothèque de philosophie contemporaine, 1887, p. 70; — *Bull. Soc. biol.*, 1888, p. 45) et relatif aux effets généraux des excitations locales.

L'ACROMÉGALIE

(Suite¹)

OBS. XII². — « Mme C., âgée de quarante-deux ans, femme forte et bien bâtie, s'adresse à moi, au Boston City Hospital, le 27 juin 1884, à cause de la



FIG. 15 (Obs. XII).

diminution de sa vision. Elle était dans d'assez bonnes conditions, et depuis la rougeole, quand elle avait quatorze ans, elle n'avait jamais été malade. Elle

1. Voy. les n^{os} 5 et 6, t. I, 1888.

2. O. F. Wadsworth. *A case of myxœdema with atrophy of the optic nerves* — *Boston medical and surgical Journal*, 1^{er} janvier 1885. (L'indication de l'existence de cette observation et d'un rapport possible entre elle et l'acromégalie se trouve dans la communication de MM. Hadden et Ballance à la Société clinique de Londres, 1888.)

avait été mariée douze ou quinze ans, mais n'avait pas eu d'enfants. Ses menstrues avaient été régulières jusqu'à il y a trois ans, époque à laquelle elles cessèrent. — Il y a environ sept ans, ses doigts et ses mains, deux ou trois ans plus tard ses pieds et la partie inférieure de son visage, lèvres, nez et paupières commencèrent à augmenter de taille. Cette augmentation s'accrut progressivement, et depuis longtemps elle était obligée de faire faire ses souliers tout exprès, étant incapable d'en trouver d'assez larges. Sa parole devint un peu épaisse et lente, ses mouvements plus lents qu'auparavant. Excepté des sensations transitoires d'engourdissement dans les parties affectées et de brûlure dans les pieds et les jambes, elle n'avait rien éprouvé de vraiment pénible. Récemment, cependant, elle avait ressenti une légère dyspnée après un exercice actif. La diminution de la vision ne fut remarquée qu'il y a un an et demi environ, et avait constamment progressé. Une enquête soigneuse près d'elle et près de son mari ne permit de retrouver l'existence d'aucune douleur. Elle n'avait jamais eu de céphalalgie. Il n'y avait aucune diminution de l'intelligence ni de la mémoire. L'appétit était bon, les fonctions intestinales un peu paresseuses, la miction normale, le sommeil lourd.

« La partie inférieure de la face était pleine, pesante, d'une teinte cireuse, les plis naturels avaient disparu (fig. 15, 16, 17, 18). Les lèvres étaient grosses, le nez grand, ses ailes larges et épaisses, les paupières gonflées en sacs. — Les mains et les doigts étaient grossiers et carrés, l'épaississement étant surtout prononcé à la face palmaire où les tissus pouvaient être pincés en plis épais, et donnant la sensation d'un développement excessif du tissu adipeux sous-cutané. Les pieds étaient très gros et très larges, le gonflement (*swelling*) ne s'étendait pas au-dessus des malléoles, et quoiqu'il y eût à la jambe droite de grosses veines variqueuses, il n'y avait de dépression œdémateuse (*pitting*) ni là ni ailleurs. La langue était grosse et plutôt pâle. La peau n'était pas sèche au toucher, mais la malade affirmait qu'elle ne transpirait jamais. La thyroïde était d'un volume normal. L'auscultation ne révélait rien d'anormal au cœur ni aux poumons. La température et le pouls étaient normaux. Le réflexe rotulien existait. Pas d'anesthésie de la peau. Urine normale à tous les points de vue.

« L'examen des yeux montra que la conjonctive, la cornée et l'iris étaient dans un état normal. Les mouvements des yeux étaient bons. A droite la lumière seule était perçue. A gauche la vision était de 20 : 40 (*P. contracted in all directions, but to much greater degree upward and outward*). Les milieux étaient transparents. Dans les deux yeux les papilles étaient nettement limitées, grises avec une légère teinte bleuâtre, sans vascularisation; les vaisseaux centraux, artères et veines, étaient grêles, à tout autre égard le fond de l'œil était normal. »

OBS. XIII¹. — Femme mariée de trente-cinq ans. Elle avait eu trois enfants

1. Charles A. Ballance et W. B. Hadden. Cas d'hypertrophie des tissus sous-cutanés de la face, des mains et des pieds. — Communiqué à la Société clinique de Londres le 23 janvier 1885. — *Clinical Society's Transactions*, vol. XVIII. — Voir aussi *Clinical Society's*

en dix ans, pas de fausses couches. Rien à noter au point de vue de la famille. Jusqu'à ces dernières deux années et demie elle n'avait jamais été malade. A cette époque la scarlatine éclata dans la maison, un de ses enfants en mourut. La malade elle-même eut mal à la gorge et de l'œdème des pieds, mais pas d'éruption. Elle affirme qu'il exista aussi à cette époque de l'œdème des mains, mais non de la face, ce fait n'est d'ailleurs pas signalé dans une lettre du médecin traitant qui la vit à cette époque; à la suite de la scarlatine elle eut un gonflement douloureux des deux genoux, il semble bien s'être agi d'une attaque de rhumatisme. — Cette femme attribue son état actuel à la fièvre scarlatine, bien qu'elle reconnaisse qu'elle avait des picotements dans les mains auparavant.

Les règles cessèrent quelques mois avant la scarlatine et ne reparurent plus depuis.

Lors de l'examen on constate que la face est large et bouffie et diffère d'une façon frappante d'une photographie faite quelques mois avant la scarlatine. Le nez est large et les ailes épaissies. Les maxillaires supérieurs et inférieurs sont augmentés de volume d'une façon uniforme. La lèvre inférieure est épaisse, rosée et renversée. Les glandes sous-maxillaires étaient aisément senties, mais non hypertrophiées d'une façon certaine. Le cou était plein, court, et les tissus sous-cutanés semblaient y être trop abondants. Les dimensions du corps thyroïde étaient normales; il y avait peu de prééminence au-dessus des clavicules. Les clavicules elles-mêmes étaient très incurvées et distinctement plus larges et plus épaisses que normalement. Les mains étaient remarquablement larges, leur augmentation de volume étant due à un épaississement des tissus sous-cutanés qui était particulièrement évident au bord interne de la main. La peau était moite, il existait des plis sur le dos des doigts. Les ongles étaient larges mais, d'ailleurs, paraissaient sains. Les phalanges et les métacarpiens n'étaient pas élargis.

La circonférence de chaque main faite à la région moyenne est de 9 pouces; autrefois la malade faisait usage de gants n° 7.

Les pieds étaient plus affectés que les mains; la circonférence à la partie moyenne est de 12 pouces; avant la maladie cette femme portait des souliers n° 4 large, puis elle prit du 6 large, et maintenant il lui faut du 8 large. Il y a un épaississement sous-cutané très marqué au bord externe du pied, à la face plantaire et au dessous de la malléole interne, mais très peu sur le dos du pied. Les parties épaissies forment des masses qui pourraient aisément être prises entre le pouce et l'index. Les cheveux sont doux et d'aspect naturel, ils n'ont pas de tendance à tomber. Le cœur et les poumons n'ont été trouvés sains, l'urine non albumineuse.

La parole n'était pas lente, mais nettement gutturale, ce qui était attribué à une hypertrophie inusitée des amygdales, celle-ci gênant la parole, la déglutition et la respiration. En fait, c'est pour cette affection que la malade demanda

les soins du D^r Ballance qui enleva les amygdales. Cette femme jouissait d'une assez grande activité physique et psychique. La peau du corps était naturelle ainsi que la sécrétion de la sueur; pas d'anesthésie.

— A la séance de la Société clinique de Londres, le 13 avril 1888, MM. Hadden et Ballance complétèrent sur quelques autres points l'observation de cette malade, ces nouveaux renseignements proviennent d'un examen de cette femme fait dix-huit mois après le premier.

Le corps thyroïde ne peut être senti par la palpation, mais on ne peut af-

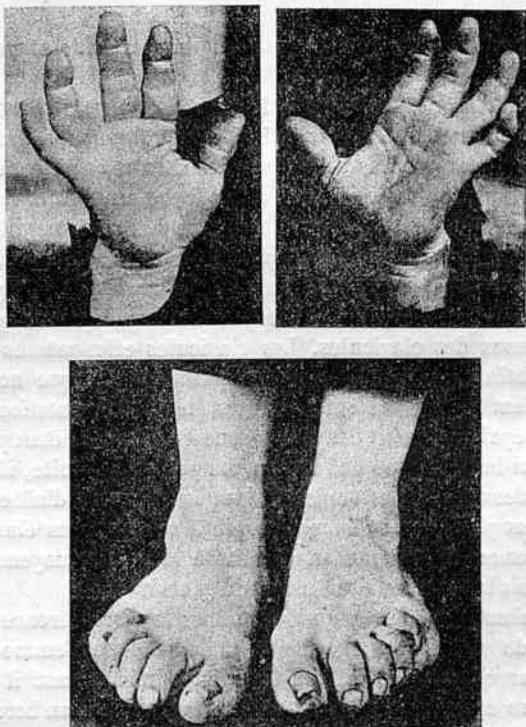


FIG. 16, 17, 18 (Obs. XII).

firmer avec certitude qu'il soit atrophié, par suite de la difficulté qu'apporte à cette exploration l'épaisseur du cou.

Il n'y avait pas de signe d'hypertrophie du thymus, notamment pas de matité derrière la partie supérieure du sternum; il existe un peu de gonflement au-dessus des clavicules, ces os sont très incurvés et distinctement plus grands et plus épais que normalement.

Circonférence de la main au niveau des articulations métacarpo-phal-

langiennes : main droite 9 pouces $\frac{3}{4}$; main gauche 9 pouces $\frac{1}{2}$. Le médius droit est long de 4 pouces $\frac{1}{4}$; le gauche de 4 pouces $\frac{1}{8}$; en gros, on peut dire que l'augmentation de circonférence de la main est de 2 pouces $\frac{1}{2}$; aucun affaiblissement de la force musculaire, la malade se sert de ses mains aussi bien qu'auparavant.

Circonférence du pied droit à la racine des orteils, 10 pouces $\frac{1}{2}$; au niveau du milieu de la plante du pied 11 pouces $\frac{1}{3}$. — Les avant-bras et les jambes ne montrent aucune augmentation de volume.

La parole n'est pas lente, mais très nettement gutturale. — La langue est large, probablement hypertrophiée.

Nous avons récemment découvert que la malade est presque complètement aveugle de l'œil droit. La date de la diminution de la vue est incertaine, mais la malade croit que sa vue a été trouble depuis qu'elle a eu ce qu'elle appelait sa diphtérie, il y a trois ans. Quatre mois plus tard, elle découvre qu'elle ne voyait presque pas.

Il n'y a aucun commémoratif de mal de tête du côté droit. M. Nettleship fit l'examen ophtalmoscopique et nota ce qui suit : « Il y a peu d'action directe à la lumière de la pupille droite, mais l'action indirecte est bonne. Il y a une atrophie blanc bleuâtre de la pupille droite, ses veines sont très tortueuses, et il y a un peu de « tissu » au centre de celle-ci. Il existe une petite tache de pigment sur la choroïde un peu au-dessus de la papille. Les artères sont normales. Il n'y a pas d'autres apparences de névrite. La pupille optique gauche est normale. » — M. Nettleship était de l'opinion qu'il y avait probablement eu de la névrite du nerf optique droit.

L'intelligence était bonne.

Pas de sudation excessive, ni de soif exagérée.

Pas de courbure du rachis, la tête ne tombe pas sur le sternum.

Le crâne n'avait pas subi de modification dans ses dimensions ; la malade n'a, notamment, jamais été obligée de modifier la largeur de ses bonnets.

Obs. XIV¹. — Musicien russe, âgé de trente-huit ans, pas d'antécédents héréditaires ; marié à l'âge de vingt ans, a eu huit enfants qui sont bien développés quoique un peu faibles.

En 1877, à l'âge de vingt-huit ans, il sembla au malade que ses doigts commençaient à devenir plus épais ; il fut forcé de quitter une bague qu'il avait l'habitude de porter, parce que celle-ci lui était devenue trop étroite. Il n'y fit d'ailleurs pas plus attention. Une couple d'années plus tard, douleurs de tête continues. Bientôt il remarqua que ses pieds commençaient à devenir plus gros. Ses bottes devinrent trop étroites, et, au lieu du n° 9, il arrive à chausser des caoutchoucs n° 10, 11 et enfin 12. Les mains augmentèrent aussi d'épaisseur de plus en plus, de telle sorte que le malade ne put bientôt plus jouer du violon, étant dans l'impossibilité de donner des notes pures. Il commença

1. O. Minkowski, *Ueber einen Fall von Akromegalie* (Berlin. klin. Wochenschr., 1887, n° 21).

à jouer du cornet à pistons et se vit bientôt forcé d'employer une embouchure plus grande, parce que les lèvres étaient, elles aussi, devenues plus épaisses. De même, au nez et aux oreilles, il constata dans les derniers temps un épaississement notable, la forme générale du visage aurait changé dans les dernières années. Aggravation des douleurs de tête qui, bien que continues, présentent des paroxysmes très violents dans la moitié gauche de la tête. Dans l'été de

1886, diminution de la vue, d'abord dans l'œil gauche, puis dans le droit; cette diminution devint telle qu'en jouant le malade ne pouvait plus lire les notes. L'ouïe semble aussi être diminuée dans l'oreille gauche.

(État actuel) 1^{er} novembre 1886 (fig. 19).

— Le malade est de moyenne grandeur (164 centimètres), paraît anémique, se trouve dans un état de nutrition satisfaisant. Dès le premier coup d'œil, on est surpris par la grosseur extraordinaire des mains. Celles-ci paraissent absolument élargies et épaissies, un peu courtes par rapport à leur épaisseur et à leur largeur. Les doigts sont également énormément épaissis. L'augmentation de volume est manifestement due en partie à un épaississement des os, mais l'hypertrophie des parties molles joue encore un plus grand rôle, de sorte que les saillies normales au niveau des extrémités articulaires sont peu marquées. Le tissu cellulaire sous-cutané, de même que la peau, est dans toute sa profondeur hypertrophié, mais semble d'ailleurs, à part cela, présenter un aspect normal, sauf que les plis de la peau et les bulbes pileux semblent s'être un peu écartés les uns des autres. L'épiderme est complètement normal et tendre, les ongles sont élargis, un peu aplatis, et montrent une striation longitudinale nette; en comparaison avec les doigts ils paraissent un peu petits.

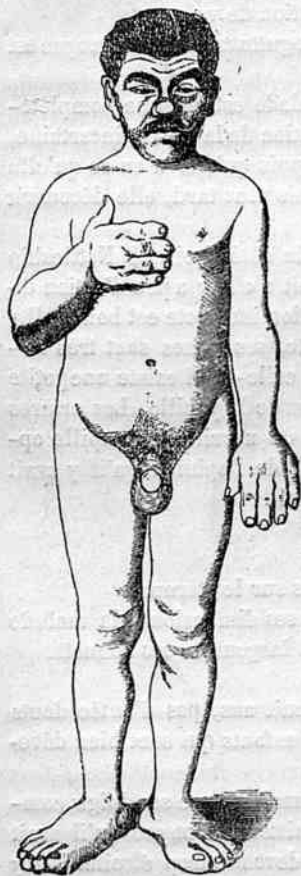


FIG. 19 (Obs. XIV).

Les avant-bras paraissent aussi un peu épaissis, quoique d'une façon moins marquée que les mains; en tout cas il semble exister un certain désaccord entre eux et les bras dont les dimensions laissent un peu à désirer. L'extrémité supérieure toute entière offre l'image d'une *hypertrophie allant en augmentant de la racine vers la périphérie*.

Aux extrémités inférieures, il en est de même que pour les supérieures. Ici

encore existe d'une façon non douteuse une hypertrophie qui est plus prononcée dans les parties périphériques. Les cuisses paraissent tout à fait normales; les jambes présentent une augmentation de volume modérée; quant à celle du pied elle est énorme, et ici encore ce sont les parties les plus périphériques, les orteils et le talon, qui montrent la plus grande augmentation de volume; les gros orteils ont vraiment un aspect presque gigantesque. La rotule semble aussi un peu grosse et massive, comme du reste tout le genou qui est assez volumineux.

Aussi au visage on remarque une hypertrophie notable, surtout accentuée au nez, aux lèvres et au menton. Au nez, en particulier, la pointe et le septum sont très augmentés de volume comme le montre la figure 20. Le maxillaire inférieur, surtout au niveau du menton, est manifestement épaissi, un peu élargi et considérablement allongé, de sorte que les dents du maxillaire inférieur se trouvent placées un peu en avant de celles du maxillaire supérieur; les parties molles également sont épaissies au niveau du menton qui proé-

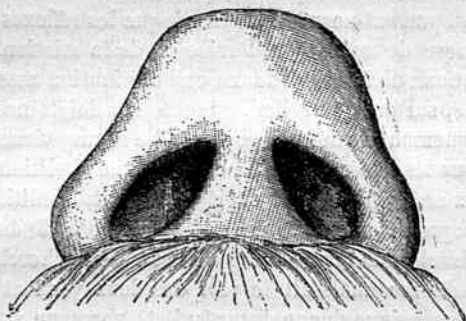


FIG. 20 (Obs. XIV). Nez du malade vu par en bas.

mine fortement. Les os zygomatiques et les rebords orbitaires du frontal sont aussi assez fortement proéminents. La tête toute entière a une forme particulière d'ovale allongé qui répond entièrement à celle que P. Marie donne comme caractéristique de l'acromégalie. Les oreilles, elles aussi, sont remarquablement grosses et difformes, on sent très nettement que les cartilages sont d'une épaisseur et d'une résistance anormales, et on n'arrive pas à plier complètement en avant le pavillon de l'oreille.

Les yeux font une saillie assez singulière, à gauche surtout semble exister une véritable exophtalmie, cependant la fente palpébrale n'est pas dilatée, les cartilages tarses semblent un peu élargis. Les pupilles sont des deux côtés également étroites, réagissent également à la lumière et à la convergence mais d'une façon un peu paresseuse; les mouvements des yeux se font aisément.

La langue est grosse et massive, la muqueuse des joues et du palais partout hypertrophiée.

Les cartilages du larynx paraissent peut-être un peu volumineux, surtout

à l'image laryngoscopique, mais sans qu'on puisse constater une véritable hypertrophie.

Le corps thyroïde semble nettement atrophique, c'est à peine si par la palpation on arrive à le sentir.

La colonne vertébrale présente dans la partie supérieure de la région dorsale une cyphose plane; la tête est fortement courbée en avant, les parties molles de la nuque un peu épaissies. Les côtes ne semblent pas être élargies, les espaces intercostaux peuvent être nettement sentis; le sternum lui non plus n'est pas hypertrophié, seul, l'appendice xiphoïde est notablement élargi et épaissi.

La musculature est, dans le corps entier, assez pauvrement développée et un peu molle. Il n'existe aucune manifestation paralytique, mais la force dont dispose le malade est en général assez faible. Pression de la main au dynamomètre gauche, 20 k.; droite 23 k. La démarche est un peu lourde, surtout semble-t-il parce que la pointe du pied a une tendance à tomber un peu en bas. Rien de particulier à remarquer aux jointures.

La sensibilité est partout normale, de même que les réflexes cutanés et tendineux. Il n'existe pas de troubles de l'urine ou de la miction.

L'examen minutieux de la vision donne une diminution assez considérable de l'acuité visuelle, surtout pour l'œil gauche (les doigts ne sont reconnus que lorsque l'éloignement ne dépasse pas 5 c.). Le champ visuel est pour l'œil droit rétréci de tous les côtés; il existe de plus une abolition totale pour le segment supéro-externe; pour l'œil droit également, abolition complète de la vision dans le segment supéro-externe allant jusqu'à 15° du point de fixation. Le champ visuel pour les couleurs n'a pas été recherché d'une façon spéciale; le malade reconnaissait le vert des deux yeux et centralement. L'examen ophtalmoscopique donne des résultats normaux sans aucune différence entre l'œil droit et le gauche.

L'acuité auditive est aussi plus atteinte à gauche qu'à droite. Le malade entend le tic-tac d'une montre à droite à une distance de 20 centimètres, à gauche seulement à une distance de 5 centimètres. — Le goût et l'odorat sont normaux.

L'examen des organes internes ne donne rien d'anormal; l'urine présente une composition et une abondance ordinaires. Pas d'augmentation de la sensation de la soif.

L'intelligence du malade est libre; la parole est lente, un peu monotone, mais ne présente aucune anomalie.

Le malade est d'une humeur un peu triste, ce qui s'explique d'ailleurs par la céphalalgie persistante, par la diminution progressive des sens de la vue et de l'audition, ainsi que par le trouble que tout cela a apporté à l'exercice de sa profession.

Obs. XV'. — Femme de cinquante-huit ans; pas d'antécédents héréditaires;

1. W. Erb, *Ueber Akromegalie (krankhaften Riesenwuchs)*. — *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1888, t. XLII, fasc. 4, p. 296.

aucune affection analogue non plus chez ses enfants ou chez ses collatéraux. — Début à l'âge de quarante-huit ans. — De quarante à quarante-huit ans fréquentes attaques de migraine.

Avec l'apparition de la ménopause à l'âge de quarante-huit ans se montre l'augmentation de volume du visage et des mains, et presque en même temps aussi des pieds et du tronc. En trois à six mois cette augmentation atteignit un haut degré, puis, pendant les trois ou quatre années suivantes, ses progrès furent lents; depuis les six dernières années l'augmentation de volume s'est arrêtée, et même, depuis un an, la lèvre inférieure aurait perdu un peu en grandeur et en épaisseur.

L'augmentation de volume s'accompagna de fourmillements et d'engourdissement.

Accroissement et projection en avant du maxillaire inférieur, de sorte que les dents ne pouvaient plus s'appliquer l'une sur l'autre. La langue devint plus épaisse, la voix prit un timbre plus bas; le visage devint plus brun, la tête toujours plus grosse.

Les mains et les pieds se montrèrent bleuis, froids, épais et sans formes, les ongles plus larges, mais moins longs que normalement; maladie des mains.

Depuis quatre ans, disparition des douleurs dans les bras et les jambes.

Dès le début de la maladie, faiblesse générale, somnolence, tendance à oublier, difficulté pour penser, céphalalgie de quatre à huit heures du matin. La vision n'est pas bonne, un peu nuageuse.

Grande impressionnabilité au froid, sécrétion sudorale abondante.

Pas de traumatisme antérieur, rien qui indique l'existence de la syphilis.

État actuel. — Taille 152 centimètres; poids 87,3 kilogrammes.

Parole un peu lente. Les fonctions cérébrales ne sont pas sensiblement troublées.

La tête est épaisse, le visage grand et large, mais sa forme générale est plutôt ovale. Le nez très large et puissant. La lèvre inférieure très épaisse, un peu pendante. La peau du visage est épaissie et montre une coloration d'un brun jaunâtre. Sillons profonds sur le front, paupières plus volumineuses que d'habitude. Pas de développement notable du tissu conjonctif sous-cutané. Aucune trace d'œdème. Peau souple. Oreilles normales comme dimensions et coloration (fig. 24).

Cheveux et sourcils bien développés.

La région malaire fait une saillie notable; les os malaires sont devenus plus massifs et plus longs. Pas d'altération bien marquée au maxillaire supérieur; la plupart des dents manquent, les processus alvéolaires sont atrophiés.

Le maxillaire inférieur est allongé et épaissi considérablement surtout dans les deux tiers inférieurs. — La rangée des dents de ce maxillaire est à environ un centimètre en avant de celle du maxillaire supérieur.

Largeur du nez à l'entrée des narines, 5 centimètres. Langue très volumineuse, faisant saillir le plancher buccal quand la bouche est fermée; largeur



FIG. 21 (Obs. XV).

4 centimètres près de la pointe, 7 centimètres à la partie moyenne, la langue étant tirée.

Le palais et la luette paraissent manifestement volumineux, cette dernière

est au moins le double de largeur de ce qu'elle est à l'état sain. Amygdales larges, crevassées.

Larynx assez large. Le corps thyroïde semble manquer complètement.

Épaississement et élargissement très marqués de l'extrémité interne des clavicules; la partie sternale des côtes est aussi notablement élargie.

La nuque et le dos sont très larges, ce dernier est cyphotique dans la région dorsale.

Thorax grand, large, rigide. Circonférence 100 centimètres environ; mamelles flasques et pendantes.

L'acromion est peut-être un peu épaissi, l'humérus ne semble l'être en aucun point. Les os de l'avant-bras sont élargis et épaissis surtout vers leur extrémité périphérique. De même pour ceux de la main et des doigts. Les parties molles sont, elles aussi, hypertrophiées; aux mains, c'est surtout le tissu sous-cutané, aux avant-bras les muscles.

Les doigts sont très déformés, surtout au niveau des dernières phalanges, principalement par suite de l'épaississement de la pulpe (diamètre de la dernière phalange du pouce, 2 cent. 75 — du médus, 2 cent. 25). Les sillons entre la dernière et la moyenne phalange ont presque disparu. Les ongles sont tous striés en long, très courts (6 à 9 mm.) et très larges (15 à 25 mm).

La musculature de l'épaule et du bras est en bon état, au contraire les fléchisseurs et les extenseurs à l'avant-bras, muscles dont le volume est exagéré, paraissent plutôt affaiblis. — Dynamomètre à droite 12°; à gauche 11° (au lieu de 30°-50° chiffre normal).

Les petits muscles des mains exécutent tous les mouvements; quoiqu'un peu faibles, ils sont assez volumineux.

Excitabilité mécanique des muscles normale, le réflexe tendineux du triceps existe.

Légers troubles de la sensibilité surtout au contact sur les avant-bras, les mains, les dernières phalanges.

Suit une série de mensurations dont nous extrayons les suivantes :

Diamètre du crâne, de la glabella à l'occiput.....	20.5
— , du menton à l'occiput.....	22.0
Hauteur du maxillaire inférieur jusqu'au bord dentaire supérieur.....	6.0
Largeur de la région moyenne de la main, sans le pouce.....	11.0
Largeur du pouce.....	3.2
— de l'index.....	3.2
— du médus.....	2.7
— de l'auriculaire.....	2.8

	Droite.	Gauche.
Circonférence de la première phalange du pouce.....	9.0	9.0
— de l'index.....	9.5	8.8
— du médus.....	9.4	9.0
— de l'auriculaire.....	8.0	7.8
Circonférence de la phalange du pouce.....	9.0	9.0
— de l'auriculaire.....	6.2	6.0

Longueur du bras tout entier.....	68.0
— proprement dit.....	30.0
— de l'avant-bras.....	22.0
— de la main.....	16.0
— du médus.....	10.2
— de l'auriculaire.....	8.0

La peau du ventre semble, elle aussi, un peu épaissie.

Les extrémités inférieures présentent une notable augmentation de volume aux jambes et aux pieds.

Pour les cuisses, rien ne permet de dire qu'elles soient hypertrophiées.

Aux jambes, varices assez nombreuses. Coloration de la peau normale, un peu bleuâtre aux pieds. Les os sont certainement hypertrophiés à un haut degré, surtout dans leur tiers inférieur, et dans leurs épiphyses périphériques, sans aucune augmentation en longueur. Le tibia, en particulier, est notablement épaissi et élargi dans son tiers inférieur, son bord est un peu rugueux.

La peau et le tissu sous-cutané apparaissent notablement épaissis au niveau du genou et de la jambe. On constate en outre une hypertrophie évidente de la musculature des mollets, surtout du côté gauche; la musculature antérieure de la jambe est, elle aussi, fortement développée.

L'augmentation de volume des pieds est surprenante, leur squelette est hyperostose dans toutes les directions. — Il en est à peu près de même pour les orteils que pour les doigts. Sensibilité et réflexes normaux.

Suit une série de mensurations dont nous extrayons les suivantes :

	Droite.	Gauche.
Largeur de la rotule.....	9.0	8.5
Circonférence de la région moyenne du pied.....	30.5	30.5
Longueur du pied.....	23.5	23.5
Circonférence à la base des orteils.....	31.3	31.0
Longueur du gros orteil.....	8.0	8.0
Largeur —.....	3.5	3.4
Épaisseur de la phalange du gros orteil.....	3.5	3.5
— du deuxième orteil.....	2.5	2.5
— du cinquième orteil.....	2.0	2.0
Circonférence du gros orteil (première phalange).....	10.5	10.0
— (phalange).....	11.0	11.0
Largeur de l'ongle du gros orteil.....		3.0
— du deuxième orteil.....		2.0
— du cinquième orteil.....		0.7
Longueur de l'ongle du gros orteil.....		1.2
— du deuxième orteil.....		1.0
— du cinquième orteil.....		0.6

Les os du bassin semblent, eux aussi, très épais et massifs.

Sécrétion sudorale sur tout le corps.

Augmentation du volume du cœur vers la gauche, encore jusqu'à trois travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire. Souffle systolique au niveau du cœur gauche et à l'extrémité inférieure du sternum, diminuant d'intensité vers le haut.

Pas d'anomalies qui puissent être constatées sur le foie, la rate et les poumons. Urine contenant une très faible quantité d'albumine, avec quelques cylindres hyalins et granuleux.

Grandes lèvres assez grandes, le col de l'utérus ne peut être atteint par suite de l'épaisseur des parties molles des organes génitaux externes.

Température du corps complètement normale.

Rien à signaler du côté du système nerveux central, non plus que du côté des organes des sens. Pour l'œil $S = 6/12$, le cristallin est un peu scléreux, quelques flocons dans la partie antérieure du corps vitré. Pas d'altérations notables du fond de l'œil, les vaisseaux rétinien ne sont pas dilatés; aucune affection rétinienne.

La recherche de la sensibilité farado-cutanée par la méthode de Erb donna à la face, aux membres supérieurs et inférieurs des chiffres normaux, sauf au niveau de quelques points sur la cuisse droite, où les plus forts courants faradiques ne pouvaient provoquer aucune douleur, tandis que les sensations minima étaient produites avec l'écartement habituel des bobines.

Ici M. Erb donne un tableau des diverses réactions électriques. — Le résumé des résultats obtenus est formulé par lui de la façon suivante : la peau présentait une résistance électrique extraordinairement faible; d'autre part les intensités des courants minima nécessaires à l'excitation des nerfs et des muscles étaient extraordinairement grandes : pour la Ka SZ dans les différents nerfs 4,5-6,0 MA, tandis que chez les hommes sains, vigoureux d'âge moyen, la moyenne est de 0,5-2. — M. Erb ne veut pas affirmer qu'il s'agisse là de quelque chose de pathologique, étant donné l'âge de la malade, l'épaisseur de la peau et celle de la couche adipeuse sous-cutanée, mais croit, qu'en tout cas, le fait vaut la peine d'être signalé.

Pendant son séjour à la clinique, la malade eut deux accès de migraine avec vomissements fréquents et abondants. Le traitement employé pendant ce séjour, traitement d'essai, dit M. Erb, consista en galvanisation de la tête, de la nuque et du grand sympathique, bains tièdes lactate, de fer, extrait de quinquina.

Lorsque la malade sortit, elle paraissait notablement améliorée, elle se servait plus aisément de ses mains, et celles-ci étaient plus molles et semblaient moins gigantesques.

En octobre 1887, M. Erb fit revenir cette malade pour rechercher s'il trouverait chez elle la matité de la région supérieure du sternum qu'il avait constatée chez les deux frères Hagner (observations publiées antérieurement par Friedreich et dont il sera question plus loin dans ce travail). Voici quels furent les résultats de son examen : la moitié supérieure du sternum et les parties du thorax immédiatement contiguës à celle-ci sont à la percussion notablement moins sonores; la région où l'on constate cette diminution de la sonorité a la forme d'un trapèze dont la base supérieure mesure environ 12 cent., la base inférieure 8 cent., les bords latéraux 9 cent. La matité cardiaque, par sa partie supérieure se confond avec la limite inférieure de la zone qui

vient d'être décrite ; elle dépasse à droite le bord droit du sternum. — A l'auscultation, souffle systolique intense s'étendant de la partie moyenne de la région occupée par la matité cardiaque jusque vers les clavicules. Les battements sont assez irréguliers, le pouls intermittent et largement tendu ; on ne constate pas d'artério-sclérose.

Une surveillance attentive des urines permet de fixer la quantité rendue dans les vingt-quatre heures à environ 1300-2250 centimètres cubes. Poids spécifique 1017-1023, très légères traces d'albumine, phosphates abondants.

Assez souvent gêne respiratoire, la malade a éprouvé une fois encore des douleurs de tête avec vomissements.

Au bout de dix à douze jours, les battements cardiaques s'étaient régularisés, le bruit de souffle systolique était devenu plus faible.

PIERRE MARIE.

(A suivre.)



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

DOCUMENTS SATIRIQUES SUR MESMER

I

Le voilà ce mortel dont le siècle s'honore
Par qui sont replongés au séjour infernal
Tous ces fléaux vengeurs que déchaina Pandore,
Dans son art bienfaisant il n'a point de rival
Et la Grèce l'eût pris pour le Dieu d'Épidaure.

Qu'était le M. Pallissot qui signa des vers aussi dithyrambiques (pl. VII)? Nous n'en savons rien : peut-être un malade guéri par Mesmer; à coup sûr un enthousiaste de ses doctrines, car Mesmer avait des doctrines et lesquelles!

Traduisait-il l'opinion publique ? Dans la circonstance, oui et non, et cela se comprend.

La science de Mesmer paraissait en effet si merveilleuse, les effets qu'il obtenait si singuliers, que cet apôtre, ce rénovateur, cet exploitateur du magnétisme, qu'on lui donne les noms qu'on voudra, il les mérite un peu tous, devait fatalement soulever autour de lui et des enthousiasmes et des dénigrement peut-être systématiques.

Jamais homme en effet, de son temps même, ne fût plus discuté; et véritablement, ce fut avec raison qu'on jeta la pierre à ce personnage cupide qui, sous le fatras et l'obscurité de ses doctrines, cachait tous les appétits d'un ambitieux sans vergogne.

Une seule chose plaidera cependant pour lui devant la postérité : c'est d'avoir inspiré, bien involontairement d'ailleurs, les recherches qui amenèrent Puysegur à la découverte du somnambulisme artificiel.

Si donc Mesmer eut ses apologistes, les détracteurs ne lui firent pas défaut et, à une époque où on aiguisait si finement l'épigramme, il se vit raillé de toutes parts; sur le théâtre on parodia ses séances, en même temps que les caricaturistes ridiculisaient le fameux baquet et les pratiques absurdes du médecin viennois.

Parmi ces allégories satiriques, il en est quelques-unes de fort intéressantes; de plus, notre maître, M. le professeur Charcot, a bien voulu

avec sa libéralité ordinaire, nous communiquer une aquarelle inédite dont nous avons pu reconstituer l'histoire.

Nous avons pensé qu'à une époque où le magnétisme est l'objet de tant de discussions — encore passionnées — il pourrait être intéressant de faire, dans ce Recueil, une place à l'allégorie satirique si chère à nos pères et qui, en somme, mère de la caricature d'aujourd'hui, n'était pas inférieure à sa fille.

Mais pour qu'on pût interpréter avec nous les pièces que nous reproduisons, également il nous a semblé nécessaire de dire quelques mots du séjour de Mesmer à Paris.

C'est en février 1778 que Mesmer, Allemand d'origine — on ne s'étonnera plus de sa cupidité — se rendit dans la capitale pour se consoler des déboires qu'il avait subis à Vienne d'où il avait été à peu près expulsé après une aventure scandaleuse. Il était âgé de 45 ans, étant né le 23 mai 1733 à Weill, près de Stein, sur le Rhin.

A vraiment dire ce n'était pas un inconnu qui arrivait, car Paris avait eu l'écho des discussions qu'il avait soutenues contre les médecins de Vienne où il avait publié en 1766 sa fameuse *Dissertation sur l'influence des planètes sur le corps humain*.

On trouvait, entre autres choses, dans cette mémorable brochure, les fameuses propositions qui, certainement à cause de leur obscurité même, servirent pendant si longtemps de catéchisme aux magnétiseurs, propositions dont nous devons rapporter quelques-unes pour l'éclaircissement des documents que nous publions.

« 1° Il existe une influence mutuelle entre les corps célestes, la terre et les corps animés.

« 10° La propriété du corps animal qui le rend susceptible de l'influence des corps célestes et de l'action réciproque de ceux qui l'environnent, manifestée par son analogie avec l'aimant, m'a déterminé à le nommer *magnétisme animal*.

« 11° L'action et les vertus du magnétisme animal ainsi caractérisées peuvent être communiquées à d'autres corps animés ou inanimés.

« 15° On observe à l'expérience l'écoulement d'une matière dont la subtilité pénètre tous les corps sans perdre notablement de son activité.

« 23° On reconnaîtra par ces faits, d'après les règles pratiques que j'établirai, que ce principe peut guérir médiatement les maladies de nerfs et immédiatement les autres.

« 24° Qu'avec son concours le médecin est éclairé sur l'usage des médicaments; qu'il perfectionne leur action et qu'il provoque et dirige les crises salutaires de façon à s'en rendre maître.

« 25° En communiquant ma méthode je démontrerai, par une théorie

nouvelle des maladies, l'utilité universelle du principe que je leur oppose. »

Mesmer inventait-il donc quelque chose, pour nous parler de sa méthode, de sa théorie nouvelle. En aucune façon ; il ravivait simplement, à son bénéfice du reste, la doctrine de l'*attraction universelle*. Comme le magnétisme de Mesmer, la *vis magnetica* des vieux alchimistes n'est que la force agissant à distance. C'est elle qui détermine l'influence des corps célestes les uns sur les autres, leur action sur notre globe et les influences réciproques de tous les corps célestes et terrestres. Mais il n'était pas homme à s'embarrasser des travaux de ses devanciers dans ses revendications personnelles.

Le voici donc modestement installé place Vendôme, quartier qui était loin alors de l'élégance architecturale et du renom aristocratique qu'il possède aujourd'hui. Ses confrères de Paris le viennent aussitôt visiter. Riant sous cape de la singularité et de l'obscurité de ce qu'il appelle pompeusement ses doctrines, ils le mettent au pied du mur en lui envoyant des malades à traiter, espérant ainsi le discréditer aux yeux du public par les insuccès qu'il devait, suivant eux, infailliblement remporter. Ce en quoi ils se trompèrent singulièrement. Le merveilleux, sous toutes ses formes, jouit en effet d'une vertu fascinatrice sans égale et la génération présente avait été bercée par le récit des miracles opérés sur le tombeau du diacre Pâris. La chambre des crises allait devenir le rendez-vous des nouveaux convulsionnaires.

Aussi arriva-t-il, qu'après quelques cures heureuses, bien difficiles d'ailleurs à apprécier, Mesmer se trouva tout à coup célèbre.

La Faculté se fâcha, et elle eut tort, car ses bonnes raisons ne pouvaient passer que pour des méchancetés jalouses vis-à-vis le public d'hallucinés qui se pressait déjà autour du mystérieux baquet d'où s'écoulait la vie.

Phénomène singulier, le clergé lui-même — certains membres tout au moins — apportait son appui au grand-prêtre de la place Vendôme bientôt somptueusement installé dans le grand bâtiment qui porte encore aujourd'hui le nom d'*Hôtel Bullion*. Le père Gérard, procureur général de l'ordre religieux de la Charité, lui amenait des malades et proclamait les bienfaits de la nouvelle science ; en 1784, un moine augustin fort éloquent, le P. Hervier descendra de la chaire, en pleine basilique de Saint-André, à Bordeaux, pour magnétiser une jeune fille que sa terrible peinture de la damnation n'avait pas peu contribué, d'ailleurs, à jeter dans une crise d'hystérie convulsive.

La Faculté était toujours dissidente, mais l'un de ses docteurs-régents Deslon, premier médecin du comte d'Artois, l'un des frères du roi,

prenait ouvertement parti pour Mesmer et se rendait à l'hôtel Bullion exploiter avec lui les malades qui venaient réclamer un soulagement à des maux souvent imaginaires.

Ce fut la belle période, celle des grosses recettes, celle où les sociétés élégantes avaient leur jour de « baquet » comme on avait son jour à l'Opéra, celle où Mesmer entouré de nombreux élèves qui payaient fort cher pour connaître une doctrine qu'il refusa toujours de leur divulguer — et pour cause, — et ne pouvant suffire à tous les traitements, magnétisait un arbre situé au haut de la rue de Bondy où les malades, désireux de bénéficier du précieux fluide, s'attachaient par une corde.

Mais les plus belles médailles ont leur revers. Mesmer, pour payer d'audace, ayant sollicité près du roi l'examen de ses doctrines, il s'en suivit un rapport extrêmement substantiel et des plus sages de Bailly qui, sans nier, bien au contraire, les effets du magnétisme animal, s'efforçait de mettre en lumière le danger des convulsions, des *crises* qui formaient le fond du traitement.

« Ces convulsions, disaient en 1784 les commissaires du roi, sont caractérisées par des mouvements précipités, involontaires de tous les membres et du corps entier, par le resserrement à la gorge, par des soubresauts des hypocondres et de l'épigastre, par le trouble et l'égarément des yeux, par des cris perçants, des pleurs, des hoquets, et des cris immodérés... Il y a une salle matelassée et destinée primitivement aux malades tourmentés de ces convulsions, une salle nommée des crises... » Quelle meilleure description pourrait-on donner aujourd'hui de l'attaque d'hystérie?

Aussi les commissaires rejetèrent-ils comme funeste la pratique du magnétisme animal. Et ils allèrent plus loin encore, car, à ce rapport destiné à être rendu public, ils en ajoutèrent un second qui resta longtemps secret. Il avait spécialement trait aux dangers que couraient les bonnes mœurs dans la maison du *sieur* Mesmer.

En effet, outre les émotions d'un genre spécial qu'éveillaient les passes et les attouchements dans le cœur des femmes soumises au traitement magnétique, il se passait des choses plus graves encore qui amenèrent l'intervention de la justice.

« M. le lieutenant de police, disent-ils, a fait quelques questions à cet égard à M. Deslon — l'acolyte de Mesmer, — il lui a dit : « Je vous, demande, en qualité de lieutenant général de police, si, lorsqu'une femme est magnétisée ou en crise, il ne serait pas facile d'en abuser. » M. Deslon a répondu affirmativement, et il faut rendre justice à ce médecin qu'il a toujours insisté pour que ses confrères, voués à l'honnê-

teté par leur état, eussent seuls le droit et le privilège d'exercer le magnétisme. On peut dire encore que, quoiqu'il eût chez lui une chambre primitivement destinée aux crises, il ne se permet pas d'en faire usage ; mais, malgré cette décence observée, le danger n'en subsiste pas moins dès que le médecin peut, s'il le veut, abuser de sa malade. Les occasions renaissent tous les jours, à tout moment ; il est exposé quelquefois pendant deux ou trois heures. Qui peut répondre qu'il sera toujours le maître de ne pas vouloir ? Et même, en lui supposant une vertu plus qu'humaine, lorsqu'il a en tête des émotions qui établissent des besoins, la loi impérieuse de la nature appellera quelqu'un à son refus ; et il répond du mal qu'il n'aura pas commis mais qu'il aura fait commettre. »

Les commissaires étaient durs pour Mesmer qui, certainement, tenait plus à l'argent qu'aux faveurs de ses clientes.

Quelques jours plus tard paraissait un autre rapport de la *Société royale de médecine* qui concluait, comme le précédent, « que ces traitements faits en public par les procédés du *magnétisme animal* joignent à tous les inconvénients indiqués ci-dessus, celui d'exposer un grand nombre de personnes, bien constituées d'ailleurs, à contracter une habitude spasmodique et convulsive qui peut devenir la source des plus grands maux. »

En même temps, on faisait venir de Vienne une jeune pianiste avec laquelle Mesmer avait eu une aventure plus que suspecte ; qu'il prétendait avoir guérie d'une cécité ancienne et qui se trouva aveugle comme devant.

Les satires commencèrent à pleuvoir dru et ferme, la Comédie italienne donna les *Docteurs modernes* où Mesmer était ridiculisé de la belle manière.

Bien plus, ses élèves eux-mêmes, membres de la Société de l'Harmonie qu'il avait fondée, se révoltèrent contre celui qui, sous le fallacieux prétexte de les initier à de prétendus secrets, se contentait de leur soutirer des sommes considérables.

Aussi, en 1785, conspué de toutes parts, Mesmer, qui emportait d'ailleurs, avec lui, une grosse fortune, fut-il obligé de quitter la France. Après avoir voyagé quelque temps en Angleterre sous un nom supposé, il se retira près du lac de Constance, à Mersburg où il mourut tout à fait ignoré, le 15 mars 1815, âgé de quatre-vingt et un ans.

II

Parmi les allégories satiriques qui ne contribuèrent pas peu à sa chute il en est quelques-unes qui sont véritablement du plus haut intérêt.

La première que nous reproduisons (pl. VIII) représente l'apothéose burlesque de Mesmer.

Sur une sphère gonflée par trois personnages, parmi lesquels il est permis de reconnaître le P. Gérard, son thuriféraire, Mesmer se trouve placé, couronné par la Folie soutenue dans les airs par une montgolfière, invention alors récente, et qui d'un coup de marotte l'a démasqué.

De la main droite il magnétise la lune, ce qu'il s'était, paraît-il, vanté de pouvoir faire. La lune, à son tour, en astre obéissant, envoie son fluide sur une femme placée devant le fameux baquet.

Allusion transparente aux questions indiscrètes du préfet de police, un jeune satyre amoureux, les yeux bandés, le carquois en bandoulière, explore les richesses d'un corsage qui semble ne demander qu'à s'entr'ouvrir.

Derrière le fauteuil sur lequel il s'appuie, un spectateur paraît beaucoup plus s'intéresser aux tentations du satyre qu'aux investigations des ses voisins qui suivent avec intérêt les oscillations de l'aiguille aimantée, le fluide magnétique ayant de grandes analogies avec l'aimant.

Sur la table, le chien de Mesmer que nous allons bientôt voir exercer sur ses semblables l'action du magnétisme... animal.

Au fond et à droite, le P. Hervier, le fougueux apologiste de Mesmer dans la cathédrale de Bordeaux, qui descendait de sa chaire pour magnétiser une convulsionnaire de son auditoire. Derrière lui, le valet magnétiseur, à l'air narquois, que nous retrouverons dans la comédie des *Docteurs modernes*.

Enfin, au fond et à gauche, le fameux arbre de la rue de Bondy avec sa corde à laquelle s'attachaient les fidèles, puis divers ustensiles parmi lesquels nous croyons reconnaître une machine électrique.

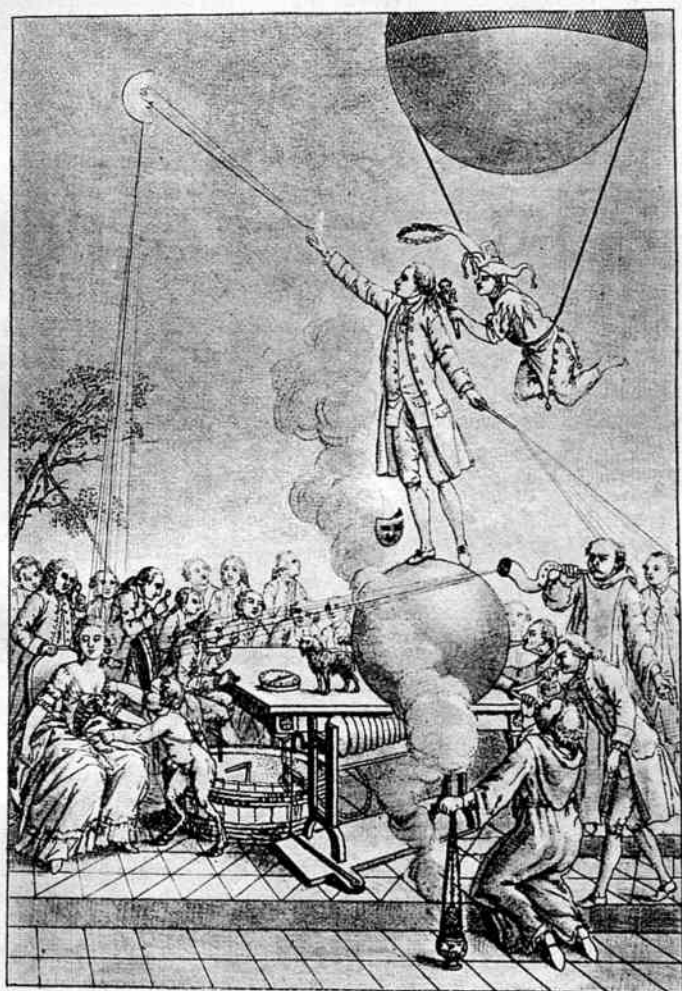
Telle est cette composition qui, comme on le voit, rappelle aussi complètement que possible les faits les plus saillants de l'épopée mesmérrique.

GILLES DE LA TOURETTE,

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

(A suivre.)

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.



CLICHÉ A. LONDE

PROTOTYPE BERTHAUD

APOTHÉOSE BURLESQUE DE MESMER

LECROSNIER & FANÉ, ÉDITEURS

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE

UNE OBSERVATION

DE MÉLANCOLIE CATALEPTIQUE

I

Il s'agit d'une jeune fille du Tyrol autrichien, Antonia E..., qui arriva à Paris en décembre 1887 pour entrer dans un couvent. Une personne qui l'a connue dans cet établissement n'a pu nous donner que quelques renseignements sur son état à ce moment. On ne connaît que très peu de chose sur ses antécédents; son père et sa mère sont vivants, ainsi que plusieurs frères et sœurs; l'une de celles-ci est entrée en religion. Au couvent, la malade était gaie et assez causeuse; peut-être avait-elle les yeux un peu fixes. Elle fut en 1888 atteinte d'un phlegmon de la main, dont l'ouverture au bistouri ne causa pas, paraît-il, de douleur apparente. Elle tomba à ce moment dans une *phase de tristesse*, cessant de travailler, gardant les yeux très fixes; huit jours après, *période d'excitation* pendant laquelle la malade cherche à fuir et, profitant un jour d'un manque de surveillance, saute par une fenêtre et gagne la rue où on la rattrappe. Elle se mit alors à s'accuser de tous les crimes, d'avoir volé chez ses maîtres à Méran (dans le Tyrol), d'avoir crucifié Jésus-Christ, etc. Un jour elle détacha le crucifix, le mit par terre et en frappa ses compagnes. Elle se montrait si violente, résistant si énergiquement à toutes les représentations, qu'on se décida à la mener à la Préfecture où M. Garnier délivra le certificat suivant : « Délire mélancolique. Hallucinations de la vue. Idées de persécution. Crises d'anxiété et d'affolement avec fuite précipitée pour échapper à des ennemis imaginaires. Embarras gastrique. État subfébrile. Phlegmon récent de la

main gauche (29 février 1888). » Elle fut envoyée à Sainte-Anne et y resta vingt jours; M. Pichon la considéra comme atteinte de « Délire mélancolique; idées de culpabilité imaginaire, de damnation et de suicide ». Elle entre à la Salpêtrière (service de M. Falret) le 20 mars 1888.

La malade est une jeune fille de vingt ans, aux traits réguliers, au teint coloré; elle a des cicatrices de variole qu'elle dit avoir eue à l'âge de six ans. Elle répond d'ailleurs à peine à nos questions, et ne parle que le patois tyrolien. Elle reste immobile sur son siège, la tête penchée, semblant réfléchir profondément, pleurant par intervalles. Ses mains sont froides, violettes, un peu gonflées. Parfois elle rit quand on lui parle, puis retombe dans son mutisme; de temps à autre elle travaille un peu à la couture.

On institue un traitement tonique et on lui donne une douche quotidienne. Dans le courant d'avril, elle se sauve vers la chaise percée et boit par deux fois de l'urine « pour mourir », dit-elle; elle dit aussi qu'elle ne sait pas « si elle sera sauvée ». Au commencement de mai, elle tombe *dans la stupeur* (pl. IX), travaille à peine, reste immobile ou se sauve tout d'un coup en chemise dans la cour en cherchant la porte de sortie. La malade étant au lit, nous constatons à la face plantaire de ses deux pieds de larges phlyctènes qui viennent de s'y former: l'une siège à droite au niveau du talon antérieur; les deux autres à gauche, au milieu de la concavité de la voûte plantaire, et sur le bord interne du pied. Chacune de ces phlyctènes est large de quatre centimètres environ (fig. 22). Nous nous informons: la malade ne porte que des chaussons, elle a frotté un jour le plancher de la salle mais avec beaucoup de mollesse et très peu de temps; encore ne l'a-t-elle fait que du pied droit; elle n'a pu non plus se frotter les pieds sur les barreaux du lit. Son état indique d'ailleurs nettement un ralentissement de la circulation; la cyanose des extrémités est des plus évidentes. Le pouls petit, mais régulier, est à 52. La température est au-dessous de 37°. La malade ne répond que par monosyllabes, elle affirme à plusieurs reprises qu'elle ne sent aucune douleur. Plusieurs fois, elle s'échappe de son lit pour aller boire au seau de la garde-robe, toujours « pour mourir ». Les phlyctènes sont percées et couvertes d'un pansement; elles mettent quinze jours environ à se cicatriser; il ne s'en forme pas d'autres. Pendant ce temps, le pouls reste lent, la teinte cyanique persiste et l'état mental reste le même; alternatives d'hébétéude et de rire sans fin.

Elle voudrait être morte, nous dit-elle; mange à contre-cœur, n'a néanmoins formellement refusé de manger qu'une fois; la menace de



CLICHÉ A. LONDE

PROTOTYPE BERTHAUD

MÉLANCOLIE CATALEPTIQUE
(STUPEUR)

la sonde œsophagienne suffit à la décider à s'alimenter. Dans le courant du mois de juin, nous recherchons les stigmates hystériques : la malade, qui, à aucun moment, n'a pris de bromure, a l'anesthésie pharyngée complète et persistante ; la sensibilité cutanée et muqueuse, normale au contact et au froid, semble diminuée à la douleur ; pas de zones douloureuses ; la malade voit les couleurs (violet, bleu, jaune, etc.), mais son champ visuel paraît rétréci des deux côtés, surtout à gauche. La malade dit n'avoir jamais eu d'attaques de nerfs autrefois.

En juin, même état : tantôt se cache dans un coin, résiste énergiquement quand on la tire, vous regarde en riant ou en pleurant, tantôt

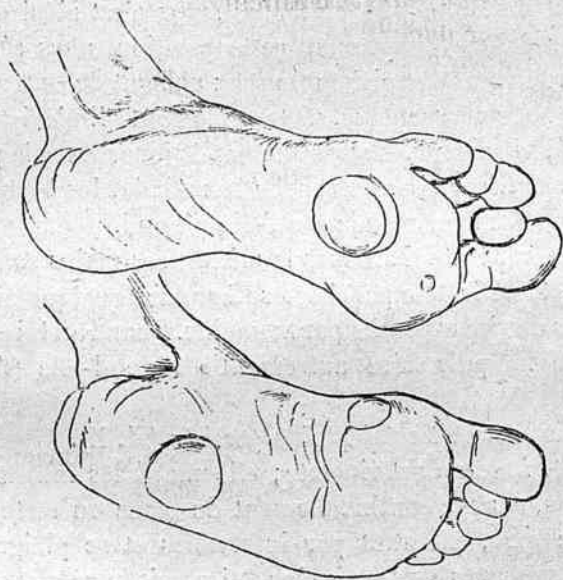


FIG. 22. — Phlyctènes dans un cas de mélancolie cataleptique.

se sauve, déshabillée, dans la cour ; le 30 juin, nous la trouvons les yeux couverts d'un bandeau qu'elle maintient avec sa main ; elle paraît terrifiée et nous avoue qu'elle a vu depuis trois jours et hier encore *des yeux de feu* ; elle assure ne pas entendre de voix.

En juillet, elle continue de rester inactive et triste, pense, dit-elle, aux péchés qu'elle a commis ; elle se coupe de temps à autre de grandes mèches de cheveux ; reste au lit la face ensevelie dans l'oreiller ; mange et boit les yeux fermés ; demande parfois à travailler avec les autres, puis s'interrompt tout à coup pour se sauver dans la cour.

L'idée d'aller boire de l'urine revient assez souvent ; elle n'en peut donner d'explication, sinon que « l'idée lui en est venue ». Elle rappelle

les fautes qu'elle a commises autrefois quand elle habitait Méran, dit qu'elle n'aurait pas dû boire de bouillon le vendredi. Elle ne parle d'ailleurs jamais de son pays, ni de sa famille et n'écrit à celle-ci qu'une fois, sur notre conseil.

Elle présente aux ordres qu'on veut lui faire exécuter une *résistance systématique*; se couche alors par terre, le front dans la poussière, sous un lit ou au milieu de la cour et se cramponne de toutes ses forces au premier objet qu'elle trouve et on peut à peine vaincre la raideur de ses membres.

Le 28 juillet nous nous apercevons pour la première fois que lorsque l'on écarte les bras d'Antonia E... dans la *position horizontale*, elle les y laisse pendant un temps plus ou moins long; c'est ainsi qu'après lui avoir à deux reprises fait prendre cette position, nous réussissons à la lui faire garder plus de quinze minutes; au bout de ce temps, le bras tombe peu à peu, sans secousse, ni tremblement. Il n'existe d'ailleurs ni contracture, ni raideur. L'attention paraît jouer dans le phénomène un rôle important, car si on interpelle la malade, les bras étant ainsi placés, ceux-ci retombent pendant qu'elle répond.

Son état général reste d'ailleurs le même; ses mains sont froides et violettes; elle tient la tête penchée, se bandant quelquefois les yeux, avec des éclats de rire explosifs par moments. Quand on lui en demande la raison, « Je ne puis faire autrement » répond-elle (*l' kann nit anders*).

Le lendemain, cet état cataleptoïde persiste (pl. X).

Le 30 juillet, Antonia est violente; elle mord les infirmières et se mord les mains, change continuellement de place ou reste debout la face contre le mur, pleurant par intervalles et se plaignant d'être entourée de « sauvages » parce qu'on lui a mis la camisole de force. Dans l'après-midi, elle prend un bain et cherche à plusieurs reprises à s'enfoncer la tête sous l'eau. Esprit d'opposition très arrêté; se cramponne aux barreaux des fenêtres et aux meubles, quand on veut la faire changer de pièce et surtout l'amener au réfectoire. Pendant tout ce mois de juillet, sa température n'a atteint que trois fois 37°. Son intestin fonctionne mal; on a dû faire une fois le curage du rectum.

Le 31 juillet, la malade recommence ses plaintes, elle prie qu'on lui pardonne ce qu'elle a fait dans le Tyrol, les vols commis, etc.

Le sens musculaire, la notion de position de ses doigts, la notion des poids, de leur différence, est conservée. L'état cataleptoïde peut être provoqué et si, par exemple, on lui commande de mettre l'index sur son nez, elle s'immobilise dans cette attitude.



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIC BERTHAUD

MELANCOLIE CATALEPTIQUE
(ÉTAT CATALEPTOÏDE)

Le 4 août, on note que la malade semble présenter des *phases régulières*; elle aurait deux jours de stupeur consécutifs pendant lesquels elle présenterait l'aptitude à l'état cataleptoïde, et un troisième (phase d'activité) pendant lequel elle travaille, sans mot dire, à divers ouvrages fatigants, et ne conserve pas les attitudes qu'on imprime à ses bras.

Le 10 août, la malade va s'asseoir sur le fauteuil des gâteuses et va, croyant se faire mourir, boire dans les seaux à urine. Elle cherche dans les armoires le vinaigre de Pennès pour en avaler. Elle ne travaille pas, résiste quand on veut lui imprimer certaines attitudes et ne les garde pas. Elle se cache dans les cours, ramasse par terre des croûtes de pain et les trempe dans de l'eau de la fontaine, sans préjudice de la nourriture de la maison. Parfois elle se cache derrière les portes, le visage contre le mur; ou reste immobile sur sa chaise, la tête fléchie, les yeux fermés.

Le 13, l'état cataleptoïde reparait. Le 18 il cesse, pour reparaitre quelques jours après. Le 22 août, elle se jette aux genoux de M. Falret et lui embrasse les mains.

Le 23, on provoque les attitudes horizontales des bras; la malade les modifie rapidement quand on lui parle. On peut communiquer de même des attitudes bizarres au tronc, lui faire tenir la tête fléchie ou étendue, etc. Les poses plastiques ne suggèrent aucun jeu de physiognomie correspondant, comme cela arrive chez les hystériques hypnotiques.

Le 8 octobre, on la trouve à plat ventre par terre, toute *raide*, les bras et les jambes étendus, une main étendue, l'autre fermée. En même temps elle bave; puis elle se relève, se déshabille et se sauve dans la cour sans chemise. Cette scène dure environ dix minutes. C'est l'époque de ses règles.

15 octobre : crachottement continu.

Décembre : même état; alternatives d'excitation plus fréquentes avec rires explosifs sans motif et de dépression avec aptitude à l'état cataleptiforme, mais moins prononcé qu'autrefois. Par intervalles, marmottement inintelligible; parfois se balance comme les idiots.

II

L'observation de cette malade présente plusieurs particularités intéressantes. Nous allons les examiner successivement.

1° A quel type appartient l'affection vésanique qu'elle présente et de quelle dénomination la désigner ?

Dans un précédent travail, en collaboration avec le Dr Chaslin¹, nous avons exposé longuement et discuté des tentatives faites dans les dernières années en Allemagne pour distraire du cadre nosologique des vésanies certains cas particuliers constituant une nouvelle forme pathologique désignée du nom de catatonie. Nous n'exposerons pas ici l'histoire de la question que nous avons donné déjà dans tous ses détails, mais comme les exemples que nous avons pu recueillir de catatonie ressemblent, au moins par certains côtés, à ce que nous avons observé chez notre malade, nous résumerons brièvement les traits principaux assignés à cette affection par ceux qui l'ont décrite.

D'après Kahlbaum², dont le travail sur ce sujet est le premier en date et le plus complet, la catatonie serait une maladie cérébrale à marche changeant d'une façon cyclique et présentant comme phénomène capital des troubles du système nerveux moteur ayant le caractère général de la crampe.

Le *stade initial* est un stade de *dépression mélancolique* à marche lente, ne différant guère de la mélancolie commune. Au début, il y a souvent des mouvements spasmodiques, convulsifs, arrivant par attaques.

Puis vient un *stade d'excitation*, qui peut cependant manquer; en général il est assez court. Comme ensemble, c'est ou bien de la mélancolie agitée, anxieuse, ou bien l'excitation maniaque la plus violente, ou bien un délire systématisé (Wahnsinn) plus fixe. On rencontre alors quelques symptômes qui seraient particuliers à la catatonie. C'est d'abord le *caractère pathétique* sous forme d'exaltation théâtrale, d'extase tragico-religieuse que révèlent les paroles et les actes des malades; puis la *verbigération* ou répétition de mots et de phrases sans aucun sens ou ne se suivant pas, mais prononcés comme si le malade faisait un discours; les gestes stéréotypés, les attitudes bizarres, les grimaces spéciales.

Dans le stade suivant, *stade catatonique*, la maladie revêt toutes les apparences de la mélancolie avec *stupeur*. C'est là que l'on rencontre les phénomènes moteurs caractéristiques sous forme de convulsions toniques ou cloniques, ou sous forme de raideurs musculaires, ou sous forme d'états cataleptiques. Il faut noter aussi le mutisme, des rires subits, la monotonie des actes, la résistance systématique, le refus d'aliments. Ce stade peut durer des semaines ou des mois.

Le stade suivant, d'une durée souvent plus longue encore, consiste surtout en des alternatives d'excitation ou de stupeur avec leurs phé-

1. J. Seglas et Ph. Chaslin, *la Catatonie* (Arch. neur., 1888).

2. Kahlbaum, *Die Katatonie*, Berlin, 1874.

nomènes particuliers que nous venons de décrire. Les idées religieuses et érotiques sont très fréquentes.

Quand la maladie ne guérit pas, elle passe au stade terminal, celui de démence. Ce serait la terminaison la plus fréquente.

Au point de vue physique, en dehors des phénomènes neuro-moteurs, on trouve dans les stades les plus graves de la maladie, des troubles vaso-moteurs, de l'œdème, de la cyanose des extrémités, de l'anorexie, des troubles de la défécation, des congestions viscérales, la tuberculose pulmonaire, etc...

Si à cet exposé rapide nous comparons l'observation de notre malade, nous constaterons de nombreux points communs. Nous retrouverons chez elle les phases successives de la catatonie de Kahlbaum, phase de mélancolie, phase d'excitation, phase de stupeur, phase d'alternatives d'excitation et de dépression. Dans les deux dernières phases, les seules que nous avons pu observer, nous rencontrons aussi, de la façon la plus nette, les idées délirantes mystiques, les rires explosifs, le mutisme, la résistance systématique, une attaque de raideurs, l'état cataleptoïde, et du côté physique des troubles vaso-moteurs très accentués.

En revanche, d'autres symptômes, auxquels Kahlbaum attache de l'importance, semblent ici moins évidents ou même font défaut. C'est ainsi que les attitudes bizarres, les gestes stéréotypés pourraient peut-être trouver leur équivalent dans l'habitude qu'a la malade de tenir obstinément les yeux fermés, de se cacher par moments derrière les portes, de fuir en chemise dans les cours, de s'asseoir sur les chaises de gâteuses, dans le balancement intermittent.

Quant au caractère pathétique des paroles et des actes, il semble manquer complètement et on ne pourrait guère invoquer dans ce sens que l'acte de s'être précipitée aux genoux du chef de service et de lui embrasser les mains. Enfin il n'y a pas chez notre malade de verbigération; elle marmotte souvent, il est vrai, à voix basse, dans son patois, des mots incompréhensibles, mais c'est tout.

Que pouvons-nous conclure de tout cela au point de vue du diagnostic? 1° Il est incontestable que la marche de la maladie est ici aussi conforme que possible à la description de Kahlbaum et que, en plus, nous retrouvons dans ces périodes successives de nombreux symptômes, entre autres les phénomènes neuro-moteurs, qu'il attribue à ses catatoniques. Mais d'un autre côté, étant donné ici l'absence du caractère pathétique des idées et des actes et l'absence de la verbigération, phénomènes que Kahlbaum considère aussi comme particuliers à la catatonie, il nous semble qu'on n'est pas en droit d'affirmer que notre malade soit une catatonique. Tout au plus pourrait-on la classer dans

ce qu'il appelle la catatonie mitis. Il est bon toutefois de faire remarquer à ce propos que bon nombre des observations que nous avons pu lire dans les ouvrages allemands sur la catatonie, ne sont pas plus caractéristiques que la nôtre et ne présentent pas, tant s'en faut, tous les phénomènes prétendus caractéristiques de la maladie. On trouve aussi, d'ailleurs, cités par eux comme des cas de catatonie méconnue, des observations rapportées par des auteurs français tels que Baillarger¹, Cullerre², Lagardelle³, qui cependant ne rappellent, comme nous l'avons dit dans notre précédent travail⁴, que de bien loin la catatonie de Kahlbaum et dans lesquelles il est bien difficile de retrouver seulement quelques-uns des traits qu'il assigne à la forme vésanique qu'il veut isoler. En face d'elles, notre observation serait presque un cas de catatonie typique.

De tout cela nous laisserons nos lecteurs juges, nous contentant de rappeler ici ce que nous disions en terminant notre précédent travail, que ni la marche ni les symptômes de la catatonie de Kahlbaum ne nous semblaient pas devoir être caractéristiques d'une forme pathologique distincte; mais que ces faits nous semblaient plutôt, jusqu'à nouvel ordre, devoir simplement être considérés comme des variétés d'états mélancoliques, simples ou symptomatiques, avec stupeur plus ou moins accentuée, variétés qui seraient peut-être en rapport plus étroit avec un terrain hystérique.

Cette existence chez les malades de ce genre du tempérament hystérique, qui ressort de la lecture d'un certain nombre d'observations, a été complètement laissée de côté par les auteurs allemands. Schuele est le seul qui s'en soit préoccupé et ses recherches l'ont amené à créer une variété hystérique de la catatonie, dans la description générale de cette maladie, différant d'ailleurs notablement de celle qu'avait donnée Kahlbaum. Dans l'observation que nous venons de rapporter, cette existence de l'hystérie nous semble mise en évidence par l'anesthésie pharyngée, les troubles de la sensibilité générale, le rétrécissement bilatéral du champ visuel.

2° Un second point sur lequel nous désirons attirer l'attention c'est la présence de *certaines symptômes de la période de stupeur*. A différentes reprises Marcé⁵ a insisté sur l'état des fonctions circulatoires et respiratoires chez les mélancoliques et signalé une notable pertur-

1. Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1843 et 1853.

2. Cullerre, *Ann. méd. psych.*, 1877, p. 177.

3. Lagardelle, *Ann. méd. psych.*, 1871, p. 38.

4. Séglas et Chaslin, *loc. cit.*, p. 17.

5. Marcé, *Arch. de méd.*, 1855, et *Traité des maladies mentales*, 1862.

bation dans leur rythme et leur fréquence relative. Ces faits sont très évidents chez notre malade.

Dans sa période de stupeur la respiration est superficielle et peu profonde: le thorax se soulève à peine et le murmure vésiculaire est parfois tellement affaibli qu'on l'entend difficilement. En se reportant aux tracés que nous donnerons plus loin, on verra que les respirations, un nombre de 20 par minutes, ne sont pas toutes régulières; et surtout que leur ampleur a notablement diminué; la ligne d'inspiration est très courte, peu profonde et le tracé général de la respiration semble y dénoter un caractère saccadé que révèlent les irrégularités des lignes d'expiration et d'inspiration qui sont légèrement tremblées.

Le pouls, petit mais régulier, était souvent au-dessous de la normale; ne donnant que 52 pulsations.

La température axillaire pendant plus d'un mois n'a atteint que trois fois 37° et est même souvent descendue au-dessous de 36°. Cet abaissement de la température est encore plus sensible à la périphérie. Les extrémités, mains et pieds, sont froides, cyanosées, présentant des troubles vaso-moteurs très accentués.

Dans le même ordre d'idées rappelons l'apparition de phlyctènes aux extrémités inférieures, et qui, dans les circonstances où elles se sont produites, ne nous paraissent pouvoir être considérées que comme des troubles trophiques, marchant de pair avec le ralentissement de la circulation périphérique. Ces phénomènes d'ailleurs, quoique rares, ne sont pas cependant exceptionnels; et M. Ball¹, qui attache avec raison une grande importance à l'étude des symptômes physiques chez les mélancoliques, a signalé chez certains d'entre eux l'existence de plaques de sphacèle sur la peau.

3° Un dernier point nous reste à étudier, ce sont les phénomènes cataleptoïdes présentés par notre malade. Nous avons déjà signalé chemin faisant plusieurs de leurs caractères. C'est ainsi que nous avons vu que les attitudes cataleptiformes n'étaient pas spontanées chez elle; mais qu'il fallait les provoquer. Alors elle s'immobilisait dans la position qu'on donnait aux différentes parties de son corps, même les plus fatigantes et cela pendant un temps assez long (15 à 20 minutes). Les membres immobilisés dans ces poses cataleptoïdes ne se contractaient pas, mais conservaient une certaine flexibilité. D'un autre côté l'attention semblait jouer un certain rôle dans ces attitudes, car sitôt qu'on fixait l'attention de la malade sur un point quelconque, de quelque façon que ce fût, l'état cataleptoïde cessait immé-

1. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 1880-1883.

diatement. Dans un mémoire récent, MM. Binet et Féré¹ ont rapporté des faits analogues et nous en avons de notre côté publié un semblable dans notre premier travail sur la catatonie².

Mais si l'attention joue un rôle dans ces états cataleptoïdes s'en suit-il qu'il y ait un effort appréciable? C'est ce qu'il nous faut examiner. Nous savons par les expériences de M. Charcot et de ses élèves les différences profondes qui séparent l'attitude cataleptique des mêmes attitudes gardées volontairement. Si sur une cataleptique et sur un simulateur on place un tambour à réaction sur le bras étendu et un pneumographe sur la poitrine, voici ce qu'on observe³: chez la cataleptique le membre catalepsié ne tremble pas; il descend lentement sans secousses et la plume qui correspond au membre étendu trace une ligne droite parfaitement régulière. En même temps le tracé du

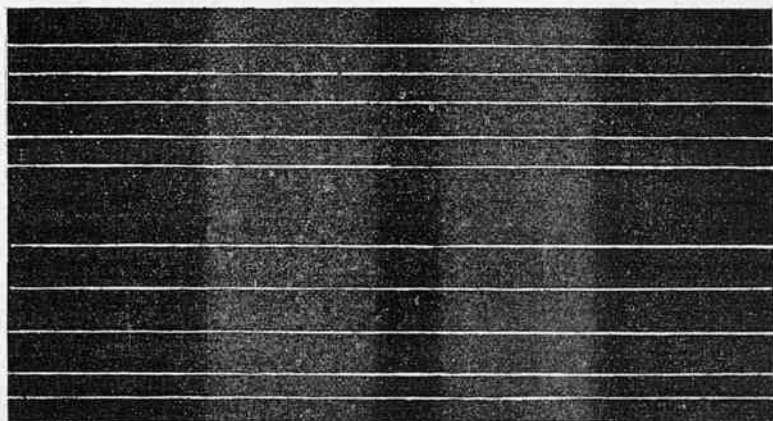


FIG. 23. — Tracé obtenu sur la malade Ant. E... par le tambour à réaction placé sur la face dorsale de la main droite, le bras étendu horizontalement. — Chaque ligne représente une fraction de seize secondes et demie de 10 minutes consécutives.

pneumographe donne une respiration rare, superficielle, pendant toute la durée de l'expérience. Le simulateur au contraire ne tarde pas à se fatiguer; sa main tremble, la respiration devient irrégulière et les deux tracés par leurs accidents, leurs oscillations, décèlent à la fois la fatigue musculaire et l'effort destiné à en compenser les effets.

En appliquant à la fois à notre malade et à un sujet sain les mêmes

1. Binet et Féré, *Recherches expérimentales sur la physiologie des mouvements chez les hystériques* (Arch. de Physiologie, 1887, p. 323).

2. Séglas et Chaslin, *loc. cit.*, obs. IV.

3. P. Richer, *la Grande Hystérie*, 1885, p. 615.

procédés d'investigation, voici ce que nous avons constaté¹. Les bras de la malade sont étendus horizontalement, un tambour à réaction placé sur la main droite. Le tracé, pris pendant 10 minutes, nous donne une ligne droite parfaitement régulière tout le temps de l'expérience (fig. 23).

Un tracé semblable pris dans les mêmes conditions sur un sujet sain nous donne au contraire, dès la première minute, des lignes irrégulières et légèrement tremblées (fig. 24).

Ces différences sont rendues encore plus évidentes par les tracés myographiques, obtenus en plaçant le myographe sur les extenseurs de l'avant-bras droit, les deux sujets étant dans la même position. Sur le tracé obtenu sur la malade pendant 15 minutes (et dont la figure 25

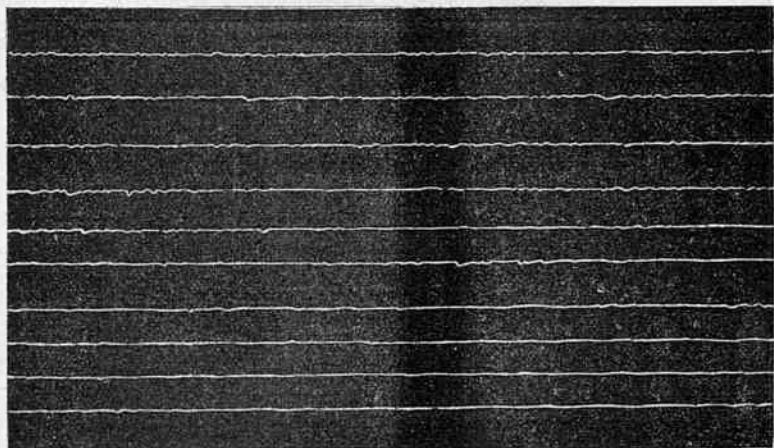


FIG. 24. — Tracé obtenu sur un sujet sain dans les mêmes conditions que le tracé de la figure 23.

reproduit les fractions des 11 dernières minutes), on voit que les lignes sont régulières, bien que présentant de petites ondulations.

Au contraire, sur le tracé pris dans les mêmes conditions sur le sujet sain (et dont la figure 26 reproduit une fraction des premières minutes), on voit que les lignes sont absolument irrégulières et les oscillations très accentuées.

Les tracés pneumographiques ne sont pas moins significatifs. Sur un sujet normal, dont la respiration est figurée à l'état de repos dans la figure 27, nous voyons, si les bras sont étendus horizontalement, le tracé

1. Les tracés ont été pris au laboratoire de M. le professeur Chareot avec le concours de M. Huet, interne du service.

se modifier dès la première minute. La respiration devient irrégulière dans son rythme et dans son étendue, et en même temps il y a des chutes brusques, marquant des inspirations profondes, indice de fatigue et d'effort. On en voit un exemple dans la figure 28, tracé pris pendant la deuxième minute.

Rien de tout cela n'existe chez notre malade. La figure 29 nous montre sa respiration à l'état normal : c'est un type de respiration de mélan-

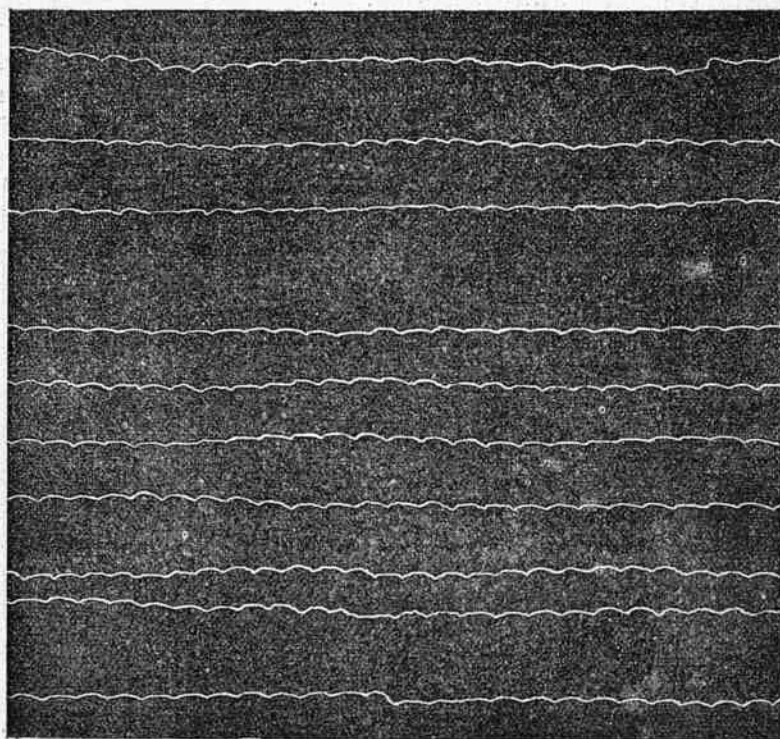


FIG. 25. — Tracé obtenu sur la malade Ant., E... par le myographe placé sur les extenseurs, à l'avant-bras droit, le bras étendu horizontalement pendant 15 minutes. — Chaque ligne représente une fraction de 16 minutes et demi pendant les 44 dernières minutes.

colique, dont on appréciera bien les caractères en la comparant à la figure 27 qui donne le tracé de la respiration d'un sujet sain. On retrouvera là ce que nous avons déjà signalé chez elle : une respiration superficielle, la brièveté de la ligne d'inspiration, le caractère irrégulier des lignes d'inspiration et d'expiration. Si l'on fait tenir horizontalement les bras de cette malade pendant plusieurs minutes, ces caractères de la respiration ne se modifient pas : elle reste toujours

identique à elle-même, comme on peut le voir dans la figure 30, tracé pris à la huitième minute. Le rythme, l'étendue des respirations est resté toujours le même. Il n'y a pas chez elle de ces inspirations profondes, qui décèlent la fatigue et l'effort chez le sujet sain.

Il y a plus; nous avons noté chez notre malade des rires subits, explosifs; ces rires qui la prennent aussi pendant les attitudes cataleptoïdes provoquées, se traduisent sur les tracés par une ascension reproduisant une expiration, brusque, plus ou moins prolongée. Nous

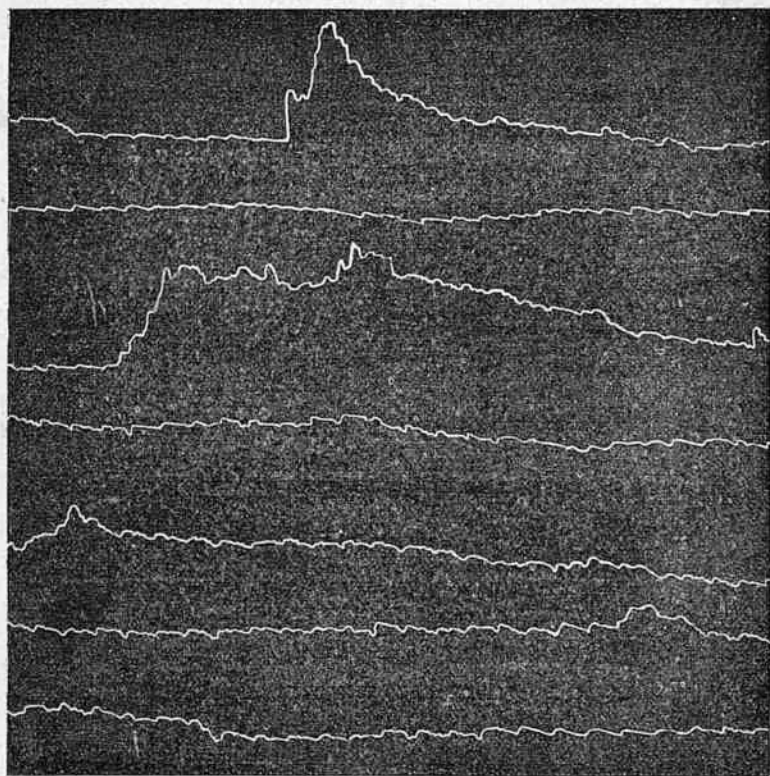


FIG. 26. — Tracé obtenu sur un sujet sain dans les mêmes conditions que le tracé de la figure 25, mais pendant les 7 premières minutes.

en donnons un exemple dans la figure 31. Malgré cela, cette expiration, plus ou moins longue, n'est pas suivie, comme on peut le voir, d'une chute brusque en sens inverse, trahissant une inspiration compensatrice; mais la respiration reprend tout de suite les mêmes caractères qu'elle avait avant le rire. Ces rires se présentent toutes les minutes à

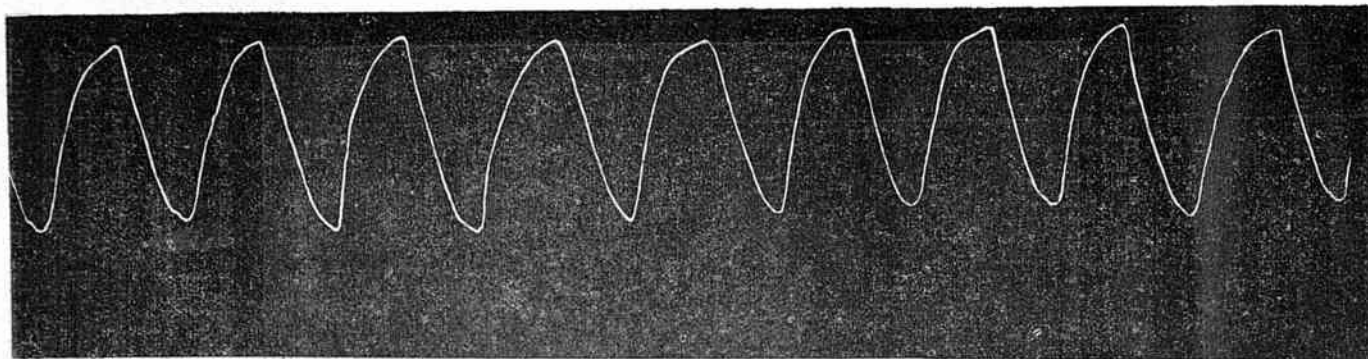


FIG. 27. — Respiration (costale supérieure) d'un sujet sain à l'état de repos pendant 27 secondes. (Ce tracé a été pris pendant 3 minutes consécutives.)

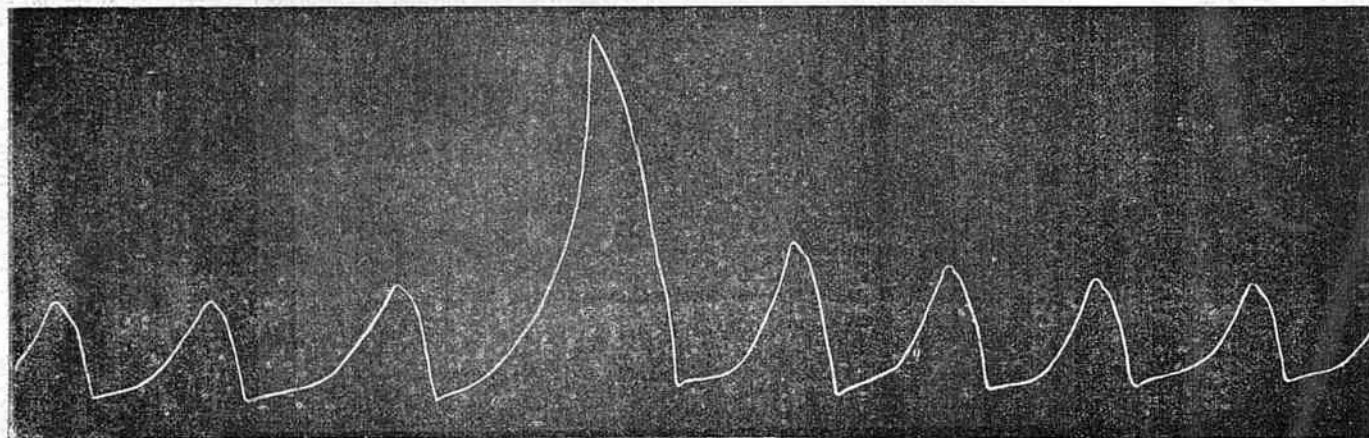


FIG. 28. — Respiration du même sujet les bras étendus horizontalement. (Ce tracé reproduit 27 secondes de la deuxième minute.)

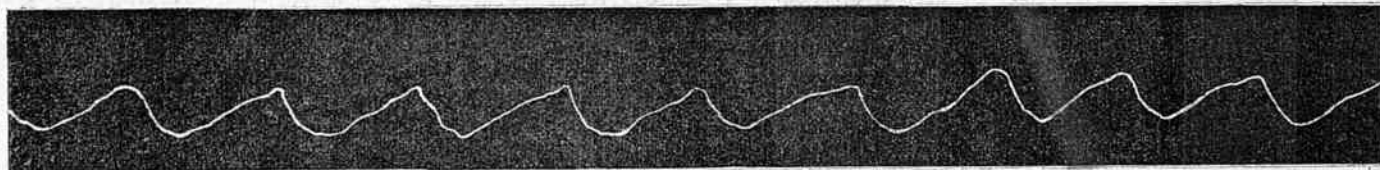


FIG. 29. — Respiration (costale supérieure) de la malade Ant. E... à l'état de repos pendant 27 secondes. (Ce tracé a été pris pendant 3 minutes consécutives.)

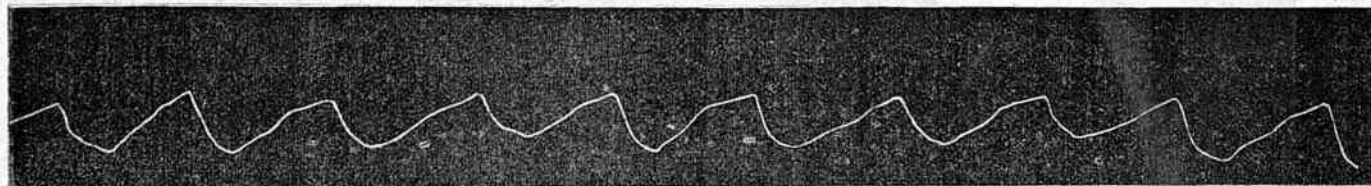


FIG. 30. — Respiration de la même malade les bras étendus horizontalement. (Ce tracé reproduit 27 secondes de la huitième minute.)

peu près, isolés et brusques ; ou rapprochés, ou prolongés comme dans la figure 32 ; mais dans aucun cas il n'y a ensuite de chute brusque au-



FIG. 31. — Exemple d'un rire isolé chez la malade Ant. E..., les bras étendus horizontalement. (Tracé réduit de moitié.)

dessous de la ligne ordinaire de la respiration qui reprend tout de suite ses caractères sans qu'il y ait de large inspiration compensatrice.

Il résulte en somme de l'examen de ces tracés que cet état catalep-

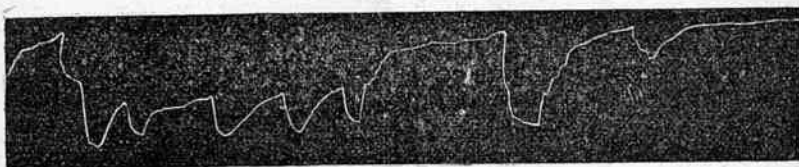


FIG. 32. — Exemples de plusieurs rires, consécutifs ou prolongés, chez la malade Ant. E..., les bras étendus horizontalement. (Tracé réduit de moitié.)

toïde provoqué chez notre malade ne trahit pas chez elle d'effort appréciable et sous ce rapport se rapproche beaucoup de ce qu'on observe dans la catalepsie provoquée des hypnotiques.

J. SÉGLAS,

Médecin-adjoint de la Salpêtrière

P. BEZANÇON,

Interne des hôpitaux.

DE LA SUSPENSION DANS LE TRAITEMENT

DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE

ET DE QUELQUES AUTRES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX¹.

Pendant les trois derniers mois de l'année 1888, nous avons expérimenté un procédé nouveau de traitement du tabes, qui nous a fourni des résultats assez satisfaisants pour que nous ayons cru devoir en faire l'objet d'une leçon. L'idée de ce traitement appartient au Dr Motchoukowsky, d'Odessa, qui l'a fait connaître en 1883, dans une brochure jusqu'ici passée inaperçue. En 1888, M. Raymond, professeur agrégé, eut l'occasion, étant en mission scientifique en Russie, d'apprécier les résultats obtenus par M. Motchoukowsky, résultats que voulut bien nous faire connaître, avec le mode opératoire, M. le Dr Onanoff, élève de la Clinique, son compagnon de voyage.

Le traitement a été mis en œuvre par M. Gilles de la Tourette, chef de clinique, qui a surveillé toutes les opérations et recueilli les observations.

Dans sa brochure de 1883, M. Motchoukowsky dit avoir traité et considérablement amélioré douze tabétiques en même temps qu'il rétablissait, par le même procédé opératoire, les fonctions sexuelles d'autres malades atteints d'impuissance sexuelle d'origine nerveuse indépendante du tabes.

Le traitement consiste uniquement dans des séances de suspension d'une durée progressive de une demi à trois minutes de durée, quatre minutes maximum, suivant les cas, à l'aide de l'appareil employé par Sayre, de New-York, pour placer le corset qui porte son nom.

La durée de la suspension est, avons-nous dit, progressive ; on commence par une demi-minute et on augmente progressivement d'une demi-minute environ à chaque séance. Celles-ci ont lieu tous les deux jours, la suspension quotidienne ne nous ayant pas donné des résultats sensiblement meilleurs. Comme détail de technique, nous ajouterons qu'il est nécessaire de faire, toutes les quinze ou vingt secondes,

1. Résumé de la leçon du 15 janvier 1889, par M. Gilles de la Tourette, chef de clinique.
— Cet article a paru dans le *Progrès médical*, n° du 19 janvier 1889.

soulever les bras du malade afin que la traction qui s'exerce sur la colonne vertébrale soit plus effective.

Nous avons dans ces conditions traité dix-huit tabétiques, fournissant un ensemble de quatre cents séances environ de suspension. Sur ces dix-huit tabétiques, il est nécessaire d'en éliminer quatre, qui n'ont pas été suspendus plus de trois fois, et ne sont pas revenus pour des causes variées, dont l'éloignement et la difficulté de se faire conduire à l'hôpital nous ont paru surtout à invoquer.

Les quatorze autres ont ressenti, à des degrés variables, une amélioration qui chez huit, en particulier, a été tout à fait remarquable. Trois d'entre eux ont été présentés à la leçon du 15 janvier.

Nous allons succinctement analyser les résultats obtenus. Ajoutons que nos malades étaient tous des tabétiques avérés; la plupart venaient ordinairement à la Salpêtrière suivre le traitement par les pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Au début du traitement, l'amélioration porte presque toujours sur la *marche*, sur l'incoordination lorsqu'elle existe; elle se fait sentir dès les premières séances. Les malades disent qu'aussitôt après la séance la marche est plus facile, plus assurée; cette amélioration ne dure d'abord que deux à trois heures, puis, après huit ou dix séances, elle devient continue.

Les malades se tiennent beaucoup plus facilement debout; ils peuvent marcher sans aide, faire des courses assez longues, ce qui a été très appréciable chez nos malades de la Salpêtrière, obligés de venir de loin pour suivre le traitement, en empruntant les voitures publiques qui, le plus souvent, ne les déposaient pas à la porte de l'hôpital.

Au bout de vingt à trente séances le *signe de Romberg* disparaît.

Par ordre chronologique l'amélioration porte ensuite sur les divers *troubles vésicaux* si fréquents chez les tabétiques. La miction se régularise, devient plus facile, l'incontinence disparaît ou s'atténue considérablement; chez quelques-uns les fontions vésicales sont redevenues normales.

Les *douleurs fulgurantes* semblent également tirer bénéfice du traitement; elles reviennent à intervalles plus éloignés, s'atténuent considérablement et disparaissent même complètement. Nous n'avons sur ce sujet qu'une expérience de trois mois; toutefois, sous ce rapport, les affirmations des malades ne nous ont pas semblé moins catégoriques que sur l'amélioration des autres symptômes précédemment signalés.

Enfin, sous l'influence de la suspension, l'impuissance complète,

qui est si souvent une manifestation du tabes, fait place aux désirs sexuels et aux érections. Il est à noter que des expériences faites par M. Onanoff sur des individus sains, ont prouvé l'influence de ce mode opératoire sur l'exagération de la virilité.

Comme corollaire des phénomènes signalés, nous dirons que la sensation d'engourdissement des pieds s'atténue ou disparaît; chez deux malades, des plaques d'anesthésie plantaire redevinrent sensibles. Enfin, l'état général s'améliore, le sommeil devient meilleur, ce qui ne nous a pas paru devoir être uniquement attribué à la disparition des douleurs fulgurantes.

En résumé, tous les malades que nous avons traités ont été améliorés à des degrés divers, l'amélioration nous ayant paru en rapport avec la durée du traitement.

Un seul a fait exception, un tabétique jeune de trente-deux ans, à hérédité très chargée, chez lequel, en six mois, les accidents de la série tabétique avaient presque atteint leur apogée. Pendant le premier mois il y eut une amélioration marquée portant sur la marche et sur la miction, puis survint une rechute caractérisée par une crise de douleurs fulgurantes et la chute de la paupière supérieure gauche. Depuis cette crise, toutefois, le traitement semble devoir à nouveau amener une amélioration des phénomènes.

Chez aucun de nos malades, même chez les plus améliorés, au bout de trois mois, les réflexes rotuliens n'ont reparu; de même, les signes pupillaires ont persisté tels quels.

Nous avons essayé la suspension dans le traitement de quelques autres affections nerveuses indépendantes du tabes.

M. P. Blocq a ainsi traité une jeune fille de treize ans atteinte de maladie de Friedreich. Cette malade qui avait subi trente séances a été également présentée à la leçon. Sa mère qui l'accompagnait a qualifié « d'extraordinaires » les résultats obtenus : ils portaient sur le signe de Romberg, la titubation et le tremblement, qui avaient été considérablement améliorés.

Chez deux malades neurasthésiques et impuissants, les fonctions sexuelles revinrent à nouveau. Il y a lieu, croyons-nous, de pousser plus loin les recherches dans les cas d'impuissance, ainsi que Motchkowsky lui-même l'avait remarqué.

Par contre, un malade atteint de sclérose en plaques avec exagération considérable des réflexes rotuliens, ayant été soumis au traitement, il survint chez lui, après deux séances, une paraplégie spasmodique qui disparut au bout de trois jours.

Il est incontestable qu'il est encore nécessaire d'expérimenter pour

être définitivement fixé sur la valeur du traitement par la suspension dans le tabes. Mais il faut aussi constater que les résultats que nous avons obtenus en trois mois sont des plus encourageants dans une maladie qui, jusqu'ici, semble avoir défié toute thérapeutique. Dans tous les cas, le traitement peut être institué avec confiance, car il nous a paru toujours, lorsqu'il est convenablement appliqué, être totalement inoffensif.

J.-M. CHARCOT

-(de l'Institut).

1. Depuis que cette leçon a été publiée, M. le professeur Charcot a eu l'occasion dans une de ses conférences du vendredi (29 mars 1889) de revenir sur le traitement par la suspension. Avec d'autres malades plus récemment améliorés, il a présenté à nouveau les ataxiques qui ont servi de thème à sa première leçon; l'amélioration non seulement se maintenait chez eux, mais encore faisait des progrès croissants.

De plus, les craintes qu'avaient fait naître les premiers essais chez les spasmodiques (sclérose en plaques, myélite transverse, etc.) ont dû être écartées. Chez ces malades, la suspension doit être surveillée de très près, mais elle produit également des améliorations moins constantes à la vérité que dans le tabes, mais qui toutefois méritent d'être prises en sérieuse considération.

Enfin, la suspension a donné des résultats très appréciables chez plusieurs malades atteints de paralysie agitante, en calmant les contractures, la sensation de chaleur nocturne, en procurant en un mot aux paralytiques agitants le repos qui leur fait si ordinairement défaut. (N. D. L. R.)

DE LA TECHNIQUE A SUIVRE

DANS LE TRAITEMENT PAR LA SUSPENSION DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE ET DE QUELQUES AUTRES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX¹.

Depuis que M. le professeur Charcot a publié les résultats intéressants qu'il a obtenus dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux, à l'aide de la suspension², il n'est pas de jour où il ne reçoive des demandes de renseignements sur l'application de ce procédé thérapeutique, mis en œuvre pour la première fois, en 1883, par le Dr Motchkowsky, d'Odessa.

Le résumé, que nous avons donné de la leçon de notre maître, contenait en effet peu de détails à ce point de vue spécial². Aussi, quelques auteurs, reprenant de deuxième ou de troisième main l'article précité, se sont-ils cru obligés d'innover, parlant par exemple de l'application d'un corset qui est au moins inutile dans la circonstance.

C'est pourquoi nous croyons indispensable d'entrer aujourd'hui dans quelques détails de technique qui nous sont suggérés par la pratique d'environ 800 suspensions dont nous avons surveillé l'application chez un total de 40 malades.

L'opération en elle-même est chose des plus simples, mais encore nécessite-t-elle un certain *modus faciendi*, à la vérité facile à acquiescir, mais qui, dans tous les cas, ne saurait s'inventer.

La suspension se fait à l'aide de l'appareil imaginé par Sayre (de New-York), pour placer le corset qui porte son nom et qui est spécialement appliqué pour le redressement des diverses déviations de la colonne vertébrale. Bien que cet appareil soit connu, il nous a semblé utile d'en donner la description (fig. 33).

Il se compose d'une tige de fer horizontale de 45 centimètres de longueur, portant, en son milieu, un anneau dans lequel passera le

1. Cet article a été publié dans le *Progrès médical*, n° du 23 février 1889.

2. J.-M. Charcot, *De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux*, in *Progrès médical*, 19 janvier 1889.

crochet d'un moufle par l'intermédiaire duquel s'effectueront les tractions.

La tige porte à chacune des extrémités un crochet auquel s'adapteront, par une boucle, les pièces destinées à être placées sous les aisselles du patient.

Le bord supérieur de la tige présente, de chaque côté, trois encoches dont nous allons bientôt voir l'utilité. En outre de la tige de fer, l'appareil comprend : deux pièces latérales pour les aisselles, une

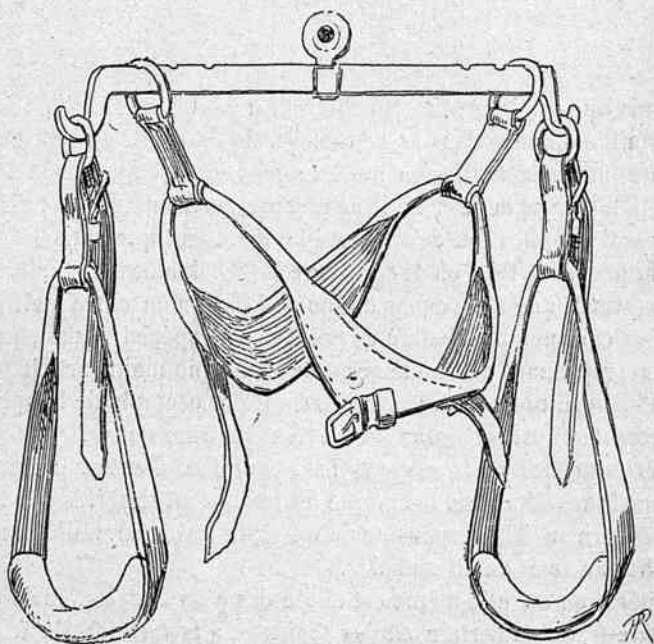


FIG. 33. — Appareil de Sayre (de New-York).

pièce médiane subdivisible en deux parties, servant de soutien à la tête pendant l'opération.

Ces deux parties de la pièce médiane sont de forme triangulaire allongée et sensiblement pareilles ; l'antérieure se place sous le menton, la postérieure au niveau de la nuque. Comme elles se ressemblent, on reconnaîtra néanmoins la pièce antérieure à ce fait qu'elle porte latéralement une petite boucle qui sert, lorsque l'appareil est en place (fig. 34) à réunir les deux pièces entre elles à l'aide d'une petite courroie qui empêchera le collier de glisser lorsque le malade sera suspendu.



CLICHÉ A. LOMBE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE
PAR LA SUSPENSION

L'application de cette petite courroie joue un rôle assez considérable dans l'espèce ; il importe, en effet, qu'elle soit assez serrée pour empêcher le glissement, et qu'elle ne le soit pas trop, parce que, dans ce dernier cas, la compression des jugulaires pourrait provoquer une stase veineuse susceptible d'aboutir à la syncope.

A cet effet, la courroie est percée de 8 à 10 trous, et l'ardillon de la boucle se fixera du 2° au 5° environ, suivant la grosseur du cou du patient.

Il est rare qu'on soit obligé d'interposer, entre cette courroie et la peau, un corps mou, un mouchoir, de l'ouate, de façon à empêcher la compression de se produire. L'application des pièces de la nuque et du menton est assez délicate : elle dépend de la grosseur et de la forme de la tête et du cou du sujet.



FIG. 34. — Appareil vu en place.

En ce qui regarde la grosseur de la tête, on fera varier les dimensions du collier en plaçant la boucle supérieure de la pièce dans le premier, le deuxième ou le troisième des crans ou encoches qui se trouvent sur le bord supérieur de la tige de fer ; plus la tête est volumineuse, plus la boucle doit être placée en dehors.

Il est parfois nécessaire, lors des premières séances, chez les individus sensibles, trop gros ou trop maigres, d'interposer un corps mou entre le menton et la pièce qui est destinée à le soutenir.

Voici donc la tête en place, toute harnachée pour ainsi dire. Reste maintenant à placer les pièces des aisselles. Au premier abord, elles semblent de peu d'importance, et cependant, il faut bien dire que ce sont elles les véritables régulateurs de la suspension (pl. XI).

Il est nécessaire en effet que, pendant l'élévation, la traction ne porte pas uniquement sur la tête et sur le cou, car la suspension ne serait pas tolérée ; il faut que le corps trouve quelque part un point d'appui, et, d'autre part, il ne faut pas que ce point d'appui soit tellement effectif qu'il empêche l'élongation de la colonne vertébrale de se faire.

Pour cela, les pièces des aisselles, qui ont la forme d'un ovoïde matelassé à son extrémité inférieure, sont munies en haut d'une courroie

pouvant s'allonger ou se raccourcir à volonté suivant la taille ou le poids du malade.

Le jeu de cette courroie est très important. En effet, lorsque la pièce axillaire est trop courte, il se produit une compression du plexus brachial susceptible de déterminer des fourmillements, des engourdissements nécessitant l'interruption de la séance. Lorsque la pièce est trop longue, le tiraillement des muscles de la nuque devient intolérable, le corps ne trouvant pas un point d'appui suffisant.

On procédera donc par tâtonnements, et, au bout de trois ou quatre séances, on sera fixé sur le cran où s'appuiera supérieurement la pièce de la tête, sur la largeur de la courroie unissant les pièces du menton et de la nuque, sur la longueur de la courroie des pièces axillaires.

L'appareil est en place et bien disposé. Le médecin commande à un aide — avec un peu d'habitude il peut s'en passer — de tirer sur la corde doucement, progressivement, afin d'éviter une élévation trop brusque et d'habituer les muscles du cou à la traction qu'ils vont supporter. Il engage le malade à ne pas faire de mouvements, souvent involontaires, quand il sentira qu'il quitte le sol, de façon à éviter les déplacements latéraux, les mouvements de torsion.

Le malade a quitté le sol, de telle façon que la pointe des pieds renversée en bas ne puisse le rencontrer; l'opérateur le soutient légèrement, de manière à empêcher qu'il oscille, en même temps qu'il fixe ses yeux sur une montre à secondes pour régler minutieusement la durée de chaque séance (pl. XII).

Pendant que le patient est ainsi suspendu, il lui commande de temps en temps de lever les bras, doucement et verticalement, de manière à rendre, si cette pratique est tolérée, la suspension et la traction encore plus effectives (fig. 35).

D'une façon générale, la plus longue séance ne doit pas dépasser trois à quatre minutes; ce chiffre de trois minutes étant pris comme moyen terme. On commence par une demi-minute et on arrive ainsi progressivement au chiffre supérieur indiqué, lequel est atteint vers la sixième ou huitième séance.

Là encore, il faut tenir compte de certaines susceptibilités individuelles et de particularités inhérentes surtout au poids du patient.

Alors, par exemple, qu'on n'éprouve aucune difficulté à faire tolérer d'emblée deux minutes de suspension à des malades pesant 60 à 70 kilogr., il n'en est pas de même chez les sujets qui pèsent 80, 90 kilogr. et plus.

Chez ces derniers, la traction qui s'opère sur les muscles de la nuque est très forte, douloureuse, même parfois pendant toute la



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE
PAR LA SUSPENSION

journée qui suit la séance, ce qui ne doit pas être quand l'opération est bien faite.

Il est des malades chez lesquels le désir de guérir — bien légitime

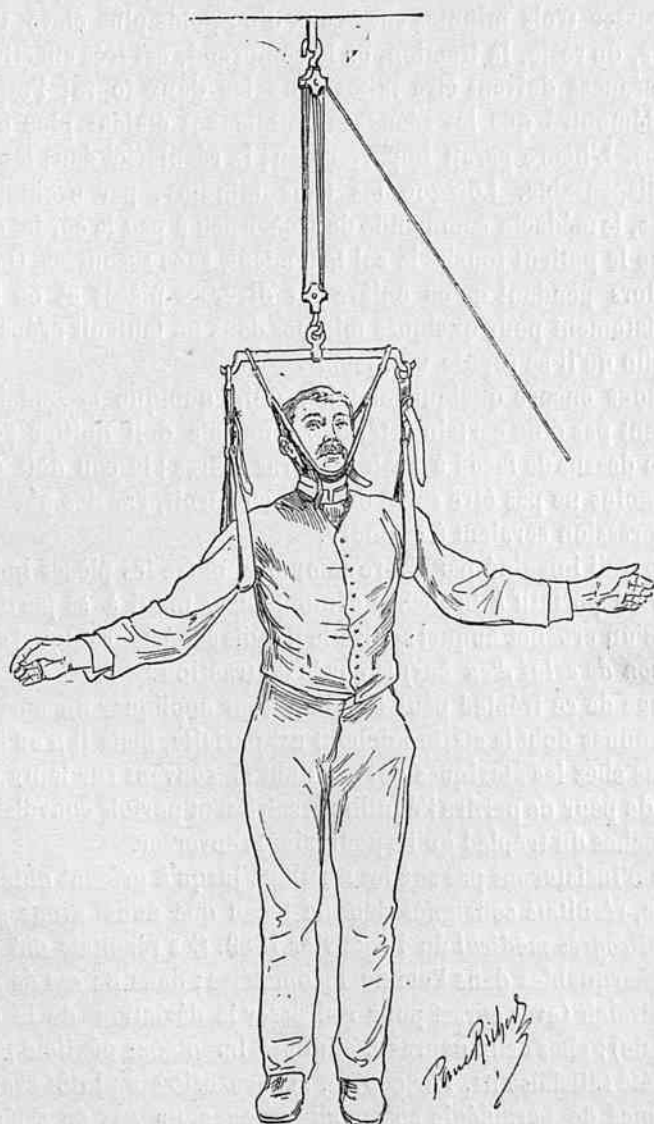


FIG. 35. — Le malade suspendu.

d'ailleurs — est si fort, qu'ils se croient obligés de tout supporter sans se plaindre, ce qui évidemment est fort nuisible à l'obtention de bons

résultats. L'opération ne doit entraîner ni douleur, ni fatigue, sous peine d'être inefficace.

Aussi, alors que des malades de poids faible (60-70 kilogr.) pourront parfaitement tolérer trois minutes et demie de suspension, est-il inutile de dépasser trois minutes chez ceux d'un poids plus élevé. Chez ces derniers, du reste, la traction, on le comprend, est très effective.

Les séances doivent être faites tous les deux jours; l'expérience ayant démontré que les séances quotidiennes étaient plus nuisibles qu'utiles. L'heure paraît importer peu; la régularité dans les séances est indispensable. Lorsque les trois minutes, par exemple, sont écoulées, le médecin commande de lâcher peu à peu la corde, de façon à ce que le patient touche le sol lentement, sans secousses. On le soutient alors pendant qu'on enlève les diverses pièces et on l'asseoit immédiatement pour quelques minutes dans un fauteuil préparé à cet effet, afin qu'il se repose un instant.

Donnons encore quelques détails, qui, quoique secondaires, ne manquent pas d'un certain intérêt. Le malade doit quitter son vêtement de dessus de façon à avoir les bras libres; le cou doit être nu, ou du moins ne pas être serré dans un col étroit, car des phénomènes de compression seraient à craindre.

L'appareil imaginé par Sayre comporte, outre les pièces indiquées, un trépied portatif à branches démontables, muni à sa partie supérieure d'un crochet auquel se fixe le moufle supérieur duquel doit partir (*et non de celui d'en bas*) la corde de traction.

L'usage de ce trépied peut être bon pour appliquer un corset chez les personnes dont la station debout est parfaite, mais il n'en est plus de même chez les ataxiques qui oscillent si souvent sur leurs jambes, et qui, de peur de perdre l'équilibre, saisissent parfois convulsivement les branches du trépied qu'ils pourraient renverser.

Nous n'insisterons pas sur les résultats jusqu'à présent obtenus à la Clinique, résultats consignés dans la leçon que nous avons analysée dans le *Progrès médical* du 19 janvier 1889. Ces résultats ont été surtout remarquables dans l'ataxie locomotrice; dans un cas de maladie de Friedreich (avec corset pour redresser la déviation de la colonne vertébrale); chez deux neurasthéniques à impotence génitale marquée ils ont été satisfaisants. Par contre, la suspension a plutôt exagéré les symptômes de paraplégie spasmodique dans un cas de sclérose en plaques.

Deux malades atteints de paralysie agitante, et qui y sont actuellement soumis, semblent également en avoir retiré quelques bénéfices. Cependant, en ce qui regarde l'ataxie locomotrice progressive, en

particulier, il est difficile de formuler encore très exactement les indications du traitement; le nombre des cas est encore trop restreint pour que l'on puisse porter un jugement définitif.

Il est probable, il est certain, qu'il ne pourrait s'appliquer indistinctement à tous les cas; les tabétiques jeunes semblent en retirer peu de bénéfices, de même que certains symptômes du tabes sont plus particulièrement influencés d'une façon heureuse. Cette sélection même est une preuve de la valeur thérapeutique du procédé qui n'a nulle prétention au titre de panacée.

Ce que nous pouvons dire, c'est que, grâce à lui, M. Charcot a obtenu chez des malades, qui, depuis plusieurs années déjà, venaient à la Salpêtrière, des améliorations des plus encourageantes, étant donné surtout que l'ataxie semble jusqu'à présent avoir défié les efforts de la thérapeutique.

De même est-il difficile de se prononcer sur la durée du traitement; les premiers ataxiques qui ont été soumis à la suspension, à la Salpêtrière, y viennent encore depuis quatre mois et semblent s'améliorer d'une façon progressive.

Dans tous les cas, comme le disait M. Charcot, « le traitement peut être institué avec confiance, car il nous a paru toujours, lorsqu'il est convenablement appliqué, être totalement inoffensif. »

GILLES DE LA TOURETTE,

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

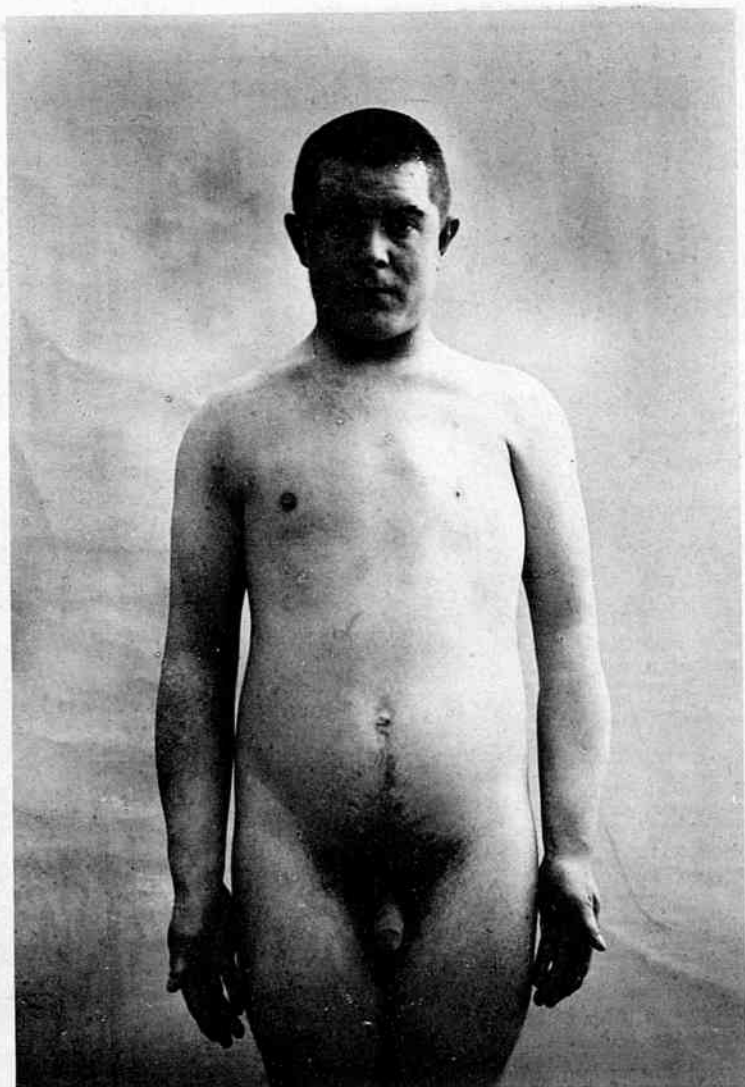
NOTE SUR UNE ANOMALIE MUSCULAIRE

CHEZ DEUX ÉPILEPTIQUES.

L'étude des anomalies morphologiques des dégénérés a pris dans ces dernières années une grande importance, surtout depuis que l'on connaît mieux la valeur étiologique de l'hérédité; ces anomalies donnent en effet en quelque sorte la mesure de la prédisposition. Les anomalies du crâne, de la dentition, des oreilles, des organes génitaux, des extrémités ont surtout frappé l'attention. Les anomalies viscérales doivent échapper à peu près fatalement sur le vivant. Quand aux anomalies musculaires elles ne paraissent pas avoir attiré l'attention même sur les cadavres. Quelques-unes ne sont pourtant pas sans intérêt, tant au point de vue des déformations et des troubles fonctionnels qu'elles peuvent entraîner qu'au point de vue des indications qu'elles peuvent fournir sur la localisation des lésions fœtales du système nerveux avec lesquelles elles peuvent être en rapport.

OBSERVATION. A. V. E..., âgé de 18 ans, sans profession, est entré à Bicêtre le 7 juillet 1888. — Son père, âgé de 46 ans, peintre en bâtiments, se porte bien, n'a jamais été malade, n'a jamais eu d'accidents saturnins. Deux oncles paternels sont bien portants, l'aîné n'a jamais eu d'enfants, l'autre en a eu trois qui sont morts dans les deux ou trois premiers mois. — La mère a 44 ans, se porte bien, mais très impressionnable. Une tante maternelle, religieuse, a eu la danse de Saint-Guy: un oncle a sept enfants vivants et bien portants. — Pas d'alcoolisme ni du côté du père, ni du côté de la mère. Pas d'accidents connus de la grossesse. — A. V. E... a un frère âgé de 12 ans qui n'a jamais eu aucune maladie, ni convulsions.

A. V. E... a eu de fréquentes et violentes convulsions au moment de la première dentition. A 7 ans il a une grande attaque convulsive généralisée avec perte de connaissance et suivie d'un sommeil profond qui dura quatre heures. Les mains seraient restées raides pendant un jour ou deux. Depuis il a de temps en temps des crises convulsives du même genre; en outre il a quelquefois des sensations d'étouffement suivies



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

ANOMALIE MUSCULAIRE CHEZ UN ÉPILEPTIQUE

LECROSNIER ET BARRÉ, ÉDITEURS

de perte de la parole, puis de perte de connaissance et de chute avec morsure de la langue. Il a aussi des crises dans lesquelles il marche au hasard sans conscience, et à la suite desquelles il conserve de l'hébétéude pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Le 1^{er} mars 1886, il a eu une attaque très violente qui l'a laissé trois ou quatre jours sans connaissance. Dans un certain nombre d'accès il perd ses urines. Quelquefois ces paroxysmes convulsifs débutent par un cri. Quelquefois les attaques ou les vertiges sont annoncés par une violente douleur de tête du côté droit. Depuis son entrée jusqu'au 1^{er} janvier 1889 il n'a eu que deux crises convulsives qui n'ont pu être observées, et 34 vertiges qui paraissent varier considérablement, tantôt il tourne sur l'une ou sur l'autre jambe, tantôt il marmotte des mots inintelligibles parmi lesquels on distingue « les blancs ! les blancs ! » D'autres fois il cherche à saisir des objets imaginaires avec sa main droite, à enlever ses vêtements. Il lui est d'ailleurs arrivé plusieurs fois de se déshabiller dans la rue à la suite de ses attaques ou de ses vertiges.

Ce malade est sujet à se faire des luxations en dehors des deux rotules, il avait déjà eu cinq luxations de ce genre avant son entrée; l'accident s'est reproduit une fois du côté gauche: la luxation était à peu près complète.

Examen physique. — Taille, 1 m. 60. — Poids : 58 kil. 30. — Pression dynamométrique : main droite 35, main gauche 30.

La tête ne présente pas de déformation notable. — L'oreille gauche est un peu plus écartée. — Les dents, les voûtes palatines sont régulières. — L'iris droit est plus foncé que le gauche. La pupille droite est plus petite. Les deux sont déviées en haut et en dedans¹. — Il existe un double tourbillon des cheveux².

La poitrine présente une forte dépression du côté gauche. Il existe une série de saillies au niveau des articulations chondro-costales en dehors desquelles les côtes sont légèrement déprimées. Lorsque le sujet est debout les membres supérieurs allongés le long du corps (pl. XIII), on voit du côté gauche au-dessous de la clavicule une dépression qui n'existe pas du côté opposé. On ne sent entre la peau et les côtes aucun faisceau musculaire : du reste l'aisselle n'est limitée en avant par aucune saillie, par aucun tendon. Le grand pectoral paraît donc absent. Cependant il est représenté par un fais-

1. Ch. Féré, *De l'asymétrie chromatique de l'iris considérée comme stigmate névropathique (stigmate iridien)* (Progrès médical, 1886, p. 802).

2. Ch. Féré, *Nouvelles Recherches sur la topographie cranio-cérébrale* (Revue d'anthropologie, 1881, p. 483).

ceau claviculaire. Lorsque le sujet a les bras étendus horizontalement on peut constater encore (pl. XIV) l'absence de la saillie sur le bord de l'aisselle de la portion costale du grand pectoral gauche. On ne sent pas non plus de petit pectoral. Le malade ne sent pas de gêne dans les mouvements d'adduction; mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de grimper.

La clavicule droite a 195 millimètres, la gauche seulement 185. La main droite a une longueur de 182 millimètres, la gauche 170 seulement. Le médius droit a 8 millimètres de plus que le gauche. Les deux cubitus paraissent égaux. La demi-envergure mesurée de la ligne médiane du sternum est de 85 centimètres à droite et de 82 à gauche. La masse sacro-lombaire est plus développée à droite qu'à gauche. Le développement des deux membres inférieurs semble égal à première vue. Mais le membre inférieur droit est de 2 centimètres plus court; et les deux pieds sont inégaux : le droit n'a que 225 millimètres de long, tandis que le gauche en a 245. Cet allongement du pied droit coïncide avec un aplatissement de la voûte plantaire.

Aucune anomalie génitale, sauf que les testicules sont petits.

Il n'existe pas de troubles évidents de la sensibilité générale ou spéciale.

L'étude du temps de réaction aux excitations cutanées (les yeux clos) donne les résultats suivants :

Réaction de la main droite :

Point touché :		Front.		Dos de la main.		Dos du pied.	
Droit.	Gauche.	Droite.	Gauche.	Droite.	Gauche.	Droit.	Gauche.
0",31	0",38	0",32	0",31	0",36	0",38		

Réaction de la main gauche :

Droit.	Gauche.	Droit.	Gauche.	Droit.	Gauche.
0",34	0",40	0",35	0",35	0",39	0",39

On voit que les réactions de la main gauche sont un peu plus lentes.

Chez un autre malade dont l'épilepsie est constatée par plusieurs certificats antérieurs à sa récente entrée dans mon service, le faisceau abdominal et les dernières digitations du faisceau thoracique du grand pectoral droit manquent, de sorte que le bord inférieur de ce muscle fait saillie à 2 centimètres environ au-dessus du mamelon.

Cette anomalie coïncide avec une asymétrie chromatique de l'iris et



CLICHÉ A. LONDE

PROTOTYPE BERTHAUD

ANOMALIE MUSCULAIRE CHEZ UN ÉPILEPTIQUE

LECRONNIER ET BARRÉ, ÉDITEURS

une moindre abondance des poils sur tout le corps du côté droit; dans la moustache, du côté droit, existe une tache de vitiligo couverte de poils complètement décolorés. Il existe du même côté droit un affaiblissement de la sensibilité générale et spéciale et une augmentation de la durée du temps de réaction.

L'absence du grand pectoral n'est pas une anomalie très rare : M. Testut¹ en cite une vingtaine d'exemples. Elle a quelquefois été reconnue sur le vivant², et elle a même été utilisée pour l'étude de l'action physiologique des muscles intercostaux³.

CH. FÉRÉ,

Médecin de Bicêtre.

1. Testut, *les Anomalies musculaires chez l'homme, expliquées par l'anatomie comparée*, 1884, p. 29.

2. Deshayes, *Bull. Soc. anat.*, 1873, 205.

3. Von Noorden, *Zwei Fälle von angeborenem Mangel der Pectoralmuskeln nebst Bemerkung über die Wirkung der Intercostalmuskeln* (*Deutsch. med. Woch.*, 1885, n° 39).

L'ACROMÉGALIE

(Suite¹)

OBS. XVI². — Femme de quarante et un ans, avait demandé les soins du docteur Godlee pour une augmentation de volume du corps thyroïde datant de neuf ans; un kyste s'y était formé qui avait amené une névralgie par compression des branches du plexus cervical. M. Godlee ouvrit et draina ce kyste avec amélioration des symptômes. — La malade, qui auparavant avait été plutôt mince (*had been of a slight figure*) et possédait une bonne voix, constata d'abord la disparition des notes les plus élevées, puis le gonflement du cou et l'arrêt subit des règles à l'âge de trente-six ans. Depuis cette époque était survenu un accroissement graduel du corps thyroïde accompagné par une augmentation de volume des os de la face et des membres, et spécialement de la mâchoire inférieure, des mains et des pieds.

La malade était issue d'une famille de gouteux et de rhumatisants, et avait été sujette au rhumatisme avant la maladie, mais non depuis.

Quant à l'état actuel : mâchoire inférieure très augmentée de volume, de sorte que les dents de celle-ci ne pouvaient s'adapter à celles de la mâchoire supérieure. Les lignes de la tête étaient peu ou pas altérées, de façon que la face avait la forme d'un œuf avec le gros bout en bas, différant ainsi beaucoup de l'aspect qu'elle prend dans l'ostéite déformante. La clavicule et les extrémités des côtes étaient massives, de sorte que le sternum semblait enfoncé. Les os des membres n'étaient généralement pas épaissis, mais toutes leurs proéminences naturelles étaient très exagérées et les petits os des mains et des pieds très augmentés de volume; aussi les extrémités étaient-elles devenues larges et en forme de bèches. Cyphose marquée, faisant penser à une carie vertébrale et produisant une diminution considérable de hauteur. Cartilages des oreilles et probablement du nez et du larynx épais et résistants. Peau grossière et avec de larges glandes sébacées à la face, naturelle ailleurs. Tissu cellulaire sous-cutané normal, mais insuffisant comme quantité par suite de l'émaciation. Sueurs profuses; auparavant la peau ne présentait pas d'humidité anormale. Muscles très atrophiés. Oufie normale, odorat très affecté, spécialement pour les odeurs délicates, de même pour le goût; la

1. Voy. les n^{os} 5, 6, t. I, 1888 et le n^o 1, t. II, 1889.

2. Rickman J. Godlee, *A case of acromegaly* (*Clinical Society of London*, 13 avril 1888), dans *Medical Press and Circular*, 18 avril 1888.

langue était très épaisse et large; vision bonne; toucher normal; la malade jouait encore de l'orgue aussi bien qu'auparavant. Voix rude, métallique et monotone. Un peu de dyspnée due évidemment en partie à l'augmentation de volume du corps thyroïde. — L'aspect général est celui d'une faiblesse marquée et en voie d'augmentation; la malade marche en trainant les jambes comme une vieille femme. Appétit petit, mais soif excessive. Pouls rapide. Température normale. L'urine ne contient ni albumine ni sucre. Intelligence parfaite et humeur placide.

Obs. XVII'. — Le 25 mars 1872, l'auteur vit entrer dans son cabinet une femme de taille moyenne, fortement courbée en avant, marchant lourdement, dont la tête était extraordinairement grande et mal conformée; son chapeau, qui semblait tout d'abord un chapeau d'enfant, était cependant analogue à ceux qu'on portait alors. Ses mains gigantesques croisées au-dessus de la ceinture étaient à moitié enfoncées dans des gants non boutonnés; les vêtements semblaient n'aller de nulle part. M. Freund eut cette sensation qu'il avait devant lui une sorte de singe anthropomorphe habillé de vêtements humains et prenant pour marcher l'attitude bipède. Cette femme était âgée de trente-quatre ans, elle raconta que ses parents étaient bien conformés, ainsi que ses frères et sœurs. Jusqu'à sa septième année, elle était plutôt petite, et même mignonne, comme on disait dans sa famille. A partir de cette époque elle a grandi assez rapidement, sa seconde dentition s'est faite de bonne heure et promptement. Dans les années qui suivirent (une estimation plus exacte du temps n'a pas été possible), la grandeur des mains et des pieds fut remarquée à propos du choix des vêtements, mais elle se tenait parfaitement bien. Au visage, il n'y avait non plus dans ce temps-là rien d'anormal. Mais vers l'âge de quatorze ans, la menstruation s'établit; tout d'abord les périodes se montrèrent un peu en avance, puis ensuite en retard, elles duraient de quatre à cinq jours avec écoulement d'intensité variable, sans douleurs; à quinze ans, suppression des règles pendant quelques mois, alors la jeune fille et son entourage remarquèrent une augmentation de la circonférence des pieds, des mains et du visage, augmentation qui fut d'abord mise sur le compte de la croissance générale et de l'adipose. Puis les règles se montrèrent de plus en plus rarement, elles firent défaut pendant des intervalles de six mois ou plus encore, et enfin disparurent complètement à l'âge de vingt ans. Elle se maria à vingt-deux ans, avec un homme sain jusqu'alors, elle n'eut pas d'enfants, et plus tard devint tout à fait indifférente aux rapprochements sexuels; impossible de rien savoir sur ce point, pour ce qui a trait aux premiers temps de son mariage. Alors « la chair » aux mains, aux pieds, à la face, aurait épaissi de plus en plus; alors aussi auraient commencé les difficultés avec la couturière, la modiste, le cordonnier, le gantier. Peu à peu sa tête lui devint trop lourde à porter, de sorte

1. W. A. Freund, *Ueber Akromegalie* (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, n° 329-30, 1889).

qu'elle ne pouvait plus la tenir droite comme auparavant. Les travaux manuels ne tardèrent pas à devenir impossibles parce que les mains massives ne pouvaient plus tenir ni diriger l'aiguille, et que par suite de leur poids les bras se fatiguaient rapidement; la marche serait devenue lourde et sans élasticité. Une sensation presque permanente de pesanteur et d'épuisement l'envahit, se transformant quelquefois en douleurs lancinantes pénibles dans la nuque et les membres. De sorte que de vive et active qu'elle était autrefois, elle devint mal à l'aise et chagrine, et la déformation de son corps ne faisant que s'accroître, elle tomba dans la tristesse et la misanthropie, fuyant la vue des autres personnes.

L'examen donna les résultats suivants : femme blonde, de constitution vigoureuse, musculature molle. On est frappé de la maigreur des bras et des jambes que rend d'autant plus saillante la différence de volume des différents segments des membres. Au contraire, les parties molles des mains et des pieds ont éprouvé un développement massif, de sorte que le squelette de ces parties n'est que difficilement accessible à la palpation. La peau est partout molle et élastique, non œdémateuse, et aux mains et aux pieds sillonnée en tous sens de plis massifs. La couleur de la peau est celle ordinaire chez les blondes pâles. Il n'y a nulle part de varices visibles. Les muqueuses sont pâles. L'expression du visage est triste et honteuse. La parole est un peu embarrassée. Les fonctions des organes des sens complètement normales. Les facultés mentales ne sont pas troublées. Le sommeil généralement bon. Appétit peu vif. Un peu de constipation. La langue ne présente rien d'anormal.

La déformation du corps est principalement due à la cyphose arciforme de la partie supérieure de la région dorsale du rachis et à l'attitude particulière déterminée par cette cyphose, notamment pour le bassin et les extrémités inférieures; la déformation est due en outre à ce que les épaules sont fortement tombantes en avant et en bas.

Une autre chose qui saute aux yeux, surtout dans la position de profil, c'est le développement tout à fait disproportionné, et presque gigantesque, des quatre extrémités et de la ceinture qui rattache au tronc chacune des deux paires de membres. La face tout entière (fig. 36), d'une façon prédominante dans sa partie inférieure régie par le maxillaire inférieur, fait, par ses dimensions colossales, paraître le crâne proprement dit trop petit, elle est fortement projetée en avant et en bas. Le cuir chevelu d'une épaisseur normale semble avoir des limites plus étroites que normalement. C'est surtout le maxillaire inférieur qui fait saillie dans toutes les directions, puis la région des tempes et des oreilles. La partie de la région du maxillaire supérieur proche du nez est également anormalement développée, et donne l'impression d'avoir obéi à une traction ou à une poussée venue du dehors qui l'aurait fait sortir de ses limites ordinaires. La lèvre inférieure est un peu plus grosse que la supérieure. L'arcade dentaire inférieure dépasse en avant la supérieure de 5 millimètres.

Les bras étant pendants, l'extrémité des doigts arrive jusqu'à 25 centimètres au dessus du condyle externe. Le premier coup d'œil montre que la main et l'avant-bras sont d'une longueur disproportionnée, et que la main est en outre démesurément large et massive. La clavicule et le scapulum sont aussi de dimensions énormes.

Pour ce qui est des longues jambes, on remarque tout d'abord le développement exagéré des pieds qui ont l'apparence de pieds-plats, sur leurs bords quand la malade est debout, les chairs sous la pression rebrousse sous forme d'un large bourrelet (fig. 37). Les jambes certainement trop longues sont assez maigres, les mollets sont flasques. La région du bassin paraît plus large que normalement. Le mont de Vénus très développé fait une trop forte saillie en



FIG. 36. — Acromégalie (obs. XVII).

avant et en haut; les fesses sont flasques et pendantes. La région lombaire du rachis est anormalement aplatie; la région sacrée se rapproche de la direction verticale.

Au cou on ne remarque que le grand développement des sterno-mastoïdiens, à la nuque celui des trapèzes. Au niveau du corps thyroïde aucune altération appréciable. La partie supérieure du thorax est déprimée, l'inférieure élargie. Les mamelles sont molles, à cela près normales. Au ventre rien d'anormal à signaler.

Les organes génitaux externes présentent un développement complet. Le clitoris est certainement trop volumineux et montre un prépuce épais. Autour de la couronne du clitoris adhérent de nombreuses masses de sébum à demi

desséchées. Les petites lèvres ont une muqueuse très épaisse, rugueuse, d'un brun jaunâtre. Le vagin remarquablement large présente peu de plis et se termine dans un cul-de-sac postérieur large et flasque. L'utérus en situation normale est long de 7. 5 centimètres et porte d'ailleurs tous les caractères de l'atrophie sénile au début; on remarque surtout la flaccidité et la minceur de



Fig. 37. — Acromégalie (obs. XVII).

ses parois. Les ovaires faciles à sentir par la palpation sont très plats, résistants et leur surface un peu irrégulière.

	Centimètres.
Hauteur totale du corps, la malade se tenant aussi droite que possible.....	160
Diamètre transversal du visage entre les racines des apophyses zygomatiques.....	15.5
Diamètre transversal entre les 2 apophyses mastoïdes.....	16.3
Diamètre transversal entre les angles du maxillaire inférieur.....	13
Hauteur de la face au compas (du menton à la racine du nez)	16.5
Circonférence du maxillaire inférieur entre ses 2 angles.....	31
Distance de l'articulation du maxillaire inférieur jusqu'au menton.....	11
Hauteur de la partie moyenne du maxillaire inférieur (sans les dents).....	6
— (avec les dents)	6.5
Longueur du bras tout entier, de l'acromion à l'extrémité du médius.....	75
Longueur du bras proprement dit (de l'acromion au condyle externe de l'humérus)...	20
Longueur de l'avant-bras (du condyle externe de l'humérus à l'extrémité du radius).....	27
Longueur de la main.....	19
Circonférence de la main (partie la plus large avec le pouce).....	26
— (sans le pouce).....	22
Circonférence de la 2 ^e phalange du médius.....	7
Longueur de la clavicule.....	17.5
Hauteur du scapulum.....	22
Longueur de l'épine de l'omoplate.....	15
Longueur de la jambe tout entière (du grand trochanter à la plante du pied).....	85.5
Longueur de la cuisse (du trochanter au condyle externe du fémur).....	38
Longueur de la jambe (du condyle externe du fémur à la malléole externe).....	41
Hauteur du pied.....	6.5

	Centimètres.
Longueur du pied.....	27
Largeur des métatarsiens.....	9.5
Largeur du pied au niveau des articulations des orteils.....	11
Circonférence du pied au même endroit.....	26
Diamètre entre les épines iliaques.....	30
— crêtes iliaques.....	31.5
— les trochanters.....	32

Tel était l'état de cette femme il y a seize ans; tout récemment M. W. A. Freund a prié son frère M. M. B. Freund, à Breslau, de faire un nouvel examen de cette malade; en voici les résultats à la date du 2 septembre 1888.

Cette femme est actuellement âgée de cinquante ans, mais paraît beaucoup plus vieille. Elle est toute fanée et maigre, et la monstruosité de son visage s'en trouve encore augmentée. Elle a une cyphose très prononcée et régulièrement arciforme (dos haut, dos rond?) ce qui augmente encore l'aspect de décrépitude. Depuis huit ans elle souffre de névralgies augmentant toujours dans les pieds et éprouve de la difficulté à marcher. Cet état est simplement le symptôme d'un tabes bien prononcé. Tous les réflexes sont abolis, la station debout et la marche les yeux fermés sont devenus impossibles; la démarche est complètement ataxique, en un mot rien ne manque. Mais l'étiologie est tout à fait douteuse. Le mari de cette femme est mort il y a huit ans d'une affection cérébrale; elle sait que quelques années après son mariage il a été atteint de syphilis et qu'elle-même l'a contractée de lui. Elle a présenté des exanthèmes et a été soignée par le mercure et l'iode, le ganglion cubital est d'ailleurs actuellement encore induré et augmenté de volume.

La malade pense que la croissance des mains et des pieds n'a guère progressé depuis des années, car la pointure de ses gants et de ses souliers est restée la même. Le maxillaire inférieur se serait plutôt accru, car elle a dû changer au printemps de cette année son râtelier qui allait très bien il y a trois ans pour la mâchoire supérieure comme pour l'inférieure. Je suis persuadé que non seulement le maxillaire inférieur est plus gros, mais encore tout le maxillaire supérieur, et toute l'écaille du temporal; la ligne semi-circulaire très saillante du frontal est déviée anormalement loin en avant, de sorte que l'espace entre elle et le bord antérieur du tragus est extraordinairement grand. En outre toute la région auriculaire fait une saillie considérable et la région mastoïdienne présente une courbure énorme, de sorte que l'apophyse mastoïde proprement dite se trouve presque sur le même plan que la partie du temporal située derrière lui; toute la région temporale donne l'impression d'avoir une étendue anormalement grande.

Actuellement, septembre 1888, les mesures sont les suivants :

	Centimètres.
Longueur du médius.....	12
Circonférence de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes (sans le pouce).....	22,5
Périphérie du maxillaire inférieur d'un angle à l'autre.....	31

Centimètres.

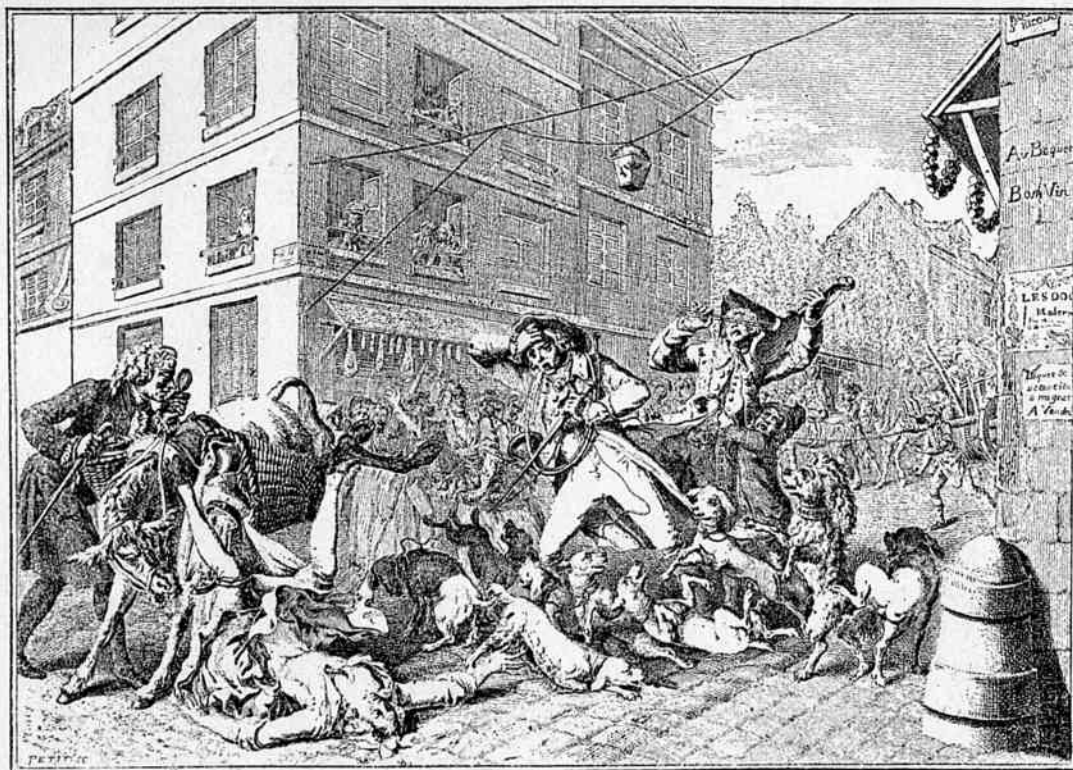
Hauteur du maxillaire inférieur au niveau de la partie moyenne de l'arcade zygomatique.....	4.5
Distance du menton à la racine du nez, mesurée à côté du nez avec le ruban métrique.....	16
Distance de la racine du nez jusqu'au sommet du crâne (ruban métrique)....	16
Plus grande circonférence horizontale de la tête entière.....	61

A l'inspection de la bouche on n'a remarqué que l'étroitesse et la voussure très prononcée de la voûte palatine. (L'augmentation de volume des membres ayant, d'après la malade, débuté dès son enfance, M. Freund pense que la syphilis contractée plus tardivement ne saurait être incriminée dans ce cas comme cause de l'acromégalie.)

Les fonctions psychiques semblent intactes, cependant cette femme a, peu de temps auparavant, fait une tentative de suicide à cause des douleurs qu'elle ressent dans les jambes (tabes). La mère encore vivante de cette femme est bien bâtie; le père aurait été de même, et dans la famille on n'aurait jamais constaté aucune malformation. La malade ne permit pas de prendre de nouvelles photographies lors de ce dernier examen.

PIERRE MARIE.

(A suivre.)



LES EFFETS DU MAGNÉTISME... ANIMAL



UNE SCÈNE DES DOCTEURS MODERNES
(1784)

D'APRÈS UNE AQUARELLE DE LA COLLECTION DE M. CHARCOT.

DOCUMENTS SATIRIQUES SUR MESMER

(Suite ¹)

Les deux pièces qui suivent (pl. XV et XVI) datent de 1784 et toutes deux semblent avoir été inspirées, en partie au moins, par cette comédie des *Docteurs modernes* qui ridiculisa si vigoureusement Mesmer.

Ce fut le 16 novembre 1784 que les comédiens italiens donnèrent pour la première fois cette « comédie-parade en un acte suivie du *Baquet de santé*, divertissement analogue mêlé de couplets ». Naturellement la pièce était conçue dans le goût de l'époque.

Cassandre qui représente Mesmer explique à Pierrot, le valet magnétiseur, sur l'air des *Portraits à la mode*, quels sont ses projets :

Saigner et purger dans tous événements,
Employer en vain de noirs médicaments
Et sans les guérir rebuter tous les gens
Des autres c'est la méthode.
Suppléer à cela par un tact vainqueur
Flatter et les sens et l'esprit et le cœur
Tel est, mon ami, le remède enchanteur
Que je prétends mettre à la mode.

Pierrot, en valet bien appris, opine du bonnet et Cassandre, dont il a gagné la confiance, veut bien lui dire en confidence :

Mon enfant, conçois mon dessein,
Peu m'importe que l'on m'affiche
Partout pour pauvre médecin
Si je deviens médecin riche.

Tout est disposé pour recevoir les clients, le baquet est tout préparé. Survient alors un Gascon qui raconte à Cassandre qu'ayant reçu une maîtresse giflé il s'est battu en duel, mais qu'à la première passe il est tombé « à jambes rebindaines » comme eût dit Rabelais. Naturellement le Gascon ne peut douter de sa propre bravoure et l'effet désastreux qu'il a ressenti au simple froissement du fer de son adversaire

1. Voy. le n° 1, 1889, p. 59.

vient évidemment de ce que celui-ci tenait en main une épée magnétisée : « Magnétisez donc aussi la mienne — s'écrie-t-il — afin que je punisse ce faquin. »

Très bien, dit Cassandre :

Mais avant que je commence
Il me faudrait vingt louis.

LE GASCON.

Je n'ai pas uné pistole
Mon banquier se trouve absent
Mais je donné ma parole.

CASSANDRE.

J'y croirais sans votre accent.

Et le Gascon est éconduit.

Cependant Cassandre n'ignore pas que la Faculté réproouve hautement ses pratiques. Il lui faudrait un *Docteur* pour répondre aux critiques qui le poursuivent de toutes parts. Afin de se l'attacher complètement il lui donnera sa fille Isabelle en mariage et une bonne part du gâteau.

Mais à l'instar de toute ingénue qui se respecte, Isabelle ne se soucie pas d'épouser un barbon, elle aime en secret le beau Léandre. Comme il est un dieu pour les amoureux, même chez les magnétiseurs, Pierrot, en bon valet de comédie, se charge de tout arranger pour le mieux, ce qui lui est d'autant plus facile que Léandre se trouve être *par hasard* le propre neveu du *Docteur* (qui représente Deslon). Les bénéfices qui menacent d'être considérables ne sortiront pas ainsi de la famille.

Naturellement l'intrigue principale est entrecoupée par des intrigues secondaires qui se passent entre un certain Mondor et la belle Aglaé auprès de laquelle ce dernier paraît devoir être supplanté par un jeune abbé fort galant.

Aglaé a la plus grande envie de ressentir les effets du magnétisme. L'abbé lui propose ses services : « Je m'estimerai bien heureux, lui dit-il, si je pouvais contribuer à la guérison d'une aussi jolie personne. »

Cassandre intervient alors comme le *Deus ex machinâ*. Mondor s'assied devant l'harmonica, et c'est au son de cette musique céleste qu'Aglaé entre en des pâmoisons qui vont se terminer dans la salle des crises où l'emporte le fidèle Pierrot.

L'aquarelle qui appartient à M. Charcot et que nous reproduisons (pl. XVI) semble bien avoir été inspirée par cette scène des *Docteurs modernes*. Elle présente de plus, au point de vue médical, ceci d'intéressant que le magnétiseur appuie directement sur la région ovarienne, région qui, comme on le sait, est le siège de la plus fréquente des zones

hystérogènes. Ce n'est donc pas sans intention que sa main se porte en cet endroit, car c'est là qu'il doit appuyer pour produire la crise.

Ah ! je conçois qu'il n'est rien tel
Que ce fluide universel
J'aime fort qu'on me magnétise
Appuyez, docteur, j'entre en crise.

Notre artiste inconnu était incontestablement doublé d'un excellent observateur.

L'aquarelle, comme la pièce des *Docteurs modernes*, date de 1784. Au-dessus des lignes qui nous l'apprennent on remarquera deux chats qui eux aussi commencent à ressentir les effets du magnétisme... animal.

D'ailleurs, comme nous l'avons dit, rien ne résistait au fluide de Mesmer. D'un coup de baguette il magnétisait les arbres, la lune elle-même et son chien fidèle ne pouvait sortir dans la rue sans qu'à son approche tous les autres animaux fussent magnétisés !

Et les effets qui se produisaient alors n'étaient, paraît-il, guère plus anodins que ceux que l'on observait dans la salle des crises, si nous en jugeons par la planche XV qui date également de 1784, alors que les Italiens jouaient les *Docteurs modernes* dont on peut voir l'affiche placardée sur le mur de droite.

Le caniche de Mesmer qui porte sur son collier le nom de son maître, a voulu lui aussi essayer la puissance de son fluide. Il est tombé à point au beau milieu d'une meute conduite par un piqueur. Aussitôt les convulsions d'éclater suivies bientôt de vomissements et d'émissions de toute nature. Le piqueur lui-même est touché et abandonne ses chiens qui ont rompu leur laisse. Seul un pauvre diable de violoneux aveugle continue à racler son instrument, se faisant ainsi le complice inconscient du caniche par les accords harmonieux qu'il tire de son violon remplaçant dans la circonstance l'harmonica de Mesmer.

Ces accords troublent profondément un Aliboron envahi par le fluide, et qui non seulement ne se contente pas de braire à l'unisson, mais encore lance mille pétarades et ruades qui ont pour effet immédiat de désarçonner une jeune et jolie laitière qu'il porte en croupe. Et toujours, comme dans la salle des crises (pl. VIII), il se trouve là un amateur sur lequel les charmes de la laitière ont beaucoup plus de prise que les effets du magnétisme.

Les *Docteurs modernes* eurent un grand succès : les amis et les ennemis de Mesmer se donnèrent rendez-vous à la première représentation pour applaudir et siffler de concert. Mais les applaudissements

l'emportèrent, et comme en France rien ne tue plus sûrement que le ridicule, quelques mois plus tard Mesmer quittait Paris.

« Adieu baquet, vendanges sont faites, » lit-on au-dessous d'une autre pièce satirique, et cette locution est devenue proverbiale.

Mais les vendanges avaient été grasses et Mesmer, en quittant Paris pour son opulente retraite de Mersburg, pouvait répéter avec une variante les paroles qu'il adressait à Pierrot :

Peu m'importe que l'on m'affliche
Partout pour pauvre médecin...

Il était devenu riche.

GILLES DE LA TOURETTE,

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE

DE LA SUPERPOSITION DES TROUBLES

DE LA SENSIBILITÉ ET DES SPASMES DE LA FACE

ET DU COU CHEZ LES HYSTÉRIQUES

En prenant, à la Salpêtrière, au mois de novembre 1887, nos fonctions de chef de clinique de M. le professeur Charcot, nous avons trouvé dans la salle Duchenne, de Boulogne, une jeune fille hystérique, présentant, entre autres accidents variés de la névrose, une contraction de l'orbiculaire des paupières gauches, dont l'étude a été l'origine du présent travail.

Ce travail qui, dans le principe, portait uniquement sur le blépharospasme hystérique a pris peu à peu des proportions plus considérables. En effet, par la nature même de nos recherches nous avons été conduit insensiblement à passer en revue les autres spasmes de même ordre, des muscles de la face et du cou, y compris le spasme glosso-labié, dont la récente découverte comptera certainement parmi les plus intéressantes dans le domaine de l'hystérie. On verra que nos investigations n'ont pas tout à fait été infructueuses, puisqu'elles nous ont permis de relier tous ces spasmes par un lien commun que, nous l'espérons, de nouvelles observations ne feront que resserrer.

Cette étude est donc un chapitre détaché de la pathologie générale de l'hystérie : toutefois, pour les raisons précédemment énoncées, on ne s'étonnera pas d'y voir le blépharospasme y occuper une place prédominante. Sa description méritait, en effet, d'être traitée plus largement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Notre but aura été atteint si, de l'ensemble des faits particuliers que nous allons exposer, se dégage,

d'une façon précise, cette notion générale, du lien commun — tiré de l'état des troubles de sensibilité — qui réunit les spasmes des différents muscles de la face et du cou chez les hystériques.

Obs. I^{re}. — Hortense J..., couturière, âgée de seize ans et demi, entre à la Salpêtrière, salle Duchenne, de Boulogne, service de M. le professeur Charcot, le 22 septembre 1887.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant; mère morte d'une maladie de cœur. La malade n'a pas connu ses grands parents paternels ni maternels. Un frère, bien portant, qui a eu des douleurs rhumatismales. Une sœur a des attaques d'hystérie.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. A l'âge de sept ans, chorée de Sydenham qui a duré cinq ans : trois ans de suite, un an de repos, puis une récurrence. A l'âge de neuf ans, bubon strumeux de l'aîne droite. Régliée à quinze ans, l'a toujours été assez régulièrement.

Le 1^{er} juillet 1887, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise d'un mal de gorge et commença à ressentir de la raideur dans le cou. Le lendemain matin, elle était devenue aphone et ne pouvait plus avaler, parce que, dit-elle, la déglutition était douloureuse et que, probablement, les amygdales étaient gonflées. Elle entre alors à l'hôpital Beaujon. Au bout de huit jours, elle n'avait plus mal à la gorge, mais l'aphonie persistait. Elle commença alors à souffrir dans le genou et surtout dans la hanche du côté gauche. Elle sortit de l'hôpital Beaujon, où elle avait eu trois ou quatre crises convulsives. Son aphonie et sa coxalgie persistant, le médecin de sa famille l'envoya consulter à la Salpêtrière, et elle entra dans le service de M. le professeur Charcot au mois de septembre 1887.

On remarqua alors que l'on pouvait, par la pression sur les globes oculaires, la mettre dans l'état désigné sous le nom de *petit hypnotisme*. Dans cet état on pouvait, par suggestion, calmer pour un moment ses douleurs de la hanche et du genou, et la faire parler à haute voix; mais l'aphonie revenait au bout de quelques heures. Le *transfert* avec une grande hypnotique fut pratiqué plusieurs fois et donna les mêmes résultats que la suggestion dans le petit hypnotisme.

A la suite d'une attaque survenue dans le mois de novembre 1887, l'œil gauche est resté fermé. Dès le premier jour, il l'a été assez fortement; puis il sembla à la malade qu'il tendait à se fermer encore davantage les jours suivants. Hortense J... n'avait jamais vu de malade atteint de blépharospasme. Elle avait été hypnotisée à la Salpêtrière bien avant la localisation de cette affection sur son œil gauche; mais elle n'avait jamais été suggérée dans ce sens. Les suggestions et le transfert avaient eu simplement pour but de faire disparaître son aphonie et sa coxalgie hystériques.

État actuel (27 novembre 1887). — La malade a toujours son aphonie, sa coxalgie hystérique à gauche et son blépharospasme de l'œil gauche.

1. Cette observation a été recueillie par M. Damaye, externe du service.

Elle présente les troubles suivants de la sensibilité générale (fig. 38, 39) : Sensibilité complète à la piqure, au froid et au contact dans tout le côté droit du corps, sauf une diminution très marquée pour la main droite : cette zone d'anesthésie et d'analgésie, qui occupe toute cette main, remonte en manchon jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du poignet¹.

D'une façon générale, tout le côté gauche sent beaucoup moins la piqure,

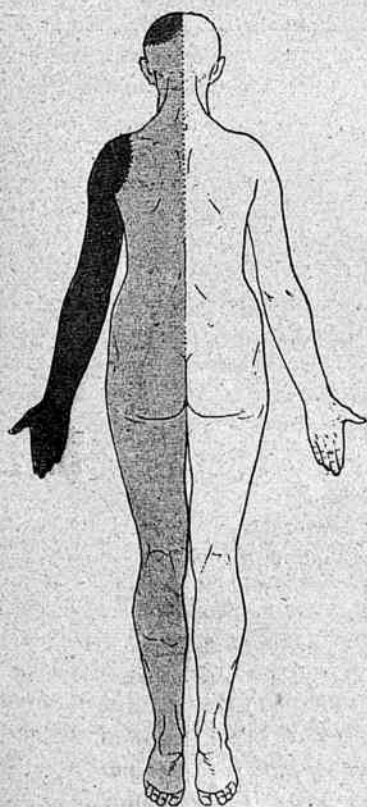


FIG. 38.

Anesthésie.
Hypoesthésie.

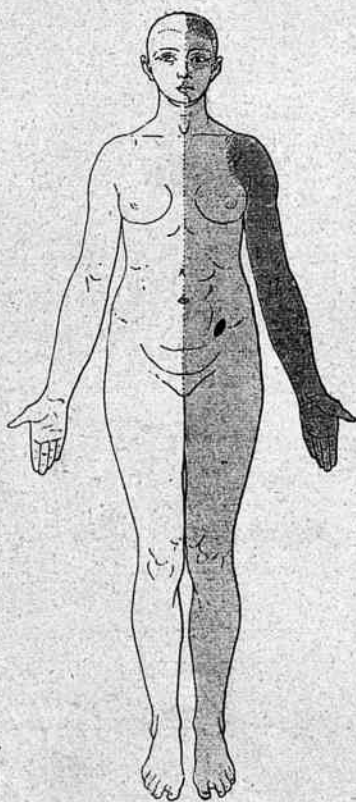


FIG. 39.

Anesthésie.
Hypoesthésie.

le froid et le contact que le côté droit (hémihypoesthésie gauche). Il existe une zone où l'anesthésie et l'analgésie sont complètes : cette zone occupe tout le membre supérieur gauche et se termine en manchon sur l'épaule.

Rien de particulier pour la sensibilité des membres inférieurs, si ce n'est que le gauche est un peu moins sensible que le droit.

1. Cette dernière disposition n'est pas indiquée sur les figures 38 et 39.

A la tête, une hémicalotte d'anesthésie du côté gauche.

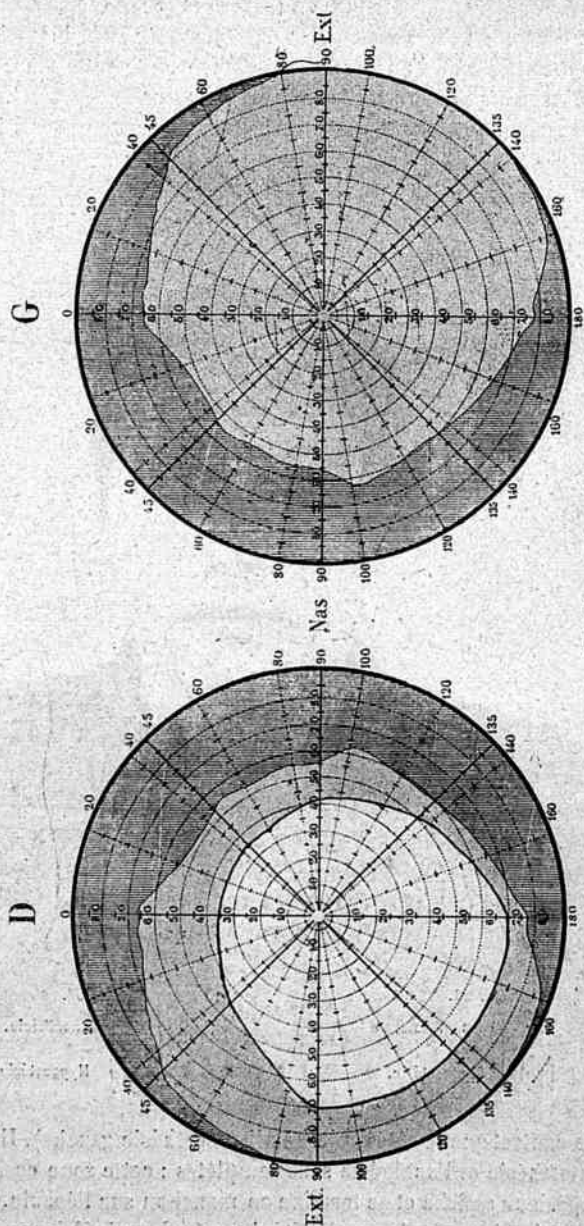


Fig. 40.

La pression de l'ovaire gauche est douloureuse et détermine une attaque convulsive (*zone hystéro-gène*).



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

BLÉPHAROSPASME HYSTÉRIQUE

ENCLOSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS

Réflexes tendineux normaux, réflexe pharyngien conservé. Aucun trouble du goût, ni de l'odorat.

Diminution de l'acuité auditive de l'oreille gauche.

Vision (fig. 40). *Œil gauche*. — Amaurose de cet œil; rien dans le fond de l'œil; pupille réagissant à la lumière.

Œil droit. — Champ visuel un peu rétréci (30-50); pas de dyschromatopsie.

La malade présente la diathèse de contracture, caractérisée par ce fait, que l'application de la bande d'Esmarch sur le poignet contracture la main en flexion; de même, si l'on étend brusquement l'un des membres supérieurs, celui-ci reste ainsi fixé en extension.

Elle a une ou deux attaques d'hystérie par semaine: elle a eu la première à l'hôpital Beaujon, au mois de juillet 1887. L'attaque dure en moyenne quinze à vingt minutes; elle est précédée d'une *aura*, qui consiste en une sensation de constriction épigastrique. Elle est à prédominance clonique et a lieu avec de grands mouvements: il y a projection du bassin en avant, mais sans arc de cercle bien net.

De temps à autre, la malade *qui est complètement aphone* est prise d'une toux rauque, sans expectoration, toux de nature manifestement hystérique.

Hortense J. est hypnotisable par pression sur les globes oculaires. Elle ne présentait d'abord que les phénomènes du petit hypnotisme et elle fut, avons-nous dit, plongée dans cet état pour la première fois à la Salpêtrière. Hypnotisée depuis presque tous les jours dans un but thérapeutique, elle présente désormais deux phases du grand hypnotisme: la pression sur les yeux la met en léthargie et elle a alors de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire; puis de légères frictions du vertex la font passer en somnambulisme, elle a alors les yeux ouverts et présente également les phénomènes de l'hyperexcitabilité musculaire. Pendant qu'elle est hypnotisée, elle est fréquemment prise de sa toux rauque.

Lorsqu'on examine la face de la malade à l'état de veille, on remarque que l'œil gauche est complètement fermé par une contraction active de l'orbiculaire. Cette contracture plisse fortement la paupière supérieure, ainsi qu'il est facile de le voir sur la planche XVII. Lorsqu'on commande à H. J. d'ouvrir cet œil, on remarque que tous ses efforts n'arrivent qu'à déterminer de légères contractions de l'orbiculaire qui accentuent encore l'occlusion. Du reste, de temps en temps, la paupière supérieure est animée de mouvements convulsifs spontanés, de frémissements qui s'affirment encore lorsqu'elle essaye d'ouvrir l'œil. Celui-ci reste encore fermé lorsque la malade est couchée sur le dos et que la tête repose sur un plan inférieur à celui du tronc. Du reste, l'occlusion de l'œil n'est pas seulement complète; mais encore la paupière supérieure empiète sur l'inférieure, ce qui indique nettement une participation active de l'orbiculaire. Lorsque, d'ailleurs, on cherche à relever la paupière, on sent une résistance qui, pour ne pas être considérable, est néanmoins très appréciable.

Les mouvements dévolus aux muscles extrinsèques de l'œil s'effectuent normalement.

Il existe une amaurose absolue de l'œil gauche : lorsqu'on relève de force la paupière supérieure de cet œil, et que l'on ferme l'œil droit, la malade ne voit rien. L'usage du prisme et des images colorées montre que cette amaurose est bien réelle.

La conjonctive gauche est insensible dans son segment interne ; la cornée du même côté est également insensible dans son segment interne et inférieur. La sensibilité est en outre diminuée sur toutes les autres parties de la cornée et de la conjonctive de l'œil gauche.

En promenant un papier sur la cornée, on détermine des mouvements réflexes et du larmolement, sans qu'il y ait de sensation douloureuse perçue par la malade.

Autour de l'œil gauche il y a une zone d'anesthésie tégumentaire, comprenant les paupières supérieure et inférieure, et s'étendant dans une zone périorbitaire d'environ deux centimètres.

L'aphonie de la malade persiste toujours. Depuis son entrée à la Salpêtrière, on lui enlève tous les matins cette aphonie par suggestion dans l'état somnambulique, et elle peut alors parler à haute voix jusqu'au soir, au moment où elle s'endort ; mais le matin, au réveil, l'aphonie est revenue. Ce n'est d'ailleurs que depuis quelques jours que l'effet de la suggestion persiste ainsi jusqu'au soir ; au début, il ne durait que quelques heures, puis la durée a augmenté peu à peu.

Dès le 27 novembre 1887, on commence à traiter le blépharospasme de la malade par suggestion, en même temps qu'on continue à traiter son aphonie par le même moyen.

La malade étant hypnotisée par pression sur les globes oculaires, puis mise dans la phase somnambulique, on lui suggère qu'elle peut parler à haute voix : elle est alors prise d'une toux rauque, puis répète à haute voix les mots qu'on lui fait dire. On lui suggère ensuite qu'elle peut ouvrir l'œil gauche, ce qu'elle fait lorsque l'on a insisté pendant quelques minutes. Mais le blépharospasme reparait peu à peu au bout de quelques minutes. L'aphonie ne reparait que le lendemain au réveil.

Les jours suivants (28, 29 et 30 novembre), on fait les mêmes suggestions et l'on obtient les mêmes résultats ; on essaie en outre, lorsque l'œil reste ouvert aussitôt après la suggestion, de faire disparaître l'amaurose par le même procédé, en fermant l'œil droit de la malade et en lui suggérant qu'elle peut voir avec l'œil gauche ; mais cette suggestion reste sans effet.

Le 1^{er} décembre 1887, on fait les mêmes suggestions à neuf heures et demi du matin : on réussit ainsi à faire parler la malade à haute voix, à lui faire ouvrir l'œil gauche, et, pour la première fois, à faire disparaître l'amaurose de cet œil. Après la suggestion, la malade voit donc avec son œil gauche ; néanmoins, l'acuité visuelle de cet œil, comparée à celle de l'œil droit, est

bien faible. On prend immédiatement le champ visuel de la malade, celle-ci étant toujours en somnambulisme, et l'on trouve :

Œil droit : en dehors.....	80°	en dedans.....	45°
Œil gauche : —	40°	—	35°

On suggère ensuite à la malade que l'anesthésie de sa cornée et de sa conjonctive gauche a disparu, que la tête d'une épingle, mise en contact avec ces membranes, lui procure une sensation douloureuse ; mais cette suggestion reste sans effet.

On réveille alors la malade : son œil gauche reste ouvert et elle continue à voir avec cet œil, dont l'acuité visuelle est néanmoins assez faible. Au bout d'un quart d'heure, elle cesse de voir avec l'œil gauche, qui reste cependant ouvert encore pendant trois heures.

Le 2 décembre, au matin, mêmes suggestions, suivies des mêmes résultats.

Le 3, à huit heures du matin, la malade a une attaque d'hystérie, à la suite de laquelle la main gauche reste fermée. A neuf heures et demie, on la met en somnambulisme et l'on défait par suggestion la contracture de la main gauche. En même temps, on fait cesser son aphonie par suggestion ; puis on lui suggère encore qu'elle peut ouvrir l'œil gauche, voir avec cet œil et qu'il est devenu sensible. Réveillée, la malade parle à haute voix, ouvre à demi l'œil gauche et voit un peu avec cet œil les objets qu'on lui montre. Néanmoins l'acuité visuelle de cet œil n'est pas encore très grande : la vision des doigts bien éclairés cesse lorsqu'ils sont placés à soixante-cinq centimètres en avant de l'œil.

On prend à ce moment le champ visuel de l'œil gauche :

En dehors.....	30°	En haut.....	20°
En dedans.....	30°	En bas.....	25°

L'insensibilité cornéenne et conjonctivale persistent.

La malade cesse de voir avec son œil gauche au bout d'un quart d'heure, mais cet œil reste encore ouvert pendant quatre heures.

Les jours suivants (4, 5, 6 décembre), on hypnotise la malade le matin vers neuf heures et demie et on fait les mêmes suggestions dans l'état somnambulique. L'aphonie ne reparait que le lendemain au réveil. La vision avec l'œil gauche persiste pendant quinze à vingt minutes et cet œil reste ouvert pendant cinq ou six heures.

Le 7 décembre, on réussit en outre, toujours par la suggestion dans l'état somnambulique, à rendre une légère sensibilité à la cornée et à la conjonctive de l'œil gauche ; mais cette sensibilité ne persiste que quatre ou cinq minutes.

Les jours suivants, on ne réussit plus à faire reparaitre par suggestion cette sensibilité.

Mais les suggestions faites pour faire cesser le blépharospasme et l'amaurose de l'œil gauche donnent de bons résultats, et l'on voit chaque jour augmenter la durée pendant laquelle ces résultats persistent.

Les 8 et 9 décembre, l'œil gauche reste ouvert jusqu'à huit heures et demie du soir; la vision avec cet œil persiste, avec une acuité assez faible, il est vrai, pendant les trois heures qui suivent la suggestion. L'aphonie ne paraît plus jamais dans la journée, mais seulement le lendemain matin au réveil.

Les 10 et 11 décembre, le temps pendant lequel durent les effets des suggestions faites le matin augmente encore un peu : la vision avec l'œil gauche persiste pendant quatre heures et cet œil ne se ferme que le soir à neuf heures et demie, heure à laquelle la malade s'endort.

Le 12 décembre, à neuf heures et demie du matin, mêmes suggestions efficaces; mais on ne parvient toujours pas à rendre à la cornée et à la conjonctive leur sensibilité. Ce jour-là, à six heures et quart du soir, la malade a une attaque d'hystérie qui dure environ une demi-heure. Après cette attaque, elle est redevenue aphone et son œil gauche reste fermé. Elle avait vu, avec cet œil, jusqu'à trois heures de l'après-midi.

Les jours suivants (du 13 au 20 décembre 1887), les mêmes suggestions sont faites le matin vers neuf heures et demie; après quoi la vision avec l'œil gauche persiste pendant quatre ou cinq heures et cet œil reste ouvert jusqu'à ce que la malade s'endorme le soir, de même qu'elle peut parler à haute voix jusqu'à ce moment.

On remarque que l'hypnotisme de la malade s'est pour ainsi dire perfectionné : elle présentait déjà depuis quelque temps les phases léthargique et somnambulique du grand hypnotisme; le 13 décembre, elle commence à avoir quelques-uns des caractères de la phase cataleptique : si, pendant qu'elle est en léthargie, on tient les paupières relevées, alors les membres restent dans l'attitude qu'on leur imprime; mais, dès qu'on cesse de tenir les paupières relevées, elles retombent d'elles-mêmes et la malade repasse dans la phase léthargique.

Quelques jours plus tard, la malade présente la phase cataleptique bien nette : lorsqu'on relève ses paupières, celles-ci ne retombent plus d'elles-mêmes, et la malade reste dans toutes les attitudes qu'on lui imprime alors. Lorsqu'on ferme les paupières, elle repasse dans la phase léthargique.

On remarque aussi que la malade accepte de plus en plus facilement les suggestions qu'on lui fait tous les jours : on n'a plus besoin d'insister pour lui persuader qu'elle peut parler à haute voix, qu'elle peut ouvrir l'œil gauche et voir avec cet œil.

Les suggestions se font d'ailleurs tout aussi bien dans la phase léthargique : il suffit alors de répéter plusieurs fois à l'oreille de la malade que, dès qu'elle sera réveillée, elle pourra parler à haute voix, ouvrir son œil gauche et voir avec cet œil, pour que ces suggestions aient leur effet immédiat dès qu'on la réveille.

Dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1887, l'état de la malade est toujours sensiblement le même. Tous les matins, vers neuf heures ou dix heures, on l'hypnotise et l'on fait alors disparaître par suggestion l'aphonie, le blépharospasme et l'amaurose de l'œil gauche, sans jamais pouvoir rendre par suggestion la sensibilité à cet œil. La malade parle alors à haute voix et son œil gauche reste ouvert toute la journée; jusqu'au moment où elle se couche et s'endort, vers neuf heures et demie ou dix heures du soir. Mais l'amaurose de l'œil gauche reparait plus tôt, et la malade cesse de voir avec cet œil vers six heures et demie ou sept heures du soir.

Deux fois par semaine en moyenne, vers cinq ou six heures du soir, la malade a une attaque convulsive : alors, immédiatement après l'attaque, l'aphonie et le blépharospasme reparaissent, ainsi que d'autres contractures des muscles des membres supérieurs et inférieurs, qu'on enlève ensuite facilement par suggestion dans l'état hypnotique.

Le 18 décembre 1887, on constate une certaine modification dans la distribution de l'anesthésie et de l'analgésie à la surface du tégument externe de la malade : elles sont complètes dans tout le segment supérieur de la moitié gauche du corps y compris le bras; le segment supérieur de la moitié droite est hypoesthésique, la main droite est anesthésique, le segment inférieur gauche est hypoesthésique.

Le 21 décembre 1887, à neuf heures et demie du matin, comme d'habitude, on enlève à la malade, par suggestion en somnambulisme, son aphonie, son blépharospasme et son amaurose de l'œil gauche.

A dix heures, l'examen des yeux est fait par M. le Dr Parinaud :

Acuité visuelle de l'œil gauche = $\frac{1}{3}$. Diplopie monoculaire de l'œil gauche. L'œil gauche distingue toutes les couleurs; le champ visuel du bleu est plus rétréci que celui du rouge. Champ visuel de l'œil gauche : en dehors 30, en dedans 20. Pas de lésion du fond de l'œil gauche. Rien dans l'œil droit. Les pupilles des deux yeux réagissent normalement.

Ce même jour, la malade a une attaque à cinq heures du soir : après l'attaque, l'aphonie et le blépharospasme ont reparu.

Le 27 décembre 1887, la malade a une attaque convulsive à six heures du soir avec grands mouvements et très vive agitation. Après cette attaque, elle se plaint de ressentir des douleurs dans l'épaule et dans le bras du côté droit et un peu aussi dans l'avant-bras et la main du même côté. Le lendemain (28 décembre), les douleurs augmentent d'intensité : le moindre mouvement des articulations de l'épaule et du coude et la moindre pression, le plus léger frottement de la peau à leur niveau provoquent une douleur assez intense et font crier la malade; l'articulation du poignet est également douloureuse.

En même temps, on constate un changement dans l'état de la sensibilité cutanée de la malade : il y a toujours hémianesthésie et hémianalgésie du côté gauche; l'anesthésie et l'analgésie sont complètes pour l'hémicalotte crânienne, la zone périorbitaire, la cornée et la conjonctive et le membre supérieur gauches, un peu moindres pour le côté gauche du tronc, et peu accentuées

pour le membre inférieur gauche. Le côté droit du tronc et le membre inférieur droit ont leur sensibilité normale. Mais le membre supérieur droit, y compris l'épaule, est hyperesthésié et hyperalgésié, sauf au niveau des deux dernières phalanges des doigts qui ont leur sensibilité normale, de même que deux zones qui ont la forme de manchons d'une hauteur de sept ou huit centimètres et qui sont situées : l'une, à trois travers du doigt au-dessus du pli du coude, et l'autre, à trois travers de doigt au-dessus du pli articulaire du poignet.

On constate aussi que tous les muscles de l'épaule droite et du membre supérieur droit sont en imminence de contracture : celle-ci est provoquée par une très faible excitation, telle qu'une légère traction, une légère pression ou percussion.

Le 29 décembre, même état.

Le 30 décembre, l'hyperalgésie persiste toujours sans modifications : ce jour-là, à midi, des contractures se produisent spontanément dans le membre supérieur droit : le bras est en adduction contre le tronc, l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras, la main fléchie sur l'avant-bras et les doigts fortement fléchis dans la paume de la main. — La malade étant hypnotisée, on peut lui enlever ces contractures par suggestion et par des frictions sur les muscles antagonistes ; mais elles se reproduisent aussitôt après le réveil ou quelques minutes après. Les douleurs arthralgiques ne peuvent être calmées par suggestion ; elles persistent non seulement dans la phase somnambulique, mais encore dans les phases léthargique et cataleptique du grand hypnotisme ; lorsque la malade est dans l'une de ces dernières phases et que l'on presse sur l'une de ses articulations douloureuses ou que l'on frôle, même légèrement, la peau qui les recouvre, son facies exprime la douleur et elle laisse échapper quelques plaintes. On remarque même que *pendant la période somnambulique ces douleurs provoquées sont plus vives qu'à l'état de veille* alors que la sensibilité a disparu dans tout le reste du corps, ainsi que cela s'observe ordinairement pendant cet état hypnotique.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1888, on remarque que l'état de la sensibilité cutanée de la malade s'est encore une fois modifié : il est resté le même dans la moitié droite du corps, et la moitié gauche est toujours hyperesthésique ; mais, de ce côté, les zones d'anesthésie et d'analgésie complètes ne sont plus aussi étendues et n'occupent plus que l'hémicalotte crânienne, la périphérie de l'œil gauche et toute la main gauche jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du poignet.

Pendant tout le cours du mois de janvier 1888, l'état de la malade reste sensiblement le même : il y a persistance de son aphonie, de son blépharospasme avec amaurose et de ses arthralgies avec contracture du membre supérieur droit. Tous les matins, on fait disparaître ces accidents par suggestion, sauf les douleurs arthralgiques qui persistent, même pendant toutes les phases de l'état hypnotique. Les autres accidents se reproduisent d'ail-

leurs au bout d'un certain temps après que la suggestion les a fait disparaître : les contractures des muscles entourant les articulations douloureuses reparaissent au bout de quinze ou vingt minutes; l'amaurose de l'œil gauche reparait le soir, vers six ou sept heures; seuls, le blépharospasme et l'aphonie ne se reproduisent pas le même jour (à moins que la malade n'ait une attaque), et ne reparaissent que le lendemain matin au réveil.

11 mars 1888. — Le blépharospasme et l'aphonie ont maintenant complètement disparu; mais les arthralgies et les contractures du membre supérieur droit persistent toujours avec les mêmes caractères.

Le blépharospasme persistait encore avec tous ses caractères dans les premiers jours du mois de février : on le faisait disparaître alors tous les matins par suggestion; mais il se reproduisait tous les soirs. Enfin, le 10 février, lorsque la malade s'est réveillée, elle put ouvrir son œil gauche et voir avec cet œil, quoique l'acuité visuelle n'en fût pas encore bien grande. Les jours suivants, le blépharospasme ne se reproduisit plus et l'acuité visuelle redevint peu à peu normale. Mais la cornée, la conjonctive et les téguments périorbitaires sont toujours restés insensibles à la piqure et au contact, et ils le sont encore aujourd'hui.

L'aphonie persistait aussi au début du mois de février et on la faisait disparaître chaque matin par suggestion, mais elle reparaissait le lendemain au réveil. Le 8 février, à la suite d'un refroidissement, la malade fut atteinte d'une légère angine catarrhale, qui persista huit jours pendant lesquels la suggestion fut impuissante à faire disparaître l'aphonie. Mais, dès que la rougeur de la gorge eut complètement disparu, on put de nouveau faire disparaître l'aphonie par suggestion pendant l'état hypnotique; dès lors, cette aphonie ne se reproduisit plus et ne s'est plus reproduite depuis.

Les arthralgies du membre supérieur droit et les contractures qui les accompagnent n'ont subi aucune modification, non plus que l'état de la sensibilité.

La malade a toujours en moyenne une attaque convulsive par semaine.

Le 10 mars, à quatre heures de l'après-midi, un nouvel accident de nature hystérique est venu s'ajouter aux arthralgies du membre supérieur droit : ce membre est incessamment agité de mouvements malléatoires de chorée rythmée. L'état de la sensibilité de ce membre n'est aucunement modifié par l'adjonction de ce nouvel accident.

Nous résumerons maintenant, en quelques mots, les faits saillants de cette longue observation qui nous restent à exposer.

Les accidents choréiques ont persisté jusqu'à la fin de juin 1888. Ils disparaissaient subitement et revenaient sous forme d'attaques. On peut dire néanmoins que la malade n'en a jamais été complètement indemne, car jusqu'au mois de juillet, le bras gauche a été animé de mouvements involontaires, en l'absence des attaques de chorée rythmée. Celle-ci existait, pour ainsi dire, en puissance.

De même en ce qui regarde le blépharospasme qui est revenu et a disparu à

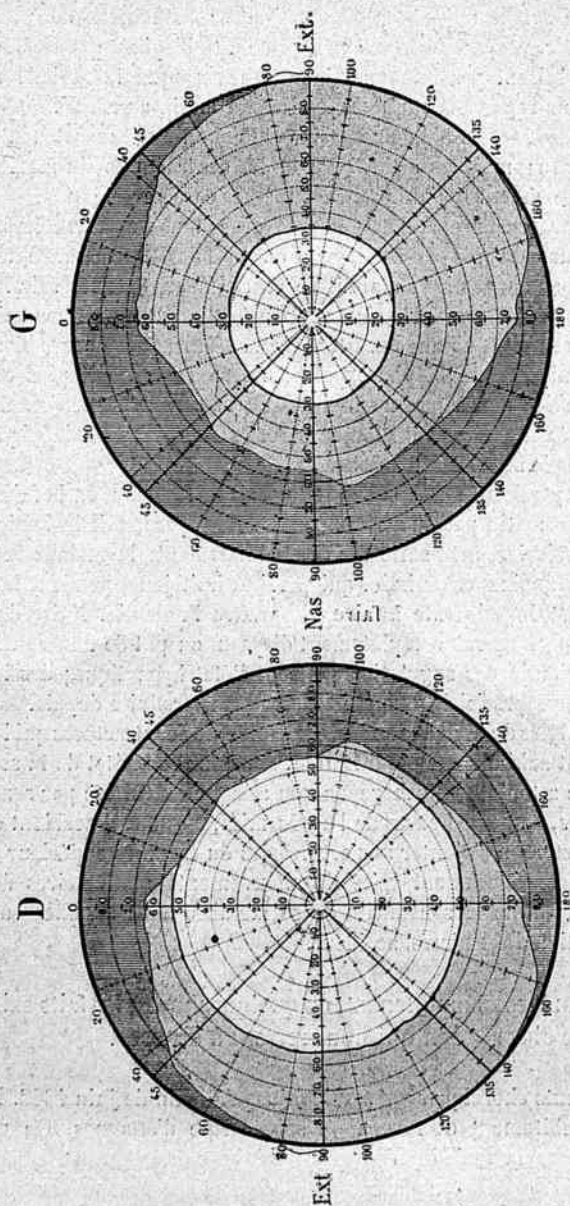


FIG. 41.

diverses reprises sans jamais cesser. en somme, d'une façon durable. C'est,



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

BLÉPHAROSPASME HYSTÉRIQUE GUÉRI

LECROSNIER ET BARRÉ, ÉDITEURS

du reste, toujours par suggestion qu'on le fait disparaître : on peut dire que, jusqu'à ces derniers temps, jamais il ne s'en est allé spontanément. En son absence la vision a toujours été absente de l'œil gauche, la cornée et la conjonctive restant anesthésiques ainsi que la zone périorbitaire.

Le 23 novembre 1888, M. Charcot la présente à ses auditeurs pour une attaque de sommeil hystérique avec raideur qui dure depuis deux jours. Réveillée par pression de la zone hystérogène qu'elle porte dans le flanc gauche, elle voit revenir après une attaque convulsive le blépharospasme qui l'avait quittée depuis quelques jours.

Le 25, on lui enlève le blépharospasme par suggestion sans que la vision et la sensibilité de l'œil gauche et des parties périphériques se rétablissent.

Le 26 au soir, elle a une violente attaque convulsive à la suite de laquelle elle vient nous déclarer spontanément (27 au matin) que la vision s'est rétablie dans l'œil gauche. C'est la première fois depuis son entrée à l'hôpital que la vue se rétablit ainsi d'une façon spontanée, naturelle (Pl. XVIII).

L'examen des yeux fait immédiatement donne ce qui suit (fig. 41) : acuité visuelle normale à droite ; $1/3$ à gauche. Rétrécissement concentrique à droite = 55° , à gauche = 35° en dehors, 30 en dedans, en haut et en bas. Dyschromatopsie pour le bleu et pour le violet à gauche.

Pour la première fois, la sensibilité est revenue sur la cornée et la conjonctive de l'œil gauche ; de même dans la zone périorbitaire. La face et la tête sont en effet sensibles, faisant en cela exception à l'insensibilité qui existe sur tout le côté gauche (fig. 42, 43). Le goût, l'ouïe et l'odorat sont normaux.

Le 11 décembre la malade demande son *exeat*. Persistance du même état.

Cette observation présente, en dehors du blépharospasme, plusieurs points intéressants qui mériteraient mieux qu'une simple mention. Nous avons nommé l'*aphonie* et les *variations de la sensibilité* dans ses rapports particuliers avec les arthralgies et les contractures consécutives.

Mais nous ne pouvons nous étendre et nous devons nous borner à l'étude du seul blépharospasme présenté par notre malade.

Cet accident n'est pas rare dans l'hystérie. Dans son mémoire inédit sur les *Paralysies et les contractures hystériques* couronné par l'Académie de médecine (prix Civrieux 1883) M. Paul Richer en rapporte plusieurs cas revêtant des formes différentes.

Tantôt il s'agit d'un *blépharospasme clonique* caractérisé par des clignements plus ou moins répétés des paupières s'accompagnant presque toujours d'une photophobie plus ou moins prononcée.

Dans d'autres cas, le blépharospasme est *tonique* et se caractérise, comme dans notre observation, par une contracture énergique et permanente des paupières ; dans cette forme comme dans la précédente la photophobie peut exister, ce qui n'avait pas lieu chez notre malade. De plus la contracture de l'orbiculaire s'accompagne

assez fréquemment d'un spasme des autres muscles de la face, du même côté.

M. P. Richer décrit encore une troisième forme de blépharospasme hystérique qu'il dénomme avec M. Parinaud¹ *blépharoptose pseudo-paralytique*. Dans cette forme, les deux muscles antagonistes, le rele-

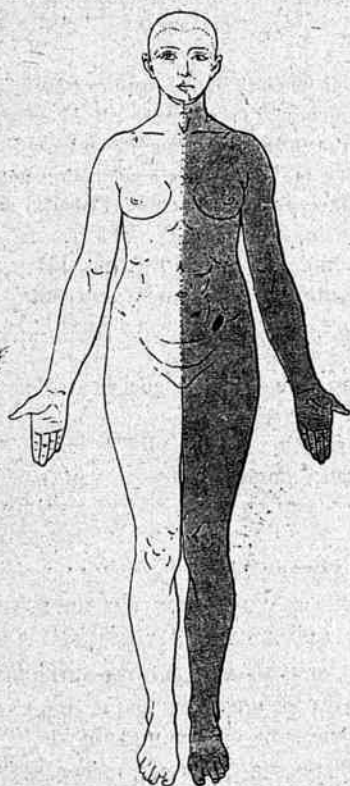


FIG. 42.

 Anesthésie.

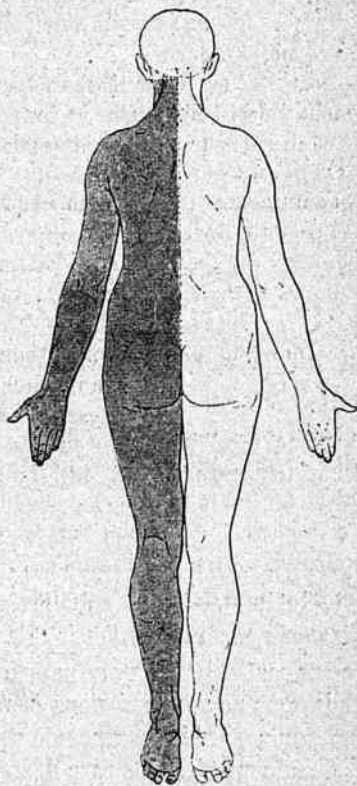


FIG. 43.

 Anesthésie.

veur de la paupière et l'orbiculaire, paraissent intéressés par suite d'un trouble complexe difficile à analyser.

Dans un récent mémoire fort intéressant sur les *Affections hystériques des muscles oculaires*², M. le Dr Borel, chef de clinique de

1. *Archives d'ophtalmologie*, novembre-décembre 1886, janvier-février, juillet-août 1887. Ce mémoire renferme une bibliographie très complète de la question.

2. Parinaud, *Anesthésie de la rétine. Contribution à l'étude de la sensibilité visuelle. Annales d'oculistique*, août 1886. — Spasmes et paralysies des muscles de l'œil. *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1877, nos 46 et 47.

M. Landolt, a rapporté un certain nombre de cas de blépharospasme de nature hystérique. « Parmi les spasmes des muscles extrinsèques de l'œil, dit-il, ceux des paupières sont de beaucoup les plus fréquents. » Beaucoup de ces cas ont vu leur origine méconnue, et M. Borel en a réuni un certain nombre dans lesquels le diagnostic avait été attribué la plupart du temps à une cause réflexe, alors que les stigmates concomitants donnaient, pour un observateur expérimenté, la signature typique de l'affection originelle.

Le blépharospasme qui existe chez Hortense J. est un blépharospasme tonique. Il suffit, outre les caractères que nous lui avons assignés dans l'observation, de considérer la planche XVII pour comprendre que les plis que l'on observe sur la paupière supérieure ne peuvent être attribués qu'à une contracture de l'orbiculaire. De plus, il s'accompagnait de troubles particuliers, capitaux dans l'espèce, car ce sont eux surtout qui permettraient, le cas échéant, au diagnostic différentiel de s'établir. Il existait en effet une amaurose complète de l'œil gauche, une anesthésie comprenant la presque totalité de la cornée et de la conjonctive, anesthésie qui envahissait également, en cercle, toute la région périorbitaire, y compris les paupières.

L'amaurose complète ou incomplète est notée dans la presque totalité des observations de blépharospasme hystérique; c'est un phénomène sur lequel le malade lui-même ne tarde pas à attirer l'attention. Mais il n'en est pas toujours ainsi en ce qui regarde les troubles de la sensibilité oculaire ou cutanée qui nous semblent, au moins aussi, sinon plus importants que l'amaurose, car ils sont presque spécifiques. Il est vrai que l'examen ophtalmoscopique démontrant qu'il n'existe pas de lésion papillaire appréciable, le diagnostic se trouve de ce fait même singulièrement guidé vers l'existence de la névrose.

Cette omission involontaire de la part du malade de l'existence des troubles sensitifs tient à plusieurs causes. D'abord ces troubles veulent être cherchés avec soin; ensuite le blépharospasme peut siéger du côté de l'hémi-anesthésie — phénomène si fréquent chez les hystériques — et alors ils semblent perdre tout caractère de spécificité; enfin il est des cas où la contracture de l'orbiculaire n'apparaît qu'accessoirement pour ainsi dire dans l'évolution d'un syndrome prédominant — le spasme glosso-labé par exemple — et alors ce phénomène est relégué tout à fait au deuxième plan et étudié partant d'une façon peu approfondie. Nous reparlerons du reste bientôt de cette dernière variété, nous limitant pour le moment à l'étude du blépharospasme isolé, de la contracture unique de l'orbiculaire des paupières.

En raison de toutes ces considérations on comprend que les obser-

vations publiées de blépharospasme hystérique réunissant toutes les conditions d'étude que nous désirons ne soient pas très nombreuses, bien que cependant nombre d'entre elles renferment des détails assez explicites pour nous montrer que notre observation n'est pas isolée, bien au contraire.

Toutefois, étant donné que, même à l'époque où nous faisons ces recherches, ces observations nous fissent complètement défaut, nous avions encore à notre disposition un procédé d'investigation et d'étude qui devait nous fournir des résultats du plus haut intérêt dans l'espèce.

On connaît la méthode expérimentale nouvelle inaugurée par M. le professeur Charcot. Dans ses leçons des deux dernières années sur les paralysies et les contractures hystériques, notre maître a montré qu'on pouvait faire naître ces affections dans la période somnambulique du grand hypnotisme, soit à l'aide de la suggestion, soit par d'autres procédés. « On peut, dit-il, créer ainsi artificiellement des états pathologiques qui sont, en tous points, semblables aux affections hystériques spontanées, et il serait impossible d'établir une distinction symptomatique quelconque entre ces deux ordres d'accidents. Or, mon expérience sur ce sujet me semble prouver que les manifestations hystériques ont seules le privilège de pouvoir être ainsi reproduites expérimentalement avec rigueur. En effet, si l'on peut arriver ainsi à faire imiter à l'hypnotique une affection nerveuse indépendante de l'hystérie, on n'a devant les yeux qu'une copie imparfaite qui ne peut guère être confondue avec l'original. Nous avons donc là une méthode d'investigation qui peut permettre de déterminer si un syndrome clinique est oui ou non sous la dépendance de l'hystérie. »

C'est cette méthode spéciale d'investigation qui a donné de si bons résultats à notre éminent maître que nous avons mise en œuvre.

Le 29 novembre 1887² nous avons opéré sur une première malade, la nommée Cl..., atteinte d'hystéro-épilepsie, hémianesthésique droite³ et susceptible d'être mise dans l'état appelé grand hypnotisme. L'ayant fait passer dans la phase somnambulique de cet état nous lui suggérons que son œil gauche se ferme, qu'elle ne peut plus ouvrir sa paupière et, qu'une fois réveillée, cet œil restera encore fermé. Puis nous la réveillons en lui soufflant sur le visage.

1. J.-M. Charcot, Spasme glosso-labial unilatéral des hystériques. Leçon clinique in *Semaine médicale*, 2 février 1887.

2. Cette expérience est rapportée par M. Borel : Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduction artificielle par la suggestion hypnotique. *Annales d'oculistique*, novembre-décembre 1886; janvier-février, juillet-août, 1887.

3. La malade étant hémianesthésique droite, nous expérimentons sur l'œil gauche pour les raisons précédemment indiquées.

L'œil gauche reste alors fermé par une contracture énergique et permanente de l'orbiculaire¹, à tel point que la peau des paupières et de la région péripalpébrale est fortement plissée.

Si l'on essaie alors de découvrir le globe oculaire, on perçoit une résistance très appréciable dans l'action d'écarter les paupières. Si on les tient écartées, on constate que l'œil est frappé d'amaurose complète; la malade ne peut même plus distinguer avec cet œil la lumière de l'obscurité. En outre, la conjonctive et la cornée sont devenues complètement insensibles.

Autour de l'œil existe une zone d'anesthésie tégumentaire; elle comprend les paupières supérieure et inférieure et forme une bande circulaire de un centimètre et demi de largeur autour du rebord orbitaire. Il y a persistance des réflexes cornéen et conjonctival; une tête d'épingle mise en contact avec la cornée ou la conjonctive n'est pas sentie, mais produit du larmoiement et de légers mouvements palpébraux.

Ces constatations faites à l'état de veille, nous remettons la malade en somnambulisme et nous lui suggérons qu'elle peut maintenant ouvrir son œil et qu'elle pourra le tenir ouvert après son réveil; puis nous la réveillons: son œil s'ouvre et l'amaurose disparaît; la cornée, la conjonctive et les téguments périphériques ont recouvré leur sensibilité normale.

Nous avons répété la même expérience sur une autre malade, Louise Rich..., atteinte elle aussi d'hystéro-épilepsie et présentant également les phénomènes du grand hypnotisme; comme cette malade est hémianesthésique du côté gauche, nous avons déterminé un blépharospasme de son œil droit, et nous avons obtenu les mêmes résultats que chez le premier sujet: en même temps que le blépharospasme de l'œil droit, il y avait amaurose de cet œil, anesthésie et analgésie de la cornée et de la conjonctive, zone d'anesthésie tégumentaire périphérique.

Nous avons donc reproduit artificiellement, sur deux sujets mis dans l'état hypnotique, un état pathologique en tous points semblable à celui qui s'était développé spontanément chez la malade hystérique qui fait l'objet de notre observation.

1. On sait, d'après M. Charcot, que la paralysie hystérique n'affecte jamais les muscles de la face. M. Borel a confirmé ce fait pour les muscles des paupières: lorsqu'on suggère à une malade, qui est en somnambulisme, l'idée de ne pouvoir ouvrir l'œil, il se produit une contracture de l'orbiculaire, mais non une paralysie du releveur de la paupière. « La dissociation du ptosis paralytique, dit M. Borel, ne peut être faite par la suggestion, car on ne peut inculquer à la malade que le fait de ne pouvoir ouvrir l'œil; c'est à elle d'en trouver le processus naturel pour réaliser la suggestion. »

Telle est la première série de faits que nous avons observés dès les mois de novembre-décembre 1887; ils nous permettaient de penser qu'un des bons symptômes du blépharospasme hystérique consistait dans les troubles de sensibilité qui *se superposaient au spasme*.

L'étude de cette longue observation poursuivie pendant plus d'une année nous a montré encore et nous a permis de prédire à plusieurs reprises que, même en l'absence du symptôme spasme, l'affection blépharospasme hystérique ne pouvait être considérée comme non susceptible de retour, tant que l'anesthésie cornéenne conjonctivale et péri-orbitaire existait encore. Et, de fait, tant que cette anesthésie a existé, nos efforts aidés surtout par la suggestion ont bien pu faire disparaître momentanément le spasme, mais jamais d'une façon définitive. Spontanément, un jour, le blépharospasme a disparu comme il était né, à la suite d'une attaque, et avec lui s'en est allée l'anesthésie qui se superposait au spasme. A ce moment seul on pouvait considérer la guérison comme durable.

Il semble donc bien qu'il y ait là une association de phénomènes suffisants pour forcer l'attention. Nous insistons déjà sur leur valeur diagnostique, valeur que nous allons voir se généraliser bientôt en ce qui regarde les spasmes des autres muscles de la face et du cou chez les hystériques.

Nous l'avons dit en commençant, le présent mémoire est bien plus un chapitre détaché de la pathologie générale de l'hystérie qu'une monographie des spasmes de la face et du cou chez les hystériques, aussi ne nous attarderons nous pas à tracer plus complètement l'histoire clinique et thérapeutique du blépharospasme. Nous avons bien mieux à faire en rapportant l'observation suivante qui montrera en toute évidence combien les troubles de sensibilité sont liés aux phénomènes hystériques localisés. Cette fois l'hyperesthésie a remplacé l'anesthésie, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre, car l'hyperesthésie, pour être un peu moins fréquente, n'en est pas moins un phénomène de premier ordre comme accompagnement des manifestations hystériques. Il nous suffira de rappeler le *signe de Brodie* constitué par la douleur exquise au simple frôlement qui accompagne les contractures des muscles fessiers réalisant le syndrome connu sous le nom de coxalgie hystérique. C'est là un phénomène absolument de même ordre, de superposition des troubles de sensibilité à la contracture des muscles sous-jacents.

Faisons remarquer, pour insister encore sur l'importance de ce signe, que si le médecin consulté par la malade de l'observation II en avait connu la valeur, il n'eût probablement pas, dans un but cu-

ratif, sectionné les deux nerfs sus-orbitaires pour vaincre un spasme qui relevait non d'une lésion locale mais de la diathèse de contraction que présentent si fréquemment les hystériques. Il est vrai qu'il eût pu s'excuser en disant que dans de semblables cas, et lors de pareilles erreurs de diagnostic, certains chirurgiens n'avaient pas craint d'aller jusqu'à la dissection de l'orbiculaire (Borel).

OBS. II¹. Jeanne Ag..., vingt-six ans, employée de commerce, entrée à la Salpêtrière le 6 juin 1888, salle Duchenne de Boulogne. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à treize ans, régulièrement depuis. A cette époque, apparitions de malaises indéfinissables, de fréquents torticolis qui survenaient et s'en allaient de même. De quatorze à vingt ans, bien portante.

A cette époque, elle ressent une douleur très vive dans la jambe, puis dans la fesse gauche, douleur qui s'accompagne bientôt d'une fatigue excessive du membre. Elle s'alite alors (janvier 1882), la hanche se tuméfie, le médecin appelé croit à l'apparition prochaine d'un abcès qui ne s'est du reste jamais montré.

La jambe devient raide (comme un morceau de bois) et se place dans l'extension directe.

Les téguments cutanés sont extrêmement douloureux au plus simple frôlement. Ces souffrances sont tellement intolérables qu'on est obligé de se servir d'un appareil très compliqué pour effectuer le changement des draps, la malade restant au lit en permanence.

On lui applique alors des appareils silicatés, pointes de feu, vésicatoires, tant au pli de l'aine qu'au genou. Les articulations étaient beaucoup moins douloureuses que le tégument cutané.

Au bout de vingt mois (septembre 1883), la malade restant toujours couchée, on s'aperçoit que la jambe est raccourcie et que le pied se met en équin direct.

Au bout de quarante mois (avril 1885), on essaye de la lever et on lui donne des béquilles; elle ne marchait tout d'abord qu'avec la jambe droite, puis peu à peu, grâce, suivant elle, à un appareil à extension continue, le talon gauche finit par arriver à toucher la terre.

A vingt-quatre ans, quatre ans après le début de l'affection, elle peut quitter ses béquilles et marcher à l'aide de deux cannes.

Après son alitement, on constata qu'elle avait grandi de six à sept centimètres.

Au mois de janvier 1884, vive contrariété; son frère auquel elle est très attachée ne lui aurait pas dit bonjour. Elle était alors dans une période cataméniale; les règles se suppriment, elle ressent un malaise général et prend le lit. Aussitôt, hoquet violent, vomissements incoercibles, gonflement du ventre qui est très douloureux. Application de glace, le médecin diagnostique une

1. Cette observation a été recueillie par M. Carrel, externe du service.

péritonite compliquée de lésions pulmonaires. Le pouls se serait élevé à 120°. Pendant deux mois, hallucinations et délire, chute des cheveux.

Elle se remet peu à peu, les cheveux repoussent, quand subitement, un jour, étant sur le bassin, elle ressent de telles douleurs dans l'abdomen qu'on diagnostique une rupture de l'intestin; mais ces douleurs étaient simplement prémonitoires des règles qui réapparaissent quelques jours plus tard.

On lui fait alors des pointes de feu le long du rachis et, pour sa déformation de la hanche et son torticolis intermittent, on lui applique une véritable cuirasse comprenant une minerve, un corset avec attelles de fer, un appareil à coxalgie et un appareil à extension du pied. Elle se couche tous les soirs ainsi armée de pied en cap pendant deux ans et demi.

La jambe droite semblant se fatiguer beaucoup, on y applique également un appareil que la malade a porté dix-huit mois.

En décembre 1887, vive rougeur des yeux survenant subitement, dit la malade, dans l'espace d'une heure.

Violentes douleurs avec photophobie. Dès le soir même, elle sent qu'elle ne peut ouvrir les deux yeux. Pendant huit jours, les douleurs persistent; l'œil gauche est fermé complètement et amaurotique, l'œil droit peut à peine s'entr'ouvrir et garde encore un peu de son acuité visuelle.

La malade s'est aperçue dès le premier jour que les frictions les plus légères sur les paupières étaient extrêmement douloureuses. Puis le blépharospasme se calme un peu, mais le 5 janvier 1888, devant un redoublement de souffrance, elle se rend à Paris consulter le docteur X... qui diagnostique une hyperesthésie des zones sus-orbitaires et propose l'extraction de dix-huit mauvaises dents. Il fait placer des emplâtres au niveau de l'émergence des nerfs sus- et sous-orbitaires.

En février, elle revient voir ce docteur qui déclare ne plus vouloir lui continuer ses soins tant qu'elle ne se sera pas fait arracher ses mauvaises dents.

Elle se rend alors chez le docteur Y..., qui, après avoir essayé en vain des frictions locales de baume de Fioraventi et des injections sous-cutanées de pilocarpine, lui sectionne les nerfs sus-orbitaires des deux côtés (20 mai 1888).

Chaque jour on explore, en faisant le pansement, la sensibilité locale dans le domaine des nerfs sectionnés. A la suite de la destruction du tronc nerveux il s'est produit une anesthésie à la piqure, le blépharospasme a légèrement diminué; les douleurs spontanées sont moindres, mais elles ne tardent pas à reparaitre, de même du reste que les douleurs provoquées dans le domaine des nerfs sectionnés, et la malade est admise le 5 juin à la Salpêtrière.

J. A... porte la cuirasse dont nous avons parlé et s'en enserme le cou, la taille et le membre inférieur gauche. Elle appuie à peine sur le talon de ce côté, bien qu'elle ait 8 centimètres de liège au fond de sa bottine d'une construction tout à fait spéciale. En effet, outre une contracture toute particulière du gros orteil qui est fortement redressé en extension (Pl. XX), il



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

CONTRACTURE HYSTÉRIQUE DU GROS ORTEIL

existe un raccourcissement de 8 ou 10 centimètres du membre inférieur gauche par suite d'une contracture très appréciable des fessiers (coxalgie hystérique), l'épine iliaque gauche étant beaucoup plus élevée que l'épine iliaque droite. La mensuration montre que le raccourcissement n'est qu'apparent.

Les muscles du cou à gauche paraissent raides et tendus sans que cette contracture occasionne toutefois de déviation notable.

Tout le côté gauche dans son ensemble est le siège d'une hyperesthésie très

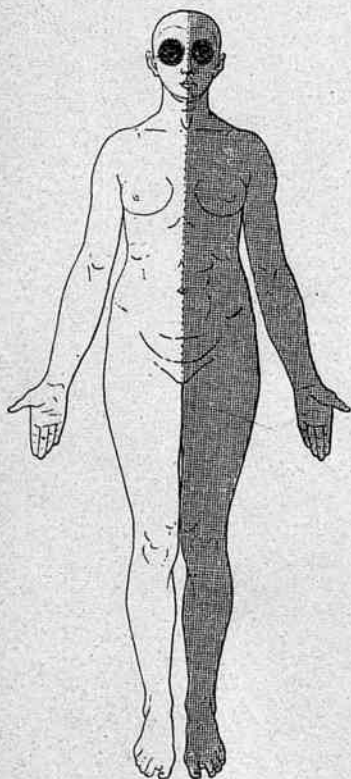


FIG. 44.



Hyperesthésie.

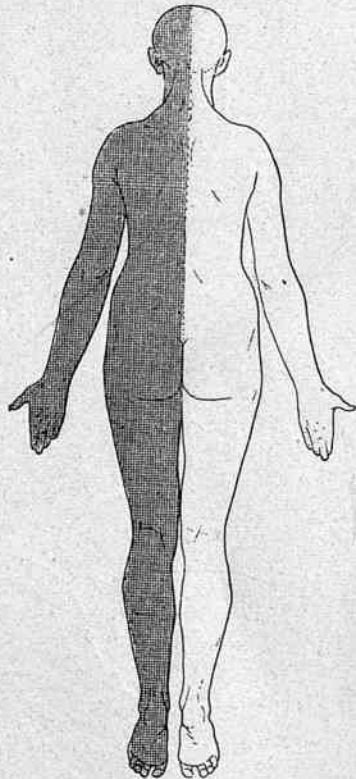


FIG. 45.



Hyperesthésie.

marquée (fig. 44, 45), la pression, même légère, est douloureuse, le plus léger frôlement est extrêmement pénible. Toutefois cette hyperesthésie est particulièrement très marquée: 1° à l'extrémité du gros orteil contracturé dont il est impossible de vaincre la contracture; 2° au pourtour de la hanche gauche (signe de Brodie).

De plus, les yeux sont fermés par une contracture spasmodique des orbicu-

lares (Pl. XIX) ; le droit s'entr'ouvre toutefois légèrement et c'est avec celui-ci

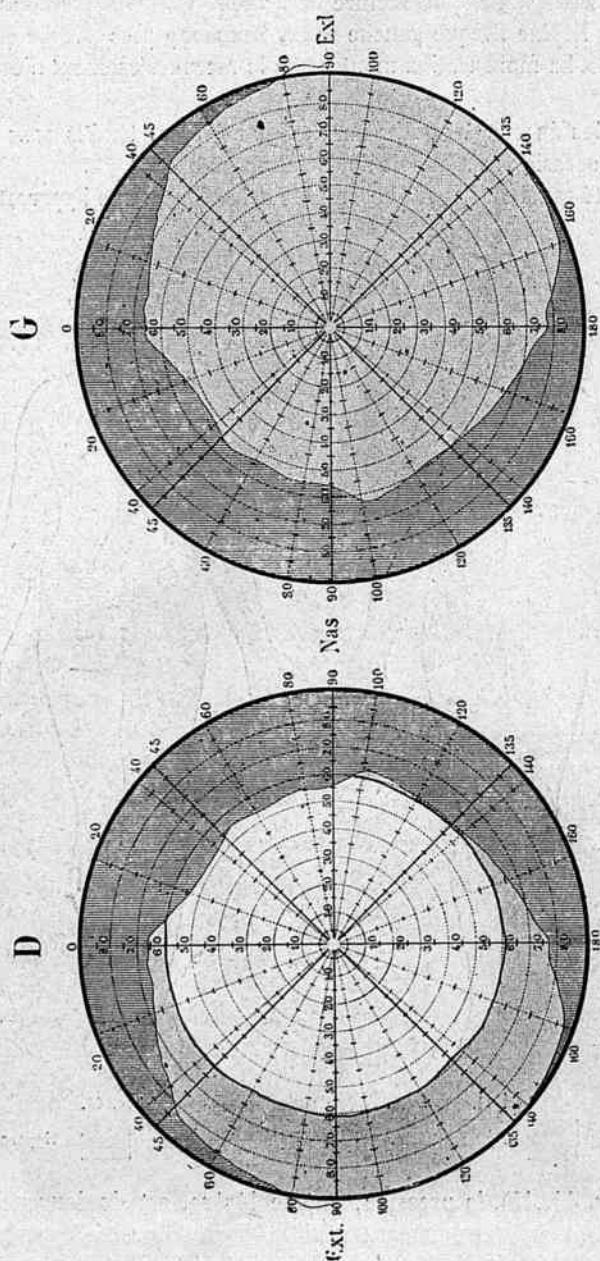


Fig. 46.

qu'elle peut encore se guider. Il présente un rétrécissement à 60 avec dyschromatopsie spéciale (Fig. 46). Conservation unique du bleu et du rouge, ce



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE DERHAUD

BLÉPHAROSPASME HYSTÉRIQUE
(SECTION DES NERFS SUS-ORBITAIRES)

dernier étant situé en dehors. Toutes ces contractures cèdent pendant le sommeil chloroformique qui permet de constater en particulier qu'il n'existe aucune altération osseuse de l'articulation coxo-fémorale gauche. L'œil gauche est complètement fermé; la malade peut toutefois faire mouvoir un peu sa paupière supérieure, mais sans réussir à rompre le spasme. Lorsqu'on lui renverse la tête en arrière, l'occlusion se maintient. On a, du reste, en essayant de l'ouvrir, la sensation nette d'un obstacle actif. La vision est complètement abolie de ce côté.

La malade porte des lunettes à verres fumés, car il existe une photophobie intense.

De plus, les paupières et les régions périorbitaires droites et gauches, sont le siège d'une hyperesthésie exquise; le simple frôlement provoque à ce niveau une douleur extrêmement vive en tout comparable à celle que l'on provoque en passant le doigt sur l'extrémité du gros orteil gauche contracturé. Ces phénomènes d'hyperesthésie sont surtout marqués au niveau de l'œil gauche.

A son entrée à l'hôpital, la malade est soumise à l'usage quotidien des douches, de l'électricité, du fer et d'un régime reconstituant. De plus, on lui fait quitter immédiatement la cuirasse qu'elle porte depuis quatre ans. Tous les jours une séance de massage (effleurage) d'un quart d'heure en trois reprises sur le côté gauche contracturé en insistant sur le membre inférieur et le cou. De même effleurage des régions périorbitaires.

Sous cette influence, il survient un amendement rapide et progressif.

Aujourd'hui, 15 décembre 1888, la malade qui depuis sept ans était contracturée au point que nous avons indiqué, peut aller et venir sans canne. La contracture du gros orteil gauche a cédé; le talon touche presque la terre mais il y a encore un certain degré de contracture des muscles qui entourent l'articulation de la hanche.

L'état de santé général est devenu très satisfaisant.

Le blépharospasme s'est également amendé en ce qui regarde l'œil droit. La photophobie est moins intense, l'œil s'ouvre plus facilement, mais le rétrécissement concentrique et la dyschromatopsie persistent. Le spasme de l'orbiculaire de l'œil gauche reste toujours très accentué, la malade ne peut ouvrir l'œil. L'hyperesthésie de la zone périorbitaire est toujours très marquée au simple frôlement.

(A suivre.)

GILLES DE LA TOURETTE,

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

ANOMALIES DES ORGANES GÉNITAUX

ET DU SENS GÉNITAL CHEZ UN ÉPILEPTIQUE

Les anomalies du sens génital ne sont pas très rares chez les épileptiques et la coïncidence d'un défaut de développement organique avec un défaut de développement de la fonction serait vraisemblablement la règle, si l'on était en mesure de faire un examen complet; toutefois cette observation nous a paru digne d'être signalée, parce qu'il s'agit d'une anomalie peu fréquente. Le malade qui en est l'objet présente d'ailleurs quelques troubles mentaux intéressants.

Boul... (Louis-Jacques-Marie), 32 ans, entré le 14 juin 1888 à l'hospice de Bicêtre (service de M. Féré).

Antécédents héréditaires (renseignements fournis par la mère du malade): *Père*. — Mort en 1881, âgé de 52 ans, d'une affection cardio-hépatique, n'a jamais eu aucune maladie nerveuse; mais après avoir éprouvé des pertes d'argent et des chagrins domestiques, s'adonna à la boisson. Obèse et de constitution pléthorique, il était sujet à des phénomènes congestifs du côté du cerveau qui nécessitèrent souvent la saignée. La *grand'mère paternelle*, âgée de 88 ans, vit encore; elle fut atteinte à 6 ou 8 ans d'une affection osseuse de la jambe, qui entraîna une longue suppuration. Elle avait deux frères, dont l'un devint fou à la suite de pertes d'argent; on l'enferma dans un asile d'aliénés; il s'améliora, mais ne recouvra jamais complètement son intelligence. L'autre mourut soldat en Algérie. Le *grand-père paternel* était un buveur endurci, qui mourut goutteux. Le frère de ce dernier se suicida à 39 ans, après des pertes considérables d'argent.

Mère. — 54 ans, bonne santé habituelle, brune, ni migraineuse, ni nerveuse; mariée à 18 ans, eut à 19 ans une variole légère. A la même époque elle fit une fausse couche à la suite d'une chute — *Grand'mère maternelle*, morte à 84 ans, de vieillesse; n'a jamais présenté aucun symptôme de nervosisme, a toujours joui d'une excellente santé. — *Grand-père maternel*, mort à 79 ans, toujours bien portant. — Un frère de ce dernier, également bien portant, marié, a eu 5 enfants en parfaite santé.

Pas de consanguinité. Les parents de B... ont eu 6 enfants. L'aîné est le malade qui nous occupe. Le second, âgé de 31 ans, célibataire, s'est

toujours bien porté. Le troisième est une fille de 30 ans. A 10 ans elle eut une fièvre typhoïde, quitta sa famille à 20 ans pour vivre avec un amant, dont elle eut un enfant, âgé aujourd'hui de 7 ans et très bien portant. C'est une personne coléreuse, nerveuse, qui cependant n'a jamais eu d'accès convulsifs. Le quatrième enfant est une fille, qui a eu dans son enfance quelques attaques convulsives; elle a toujours été nerveuse. Mariée elle a eu un enfant débile et chétif. Le cinquième enfant est un garçon, mort à 17 ans d'un accident de voiture. Le sixième est une fille, morte à 5 ans, pendant la convalescence d'une scarlatine, de « fièvre cérébrale ».

Antécédents personnels. — Pendant la conception et la grossesse, rien de particulier à signaler. — L'accouchement s'est fait à terme; il a été naturel, sans chloroforme, et le travail a duré 8 heures. A sa naissance, l'enfant était bien portant, ne présentait pas de cyanose, pas d'asphyxie.

Il passa sa première enfance à la campagne, élevé au sein, par une nourrice qui avait un enfant choréique. Il se développa rapidement; il fut toujours fort et vigoureux. A un an, il commença à marcher, à 15 mois il était propre. La dentition se fit à un an, et l'apparition des premières dents ne fut accompagnée d'aucun trouble; mais les molaires percèrent difficilement, on fut obligé d'inciser les gencives, et c'est à ce moment qu'il eut quelques attaques convulsives. Le malade était alors âgé de 16 mois. Précocement au point de vue intellectuel, notre malade connaissait ses lettres à 18 mois; à deux ans, il savait lire. Mis à 3 ans comme externe dans un collège, il apprit rapidement, était doué d'une excellente mémoire. C'est à cet époque qu'apparaissent les premiers accès. A 4 ans il eut la variole, à 5 ans la rougeole, ces deux maladies guérèrent rapidement et sans complications. — A 7 ans, on fut obligé de le retirer de pension, à cause de la fréquence des accès; il continua néanmoins ses études, fut remis et repris plusieurs fois de pension, et rentra définitivement dans sa famille à l'âge de 17 ans. — Là il travailla avec son père comme chemisier et s'acquitta toujours fort bien de son travail. On ne retrouve dans ses antécédents ni masturbation, ni excès vénériens, ni alcoolisme. — Il évitait d'ailleurs de boire des liqueurs, car le plus petit excès lui « troublait la tête ».

Début de la maladie. — Les premiers accès convulsifs observés chez notre malade remontent à la première dentition, à l'âge de 15-16 mois. Il eut à cette époque une seule attaque convulsive, qui ne dura que quelques secondes et fut caractérisée par un début brusque en pleine santé. Les yeux étaient convulsés en haut, la face grimaçante, les membres étaient agités de petits mouvements de flexion et d'extension. La sensibilité et l'intelligence étaient complètement abolies, puis tout rentra dans l'ordre, et la santé parut être aussi parfaite qu'avant l'accès.

A trois ans, à la suite d'une frayeur, le malade a un nouvel accès. Il poussa un cri «maman, maman», et tomba à terre sans connaissance, les yeux sont fermés, les membres raidis; il n'y a pas de convulsion, pas de mouvement. La respiration est pénible, l'inspiration sifflante, la face violacée. Perte com-

plète de l'intelligence et de la sensibilité. Pas d'écume à la bouche, pas de morsure de la langue, pas de miction. L'accès dure ainsi une ou deux minutes et le malade reprend connaissance; la raideur disparaît; il subsiste de l'hébétéude et le retour à l'intelligence ne se fait que 2-3 jours après.

Pendant les six mois qui suivent, la santé fut parfaite; alors survient un nouvel accès. Le malade pousse un cri et tombe à terre. Tous les membres sont raidis, les bras en croix, les jambes légèrement écartées, le pouce serré dans la main fermée, pas de mouvement, ni écume, ni morsure de la langue; l'urine s'écoule au dehors pendant l'accès. Après quelques secondes tout rentre dans l'ordre, et le malade recouvre immédiatement son intelligence.

Jusqu'à l'âge de 7 ans, les accès se renouvellent tous les 3-4 mois, toujours avec le même caractère.

A 7 ans il y a une série d'accès qui font croire à une « fièvre cérébrale ». Après avoir été fouetté publiquement par son maître de pension pour « polissonneries », les accès apparaissent. Ces accès se succèdent à 8-10 heures d'intervalles; ils se répètent au nombre de 6 à 7, avec les mêmes caractères que les précédents. Entre les accès, l'intelligence est troublée, la sensibilité obtuse. Pendant 12 jours le malade a le délire, il déraisonne complètement, ne reconnaît personne, a une fièvre intense, refuse de prendre la nourriture qu'on lui présente. Cependant, peu à peu l'intelligence revient, l'appétit reparait et le malade recouvre la santé.

Les accès ne reparurent plus alors pendant 18 mois, puis bientôt ils se répètent à peu près tous les mois.

De 14 à 18 ans, les accès augmentent de fréquence et d'intensité; l'intelligence cependant est toujours très nette, et jusqu'à ce jour le malade n'a pris comme traitement que, de temps à autre, du bromure.

A 18 ans les accès se répètent tous les quinze jours, et pendant cette année il a une période d'une semaine environ pendant laquelle ils apparaissent tous les jours plus ou moins nombreux. Quatre ou cinq fois il en eut jusqu'à seize en vingt-quatre heures. Pendant toutes ces périodes il fut surexcité: tantôt il se jetait contre les murs, entrant dans des moments de fureur, ou bien tantôt il se croyait fils de Mac-Mahon et appelé à faire de grandes choses. Malgré cela l'appétit est conservé, il mange beaucoup à tous ses repas, et ne présente aucun trouble digestif. La nuit, en dehors des accès, la phase d'excitation paraît se calmer et il dort d'un profond sommeil.

Peu à peu les accès paraissent diminuer de fréquence, et ils ne se montrent bientôt que toutes les trois semaines.

A partir de 19 à 20 ans, les accès se sont toujours répétés à des intervalles plus ou moins réguliers et toujours avec les mêmes caractères; il n'a plus eu des séries d'accès; mais, quelques jours avant le paroxysme, son caractère change, il devient maussade, colère, sombre, et l'accès une fois passé il a souvent des phases d'excitation qui durent plus ou moins longtemps. Quelquefois elles n'apparaissent pas immédiatement après l'accès, mais vingt-

quatre à trente-six heures après. Jamais il n'aurait eu de phases d'excitation sans accès.

L'intelligence aurait diminué progressivement depuis l'âge de 18 ans. A partir de cette époque jusqu'à son entrée à l'hospice il aurait pris tous les jours de 6 à 7 grammes de bromure.

État actuel. — Le malade entre le 14 juin 1888 à l'hospice. Le facies exprime l'hébétude, son regard est froid, furtif, il baisse les yeux quand on lui parle, il y a de l'égarément dans sa physionomie.

D'apparence robuste, il a 1^m70 de hauteur et 1^m76 d'envergure. Le système pileux est très développé sur la face, le crâne et les membres inférieurs; le thorax et les membres supérieurs sont presque complètement glabres.

La tête est régulièrement conformée. Les cheveux noirs, crépus, abondants, frisés, rappellent un peu ceux du nègre. La ligne d'implantation s'arrête en avant à 6 centimètres au-dessus de la bosse nasale, laissant le front découvert; en arrière le tourbillon se trouve fortement rejeté vers la droite et un peu en haut. Les bosses pariétales, frontales et la protubérance occipitale sont saillantes.

Les diamètres de la tête sont :

Diamètre naso-occipital.....	18.5
— antéro-post-maximum.....	19
— bi-auriculaire.....	14.3
— bi-temporal.....	16.4
— transverse maximum.....	16.4
— frontal minimum.....	12.4
Circonférence horizontale.....	57

La face est régulière, pas d'asymétrie; la barbe, les moustaches, les sourcils sont très développés, ces derniers se rejoignent sur la ligne médiane.

Les yeux sont enfoncés sous une arcade sus-orbitaire très saillante; ils sont petits, la fente palpébrale n'a que 2 centimètres et demi de longueur. L'iris est brun des deux côtés, pas d'asymétrie chromatique. La pupille est rejetée en haut; elle réagit à la lumière et à l'accommodation.

Le nez est très développé, large à la base, s'effilant un peu près de la racine.

Les lèvres sont épaisses; la bouche est rejetée du côté droit lorsque le malade rit et quelquefois lorsqu'il parle, mais il n'y a pas de paralysie faciale, et cette déviation paraît résulter d'un tic. En effet, le malade peut siffler, souffler facilement.

Les mâchoires ne présentent rien d'anormal si ce n'est le développement de l'apophyse lémurienne. Les dents sont plantées irrégulièrement, les molaires presque toutes cariées, et, du côté gauche, il n'y a plus que des fragments de racines. La langue n'est pas déviée, il n'y a pas de tremblement.

Le pavillon de l'oreille présente une malformation congénitale portant surtout sur la conque. L'hélix est bien conformé à la partie supérieure; mais

en arrière la cavité de l'hélix fait défaut. L'anthélix est saillant, sa fossette profonde. Le tragus et l'antitragus sont régulièrement conformés. Le lobule est adhérent. Quant à la conque, elle n'existe réellement qu'à la partie supérieure, où elle a sa profondeur normale; à la partie inférieure elle est rejetée en dehors, de sorte que sa cavité n'existe plus et que son fond se trouve presque sur le même plan que l'antitragus. Il en résulte que l'orifice du conduit auditif externe a la forme d'une fente de 5 millimètres de largeur dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Malgré cela, pas de troubles de l'audition.

Le thorax est normal, on ne trouve aucun signe de rachitisme. Le système pileux y est peu développé, à peine rencontre-t-on quelques poils autour du mamelon. En arrière, on constate sur la peau une légère éruption d'acné. La colonne vertébrale est déviée, il y a une légère courbure latérale à concavité gauche, courbure portant surtout sur la région dorsale. Cette déformation, d'ailleurs peu accusée, n'entraîne aucune gêne fonctionnelle.

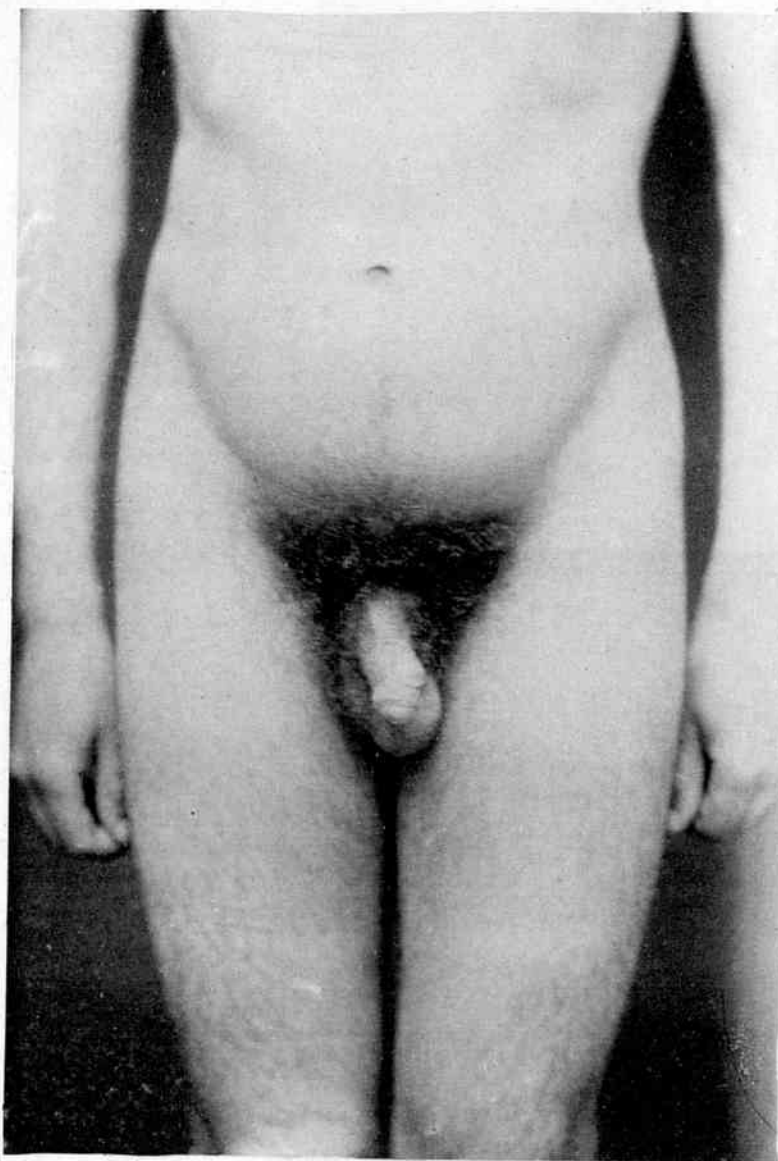
Aux membres supérieurs, même absence de poils que sur le thorax. Les muscles y sont bien développés et paraissent puissants; cependant la pression d'un dynamomètre par la main droite ne fait avancer l'aiguille que jusqu'au 39 de l'échelle et celle de la main gauche jusqu'au 32. La longueur du membre supérieur prise de l'acromion à l'extrémité du médius est de 76 centimètres.

L'abdomen ne présente rien d'anormal, les poils du pubis sont abondants, mais leur ligne d'implantation s'arrête brusquement et ils ne se continuent pas sur l'abdomen. Quant au pénis, il est le siège d'une malformation congénitale consistant en une torsion sur son axe et en un changement de direction.

De forme cylindrique la verge est terminée à son extrémité antérieure par un gland conoïde que ne recouvre pas le prépuce à l'état normal. Au sommet du gland on aperçoit le méat urinaire dirigé transversalement de droite à gauche, le frein du prépuce se trouve ainsi situé sur la face gauche. La verge a subi un mouvement de torsion qui fait que sa face inférieure regarde à gauche (Pl. XXI); cette torsion portant seulement sur la moitié antérieure de l'organe ne disparaît pas dans l'érection.

Outre cette torsion suivant l'axe, il existe encore un changement de direction longitudinale. La partie postérieure de la verge a sa direction normale, mais toute cette portion qui a subi le mouvement de torsion se porte obliquement à droite de façon à faire avec la première un angle obtus ouvert à droite, et, au niveau de la couronne, existe un nouvel angle obtus, mais ouvert à gauche, le gland tendant à prendre la direction normale. Il en résulte que la verge présente une déviation en baïonnette peu accusée à l'état de repos, mais devenant très manifeste pendant l'érection.

L'urètre participe à la déviation de la verge. Pour nous en rendre compte, nous avons introduit une sonde en gomme n° 17. Le cathétérisme a été très facile, la sonde n'a rencontré aucun obstacle; son introduction fait en partie disparaître la déviation longitudinale et, à travers les parois du canal,



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIC BERTHAUD

ANOMALIE DES ORGANES GÉNITAUX
CHEZ UN ÉPILEPTIQUE

nous avons pu en suivre le trajet. L'urètre occupe d'abord la face latérale gauche de la verge dans toute sa moitié antérieure. A partir de ce point, il descend, toujours sur le côté gauche du pénis, obliquement en bas et en arrière de façon à se trouver à sa face inférieure au niveau de la racine des bourses. A partir de ce point, la direction de la sonde sentie à travers le périnée paraît être normale.

A l'état de repos, la longueur de la verge est de 8 centimètres sur la face supérieure. La circonférence prise au niveau du gland est de 8 centimètres, la longueur de ce dernier de 2^{cent.} 3.

Au moment de l'examen, les bourses étaient rétractées et laissaient percevoir à la palpation deux testicules dont le volume égalait à peine celui d'une petite noix. Le testicule droit paraît être plus élevé et situé sur un plan plus antérieur que le gauche.

Malgré les changements de direction portant sur le pénis et l'urètre, l'évacuation de l'urine et du sperme se fait bien, le malade a des éjaculations nocturnes et involontaires.

Quant aux membres inférieurs, ils sont régulièrement conformés. Les poils y sont très abondants. La voûte plantaire est bien accentuée, le gros orteil n'est pas rejeté en dedans.

Les fonctions digestives s'accomplissent parfaitement.

La motilité et la sensibilité ne sont pas altérées ; on ne trouve ni anesthésie ni hyperesthésie.

Aucun trouble du côté des organes sensoriels ; il entend, voit, sent, perçoit les saveurs dans des conditions en apparence normales.

L'intelligence est un peu obtuse, même en dehors des accès ; il répond aux questions qu'on lui pose avec un air embarrassé, une certaine timidité, il donne des explications fantaisistes aux faits qu'il observe. Il insiste particulièrement sur l'influence que les changements de lune ont sur l'apparition des accès. Très docile en dehors des accès, on l'emploie à des travaux pénibles dont il s'acquitte parfaitement.

Quant au sens génésique, il paraît complètement aboli. Jamais d'érection en dehors des accès ou des rêves, il ne se masturbe pas, ne s'est jamais livré au coït et les femmes lui causent de la répulsion. Cependant il dit avoir éprouvé, à la vue de certaines femmes, une « sensation spéciale », un trouble qu'il ne peut définir, mais qui est plutôt pénible. Il s'en écarte instinctivement.

Il a cependant des rêves de femmes ; quelquefois c'est à la suite de ces rêves qu'il a des pollutions nocturnes, d'autres fois celles-ci apparaissent pendant l'accès mais toujours sans aucun plaisir.

Description d'un accès. — Prodromes. — La veille ou l'avant-veille de ses crises, le caractère du malade change brusquement, il devient agacé, maussade ou d'autres fois il rit continuellement et sans cause.

Aura. — Au moment de l'accès, il paraît avoir de l'hyperacousie, il prétend qu'il entend beaucoup mieux, et il sent autour de lui des odeurs agréables.

Accès. — Le malade pousse un cri et tombe à terre. Les yeux se ferment, la figure devient rouge, les dents claquent, la langue est mordue quelquefois, les bras sont agités de petits mouvements de peu d'étendue; les jambes légèrement écartées sont contracturées dans l'extension et complètement immobiles. Une écume blanchâtre apparaît sur les lèvres. La respiration est rapide et sifflante, mais il n'y a pas de tremblement.

La verge est en demi-érection, il y a écoulement de sperme.

L'accès dure sept à huit minutes, et le malade se relève; il accuse un violent mal de tête pendant toute la journée et ses idées restent confuses.

15 juin. — Pendant toute la journée le malade rit sans cause et à chaque instant.

16 juin. — Série de cinq accès dans la journée, à la suite desquels il reste hébété.

17 juin. — Deux accès et un vertige.

18 juin. — Deux accès et un vertige.

19 juin. — Un accès et un vertige.

23 juin. — Le malade, dont l'intelligence était restée obtuse à la suite de cette série d'accès, revient complètement à lui.

26 juin. — Un accès de jour.

3 juillet. — Un accès dans la journée.

4 juillet. — On ordonne 4 grammes de bromure par jour.

Il a eu huit accès et un vertige en juillet; sept accès et un vertige en août. Un accès le 4 septembre.

6 septembre. — Accès pendant la nuit.

A son réveil, le malade commence à déraisonner, il se figure issu d'une famille princière d'Allemagne. Il écrit deux lettres dans lesquelles règne la plus grande incohérence; l'idée dominante est qu'il se croit appelé à régénérer la France. A certains moments il se figure être « le général Boulanger » devant bientôt jouer un rôle politique.

7 septembre. — Pendant la nuit il a dormi quelques heures, puis à son réveil il a repris ses idées de grandeur.

8 septembre. — Le délire persiste toujours, il prétend que sa mère descend de Bismarck, se croit prophète destiné à accomplir de hauts faits, se figure avoir de l'influence sur la famille Bonaparte.

10 septembre. — L'état s'est amélioré. L'excitation est moins forte, il raconte que, depuis qu'il est entré à la section, il lui « semble » que tous les faits qui s'y sont accomplis, toutes personnes qu'il y voit, il les avait déjà vus antérieurement en rêve à la suite d'accès. Aujourd'hui le malade paraît ne pas être certain de ce qu'il avance; il répète toujours « il semble » mais jamais il n'affirme.

11 septembre. — Un accès de nuit, un vertige.

12 septembre. — Un accès de jour.

13 septembre. — Pas d'accès, le délire continue toujours avec la même forme.

14 septembre. — A eu des cauchemars pendant la nuit, mais est beaucoup moins surexcité.

16 septembre. — Le malade est revenu à son état normal.

19, 20, 21, 24 septembre. — Un accès par jour, mais les idées de grandeur n'ont pas reparu.

8 octobre. — Trois accès de jour. — 9, Un accès de nuit. — 10, Un accès de jour.

15 octobre. — Les idées de grandeurs reparaissent quoique depuis quatre jours il n'ait pas eu d'accès.

Il se croit appelé à faire de grandes choses. Il a confiance en de certaines prédictions qu'« on » lui aurait faites. Il parle beaucoup de certaines personnes qui conduisent les événements, lui font fréquenter des personnages, tout cela dans une direction de grandeur. Ces certaines personnes, il ne les désigne pas, il les qualifie de « on ».

A certains moments il paraît se rendre compte que ce qu'il raconte et que les explications qu'il donne sont erronées ; il appelle cela du « rabâchage » et déclare qu'il se sent devenir tout à fait « toqué ».

18 octobre. — Le délire a cessé complètement, le malade est rentré dans son état normal.

6 novembre. — Un accès de jour.

8 novembre. — Depuis son dernier accès, le malade a été très agité. Il prétend que tout ce qu'il a lu lui revient à la mémoire et l'obsède pour ainsi dire.

Il tousse depuis hier 2 heures et demie. Les dents sont serrées, il semble avoir un peu de trismus. On augmente de 1 gramme la dose de bromure, 5 grammes.

En décembre. — Cinq accès et deux vertiges sans excitation psychique.

En janvier. 1889. — Trois accès.

3 février. — Quatre accès de jour. Il est dans une période d'excitation. Il parle de la France, de l'Angleterre. Il n'y a aucune suite dans ses idées. Il écrit une lettre au directeur du *Petit journal* au sujet de caricatures, et il lui adresse un carnet qu'il intitule le catalogue de ses caricatures, et qui n'est que le relevé des différentes gravures reproduites dans les divers journaux.

4 février. — La période d'excitation persiste avec les mêmes caractères. Aujourd'hui deux vertiges.

5 février. — Un accès de nuit. Agitation toute la nuit. On a été obligé de le mettre en cellule. Il n'a fait que parler de la France, de l'Angleterre, du général Boulanger.

6 février. — Toujours très agité.

7 février. — L'agitation a diminué considérablement.

La torsion de la verge, qui constitue l'anomalie la plus intéressante chez ce malade, est une anomalie qui paraît exceptionnelle. Demarquay, dans son *Traité des maladies du pénis*, n'en cite que trois cas, et

ce sont les mêmes qui figurent dans les articles les plus récents sur la question. Le malade de Godard était monorchide, celui de Verneuil avait un hypospadias, celui de Guerlain avait une verge très petite. Notre malade est microrchide. Cette anomalie ne paraît pas exister à l'état d'isolement, elle est par conséquent moins bénigne qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

CH. FÉRÉ,

Médecin de Bicêtre.

E.-V. PERRUCHET,

Interne provisoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE L'ACROMÉGALIE¹

Après avoir rapporté les observations cliniques et étudié les symptômes et les caractères par lesquels se révèle l'acromégalie, nous allons examiner les lésions anatomiques dont elle s'accompagne. Ici les documents sont moins abondants et moins complets. Nous n'avons eu jusqu'ici l'occasion de faire l'autopsie que d'un seul cas, et nous ne disposons que de rares autres autopsies faites par différents auteurs et encore quelques-unes de celles-ci contiennent-elles fort peu de détails. Quoi qu'il en soit, il nous sera facile de montrer, qu'au point de vue anatomo-pathologique, l'acromégalie revêt des caractères qui ne sont ni moins nets ni moins stables que ceux qui la distinguent au point de vue clinique.

Autopsie de l'Observation V (Saucerotte). — A la mort de cet individu, sa femme s'est opposée à ce qu'on fît l'autopsie ; elle poussa même, comme dit Saucerotte, le culte pour la mémoire de son mari jusqu'à venir prendre près du cimetière un logement d'où elle ne perdait point de vue la tombe. Ce n'est donc que de nombreuses années après, lorsque la femme fut elle-même morte, que Saucerotte put se procurer les os de cet homme ; il en envoya à l'Académie de médecine le sternum, une clavicule, et une côte droite. (Catalogue, musée Dupuytren, n° 435.) Voici la description donnée de ces os par M. Houel :

Sternum. — La première pièce est détachée de la seconde, mais toutes les autres sont solidement soudées. La longueur totale de cet os est de 25 centimètres ; la largeur de la poignée prise au niveau des surfaces articulaires des cartilages de la première côte est de 9 centimètres. L'appendice xyphoïde a 6 centimètres de long sur près de 3 de large. Le poids de l'os entier est de 49 grammes ; son épaisseur à la partie moyenne est de 12 centimètres.

Clavicule. — Cet os a 16 centimètres de long ; son corps, quoique développé, n'a rien d'extraordinaire. C'est principalement sur les extrémités

1. Voy. les nos 5, 6, t. I, 1888 et les nos 1, 2, t. II, 1889.

qu'a porté l'hypertrophie. La surface qui s'articule avec le sternum a 3 centimètres de diamètre antéro-postérieur et 4 dans le sens vertical.

Côte. — Elle est grande et forte; c'est une côte sternale; sa longueur mesurée à l'aide d'un fil qui en suit la courbe est de 355 millimètres; le poids de cet os est de 35 grammes.

Autopsie de l'Observation VI (Verga). — A l'autopsie dont la relation est due au Dr A Pedretti on trouva un cadavre dont la nutrition avait été bonne et riche en graisse. Du pus se trouvait encore dans les méats auditifs externes.

Lors de l'ouverture du crâne il s'écoula une sérosité sanguinolente. Ce qu'il y avait de plus notable dans cette cavité était une tumeur du volume d'une grosse noix étendue sur la selle turcique, comprimant et déplaçant les nerfs optiques et les éminences maxillaires, et s'enracinant par des pédoncules dans le corps de sphénoïde. On n'a pas trouvé de glande pituitaire, de sorte qu'on ne sait si celle-ci avait disparu sous la pression de la tumeur, ou si la tumeur n'était pas simplement une dégénération de cet organe. Le poids de toute la masse encéphalique était de 1,295 grammes.

Dans les poumons on trouva un emphysème périphérique des deux poumons avec deux tubercules crétacés de la grosseur d'un petit pois au sommet du poumon droit et trois au sommet du gauche; cœur d'un volume double de ce qu'il est à l'état normal, aorte un peu rétrécie.

Dans le ventre rien à part l'hypertrophie du foie... Le crâne est mal conformé, acuminé, mais de dimensions ordinaires, celles au contraire de la face et spécialement des maxillaires sont évidemment exagérées.

	Millimètres.
La hauteur maxima des os propres du nez est de.....	35
Hauteur de la mâchoire supérieure, de l'alvéole de la canine au sommet de l'apophyse ascendante.....	86
Hauteur de la symphyse du menton.....	52
Longueur d'une ligne passant d'un bord palatin du maxillaire supérieur à l'autre, le long de la racine des dents.....	150
Longueur d'une ligne suivant toute la base du maxillaire inférieur.....	250
Longueur de la courbe palatine.....	60
Longueur d'une ligne descendant du centre de la suture coronale, le long des os du nez jusqu'au menton.....	300

La partie qui est le plus prononcée dans les maxillaires est le bord alvéolaire, et c'est pourquoi le maxillaire supérieur se montre prolongé au niveau de ses parties latérales et apophyses ptérygoïdes. Malgré un aussi grand travail morbide et malgré l'âge de cinquante-neuf ans, les dents sont restées à leur place, seules les dernières grosses molaires manquent.

En outre du développement des os de la face, celui de quelques épines osseuses mérite d'être remarqué: celle du nez est longue de 10 millimètres; l'apophyse cristagalli mesure 17 millimètres. — Il faut aussi noter le développement des lignes verticales qui séparent sur chaque maxillaire la fossette canine de la fossette myrtiliforme.

Il faut aussi remarquer que le trou occipital est dans son ensemble petit, son plus grand diamètre est dans le sens transversal, la gouttière basilaire est plutôt courbe qu'excavée, la selle turcique gravement déformée et altérée.

Il ne s'agit ici ni d'hypertrophie vraie, ni d'hyperostose, ni de sclérose, car il n'y eut pas d'augmentation contemporaine de densité et de poids des os, et même les os de ce crâne présentent de l'amincissement; plusieurs des os sont réellement foliacés et transparents; seul l'os frontal montre un certain développement de sa partie spongieuse; parmi les sutures on ne trouve de complètement soudées que la zygomatiko-temporale droite et la partie gauche de la lambdoïde, sur aucune d'elles il n'y a de vestiges de petits os surnuméraires; tout le canal palatin ou incisif est ouvert en bas. Ceci montre que les os avaient une puissance inférieure qui les portait non à grossir et à durcir, mais à s'allonger et à se dilater et en même temps à s'éloigner les uns des autres.

Mais cela, je le répète, est spécial à la face, car le crâne tant par ses diamètres n'excède pas de beaucoup les mesures ordinaires. Et tandis que les trous de la face pour le passage des vaisseaux et des nerfs sont amples, ceux de la base du crâne sont plutôt rétrécis; en particulier le trou occipital et les trous déchirés postérieurs dont le gauche est spécialement oblique et très étroit. C'est pour cela que je considère ce crâne comme un très beau et très rare exemple de *prosopectasie*, voulant d'un seul mot indiquer ce vice de nutrition et de développement général dont le symptôme principal est « l'agrandissement monstrueux de la face. »

L'auteur ajoute en note : « Si la tendance à l'accroissement avait été plus précoce et plus générale, il en serait probablement résulté une *géante* qu'on aurait pu montrer en public comme un phénomène extraordinaire. Mais la taille de cette femme ne dépassa pas 1^m71. Les os en particulier étaient également de dimensions vulgaires. Nous conservons de son squelette un radius, un scapulum et une clavicule. Eh bien le radius est mince, long de 230 millimètres; sa plus grande circonférence, à l'endroit où la crête est le plus prononcée, est de 50 millimètres. Le scapulum est foliacé, semi-transparent, et ne présente de particulier que l'incisure sus-épineuse convertie en un trou parfait par une languette osseuse qui passe au-dessus, et un développement un peu supérieur à la normale de la cavité glénoïde et de l'acromion. La clavicule a des courbures assez prononcées; en les suivant on obtient une longueur de 165 millimètres; sa face inférieure vers l'extrémité humérale est assez rugueuse pour l'attache des ligaments et des muscles propres ».

Autopsie de l'Observation IX (Brigidi). — La longueur totale du corps était de 1^m66. — La distance comprise entre le sommet et l'épaule et l'extrémité du doigt médium, de 81 centimètres. L'index à lui seul avait une longueur de 41 centimètres. Tous les doigts étaient noueux au niveau des articulations.

La distance comprise entre l'épine antéro-supérieure de l'os iliaque et la face inférieure du talon était de 102 centimètres, dont 53 centimètres entre l'épine iliaque et le bord inférieur de la rotule à la malléole interne; 4, 5 centimètres entre celle-ci et la face inférieure du talon.

Les pieds étaient gros et présentaient une déviation tenant un peu du varus et un peu de l'équin. Sur le pied droit on voyait en outre le gros orteil luxé en dedans de sorte que son extrémité libre reposait sur la racine du médus; sur ce gros orteil existait la luxation en bas et en dedans de la phalangette sur la phalangine, et cette même altération se retrouvait encore sur le médus, mais à un degré moins prononcé. Sur le pied gauche on n'appréciait pas de difformités notables, sinon celles des doigts pliés en marteaux.

La poitrine dont la forme a été décrite plus haut présentait de chaque côté, au niveau de l'union des cartilages costaux avec les côtes, une série de petits gonflements ayant beaucoup de ressemblance avec ceux du chapelet rachitique: du bord sternum au sommet de l'appendice ensiforme 14 centimètres; de la ligne médio-axillaire d'un côté à celle du côté opposé, à la base, 34 centimètres; — de la colonne vertébrale au sternum, à la base de la poitrine, 33 centimètres.

La circonférence de la cavité thoracique au dessous de l'angle des omoplates jusqu'au sommet du sternum était de 114 centimètres.

Mais les plus grandes irrégularités et les plus grandes disproportions se notent à la tête.

Celle-ci considérée en masse était très volumineuse et présentait des caractères spéciaux soit du côté du crâne, soit du côté de la face. Le crâne était nettement dolichocéphale; la face présentait un prognathisme très marqué par suite de l'allongement du maxillaire inférieur.

Au-dessous de l'arcade orbitaire gauche était implanté dans l'épaisseur de la peau un kyste sébacé du volume d'une noisette.

	Millimètres.
Diamètre occipito-frontal	222
— bitemporal	163
— fronto-mentonnier	246
— occipito-mentonnier	258

Circonférence de la base du crâne en passant par la protubérance occipitale externe, au-dessus des oreilles et par la glabelle, 624 millimètres.

Le nez avait 10 centimètres de long, 5 de saillie et 3,5 centimètres de base.

Une autre partie du corps présentait des dimensions peu ordinaires, c'était la verge qui avait une longueur de 18 centimètres.

Chez Ghirlenzoni, le nez représentant une longueur de 100 millimètres il en résulterait que le diamètre fronto-mentonnier aurait dû être de 300 millimètres, tandis qu'en réalité il était seulement de 246 millimètres.

« Après avoir enlevé le cuir chevelu, entre l'occipital saillant et les pariétaux déprimés on nota une saillie d'une hauteur de 55 millimètres; sur le

restant de la face externe du crâne on ne constata aucune autre irrégularité.

La cavité crânienne une fois ouverte avec la scie, ce qui frappa tout de suite l'attention fut la petitesse et la forme du cerveau comparées à la forme et au volume que présentait extérieurement le crâne. Tandis que celui-ci paraissait volumineux et allongé dans le sens du diamètre antéro-postérieur, le cerveau se montrait petit plus qu'à l'ordinaire et avait une forme comme sphérique. Quelle pouvait être la raison d'une telle disproportion? Elle reposait sur deux faits faciles à apprécier. Le premier consiste dans l'amplitude vraiment extraordinaire des sinus frontaux; le second dans l'épaisseur qu'avait acquise l'occipital au niveau du pressoir d'Hérophile. En fait les sinus frontaux offrent d'avant en arrière une dimension de 33 millimètres c'est-à-dire 17 millimètres de plus que la moyenne établie par Parchappe; l'occipital a une épaisseur de 26 millimètres c'est-à-dire surpasse de 16 millimètres la moyenne fixée par le même auteur.

Sur la face interne de la calotte on ne nota aucune autre particularité sauf la synostose des sutures et l'augmentation de volume et de vascularisation des os, tout le long et sur les côtés de la suture sagittale.

A quelle cause fallait-il attribuer la dilatation des tissus? Principalement à l'atrophie du cerveau, mais je crois aussi qu'il fallait admettre une autre cause coefficiente, celle-là même à laquelle est dû le développement extraordinaire des fosses nasales, et dont je me réserve de parler plus loin.

Après avoir incisé la dure-mère, on trouva une pachyméningite hémorragique étendue (que Brigidi pense avoir existé pendant la vie et avoir peut-être même été la cause des idées de suicide par suite du trouble des facultés mentales que sa présence avait dû amener).

Le cerveau est petit, sphérique avec la pie-mère opaque et parcourue de nombreuses arborisations veineuses grandes et petites. Cette membrane, au niveau de la convexité des hémisphères, avait son tissu infiltré d'une quantité notable de sérosité limpide, et se laissait sans aucune résistance détacher des circonvolutions. Mis à découvert, le centre ovale fut trouvé pâle et consistant. Dans les ventricules latéraux et dans le troisième ventricule il y avait environ 20 grammes de sérum limpide. Pour le reste de l'encéphale rien de notable, sauf la pâleur et l'augmentation de la consistance. Cette dernière révélait les habitudes d'intempérance de Ghirlenzoni; elle provenait de l'hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel. Quelquefois même, on le sait, chez les ivrognes cette hyperplasie en arrive à mériter le nom de fibrome diffus, et parfois se termine par la sclérose en plaques... Dans l'encéphale de Ghirlenzoni on ne fit pas de recherches microscopiques par suite de la putréfaction déjà avancée; mais il semble pour les raisons susdites que cette dureté excessive ne puisse se rapporter à une autre cause.

En enlevant le cerveau, deux faits également surprenants vinrent frapper l'attention; le volume hypertrophique de la glande pituitaire et la présence de deux ostéophytes styloïformes, symétriquement disposés sur les parties

latérales de la selle turcique, dans les fosses médiane et latérale de la base du crâne.

La glande pituitaire pesait 14 grammes, elle était de forme irrégulièrement sphéroïde, avait son diamètre antéro-postérieur de 29 millimètres, le transverse de 38 millimètres, et son épaisseur variait entre 12 et 19 millimètres. La coupe était grisâtre avec des taches jaunâtres çà et là; la consistance était partout assez grande sauf dans le segment supérieur qui offrait une mollesse à peu près égale à celle de la pulpe cérébrale. L'examen microscopique de fines parcelles de cet organe montra une texture variée. Dans quelques endroits la trame conjonctive était développée, tandis que ses interstices apparaissaient grands et vides, peut-être parce que, contenant une substance fluide ou semi-fluide, celle-ci s'était dispersée en faisant les préparations. Dans d'autres places c'était une texture semblable à celle de la substance médullaire des glandes lymphatiques; les vides ne se montraient plus, ou bien il n'y en avait que de légères traces, et en revanche le tissu était tout infiltré d'éléments cellulaires petits et faiblement granuleux. Mais, en général, la trame conjonctive présentait un développement hypertrophique et était parcourue de vaisseaux sanguins d'un diamètre proportionnellement considérable.

Les cellules contenues dans les interstices étaient de forme et de volume très variables; les plus petites mesuraient en moyenne de 8 à 10 μ , et les plus grandes 18 à 25 μ de diamètre. Quelques-unes avaient un protoplasma finement granuleux et étaient pourvues d'un ou de plusieurs noyaux, tandis que d'autres se montraient homogènes, claires, brillantes, en un mot avaient succombé à une dégénération analogue à la colloïde. Dans certains endroits où le tissu connectif était plus développé, on ne voyait pas d'éléments globulaires, mais les interstices étaient remplis tantôt d'une matière granuleuse avec quelques gouttelettes de graisse et tantôt d'une substance claire, homogène, identique à celle qui infiltre les cellules dont il a été parlé plus haut. Quant aux éléments nerveux, fibres et cellules, je n'ai pu en observer en aucun point de mes nombreuses préparations, de même que je n'ai pu non plus réussir à voir le canal central revêtu d'épithélium.

Des deux apophyses styloïdes (clinoïdes) la droite avait une longueur de 11 millimètres, et la gauche de 13 millimètres. Actuellement ces productions morbides ne s'observent plus car elles se sont rompues pendant la préparation du squelette, seules leurs bases, de forme pyramidale, subsistent. Ces apophyses étaient cachées dans les anfractuosités qui séparent la première et la seconde circonvolution sphénoïdale, et au moment où le cerveau fut enlevé, elles se montrèrent dégainées comme une épée hors de son fourreau.

La masse de l'encéphale entier pesait 1,275 grammes.

La base du crâne se distinguait par (fig. 47) de nombreuses singularités; elle était large et inclinée moins que d'habitude d'avant en arrière, de sorte que les fosses occipitales paraissent être presque au même niveau que les fosses

moyennes. Au centre, la fosse pituitaire attirait l'attention par ses dimensions inusitées; de fait le diamètre antéro-postérieur était de 30 millimètres, le transverse de 40 millimètres, sa profondeur variait entre 18 et 21 millimètres. Du bord postérieur de cette fosse s'élevait perpendiculairement, sur une hauteur de 14 millimètres, une lame très mince de substance compacte de forme carrée interrompue seulement à sa partie médiane par une fine

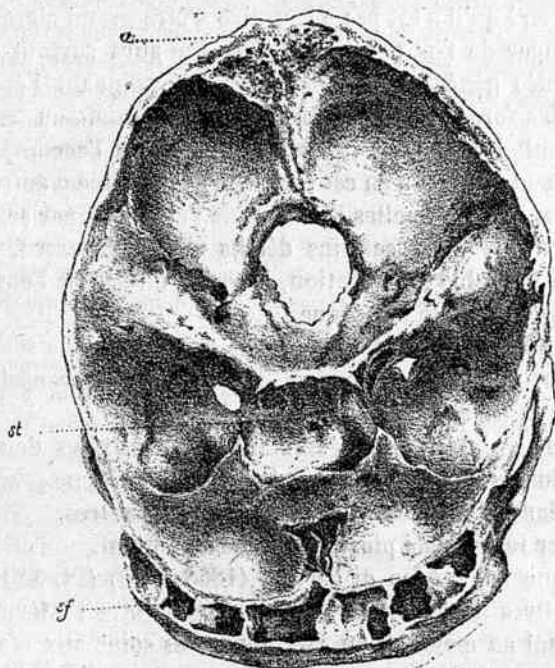


FIG. 47. — Acromégalie (Brigidi).

membrane fibreuse. Les autres fosses de la base du crâne se montraient toutes moins creuses que d'habitude; les fosses sphénoïdales avaient leur surface irrégulière par suite de diverses proéminences terminées en pointes, et séparées entre elles par des sillons plus ou moins profonds. De plus, les os de la base du crâne se montraient assez vascularisés et riches en substance médullaire.

(A suivre).

PIERRE MARIE.

LES MALADES DANS L'ART¹

On comprend qu'il n'est pas nécessaire d'être grand clerc en médecine pour juger de l'œuvre d'un artiste qui aura surtout cherché à exprimer l'idée générale de la maladie, en peignant l'épuisement, l'abandon des forces qui font comme le fond commun de tous les désordres pathologiques, et la douleur qui en est l'accompagnement le plus fréquent. Mais il n'en est pas de même, en face d'autres œuvres plus précises, dans lesquelles l'homme de l'art peut, par ses connaissances spéciales, relever certains détails restés inaperçus, donner à d'autres leur véritable signification, juger en un mot de l'ensemble au point de vue de la vérité technique.

Nous n'oublions pas que tel est le rôle que nous nous sommes assignés, bornant nos efforts à fournir à la critique les renseignements spéciaux que nous sommes à même de lui donner.

Malgré l'inégal intérêt que présentent à nos yeux les deux catégories de spécimens que nous venons de signaler, nous ne pouvons nous dispenser néanmoins de citer les uns comme les autres.

Au premier rang, voici plusieurs scènes d'hôpital.

Une fresque de Taddeo di Bartolo (1363-1422) (Pl. XXII) un des derniers maîtres de l'école siennoise, nous montre l'intérieur d'une salle d'hôpital au moment où l'on donne les soins aux malades. La reproduction au trait que nous en donnons nous dispense de longs commentaires. Elle a surtout un intérêt au point de vue des mœurs et des usages hospitaliers de l'époque, et le lecteur pourra y relever plus d'un détail curieux.

Une miniature du xv^e siècle nous montre une salle de malades à l'Hôtel-Dieu. Elle provient d'un manuscrit sur vélin composé sur l'ordre et aux frais de maître Jehan Henry, conseiller du roi, président de la Chambre des enquêtes de la cour du Parlement, chantre de l'église et proviseur de l'Hôtel-Dieu de Paris, pour célébrer les louanges de l'Hôtel-Dieu, et faire connaître l'administration de cet hôpital au temporel et au spirituel².

1. Extrait du livre : *Les Diffformes et les malades dans l'art*, par J. M. Charcot (de l'Institut) et Paul Richer qui vient de paraître à la librairie Lecrosnier et Babé.

2. Nous avons trouvé l'indication de ce document, en même temps que sa reproduction, dans le *Magasin pittoresque*, 1879, p. 141.



FRESQUE DE L'HOPITAL DE SIENNE

PAR TADDEO DI BARTOLO.

Cette peinture a surtout un intérêt historique. On y voit les malades couchés à deux dans un lit, recouverts jusqu'au cou par des draps



FIG. 43. — AGROS CURARE.

Bas-relief en terre cuite émaillée ornant la façade de l'hôpital de Pistoia, par Luca della Robbia.

bien tendus, ou passant au dehors leurs bras nus. L'un boit une tasse de tisane, l'autre tient sa joue de la main gauche. Tous ont des airs plus ou moins piteux. Sur le devant, quatre figures allégoriques,

d'une haute stature, la Prudence, la Tempérance (modération de passions), la Force, la Justice. Près d'elles sont les sœurs-professes et les novices.

Parmi les magnifiques bas-reliefs en terre cuite émaillés, de Lucca della Robbia, qui ornent la façade de l'hôpital de Pistoia et représentent les Œuvres de miséricorde, le segment consacré aux soins prodigués aux malades, *œgros curare*, est un morceau exquis, d'ailleurs bien connu (Fig. 48). Les deux extrémités sont occupées par deux malades couchés dans leur lit. Celui de gauche est un fébricitant. Il se soulève avec peine, la tête retombe en avant, la figure exprime la souffrance et l'épuisement, la bouche entr'ouverte marque l'oppression. Nous reconnaissons cette physionomie pour l'avoir rencontrée pour ainsi dire, à chaque pas dans nos salles d'hôpitaux. Près de lui, le médecin vêtu encore de son manteau lui tâte le pouls dans une attitude supérieurement rendue de calme, de dignité et de recueillement. Il a dû retirer pour cette opération ses gants, qu'il tient de la main gauche. Au pied du lit, un aide soulève un vase à large encolure qui pourrait bien être un urinal. Le même vase se retrouve dans la fresque de Taddeo di Bartholo, signalée plus haut. Le malade de l'angle de droite appartient à une autre catégorie. Également dans son lit, comme doit être tout malade au moment de la visite, il est assis plus franchement sur son séant. Là, pas de fièvre, ni d'épuisement général. L'affection est toute locale, elle siège au cuir chevelu. Deux personnages regardent de près et se livrent à un examen qui n'est pas sans douleur, ainsi que le témoigne le geste si bien observé que le patient fait de la main droite. Près d'eux un aide tient un plat avec des médicaments.

Dans le bréviaire Grimani, conservé à la Bibliothèque Saint-Marc à Venise, il existe, parmi les illustrations qui entourent le calendrier, une petite miniature des plus intéressantes pour nous, au bas de la page consacrée au mois de septembre. C'est une scène de petite chirurgie très finement interprétée (Fig. 49). Elle se passe dans la boutique du chirurgien, ou mieux du barbier. L'opérateur, qui porte sa trousse à sa ceinture, s'apprête, la lancette à la main, à pratiquer la saignée. Il s'y prend de la bonne façon, et l'attention qu'il y apporte nous assure de la réussite de l'opération. Le patient d'ailleurs paraît peu inquiet; il lui abandonne son bras droit pendant que, de la main gauche, il tient lui-même le bassin destiné à recevoir le sang. On voit, au-dessus du pli du coude, le lien destiné à interrompre le cours du sang, et le gros bâton que l'opéré serre de la main droite a un double but; il sert de point d'appui pour le soutien du membre tout entier, en même

temps que par la pression dont il est l'objet, il fait refluer le sang des parties profondes vers la veine ouverte. C'est une manœuvre encore



FIG. 49. — LA SAIGNÉE.

Miniature du bréviaire Grimani, conservé à la bibliothèque Saint-Marc, à Venise.

usitée aujourd'hui, et tous les traités de petite chirurgie conseillent, en semblable occurrence, de placer dans la main du bras qui doit être

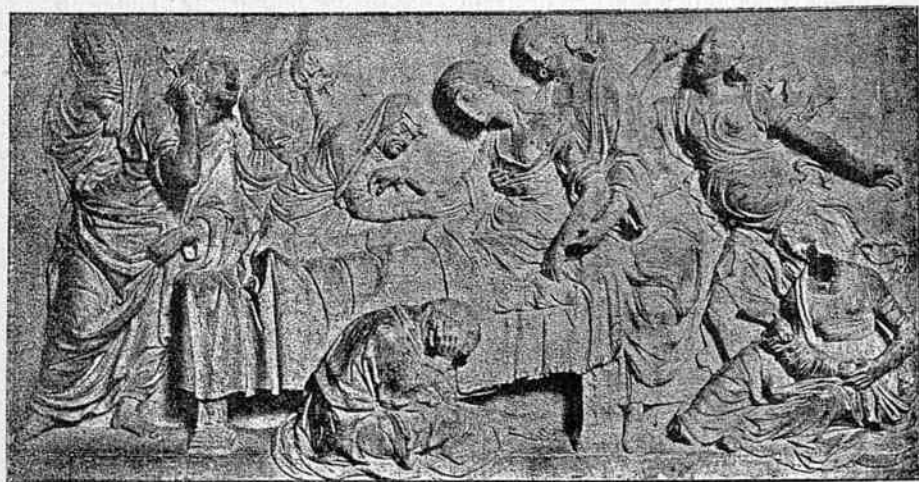


FIG. 50. — MORT DE LA FEMME DE TORNABUONI.

Bas-relief tumulaire en marbre, de Verrocchio. Musée national de Florence.

saigné un objet quelconque, le plus souvent un petit rouleau de bandes, pour faciliter la contraction musculaire dont le but est d'activer le cours du sang en vidant les veines profondes.

Un bas-relief tumulaire en marbre (au Musée national, à Florence) de Verrocchio, représente une scène émouvante, la mort de la femme

de F. Tornabuoni (Fig. 50). La mourante succombe aux suites d'un accouchement. L'enfant, entouré de bandelettes, est sur les genoux d'une femme assise à terre près du lit. Et si la douleur qu'éprouvent les assistants se manifeste par des gestes quelque peu outrés, la malade est représentée dans une attitude affaissée pleine de vérité.

Nous citerons seulement pour mémoire les figures de malades de Pesello (Francesco) dit *il Pesellino*, dans un fragment de rétable, au musée du Louvre, représentant saint Côme et saint Damien s'aidant fraternellement à panser un malade; de Ricci de Lorenzo dans un tableau aux Offices à Florence, *Saint Côme et saint Damien enlevant une jambe gangrenée et toute noire à un malade*; de Andrea Pisano dans un losange du Campanile de Giotto, *l'Extrême onction*; de Andrea Riccio dans un bas-relief en bronze du musée du Louvre, *la Maladie*, etc... Nous ferons remarquer, à propos de malades alités, que les patients étaient couchés complètement nus dans leurs lits.

Nous ne pouvons, en vérité, passer sous silence les petits chefs-d'œuvre des peintres hollandais et flamands du XVII^e siècle, dans lesquels la maladie a servi de prétexte à des scènes d'intérieur pleines de charme et d'intimité.

C'est dans une chaumière, au milieu des paysans, que nous conduit A. Brauwer dans son tableau du musée de Vienne, intitulé *Opération chirurgicale*. Cette opération consiste en un simple pansement. Le patient est un pauvre hère qui ne retient point ses cris de douleur, pendant que le médecin retire avec précaution cependant le linge qui recouvre une plaie du dos du pied. Dans le fond, près d'une table, une femme découpe avec des ciseaux un nouvel emplâtre. Près de là, un homme appuyé sur un bâton montre une compassion pleine de bonhomie, tandis qu'un farceur qui entr'ouvre la porte rit des plaintes du malheureux.

Il existe du même peintre au musée de Munich un tableau intitulé *le Pédicure*. L'opérateur procède avec un soin qui mérite les plus grands éloges, et toute l'attention nécessaire, au succès de son opération.

Le tableau dont nous donnons la gravure (fig. 51) se trouve également au musée de Munich. C'est aussi une scène de pansement.

Enfin le musée du Louvre (collection La Caze) possède également un petit tableau de Brauwer, consacré à la chirurgie. Assis sur le rebord d'une table, un paysan, l'épaule nue, les traits contractés par la douleur, pousse des cris perçants, pendant que le chirurgien sonde la plaie. Sur la droite, un élève prépare une compresse.

C'est ici que nous devons citer le tableau si connu de Gérard Dow, *la Femme hydropique*, également au musée du Louvre. La scène se passe dans un riche intérieur dont les détails d'ameublement ont été souvent relevés. La malade, renversée dans son fauteuil dans une pose languissante pleine de naturel, porte bien les marques de l'affection dont elle est atteinte. Toutefois, sous ses vêtements lâchement serrés à la taille, on ne peut que deviner l'œdème qui a envahi toute la partie



FIG. 51. — LE MÉDECIN DE VILLAGE, PAR ADRIEN BRAUWER.
Musée de Munich.

inférieure du corps, suivant la règle. Seul le pied droit que la robe découvre apparaît manifestement gonflé. Sa fille est en larmes à ses genoux et lui tient la main, tandis qu'une servante lui offre une cuillerée de potion. Son médecin, debout, considère avec attention le contenu de l'urinal qu'il expose au jour. Ce détail a son intérêt : on sait de quelle importance est l'examen des urines dans les affections qui produisent l'hydropisie, et la manière dont s'y prend le médecin est d'une observation fort juste.

Cette même attitude du médecin qui examine attentivement l'urinal en le plaçant à contre-jour a été reproduite par Gérard Dow dans un autre tableau du musée de Vienne.

Il existe aussi au musée du Louvre un tableau du même peintre représentant un arracheur de dents.

Le même sujet a été traité également par Van Ostade.

Un élève de Gérard Dow, qui fut, lui aussi, le peintre des intérieurs et des occupations ménagères, Quiryng Brekelenkam, a peint un excellent petit tableau intitulé *la Consultation*, le seul de ce maître que possède le musée du Louvre (galerie La Caze). Deux personnages seulement : une femme assise et devant elle un médecin debout qui lui tâte le poulx. Rien de plus simple ni de plus naturel que le geste du médecin, si ce n'est l'expression de la malade et le regard interrogateur qu'elle lève sur lui.

Cette attitude du médecin occupé à tâter le poulx du patient a été deux fois reproduite par un des maîtres les plus renommés de l'école hollandaise, Jan Steen, dont la verve s'est plu à opposer le personnage sévère et morose du médecin aux jeunes et jolies malades.

Dans *la Malade d'amour*, du musée de la Haye, une jeune femme assise présente son bras au médecin qui lui tâte le poulx et paraît fort perplexe. Jan Steen, pour aider au spectateur à comprendre la cause de la maladie, a placé sur la cheminée une statue de l'amour tenant une flèche.

Un second tableau de Jan Steen sur le même sujet se trouve au musée de Munich ; nous en donnons la gravure. (Fig. 52).

Un autre tableau où Jan Steen nous montre un médecin également occupé à tâter le poulx d'une jolie malade est *la Femme malade*, de la collection Van der Hoop, à Amsterdam. La physionomie de l'homme de l'art est pleine de douce gravité et de bonhomie charmante. Son geste très naturel est en même temps plein de déférence. La jeune malade est assise, la tête enveloppée d'un foulard blanc et appuyée sur un oreiller posé sur une table. Les yeux brillants, la face un peu vultueuse annoncent de l'émoi ou un petit train de fièvre ; mais elle sourit, et si elle ne raille, la jolie malade, son mal ne doit pas être bien sérieux.

Dans un autre tableau du musée de la Haye, Jan Steen met également en scène un médecin. Il est intitulé *la Consultation*.

La malade est au lit, près d'elle le médecin est assis, tenant encore à la main les gants qu'il a retirés pour procéder, selon toutes les règles de l'art, à l'examen de la patiente. Mais la consultation doit être finie, car son attention est dirigée sur une femme qui arrive tenant un broc

d'une main et un verre plein de l'autre et marche vers le lit. C'est le traitement qui commence.

Citons encore de Jan Steen un tableau du musée d'Amsterdam intitulé *la Femme malade*. Deux figures coupées à mi-corps forment toute la composition. Une femme assise, la tête enveloppée, boit une



FIG. 52. — LA FEMME MALADE, PAR JAN STEEN.
Musée de Munich.

liqueur que vient de lui verser un homme qui tient encore le broc, et qui attend avec anxiété le résultat du remède. C'est d'un cordial que paraît avoir besoin la malade, dont les traits sont bien languissants et qui, par le geste de la main gauche placée sur sa poitrine, semble indiquer le siège du mal.

Frans Van Mieris le Vieux, le peintre des élégances néerlandaises, a mis en scène les jolies malades vêtues de satin et de velours. *La Consultation*, du musée de Vienne, est considérée comme une de ses meilleures toiles. Un autre tableau, au musée de Munich, nous montre une jeune femme renversée, dans la pose flaccide de l'évanouissement. Elle est soutenue par une grosse commère. Plus loin un médecin, dans une attitude que nous avons déjà vue plusieurs fois bien observée, regarde l'urinal qu'il élève en l'air.

La malade de Van der Neer au même musée est également pâmée. Plusieurs personnes s'empressent autour d'elle. L'une approche de son visage un linge imprégné de fortes senteurs. L'autre soutient le bras sur lequel un tout petit bandage, appliqué au niveau du coude, nous révèle la cause de la pamoison. La malade vient d'être saignée et le sang remplit encore un petit bassin posé à terre, sur la gauche du tableau, à côté d'une éponge.

Nous citerons encore deux gravures d'un élève de Van Ostade, Cornélius Dusart, dont les eaux-fortes ne sont pas moins prisées que les tableaux. Dans un genre pittoresque, et presque caricatural, elles représentent des scènes médicales très finement observées.

La première (Pl. XXIII) nous montre la ventouseuse occupée à placer les ventouses sur le pied d'une commère, pendant qu'un compagnon, que préoccupent peu les gémissements de la patiente, nous semble aiguïser la lancette destinée à faire les scarifications. Il porte la seringue à la ceinture, et est coiffé d'un panier d'osier dont le couvercle retombe sur l'épaule pendant que la ventouseuse elle-même porte un entonnoir renversé comme coiffure,

La seconde gravure est consacrée à une opération chirurgicale plus élevée (Pl. XXIV). Armée de la sonde cannelée, l'opérateur explore une plaie de la région du coude. Le patient qui pousse les hauts cris, émeut de compassion une femme qui assiste à l'opération, mais ne trouble point le chirurgien dont le calme et le sang-froid sont admirablement rendus.

J.-M. CHARCOT (de l'Institut).

P. RICHER.

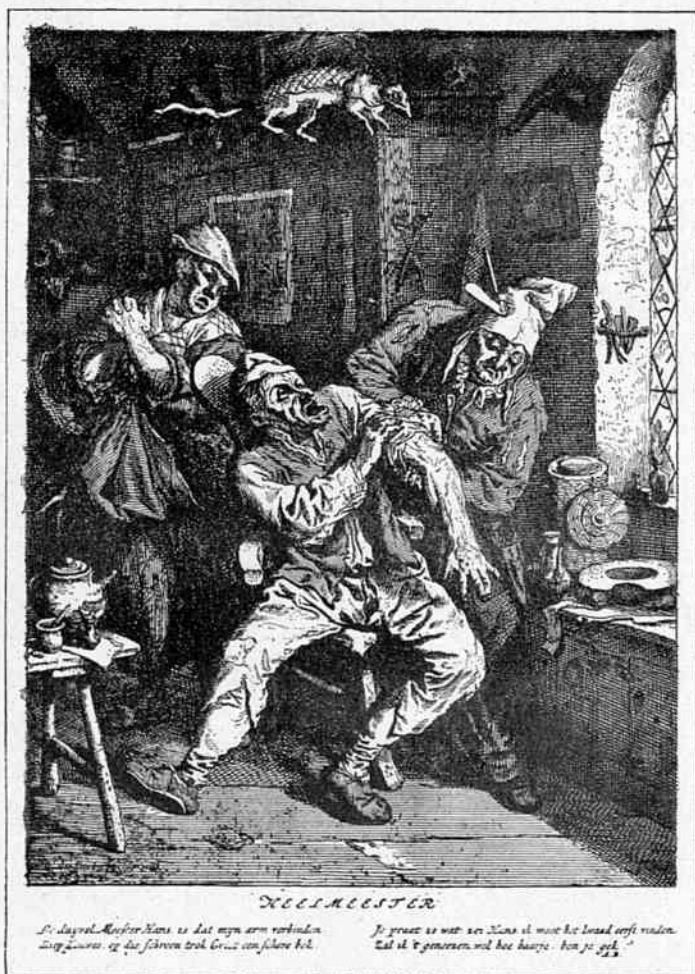
Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.



LA VENTOUSEUSE

Eau-forte de CORNELIUS DUSART.

LECROSHIER ET BARÉ, ÉDITEURS



LE CHIRURGIEN

Eau-forte de CORNELIUS DUSART.

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE

FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES TROUBLES TROPHIQUES

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS

Nous ne sommes plus au temps où l'histoire de la paralysie générale des aliénés paraissait faite et parfaite, où ce groupe symptomatique paraissait nettement constitué en une maladie à types fixes avec une marche prévue et fatale conduisant à la découverte certaine de lésions caractéristiques et toujours les mêmes. Cette construction qui semblait le premier pas, mais un pas définitif, fait par la psychiatrie pour sortir de la période métaphysique de son histoire, est retombée dans le chaos ; autant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique elle a perdu son autonomie. Mais même pour ceux qui regardent la désagrégation comme achevée, le travail considérable de ceux qui ont construit l'édifice n'est pas perdu, les matériaux solides, les faits bien observés restent, et pourront servir à une restauration ou à des constructions nouvelles. Les faits relatifs aux troubles somatiques sont particulièrement précieux parce qu'ils ont moins de chances d'être entachés d'erreurs d'observation. C'est à titre de documents à consulter que je rapporte les faits suivants où on trouve quelques troubles trophiques qui m'ont paru dignes d'intérêt, mais dont la cause anatomique reste indéterminée, faute d'autopsie.

Les troubles trophiques attribués à la paralysie générale sont déjà nombreux. La prédisposition particulière aux hématomes de l'oreille est attribuée depuis longtemps à un trouble de nutrition. La friabilité des os, admise par Foville, a aussi été rangée dans le même ordre de

faits : une observation de MM. Biaute et Bonnet a eu la bonne fortune de paraître très démonstrative à cet égard ; mais ce n'est pas sans raison que M. Christian a fait ses réserves¹ sur l'évidence de ces troubles de nutrition des os.

Les troubles trophiques de la peau et de ses annexes sont mieux établis. Les accidents du décubitus sont fréquents, le zona n'est pas rare². MM. Christian et Ritti, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique*, en rapprochent le pemphigus, le purpura, le mal perforant du pied observé pour la première fois par M. Christian³. L'observation suivante présente un nouvel exemple de mal perforant, et on y trouvera en outre les lésions de l'ichtyose qui n'ont guère encore été signalées, je crois, dans la paralysie générale : Schüle dit pourtant que dans les dernières périodes la peau devient sèche, cassante et squameuse⁴. Ce même malade présente, en outre, une arthropathie d'un doigt qui présente de grandes analogies avec les arthropathies tabétiques qui d'ailleurs, comme on le sait, sont rares aux petites articulations⁵.

Obs. I (recueillie par M. Perruchet, interne du service). — *Paralysie générale.* — *Troubles trophiques.* — *Mal perforant plantaire.* — *Ichtyosé.* — *Arthropathie.*

Guesdon, Arthur, Jean, âgé de 43 ans, percepteur. Entré le 26 mai 1886 (Hospice de Bicêtre, service du docteur Féré).

Antécédents héréditaires (récit de l'oncle).

Père. Asthmatique, nerveux, irritable, mort à 60 ans. Pas d'alcoolisme. Pas d'aliénés dans la famille.

Mère. Impressionnable, eut beaucoup de chagrins pendant sa vie, aurait toujours souffert d'une mauvaise santé. Eut cinq grossesses toutes à terme.

Des cinq enfants nés de ce mariage quatre sont morts, le seul survivant est le malade qui nous occupe ; tous ont eu des convulsions dans leur enfance.

Antécédents personnels. — A part des convulsions Arthur G... a toujours joui d'une santé excellente. Il fit au Mans ses études classiques, s'est toujours montré intelligent, mais paresseux. A 18 ans, il était bachelier ès lettres (1861).

A cette époque il vient à Paris pour faire son droit, mais passe ses soirées au café, « fait la noce » et ne travaille pas.

1. Christian, *Sur la prétendue fragilité des os chez les paralytiques généraux* (Ann. méd. psych., 1885, nov. p. 412).

2. E. Gannet, *Quelques Cas de zona chez les paralytiques généraux*, th. 1889.

3. Christian, *Mal perforant du pied dans la paralysie générale* (Ann. méd. psych., 1882, t. VIII, p. 230).

4. *Traité clinique des maladies mentales*, p. 343.

5. Charcot et Féré, *Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques* (Arch. de Neurologie, 1883, t. VI, p. 305).

En 1866, il avait alors 23 ans, il entre à la Ville de Paris n'ayant pu terminer ses études de droit; là encore, il travaillait avec intelligence et facilité, mais toujours très inexact il finit par se faire renvoyer.

Pendant la période de temps qu'il passa à Paris de 1861 à 1877, il fit des excès de toutes sortes, vénériens et alcooliques; il joua aux courses, se lança dans des spéculations hasardeuses auxquelles sa fortune ne pouvait pas parer et finit par ruiner sa mère, montrant en toutes circonstances une incapacité absolue à gérer ses affaires. Il se rendait à peine compte de sa maladresse, et malgré des pertes considérables et les remontrances qu'on lui adressait, recommençait toujours.

Excessivement orgueilleux, il se vantait continuellement de sa fortune, de ses maîtresses, etc.

En 1878, après avoir été remercié de la Ville de Paris, il entre aux perceptions. Il avait alors 32 ans. Il s'y montre encore négligent et inexact.

En 1880, il se marie, eut deux enfants vivants, et jouissant toujours d'une bonne santé. Il continue néanmoins sa vie de débauches, passant tout son temps au café ou avec des maîtresses, s'occupant toujours de jeu, de courses, contractant des dettes et n'ayant même pas conscience de sa ruine. Peu à peu les troubles intellectuels s'accroissent. A cet orgueil qu'il manifeste en toutes circonstances fait place un véritable délire des grandeurs, et son état mental s'aggravant de jour en jour, on se décide à le faire entrer à l'hospice. Depuis quelques mois il avait été révoqué de ses fonctions de percepteur.

Pas de syphilis dans les antécédents. — Examen du malade. — C'est un individu d'apparence robuste; taille 1^m,64. Son regard exprime l'hébertude. Les doigts sont animés d'un léger tremblement; la force est conservée et énergique, il fait dévier l'aiguille d'un dynamomètre jusqu'au 60 de l'échelle par pression de la main droite et jusqu'au 50 par la main gauche.

La langue est animée d'un léger tremblement, cependant la prononciation est peu altérée, le malade ne bredouille pas.

Ce qui frappe dans sa conversation ce sont des idées de grandeurs sans aucune suite. « Il est fils de rois ou d'empereurs, il a dix-huit cents femmes, de beaux enfants, on lui a élevé une statue dans son pays, etc.; et si on vient à lui demander ce qu'il fait, il vous répond : « Je suis percepteur. »

Pendant près d'un an les symptômes ne changent pas, la maladie paraît rester stationnaire.

14 mai 1887. Le malade a du délire mélancolique et est triste, anxieux, « il a perdu toute sa fortune, sa santé ne va pas, il a la névrose à la tête ».

14 juin. Le délire mélancolique continue toujours; l'état de sa santé paraît surtout le préoccuper, il se plaint continuellement « il est malade de partout ». Le malade s'exprime difficilement; la parole est hésitante, trainante, tremblante.

25 octobre. Le malade s'affaiblit, il se plaint de fatigue au moindre exercice, il devient sale dans sa tenue et en mangeant.

Les troubles de la parole s'accroissent de plus en plus.

9 juillet 1888. La parole est devenue impossible, le malade ne peut prononcer un seul mot, il fait entendre un bredouillement absolument inintelligible.

De plus la santé générale s'est altérée, l'appétit a diminué. Il n'a pas eu d'accès apoplectiforme, cependant, depuis quelques jours, il fait sous lui et ne paraît pas avoir conscience de son état.

Poids 74 kilogr. 500.

8 décembre. On remarque sur la peau du thorax et des membres une desquamation de l'épiderme sous formes d'écailles rappelant l'ichtyose.

Sous la tête du 3^e métatarsien droit existe un durillon de la largeur d'une pièce de 50 centimes, de consistance cornée, séparé par un sillon humide des parties voisines.

25 février 1889. L'état ichtyosique de la peau est de plus en plus marqué, il se fait sur tout le corps une desquamation abondante sous forme d'écailles blanches transparentes. Pour peu que le malade s'agite, sa respiration devient haletante et une sueur abondante couvre son front et mouille ses cheveux, mais tout le reste du corps est sec.

Le durillon qui existe sous le troisième métatarsien s'est fendillé, la pression n'y réveille aucune douleur.

23 avril. Le facies du malade exprime l'hébétude, il paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, il fait à peine attention aux questions qu'on lui pose. Il marche la tête penchée en avant, le dos arrondi, les jambes écartées, appuyant surtout le talon sur le sol, il cherche à augmenter sa base de sustentation, et avance cependant avec lenteur et hésitation.

Notre malade a une asymétrie faciale assez prononcée ; le côté gauche est plus petit que le droit, la pommette est moins saillante et paraît aplatie. Le nez est dévié vers la gauche, le front fuyant.

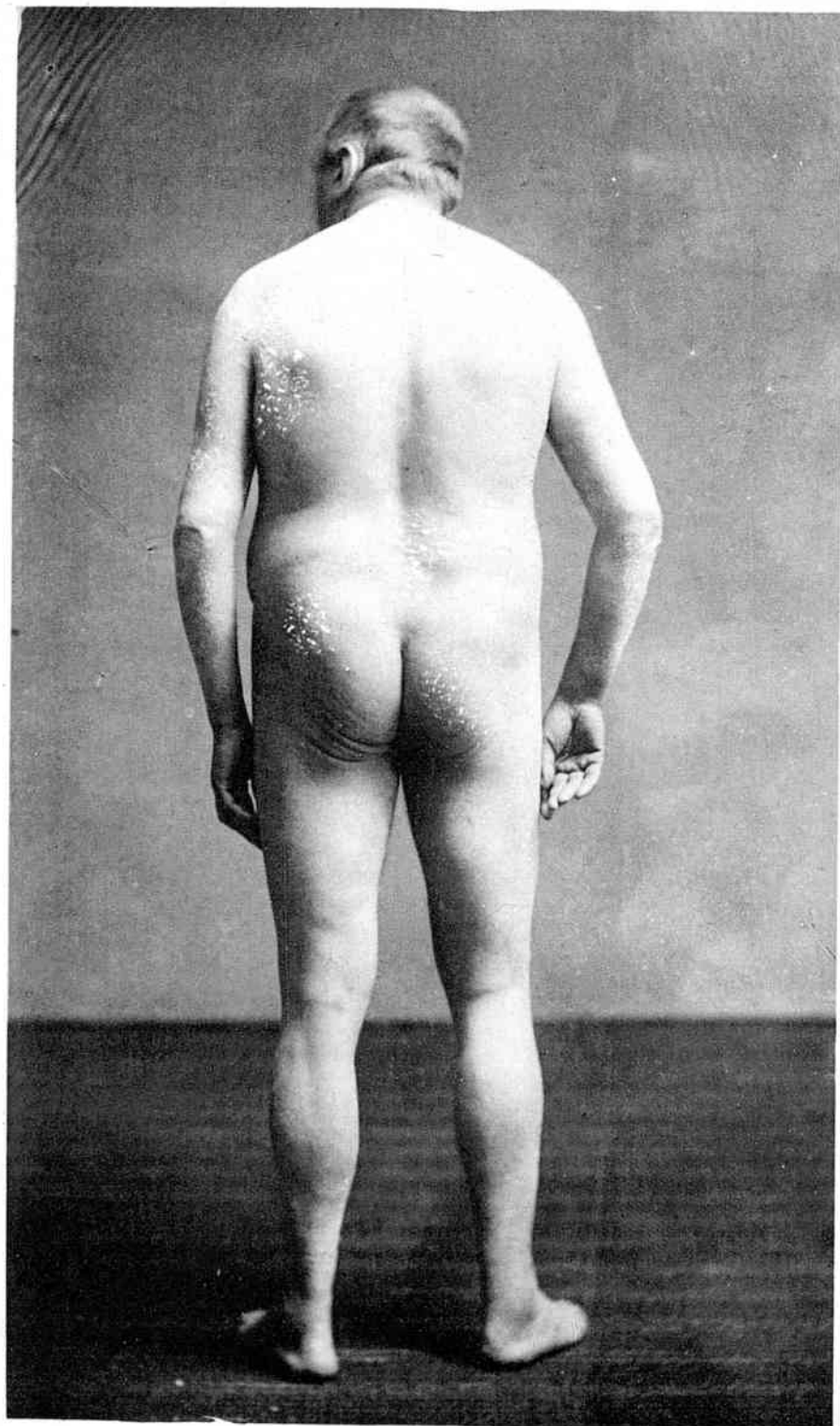
On ne constate pas de mouvements fibrillaires de la face, si ce n'est au niveau de l'insertion supérieure du petit zygomatique du côté droit.

Les lèvres à l'état de repos ne sont le siège d'aucun mouvement, mais dès qu'il veut les remuer pour parler ou siffler, immédiatement elles sont prises d'un frémissement des plus marqués.

La langue n'est pas déviée, elle est agitée d'un tremblement vermiculaire continu, appréciable sur toute la surface de l'organe mais prononcé surtout sur les bords. Ce tremblement augmente encore lorsqu'on dit au malade de projeter l'organe hors des arcades dentaires, mouvement qu'il accomplit d'ailleurs avec la plus grande difficulté.

La parole se ressent de ces troubles moteurs ; G... est incapable de prononcer une parole, si ce n'est les mots « oui, non » ; veut-il essayer de parler, il bredouille alors des phrases absolument inintelligibles.

Du côté des membres supérieurs, le tremblement est peu accusé lorsqu'on fait tendre le bras du malade et qu'on lui fait écarter les doigts, cependant il arrive difficilement à accomplir un acte nécessitant quelque adresse. C'est avec lenteur et difficulté qu'il boutonne sa chemise ou saisit une épingle sur



CLICHÉ HUBERT

PHOTOTYPIE BERTHAUD

TROUBLES TROPHIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE
(ÉTAT ICHTHYOSIQUE DE LA PEAU)

une table. L'écriture est absolument impossible, c'est avec peine que G... arrive à tracer quelques caractères tremblés absolument indéchiffrables.

Pas plus dans les membres supérieurs qu'inférieurs nous ne constatons de tremblements fibrillaires, mais, dans les mouvements de ces derniers, nous notons un certain degré d'incoordination qui rend la marche lente et hésitante. Les réflexes rotuliens sont complètement abolis.

Les mictions et les défécations involontaires qui avaient cessé pendant quelque temps reparaissent; le malade souille ses vêtements et son lit sans en avoir conscience.

Chez G... l'intelligence est presque complètement abolie; il comprend à peine les questions qu'on lui pose, et y répond indifféremment par un oui ou un non, les deux seuls mots qu'il puisse prononcer distinctement. Il passe toutes ses journées à se promener seul dans les cours, ou assis dans un coin, les yeux fixes et sans expression. Il est dans l'incapacité de mettre ses vêtements, non seulement à cause des troubles moteurs, mais aussi par perte d'intelligence; il ne sait plus s'habiller. Ne se livrant jamais à des violences, il ne sort presque jamais de la torpeur dans laquelle il est plongé; quelquefois cependant on le voit sourire lorsqu'on lui parle de ses enfants.

Vu l'état mental de notre malade, l'examen de la sensibilité est presque impossible. Il paraît cependant réagir à la douleur lorsqu'on le pique avec une aiguille. Quant à la sensibilité tactile, au goût, à l'ouïe, on ne sait s'ils sont altérés. L'odorat paraît notablement affaibli; un flacon d'ammoniaque placé sous le nez ne paraît occasionner aucune sensation pénible.

On ne peut dire quel est l'état de la vision. La pupille est contractée, petite, égale des deux côtés, réagissant à peine à l'accommodation ou à la lumière.

La respiration est normale. Le pouls a 64 pulsations par minute.

Le malade mange avec un appétit poussé quelquefois jusqu'à la voracité. La digestion est bonne. On ne note ni constipation ni diarrhée.

Urines normales, ni sucre ni albumine.

La peau est le siège d'une desquamation spéciale rappelant l'ichtyose congénitale. On trouve là des écailles de dimensions variables, atteignant jusqu'à un centimètre carré, adhérentes par toute leur surface, ou détachées à l'une de leurs extrémités. Ces écailles juxtaposées, de couleur blanchâtre, grisâtres en certains points, sont séparées par des sillons s'entrecroisant en tous sens. Ces écailles sont assez volumineuses pour être représentées très nettement sur plusieurs points dans la planche XXV.

Cet état squameux de la peau donne au toucher une sensation de rugosité; il existe sur toute la surface du corps, mais est beaucoup plus développé en certains points qu'en d'autres. C'est ainsi qu'à la partie externe des bras, au niveau des pectoraux, sur la partie antérieure de la jambe, à la partie forte des épaules, à la région lombaire, les écailles ont des dimensions considérables atteignant la plupart un centimètre de côté. Ailleurs il n'existe que de minces squames de peu d'étendue, analogues à celles du pityriasis.

Sur les mains, absence complète d'écailles; mais la peau a perdu sa

souplesse et son élasticité, elle est sèche, de coloration bleuâtre, parcourue par des sillons et des plis nombreux donnant à cette région un aspect ridé (pl. XXVI).

A la région plantaire la peau a le même aspect; mais, en outre, on constate au niveau du troisième métatarsien gauche l'existence d'un durillon formé par une série de lamelles épidermiques superposées, qu'on peut parvenir à détacher, en partie, et qui présente les caractères du mal perforant plantaire au début (pl. XXVII). Rien de semblable au pied droit.

Cet état ichtyosique de la peau s'accompagne d'une absence complète de sécrétion sudorale. Il n'y a que sous les aisselles qu'on constate une légère moiteur; partout ailleurs la peau est absolument sèche.

Les masses musculaires des cuisses et des bras paraissent diminuées de volume, même à l'état de contraction, elles présentent un certain degré de mollesse. Il paraît y avoir un léger degré d'atrophie.

L'articulation phalango-phalangienne du médus droit est le siège d'une tuméfaction considérable. Le doigt élargi à sa base rappelle le doigt en radis. La peau a sa coloration normale, on ne constate à la palpation ni chaleur, ni fluctuation, mais un empatement de la région. Cette augmentation de volume paraît porter sur les extrémités articulaires des deux os, phalange et phalangine. Les mouvements volontaires ou provoqués sont possibles et n'éveillent aucune douleur.

4 juin. Le malade maigrit. Poids 63 kg. 500.

L'appétit est cependant conservé et les digestions bonnes.

L'arthrite de la phalange paraît augmentée de volume.

Toujours même état de la peau.

Même état mental.

Mendel¹ signale à côté de la sclérodémie, du *glossy skin*, certaines altérations de coloration : la nigritie, la coloration bronzée; mais il ne fait pas mention du vitiligo dont l'existence, assez souvent notée dans l'ataxie locomotrice, n'a pas non plus été signalée par les auteurs qui se sont particulièrement occupés de cette lésion trophique de la peau (Leloir)². Le fait suivant que j'ai observé à la Salpêtrière lorsque j'étais chargé de la consultation externe, suppléant M. Falret, m'a paru digne d'être rapporté tel qu'il a été résumée par M. Chaslin qui l'a utilisé pour son mémoire du concours des internes (1886).

Obs. II. — *Paralysie générale, vitiligo.*

Mme H... 39 ans. — Femme de ménage; consultation externe de la Salpêtrière.

Le début de la maladie de Mme H... paraît remonter à un an. A cette époque la malade dit avoir ressenti de violents maux de tête qui ont continué

1. *Die progressive Paralyse der Irren*, Berl., 1880, p. 202.

2. Lebrun, *Du vitiligo d'origine nerveuse*, Thèse de Lille, 1886, p. 62.

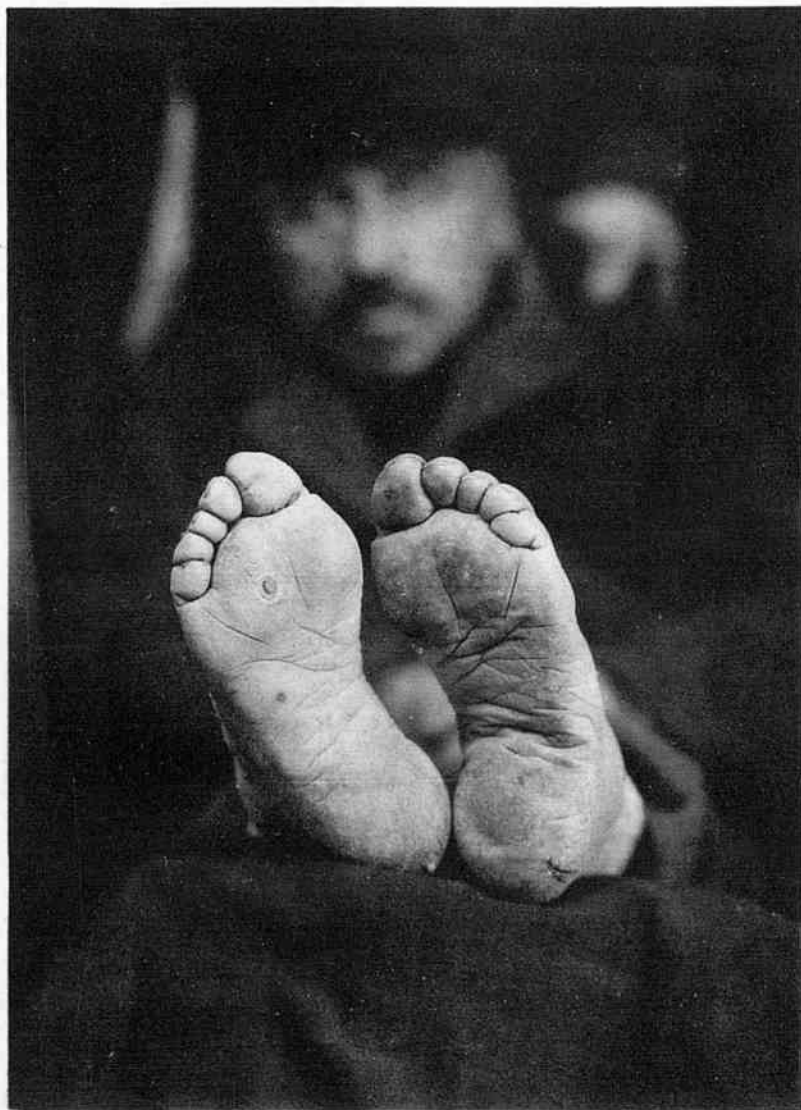


CLICHÉ HUBERT

PHOTOTYPIC BERTHAUD

TROUBLES TROPHIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

LECROSNIER ET BADE, ÉDITEURS



CLICHÉ HUBERT

PHOTOTYPIC BERTHAUD

TROUBLES TROPHIQUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS

depuis. C'est à peu près de ce moment que datent des absences de mémoire dont elle se rend parfaitement compte. Depuis trois mois il y a de la difficulté de la parole.

Actuellement la parole est traînante et tremblotante d'une manière caractéristique; la malade s'exprime difficilement.

La langue est tremblotante.

Les mains sont prises d'un léger tremblement lorsque le bras est étendu. La force musculaire paraît conservée.

Les pupilles sont également et moyennement dilatées; elles sont sensibles à l'action de la lumière. Pas d'idées de grandeur ou de satisfaction; la malade est dans un état de tristesse assez marquée sans délire ni hallucination.

Depuis trois semaines la malade s'est aperçue qu'elle avait au niveau des mains des plaques brunâtres sur l'apparition desquelles elle est peu à même de fournir des renseignements.

Ces plaques, à son dire, se seraient montrées une première fois, puis auraient disparu à peu près complètement, pour reparaitre à nouveau et s'accroître de plus en plus.

Les modifications pigmentaires qu'on peut constater sont les suivantes.

Du côté droit est une plaque pigmentée, haute d'environ quatre centimètres, occupant le dos du poignet et s'étendant un peu sur les parties latérales de celui-ci. En haut, cette plaque se confond insensiblement avec la coloration du reste de l'avant-bras; en bas, elle se termine brusquement à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du dos de la main, au niveau d'une zone décolorée, manifestement moins foncée que les doigts qui ont conservé leur couleur normale.

Quelques îlots pigmentaires de la largeur d'une lentille se voient dans cette zone décolorée. La partie inférieure du dos de la main a gardé sa couleur normale très bistrée (la malade est femme de ménage), ainsi que le reste des doigts. Pas de troubles du côté des ongles.

Du côté gauche, une plaque plus colorée encore que la plaque à peu près symétrique du côté opposé, plaque à bords plus irréguliers, haute d'environ 6 centimètres, occupe la région dorsale du poignet.

La disposition est la même que celle du côté opposé.

Au-dessus de cette zone brun-rougeâtre est une plaque décolorée répondant à la moitié supérieure du dos de la main, plaque parsemée de quelques îlots de couleur brunâtre d'une nuance plus foncée que le reste de la main et des doigts qui sont normaux.

Le front a gardé sa couleur normale, à l'exception d'une zone d'environ 2 centimètres qui s'étend au ras des cheveux et qui offre une décoloration assez marquée. Pas de troubles du système pileux à ce niveau.

Au niveau du cou, sur les parties latérales, on voit avec un peu d'attention un tacheté pigmentaire peu marqué, à peu près symétrique des deux côtés. Ce tacheté est caractérisé par un certain nombre de petites taches brunâtres un peu plus foncées que le reste de la peau.

Des troubles trophiques de la peau on peut rapprocher la décoloration rapide et précoce des cheveux qui est assez fréquente, et les dystrophies des ongles signalées par M. Régis ¹.

L'existence de l'atrophie musculaire dans la paralysie générale a été contestée, sauf comme coïncidence (atrophie musculaire progressive, Baillarger). Pourtant l'atrophie musculaire peut se présenter sous forme épisodique, comme le montre la troisième observation :

OBS. III (recueillie par M. Ch. Simon) ². — *Paralysie générale, hémia-trophie de la langue.*

Le nommé B., 39 ans, maraîcher, se présente le 28 février 1888 à la consultation de M. Féré. Il ne peut donner aucun renseignement sur les antécédents pathologiques de sa famille. Il se livre à des interprétations enfantines sur les causes de la mort de ses parents, et sa femme n'est pas à même de rectifier ses dires. La même incertitude règne sur ses antécédents personnels. Il est marié depuis 15 ans ; sa femme n'avait jamais rien remarqué chez lui de particulier, sauf une émotivité excessive, et une tendance à se livrer aux excès alcooliques, se manifestant en quelque sorte par accès et à de longs intervalles. Il a eu trois enfants qui sont morts en bas âge de convulsions ; mais sa femme est une hystérique ovarienne.

En juin 1885, à la suite de pertes d'argent, son émotivité habituelle s'était exagérée, il passait des jours dans les larmes, et souvent il se lamentait toute la nuit. Il a été deux ou trois mois à ne dormir que quatre ou cinq heures par nuit. Puis il est devenu d'une indifférence complète pour ses affaires ; on ne pouvait plus arriver à le faire lever, ni à le mettre en mouvement pour ses travaux ordinaires. Au mois de septembre, il s'était remonté, avait repris son travail, mais se plaignait souvent de courbatures. Il conservait la même indifférence pour ses affaires qui allaient de plus en plus mal.

C'est seulement au mois de juin 1886 que B... a commencé à éprouver des troubles de la parole. En même temps son émotivité était revenue, il passait de nouveau des semaines dans les larmes. De temps en temps, il refusait de manger, disant que c'était inutile, que ses boyaux étaient percés. Sa mémoire offrait des lacunes, il répétait souvent la même chose, oubliait ses vêtements, sa coiffure, ses instruments de travail. De temps en temps, sa marche était titubante, mais il ne s'est jamais plaint de douleurs.

Le 15 janvier 1887, il a eu un accès apoplectiforme qui l'a laissé sans connaissance pendant vingt-quatre heures. Il en est sorti avec une hémiplegie droite incomplète et une aphasie complexe. Il ne pouvait proférer aucun son, paraissait écouter ce que l'on disait, se retournait au bruit, mais ne comprenait rien. On ne sait pas s'il aurait été capable de lire. En quelques jours, hémiplegie et aphasie ont à peu près complètement disparu. L'embarras de

1. Régis, *Note sur la dystrophie et la chute spontanée des ongles dans la paralysie générale* (Gazette médicale, Paris, 1884).

2. Ch. Simon, *La langue névropathique*, Thèse 1889, p. 48.



la parole, qui avait commencé depuis plusieurs mois déjà, resta plus accentué. On eut alors l'occasion de constater des troubles de l'écriture qui était tremblée. En outre, la plupart des mots manquaient d'une lettre ou d'une syllabe, et des mots entiers manquaient dans certaines phrases.

Au printemps de 1887, B... semble éprouver une nouvelle amélioration; il put reprendre son travail qu'il avait dû cesser pendant deux mois; les troubles de la parole eux-mêmes s'étaient atténués, et dans plusieurs circonstances, il écrivit des lettres assez correctes. L'amélioration dura jusqu'à la fin de juin. A cette époque, étant en train de charger du foin sur une voiture, il reçut une botte pesant une douzaine de livres sur la tête. Il fut étourdi du coup, et on le releva sans connaissance. Il se remit cependant au bout de quelques minutes, mais on dut le reconduire chez lui, il chancelait.

Le soir, il fut pris d'une excitation extraordinaire, se mit à chanter et à raconter des histoires absurdes dans lesquelles il parlait de brigands qu'il avait massacrés, grâce à sa force extraordinaire.

Le lendemain, ayant passé la nuit sans sommeil, racontant les mêmes histoires de brigands, il refuse de travailler. Il pouvait marcher à peu près comme d'ordinaire; mais l'exaltation persistait, il manifestait des idées de satisfaction absurdes qu'il exprimait avec une monotonie assez spéciale: sa femme est magnifique, « elle a eu cinq pieds six pouces »; il a une blouse en drap d'or qui « a cinq pieds six pouces »; il a des choux qui ont « cinq pieds six pouces », etc. Ses idées délirantes se manifestèrent quelquefois sous d'autres formes: il resta, vers la fin d'août, 48 heures sans vouloir uriner, prétendant qu'il inonderait Ivry.

Le 2 septembre, il a eu une nouvelle attaque apoplectiforme qui l'a laissé hémiplectique du côté droit pendant huit jours et aphasique. Comme la première fois, il ne comprenait rien de ce qui se passait autour de lui. La parole est revenue encore plus altérée qu'après la première attaque. Depuis, ces attaques apoplectiformes se sont renouvelées presque tous les quinze jours. L'intelligence s'est dégradée peu à peu d'ailleurs, depuis le mois de décembre. Il ne peut plus proférer aucune parole; il est à peu près complètement paralysé de la main droite depuis l'attaque du 6 janvier 1888.

État actuel (28 février). — B... marche encore passablement en traînant la jambe droite, il est venu à pied d'Ivry à l'hospice de Bicêtre et pourra y retourner. Le membre supérieur droit pend flasque le long du corps; il ne reste que quelques légers mouvements dans le pouce. Il existe de la paralysie faciale à droite. Les pupilles sont punctiformes et immobiles. La main gauche est tremblante et incapable de tenir de menus objets: les lèvres sont aussi, sans cesse, agitées de petits mouvements convulsifs que l'on voit quelquefois aussi autour des paupières. L'expression du visage est complètement hébétée. B... ne se meut que quand on le pousse, ne répond que par un grognement inintelligible. L'inspection de la langue montre une atrophie considérable limitée au côté droit. La muqueuse est plissée et chagrinée de ce côté. Cette moitié de la langue n'a guère que 1 centimètre 1/2 de large tandis

quel'autre en a 3; elle présente une consistance cotonneuse comme si les muscles étaient complètement absents. L'atrophie est surtout marquée vers la pointe, elle l'est beaucoup moins à la base. Malgré cette atrophie, la déviation de la langue est nulle. Les mouvements de déglutition se font assez régulièrement. Ce malade devait être soumis à un examen plus minutieux, mais on a appris qu'il avait succombé à une nouvelle attaque apoplectiforme quelques jours après sa visite.

Il n'est pas sans exemple de voir l'atrophie de la langue se développer en conséquence de lésions cérébrales, c'est ainsi que dans la paralysie pseudo-bulbaire signalée par M. Lépine et dont on a rapporté d'assez nombreux exemples depuis, on peut trouver cette atrophie très manifeste¹. L'interprétation de l'atrophie dans ce cas de paralysie générale est donc assez difficile en l'absence d'autopsie. En ce qui concerne les troubles trophiques cutanés la détermination de la localisation anatomique n'est pas encore définitivement tranchée. Si MM. Leloir et Déjerine ont pu constater des lésions des nerfs périphériques, Radcliff Crocker² pense que cependant il est difficile d'affirmer que le système nerveux central n'ait rien à faire avec les lésions de la peau.

CH. FÉRÉ,

Médecin de Bicêtre.

1. Ch. Féré, *Paralysie pseudo-bulbaire par lésion cérébrale bilatérale* (*Revue de Médecine*, 1882, p. 858).

2. *Lésions of the nervous system etiologically related to cutaneous diseases* (*Brain*, vol. VII, p. 363).

SUR UN CAS DE PARALYSIE AGITANTE

A FORME HÉMIPLÉGIQUE AVEC ATTITUDE ANORMALE DE LA TÊTE

ET DU TRONC (EXTENSION)

Le facies et l'habitus extérieur du corps tiennent, on le sait, une place fort importante dans le tableau clinique de la maladie de Parkinson. Peu d'affections du système nerveux possèdent un *côté plastique* aussi arrêté, aussi personnel, si l'on peut ainsi dire, que la paralysie agitante. Elle compose aux sujets qu'elle frappe une physionomie, une attitude générale, une démarche si spéciales que tout médecin quelque peu expérimenté la reconnaît dès l'abord, la diagnostique à distance. Le type vulgaire est si connu qu'il nous suffira de le rappeler en quelques mots.

Dans la station debout, la tête est fortement inclinée en avant : le tronc est lui-même penché dans le même sens. Les membres sont fléchis dans toutes leurs jointures ; les coudes sont tenus faiblement écartés du tronc, les avant-bras étant légèrement fléchis sur les bras ; les mains fléchies sur les avant-bras reposent sur la ceinture ; elles sont généralement déformées et la plupart du temps cette déformation est telle que le pouce et l'index se tiennent allongés et rapprochés l'un de l'autre, comme pour tenir une plume à écrire ; les doigts inclinés vers la paume de la main sont déviés en masse vers le bord cubital. Les genoux sont aussi légèrement fléchis. La raideur musculaire, permanente, impose cette attitude aux différents segments du corps ; elle est la cause de cette immobilité impassible des malades, de la lenteur de leurs mouvements, de leur allure raidie et scandée qui les fait ressembler, lorsqu'ils se mettent en marche, à des automates en mouvement. Ils vont ainsi, à petits pas, avec une tendance à courir parfois irrésistible. Telle est résumée, dans ses traits essentiels, la description aujourd'hui classique, qu'en a donnée M. le professeur Charcot et cette description n'est certes pas à refaire, elle subsiste toute entière, toujours exacte et vraie pour la grande généralité des cas.

Mais à côté de la forme commune, où la flexion l'emporte dans l'attitude des diverses parties du corps, on peut observer des cas dans

lesquels l'extension prédominant dans les membres sur la flexion, imprime aux malades un aspect très différent et capable d'induire en erreur un esprit non prévenu. Cette variété d'attitude a été observée par M. Charcot chez un paralytique agitant qu'il présenta, l'an dernier, dans une de ses cliniques du mardi ¹. Il proposa de la désigner sous le nom de *type d'extension*. M. P. Richer a publié ici même ² plusieurs dessins représentant ce malade dans la station debout et pendant la marche. Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces figures pour se rendre compte que si, par l'inclinaison en avant de la tête et du tronc, ce sujet appartient au type vulgaire, il s'en éloigne singulièrement par l'attitude des membres. Les avant-bras sont étendus sur les bras, les jambes sur les cuisses, de telle sorte que les quatre membres forment comme des barres rigides. Pendant la marche, cet état d'extension persiste; les membres supérieurs restent droits; les mains ne quittent guère le contact des cuisses et les genoux se fléchissent à peine, ce qui force le malade à faire de grandes enjambées. De fait, dans le cas que nous venons de citer, cette posture anormale des membres, jointe à l'absence de tremblement, avait été la cause d'une erreur de diagnostic. Il y a donc quelque intérêt, au point de vue pratique, à bien connaître les attitudes diverses que la maladie de Parkinson peut imprimer aux individus qu'elle frappe.

La malade dont nous allons rapporter l'observation appartient, elle aussi, au type d'extension. Elle a été présentée par M. Charcot à ses auditeurs dans la conférence clinique du 19 juillet. Il s'agit d'un cas de paralysie agitante à forme hémiplegique. Le membre supérieur présente l'attitude fléchie et le tremblement caractéristiques, tandis que la tête et le tronc se trouvent fortement rejetés en arrière au lieu d'être penchés en avant comme il est de règle.

OBS. I. *Maladie de Parkinson à forme hémiplegique. — Attitude anormale. — Extension excessive de la tête et du tronc.*

Pauline Dro... âgée de 50 ans, plumassière, entre à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot, le 18 juin 1889.

Antécédents héréditaires. — *Côté maternel* : Rien qui mérite d'être relevé. Sa mère vit encore; elle est âgée de 87 ans, elle ne tremble pas, elle a toujours été bien portante. — Deux oncles encore vivants et en bonne santé; l'un est âgé de 84 ans, l'autre de 85. — Un troisième oncle mort à 82 ans d'une maladie de cœur. — Les enfants de ces oncles jouissent d'une santé parfaite. La malade n'a pas connu ses grands-parents. — *Côté paternel* : Père mort à 48 ans d'une fluxion de poitrine, il était alcoolique. Une tante morte à

1. Leçons du mardi. *Polyclinique*, 1887-1888, p. 439.

2. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, novembre et décembre 1888.

60 ans, après avoir été paralysée pendant 10 ans, elle bavait et bredouillait en parlant.

La malade a eu un frère qui est mort à 33 ans à la suite d'excès de boissons. Elle a eu cinq enfants, quatre sont morts en bas âge. Il lui reste une *filles* âgée de seize ans et demi qui a eu plusieurs attaques d'*hystérie* entre 8 et 12 ans. Et c'est tout.

Antécédents personnels. Cette femme a toujours été d'une santé irréprochable jusqu'à l'apparition des premiers troubles qui marquèrent le début de la maladie actuelle. Elle était d'un tempérament calme, mais très impressionnable. Elle s'émotionnait et pleurait souvent pour des motifs futiles.

Son mari emporté, coléreux, adonné à la boisson, rentrait chez lui à toute heure de nuit et de jour, ivre et toujours furieux. Il l'accablait de reproches et d'injures, la menaçait, etc. Ces scènes de ménage se renouvelaient fréquemment et c'est aux émotions violentes, aux transes par lesquelles elle passait, que la malade attribue ce qu'elle appelle sa paralysie.

Histoire de la maladie. Il y a deux ans environ la malade commença à éprouver une sorte « d'énervement » dans le poignet gauche. Peu à peu, lentement, le bras devint maladroit, sujet à des raideurs; elle avait parfois de la peine à étendre l'avant-bras; les doigts et le pouce s'allongeaient continuellement et sa main prenait à chaque instant « l'attitude pour écrire ». Bientôt elle remarqua que ses doigts tremblaient de temps à autre. Au début, ce tremblement n'était que passager, il n'apparaissait qu'à l'occasion d'une émotion, d'une contrariété ou bien après un effort musculaire, puis il finit par s'installer définitivement et devint à peu près continu. Ces divers troubles s'accrochèrent progressivement et dans les premiers jours de l'année 1888, cinq mois, environ, après l'apparition des premiers symptômes, elle dut renoncer à son métier de plumassière.

Déjà à cette époque elle avait remarqué chez elle une certaine tendance à courir. Il lui arrivait fréquemment, quand elle se mettait en marche, de se sentir comme poussée en avant, ses pas se précipitaient de plus en plus malgré elle et il lui est arrivé à plusieurs reprises de tomber sans pouvoir se retenir. En mars 1888, le membre inférieur gauche fut affecté à son tour. Il lui paraissait lourd et comme engourdi, dès lors elle commença à boiter. Elle entra à l'hôpital Cochin; elle y passa trois mois et demi. Là, elle fut soumise à un massage méthodique. Ce traitement produisait une certaine amélioration. Après chaque séance, le bras et la jambe malades étaient moins engourdis, plus souples; mais la raideur ne tardait pas à reparaitre et quelques jours après sa sortie elle était, dit-elle, aussi impotente de son bras et de sa jambe gauches que lors de son entrée à l'hôpital.

En juin 1888, elle éprouva pour la première fois des tiraillements, des raideurs dans la nuque. A partir de cette époque, les mouvements de la tête et du cou devinrent difficiles; peu à peu sa tête se renversa en arrière et prit insensiblement l'attitude qu'elle présente encore aujourd'hui.

État actuel (5 juillet 1889). — Dans la station debout, l'attitude de la

malade est la suivante (pl. XXVIII, XXIX) : la tête est rejetée directement en arrière, en extension forcée, sans inclinaison latérale. Le tronc est, lui aussi, penché en arrière, dans une attitude qui exagère notablement la cambrure dorso-lombaire ; mais il est en même temps légèrement incliné à droite, de telle sorte que la colonne vertébrale décrit une double courbure latérale, concave à droite, au niveau de sa portion dorsale supérieure, et concave à gauche dans la portion lombaire. L'épaule gauche est surélevée, comme la hanche du même côté. Le membre inférieur est en extension, le pied est légèrement abaissé, de manière que le talon touche à peine le sol, l'avant-pied appuyant surtout sur le sol.

Par contre, la position du membre supérieur gauche ne diffère en rien de l'attitude classique de ce membre dans la paralysie agitante. Le coude est un peu écarté du tronc, l'avant-bras modérément fléchi est en pronation. La déformation de la main est typique. Le pouce et l'index allongés l'un contre l'autre sont animés d'un tremblement à oscillations lentes, tandis que les autres doigts inclinés vers la paume de la main sont déviés en masse vers le bord cubital. Ce tremblement n'existe qu'à la main gauche ; il n'apparaît jamais au membre supérieur.

Les membres du côté droit sont indemnes de tout trouble fonctionnel. Leurs mouvements sont rapides et précis, tandis que les bras et la jambe du côté gauche raidis et comme soudés dans l'attitude que nous venons de décrire ne se meuvent que lentement, péniblement et par un effort soutenu.

La tête et le tronc restent également figés en extension. Les mouvements de latéralité, de rotation, de flexion sont lents, difficiles et très limités.

La physionomie est impassible ; le front ridé transversalement, les sourcils élevés, les yeux immobiles ; le clignement des paupières très peu fréquent. Ce faciès associé au redressement de la tête et du tronc donne à la malade un air de majesté très singulier.

Pendant la marche, toute cette attitude persiste et, comme le membre inférieur est maintenu en extension par la rigidité musculaire, la malade avance en balançant ses hanches et décrivant à chaque pas un mouvement de faux avec sa jambe gauche ; elle frotte le sol de la pointe du pied à la façon des sujets atteints d'hémiplégie cérébrale avec contracture secondaire.

Les réflexes tendineux ne sont nullement exagérés.

La sensibilité est intacte à tous les modes d'exploration.

Par contre, la malade se plaint avec insistance d'une certaine lourdeur et d'une sensation d'engourdissement dans tout le côté gauche. Elle accuse aussi dans tout ce côté une sensation de chaleur excessive. Elle n'a jamais éprouvé de véritables douleurs.

Il n'y a aucun trouble du côté des sphincters.

L'intelligence et la mémoire sont parfaitement conservées. La parole est un peu monotone. Il est à remarquer, qu'en dépit de l'attitude permanente de la tête et du tronc, l'antépulsion persiste et que la rétropulsion fait complètement défaut.



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

ATTITUDE ANORMALE DANS LA PARALYSIE AGITANTE
(TYPE D'EXTENSION)



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

ATTITUDE ANORMALE DANS LA PARALYSIE AGITANTE
(TYPE D'EXTENSION)

LECROSNIER ET BARRÉ, ÉDITEURS

Bien que la paralysie agitante se présente, dans le cas qui précède, sous la forme hémiplegique, le diagnostic n'en est pas moins, il nous semble, hors de toute contestation. Le début insidieux, le développement lentement progressif, la raideur musculaire sans paralysie proprement dite, l'attitude du membre supérieur gauche, la déformation de la main, le tremblement dont elle est animée, le facies, enfin l'antépulsion et les autres symptômes subjectifs accusés par la malade, sont autant de signes qui ne laissent aucune place au doute.

M. Westphal a publié dans les *Annales de la Charité* de Berlin, en 1877, l'observation d'un cas de paralysie agitante dans lequel il existait, comme chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, un redressement excessif de la tête. Cette observation et la nôtre sont, du moins à notre connaissance, les seuls exemples de cette anomalie d'attitude qui aient été jusqu'ici mentionnés.

A. DUTIL,

Interne de la Clinique des maladies du système nerveux.

DE LA SUPERPOSITION DES TROUBLES

DE LA SENSIBILITÉ ET DES SPASMES DE LA FACE

ET DU COU CHEZ LES HYSTÉRIQUES

(Fin¹).

II

Les phénomènes constatés, particulièrement chez notre première malade d'une part, les expériences concordantes faites chez deux hystériques hypnotisables d'autre part, nous incitaient à rechercher si les autres spasmes localisés de la face de même nature, ne se comportaient pas d'une façon analogue par rapport aux troubles de sensibilité locale.

En premier lieu, notre attention était directement appelée du côté du spasme glosso-labé si magistralement décrit par MM. Charcot, Brissaud et Marie et dont la découverte fut, avons-nous dit, une véritable révélation.

Nous avions alors dans le service deux malades atteints de ce spasme qu'il nous était loisible d'étudier au point de vue particulier qui nous intéressait.

Le premier (Obs. III), qui est encore à la Salpêtrière, n'est autre que le nommé Cl..., dont on trouvera l'histoire dans le mémoire de MM. Marie et Brissaud². Ses traits ont été reproduits dans ce Recueil³. Chez lui le spasme glosso-labé est très marqué; la langue est fortement déviée du côté droit. Comme il est hémianesthésique droit, nous pouvions supposer que son étude ne nous permettrait pas — pour les raisons données — de constater rien de particulier au point de vue spécial qui nous intéressait. Cela était d'autant plus regrettable, *à priori*, que le malade était, au moins d'une façon intermittente, atteint de blépharospasme, car lorsque nous lui ordonnions de tirer

1. Voy. le n° 3, t. III, 1889.

2. De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique (*Progrès médical*, n° 5 et 7, 1887).

3. *Nouvelle Iconographie*, t. I, pl. XIV, 1888.

la langue, nous voyions bientôt, par généralisation, la contracture se produire également du côté de l'orbiculaire. En tout temps, du reste, la cornée et la conjonctive droites étaient totalement anesthésiques et le rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil droit si étroit que l'œil pouvait être considéré comme totalement amaurotique. Mais l'amaurose et l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive s'observent parfois sans coïncidence de contracture de l'orbiculaire, du côté anesthésique.

Toutefois, l'inspection attentive de la langue nous montrait que celle-ci était pour ainsi dire tordue sur son axe de gauche à droite,

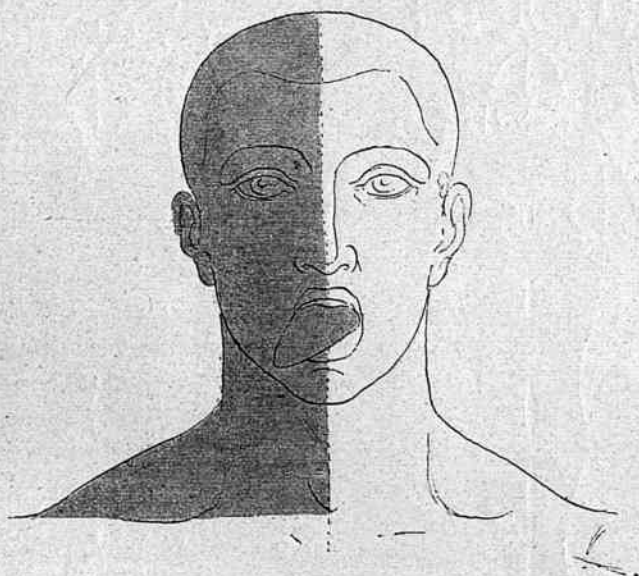


FIG. 53. — Clav. (Obs. III).



Anesthésie.

qu'elle était recroquevillée et que partant, autant du moins qu'il pouvait sembler, la musculature linguale participait toute entière, à droite et à gauche, au spasme.

L'examen minutieux de la sensibilité nous montra alors, que tandis que l'hémi-anesthésie tégumentaire siégeait uniquement à droite, que *la muqueuse et le plancher de la bouche étaient parfaitement sensibles à gauche*, la partie gauche de la langue sur toutes ses faces était comme la partie droite, totalement anesthésique (fig. 53). De même, la sensibilité spéciale avait disparu, car le goût était totalement aboli, alors que les autres sens spéciaux : odorat, ouïe, vision étaient con-

servés à gauche. Il nous était donc permis, encore une fois, de conclure que là encore l'anesthésie s'était nettement superposée au spasme.

L'examen du second malade (Obs. IV), le nommé Lelog..., devait nous donner des résultats encore plus intéressants. Chez lui, en effet,

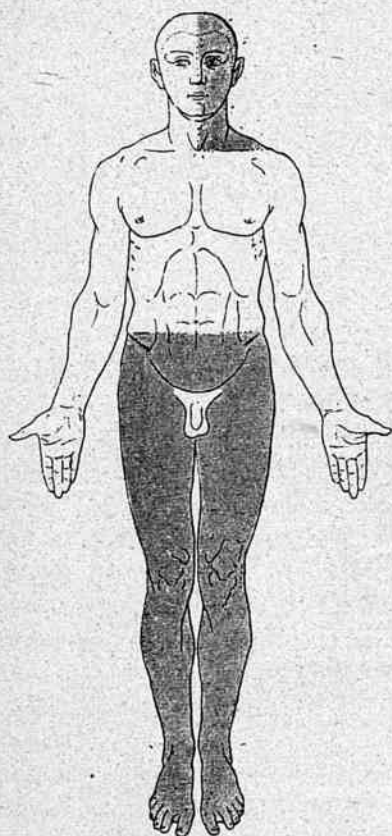


FIG. 54. — Lelog... (Obs. IV).

 Anesthésie.

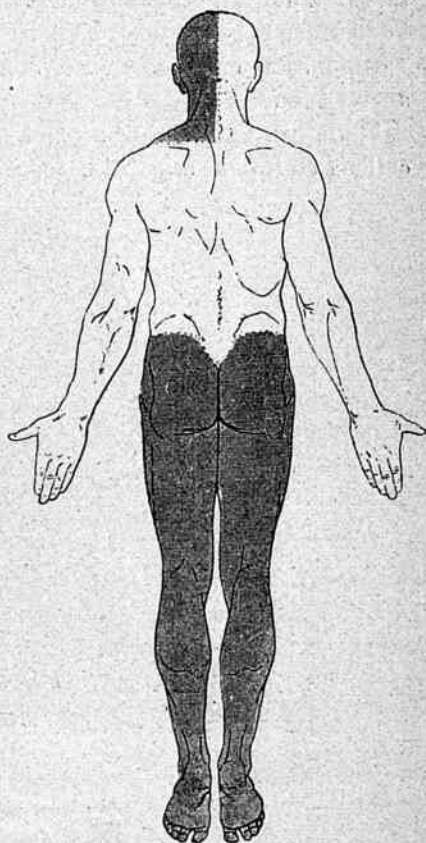


FIG. 55. — Lelog... (Obs. IV).

 Anesthésie.

l'anesthésie semblait atteindre seulement le segment inférieur du tronc se limitant au-dessous de l'ombilic par une zone transversale figurée dans l'observation rapportée par M. Charcot dans le troisième volume de ses *Leçons sur les maladies du système nerveux* (p. 441) (fig. 54 et 55).

À l'époque où fut publiée cette observation, l'hémispasme glosso-labial qui existe aujourd'hui, n'était pas complet : « En examinant la face, est-il dit, on remarque que la commissure labiale gauche est

élevée et de ce côté la bouche entr'ouverte. Cela avait fait penser d'abord qu'il y avait là, à droite, paralysie du facial inférieur. Mais avec plus d'attention on reconnaît qu'il s'agit d'un spasme dans le domaine du facial gauche se traduisant par des secousses tantôt lentes, tantôt précipitées, dont la commissure labiale de ce côté est le siège. La langue tirée hors de la bouche n'est pas déviée. »

Depuis, l'hémispasme s'est complété et intéresse aussi la langue qui est fortement déviée à gauche¹.

Il était intéressant de voir comment se comportait la sensibilité à la face, particulièrement du côté gauche, siège de l'hémispasme glosso-

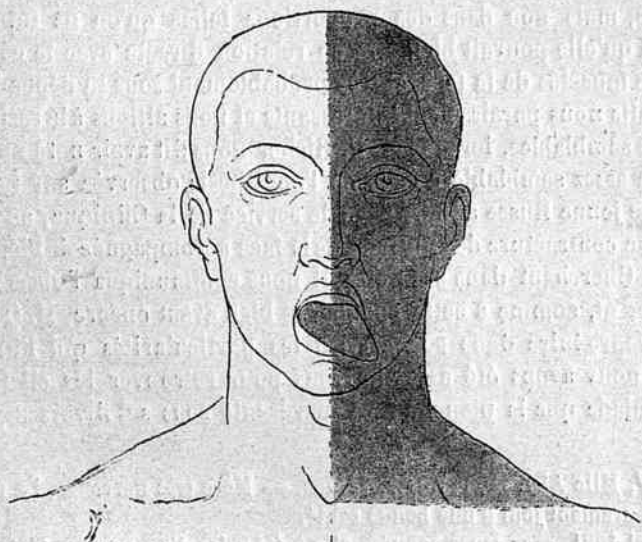


Fig. 56. — Lelög... (Obs. IV).



Anesthésie.

labié. Cet examen nous a donné (26 février 1888), les résultats suivants qui, à notre avis, sont de la plus haute importance.

Il y a anesthésie et analgésie complète de toute la moitié gauche de la face, respectant toutefois l'aile du nez; cette anesthésie envahit non seulement la face mais encore la moitié gauche du front, de la tête, en avant et en arrière et elle se limite en bas et en avant au niveau et un peu au-dessous du bord inférieur de la clavicule, et en arrière par une ligne transversale située un peu au-dessus de l'épine de l'omoplate.

1. *Nouvelle Iconographie*, t. I, pl. XV, 1888.

La sensibilité cornéenne et conjonctivale paraissent normales; la langue est insensible dans sa *totalité*, alors que l'anesthésie de la muqueuse buccale est limitée à la partie gauche de la bouche (fig. 56). Le rétrécissement du champ visuel est également marqué des deux côtés. L'acuité visuelle, qui est de 1/10, est modifiée aussi bilatéralement.

Sans chercher le pourquoi des limites bizarres au premier abord de cette distribution de l'insensibilité, un fait était à retenir : dans un cas de spasme glosso-labié hystérique il existait une anesthésie et une analgésie très marquées dans le domaine des muscles contracturés. A la vérité, cette anesthésie s'irradiait au delà de la zone d'action de ces muscles, mais non dans des proportions telles qu'on ne fût fondé à croire qu'elle pouvait bien être en relation directe avec la contraction des muscles de la face, et très probablement sous sa dépendance.

Ces faits nous paraissaient intéressants et nous allions à la recherche d'autres semblables, lorsque M. P. Richer nous dit avoir noté une disposition assez semblable à celle de l'anesthésie observée sur Lelogg... chez une jeune Russe admise dans le service de la Clinique, en 1882, pour une contracture des muscles de la face accompagnée de blépharospasme. Cherchant dans ses notes, il nous communiqua l'observation suivante, et, comme à cette époque, et bien avant encore, M. Charcot faisait reproduire dans son service les particularités qui l'intéressaient, nous avons été assez heureux pour retrouver les clichés de cette malade que la planche XXX représente sous ses divers aspects.

Obs. V. Mlle Al... jeune Russe, 14 ans. — Mère très nerveuse. La malade a antérieurement joui d'une bonne santé.

En mai 1881, sans cause connue, elle a été prise d'un spasme tonique du muscle orbiculaire des paupières de l'œil droit qui augmenta peu à peu d'intensité et gagna avec le temps presque tous les muscles innervés par le facial droit, et passa même du côté gauche. Mais là, il n'était jamais aussi fort. Ce spasme cessait pendant le sommeil et sous l'influence de la pression sur certains rameaux du nerf facial.

Plus tard, il se développa une anesthésie du visage du côté droit qui augmenta peu à peu, et, au mois de mars 1882, elle occupait les deux tiers inférieurs du visage, le cou, l'épaule et la partie supérieure de la poitrine à droite.

Il faut ajouter que dans le cours de cette maladie il y a eu plusieurs attaques d'hystéro-épilepsie.

L'aspect de la physionomie (pl. XXX) est normal quand la malade porte un bandeau maintenant sur l'œil droit un petit coussin compresseur. Mais si elle l'enlève, on voit survenir aussitôt un spasme qui lui défigure le visage



CLICHÉ A. LONDE



PROTOTYPE BERTHAUD

SPASME DE LA FACE ET DU COU D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

et qui consiste en une contracture de tous les muscles de la face et du cou, à droite.

La compression du globe oculaire pratiquée par une autre personne que la malade n'amène pas la cessation du spasme : la jeune fille elle-même met son bandeau, et tout rentre dans l'ordre.

La malade entre à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, le 27 mai 1882. Jusqu'au 18 juin, elle a des attaques caractérisées par des cris très aigus et quelques contorsions, le corps se tournant toujours à droite (côté du spasme). A plusieurs reprises, elle a les mêmes attaques.

Dans le mois de juillet, le 22, les attaques coïncident avec les règles.

Le 1^{er} avril, la malade fut placée sur le tabouret isolant d'une machine électrique. L'intensité du spasme diminua graduellement. En même temps, apparaissent des efforts expirateurs, un léger tremblement et finalement un état demi-syncopal avec arrêt de la respiration et sans pâleur durable de la face.

Cet état syncopal se dissipe spontanément, et la malade se trouve dans le même état qu'avant. Pendant l'état syncopal, la déviation faciale persista.

Durant un mois et demi (fin juin) on place des aimants du côté de la contracture (deux heures par jour). La contracture du cou a disparu dès le début. Le spasme de la face a diminué insensiblement. Le 26 juillet, le spasme de la bouche a disparu.

Le 27, l'œil s'est ouvert. A la suite de la disparition du spasme de l'orbiculaire, la malade a été prise de diplopie. A ce sujet, M. le Dr Parinaud nous communique la note suivante : « Cette diplopie était caractéristique de la paralysie incomplète de la sixième paire droite (œil atteint de blépharospasme). »

L'écartement des images restait régulièrement le même pour une égale distance de la bougie et, aucun caractère du trouble oculaire n'autorisait un autre diagnostic et permettait d'écarter la simulation. Considérant néanmoins la rareté des paralysies oculaires dans l'hystérie, et d'autre part la contracture dont cet œil avait été atteint, je rapportai la diplopie non à la paralysie du droit externe mais à la contracture du droit interne ou à une simple rétraction de ce muscle consécutive à cette contracture et à l'occlusion permanente de l'œil pendant plusieurs mois.

La diplopie s'améliore progressivement et disparaît au bout d'une dizaine de jours. Aujourd'hui 29 juillet, les attaques sont plus fortes. La malade fait de grands mouvements pendant une minute à une minute et demie. Entre chaque attaque, la malade reprend connaissance. La compression de l'ovaire droit arrête les attaques mais non les cris.

Le spasme n'a pas reparu.

L'observation de M. P. Richer n'est-elle pas très intéressante au point de vue particulier qui nous occupe ? Que dire en effet de cette anesthésie du côté droit du visage — siège du spasme — qui augmen-

tant peu à peu occupait, au mois de mars 1882, les deux tiers inférieurs de la face, le cou, l'épaule et la partie supérieure de la poitrine à droite ?

La distribution de l'insensibilité ne mérite-t-elle pas d'être rapprochée de celle observée chez notre malade Lelog... ? Il est vrai qu'il est dit dans l'observation de M. Richer que la contracture envahissait également les *muscles du cou* à droite.

Cette ressemblance de deux territoires anesthésiés devait nous engager à rechercher s'il n'existait pas chez Lelog... une contracture des muscles du cou, et nous n'avons pas été peu surpris de reconnaître qu'en effet, chez lui, il existait une contracture très manifeste du peucier, contracture très visible surtout au moment des efforts faits par le malade pour tirer au dehors la langue contracturée. Or, en examinant la figure 56, on verra que la ligne d'anesthésie se termine en bas au niveau de la ligne d'insertion des fibres du peucier. Chez Lelog..., comme chez la malade de M. P. Richer, l'anesthésie et le spasme se superposaient, chez tous les deux le spasme étant glosso-labio-peucier, au lieu d'être simplement glosso-labié, ainsi qu'on eût pu le croire à un premier examen chez Lelog...

Toutefois, on voudra bien remarquer que chez celui-ci l'anesthésie envahit la totalité de la face ainsi que la région postérieure de la tête et du cou ; pour interpréter cette insensibilité dans le sens de notre hypothèse il faut donc admettre que l'orbiculaire palpébral, le frontal, l'occipital, en un mot les muscles peuciers de la région, à droite, étaient en contracture. Pour le premier, la vérification n'est pas difficile, l'œil se ferme à moitié, spasmodiquement, dans les efforts faits pour tirer la langue au dehors ; pour les autres, la constatation est plus difficile.

Il était donc nécessaire de s'appuyer sur de nouvelles observations et aussi sur de nouvelles expériences.

Ces observations ne devaient pas tarder à se produire.

Déjà en 1887, Clés..., hystéro-épileptique dont nous avons déjà parlé, avait été spontanément atteinte, à la suite d'une attaque, d'un spasme de la face analogue à celui d'Alex... représenté par la planche XXX. L'observation n'avait pas été recueillie en détails et l'anesthésie n'avait pas été notée.

Le 11 mars 1888, Clés..., qui, rappelons-le, est hémianesthésique droite, est prise à huit heures et demie du soir des prodromes d'une attaque : battements dans les tempes, boule, bourdonnements d'oreilles, etc. A dix heures et demie, attaque de grande hystérie qui dure deux heures.

Le lendemain matin, 12 mai, nous la trouvons à notre visite avec un spasme des muscles de la face, de l'orbiculaire des paupières et du peaucier, du cou du côté gauche, absolument analogue à celui d'Alex... Comme cette malade, Clés... appuie fortement sur son œil pour rompre le spasme sans qu'il nous soit possible, du reste, de donner une interprétation du résultat ainsi obtenu. Le spasme reparait aussitôt que cesse la compression. La langue ne participe pas au spasme. Il existe un sentiment de tension nettement accusé par la malade dans la région frontale gauche.

L'examen minutieux de la sensibilité montre qu'il y a anesthésie complète de la moitié gauche de la face (la moitié droite étant normalement insensible), et que cette anesthésie se limite à gauche : en bas, au niveau de l'insertion du peaucier, en haut, sur les limites supérieures de la région fronto-pariétale ; en dehors, le pavillon de l'oreille est insensible. *Toute la partie postérieure de la tête et du cou est restée sensible de même que la moitié gauche de la langue.* La cornée et la conjonctive sont insensibles. La doublure muqueuse de la joue est également anesthésique. L'ouïe, la vue et l'odorat à gauche ont disparu.

Rappelons à propos de cette anesthésie sensorielle, que M. Féré¹ a très nettement signalée, que dans « l'hémianesthésie hystérique il y a un rapport constant entre l'insensibilité cutanée et l'insensibilité sensorielle ».

Pour terminer ce qui a trait à Clés..., nous dirons que la malade, grande hypnotique, est immédiatement mise en somnambulisme. Dans cet état nous ne tardons pas à lui enlever par suggestion le spasme qui s'est développé à la suite de son attaque. A son réveil, nous pouvons constater que le spasme est disparu avec l'anesthésie que nous avons signalée ; la vue, l'odorat, l'ouïe, sont revenus à gauche.

En mai 1888, nous avons, laissant intentionnellement écouler un certain laps de temps entre l'expérience spontanée et celle que nous voulions effectuer, reproduit chez elle par suggestion cette variété de spasme. Il nous suffit de lui présenter en somnambulisme la planche XXX pour produire le spasme de la face et du cou. Il nous fut alors donné, à son réveil, de constater les mêmes modifications que celles précédemment notées du côté de la sensibilité localisée et de faire cesser ces modifications avec le spasme. L'expérience était donc concluante. Nous l'avons renouvelée à plusieurs reprises, toujours avec le même succès.

Depuis cette époque, du reste, nous avons pu recueillir à la Salpê-

1. Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie (*Archives de neurologie*, 1882, p. 283).

rière trois nouvelles observations qui, comme on va le voir, n'ont fait que nous confirmer dans notre opinion sur la superposition des spasmes de la face et du cou et des troubles localisés de la sensibilité.

La première (Obs. VI) est particulièrement remarquable en ce que nous avons vu le spasme naître sous nos yeux, se localiser d'abord à la partie droite de la langue, puis envahir la partie gauche, et enfin réaliser le type du spasme, glosso-facio-peaucier, et l'anesthésie se superposer immédiatement au spasme des muscles qui venaient de se contracturer. Cette observation est donc éminemment démonstrative, d'autant que nous avons aussi assisté à la disparition du spasme et à l'effacement spontané de l'anesthésie.

Obs. VI.— Blanch..., 27 ans, lingère, hystéro-épileptique à crises séparées, entrée à la Salpêtrière, service de M. le professeur Charcot, en 1878; sortie, puis entrée de nouveau en 1879 et 1884. Mère épileptique.

Coléreuse pendant son enfance; fièvre typhoïde à 14 ans. A 12 ans, début des attaques d'hystérie, à 13 ans début des accès d'épilepsie nettement caractérisés. Hémianesthésie gauche; goût complètement aboli des deux côtés depuis le début des attaques d'hystérie.

Dans la nuit du 16 au 17 juin 1888 débute un état de mal hystérique présentant ceci de particulier que les attaques sont uniquement représentées par une phase d'épilepsie partielle. Du 16 à minuit et demi à 9 heures du soir le 17, elle a cent cinquante accès; la température vaginale donne 38°. Du dimanche 9 heures au lundi 3 heures, nombre sensiblement égal d'attaques de même nature, la langue n'est pas mordue; on sonde la malade toutes les quatre heures. Pendant toute cette période il est impossible, dans le but de la tirer de cet état, de déterminer une attaque complète (ordinairement présentée par la malade) par la pression des deux zones hystérogènes habituelles situées au-dessous du sein et au-dessous de l'omoplate gauches.

Le lundi 18 juin, à 4 heures du soir, la malade semblant moins absorbée, nous déterminons une attaque complète avec un arc de cercle, attitudes passionnelles, en pressant la zone hystérogène située au niveau de l'angle de l'omoplate. Puis nous arrêtons cette attaque par la pression de l'ovaire gauche et l'inhalation de 60 grammes d'éther.

Elle sort de cette attaque avec une *hémiplégie droite*, flasque, accompagnée d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Pendant toute la durée de l'état de mal, le côté droit n'avait pas semblé paralysé, les convulsions épileptoïdes prédominant à gauche d'une façon permanente très marquée.

Nous explorons la sensibilité aussitôt l'attaque arrêtée et l'hémiplégie constatée: tout le corps est anesthésique. Une demi-heure plus tard, le côté gauche habituellement anesthésique est redevenu sensible.

Nous constatons en même temps que la langue est fortement déviée à

droite; la moitié droite de la langue est diminuée de volume, dure au toucher, revenue sur elle-même; la moitié gauche est large et souple. La commissure gauche est normale, elle paraît toutefois légèrement entr'ouverte, mais par opposition avec la commissure droite qui est fermée activement et légèrement abaissée, car la malade ne fume pas la pipe de ce côté.

L'exploration minutieuse de la sensibilité montre que la partie droite contracturée de la langue est insensible, la moitié gauche restant sensible.

Dans les jours qui suivent, on note, qu'à son tour, la moitié gauche de la langue durcit; d'aplatie, de mobile, elle prend un aspect en dos d'âne et devient dure au toucher.

Le 20 juin, M. Charcot s'exprimait ainsi en présentant la malade à sa Polyclinique¹ : « Nous allons ordonner à la malade de tirer la langue. Vous la voyez ouvrir la bouche démesurément, faire effort, mais la langue ne sort point. Vous voyez cet organe ramassé vers le côté droit de la bouche, dur au toucher, évidemment contracturé, et bien qu'il soit attiré en masse vers la droite, formant un crochet dont la concavité regarde à gauche. »

Les jours qui suivent, la malade va au traitement électrique et l'hémiplégie disparaît peu à peu; en même temps, l'insensibilité disparaît à droite pour revenir à gauche, où elle siège habituellement, mais le spasme lingual persiste avec anesthésie totale de la langue.

Le 31 juillet, attaque hystéro-épileptique qui dure de 8 heures à 9 heures et demie du matin; au sortir de cette attaque nous l'examinons et constatons chez elle un spasme de toute la moitié droite de la face comprenant l'orbiculaire des paupières et le peaucier qui est nettement contracturé (l'aspect de la malade est identique à celui d'Alex... que représente la planche XXX). La pression oculaire fait cesser momentanément le spasme. L'examen de la sensibilité montre, outre une hémianesthésie gauche, une zone d'anesthésie comprenant toute la *moitié droite de la face siège du spasme*, se limitant en haut à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade sourcilière, en dehors par une ligne passant au devant de l'oreille, suivant la branche montante du masséter, et se terminant en bas transversalement un peu au-dessous de la clavicule. La langue est toujours contracturée dans la même situation.

Une séance de suggestion chez la malade qui est facilement hypnotisable suffit pour enlever le spasme des muscles de la face et du cou. Au réveil, la contracture a disparu et avec elle la zone d'anesthésie circonscrite qui l'accompagnait. Le spasme et l'anesthésie de la langue persistent; la suggestion plusieurs fois répétée à des intervalles éloignés est impuissante à les faire disparaître.

Jusqu'au mois de décembre, Bl... est sujette à des attaques hystéro-épileptiques; à plusieurs reprises il se fait un transfert de l'anesthésie de gauche à droite, cette anesthésie revenant toujours en fin de compte se fixer à gauche. La contracture de la langue est permanente.

1. M. Charcot a présenté cette malade à sa Polyclinique du 26 juin 1888. Voy. *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*, p. 482 et seq. 1888.

Le 20 décembre, nouvelle attaque : au sortir de celle-ci, la malade est toute étonnée de mouvoir sa langue qui était contracturée et anesthésique en totalité depuis le 18 juin. Nous l'examinons le 21 et constatons que la langue est redevenue souple; la moitié droite est désormais sensible, la moitié gauche participe à l'hémi-anesthésie dont ce côté est habituellement le siège. Le goût est complètement aboli; la malade, avons-nous dit, a toujours présenté ces derniers phénomènes depuis le début de ses attaques d'hystérie.

L'observation VII est intéressante en ce qu'elle réalise le type du spasme facio-peaucier sans participation de la langue et avec superposition de l'anesthésie au spasme.

Obs. VII. — Mlle Desg..., 22 ans, est couchée, à la date du 9 avril 1888, salle Rayer n° 15, à la Salpêtrière, pour une arthralgie hystéro-traumatique du genou gauche qui a fait le sujet d'une leçon de M. Charcot, le 23 décembre 1887¹. Nous ne rapporterons de cette observation que ce qui a trait au spasme de la face et du cou.

Le bras droit est anesthésique; la jambe droite l'est également, sauf au niveau du genou gauche dont les téguments sont hyperesthésiés. Zone hystéro-gène au niveau des 3^e, 4^e, 5^e et 6^e vertèbres dorsales.

Amaurose à droite; rétrécissement du champ visuel, à gauche, à 10.

Lorsqu'on examine attentivement la face, on constate que la moitié droite de la lèvre supérieure est animée de petites secousses qui se répètent fréquemment : de plus, il existe là une contracture permanente, car la lèvre est tirée en haut en dehors et à droite, le sillon naso-labial étant beaucoup plus accentué qu'à gauche. Le spasme labial aurait débuté, il y a huit ou dix jours, en même temps que des douleurs névralgiques de ce côté de la face. La langue n'est pas déviée. L'œil droit est amaurotique.

Il existe une anesthésie complète de toute la moitié droite de la face envahissant également le cou et se terminant en bas au niveau de la clavicule. En dehors, elle est limitée par le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien; en haut, elle gagne la région fronto-pariétale et se termine par une ligne elliptique située à quatre travers de doigt au-dessus de l'oreille droite. La partie postérieure de la tête est insensible. La cornée et la conjonctive sont privées de sensibilité. La muqueuse buccale est insensible à droite.

Dans l'observation VIII nous notons, avec une hémiplégie gauche sensitivo-sensorielle d'origine hystérique, un spasme total de la langue coïncidant avec une anesthésie totale de l'organe superposée au spasme.

Obs. VIII. — Le F..., 48 ans, plombier, entre à la Salpêtrière le 19 dé-

1. Recueillie par M Blocq (*Progrès médical*, 28 janvier 1888).

cembre 1888. Pas d'antécédents héréditaires. Depuis l'âge de 12 ans, il travaille dans le plomb. A cinq reprises, il a eu des coliques, la dernière fois en 1875. Actuellement, pas de liséré spécial.

Il y a un mois environ, il s'est aperçu que le côté gauche devenait faible, que le bras et la jambe n'avaient pas leur vigueur ordinaire. Quelques jours plus tard, la langue « devenait raide »; il éprouvait de la difficulté pour parler vite et bégayait.

Peu à peu, cette faiblesse s'est accentuée, et sans qu'il lui soit possible de trouver une cause quelconque à ce qui lui est arrivé, aujourd'hui le bras et la jambe gauche sont complètement paralysés, Le F... est hémiplegique.

Toutefois il peut encore marcher, mais c'est en tirant avec peine après lui sa jambe gauche qui traîne sur le sol. Hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle avec perte du sens musculaire.

Rétrécissement concentrique du champ visuel, à gauche à 40, à droite à 70.

Réflexe rotulien droit normal; réflexe gauche très diminué.

En examinant attentivement la face on remarque que la commissure gauche est très nettement tirée en haut et en dehors.

La langue est très légèrement déviée à gauche, mais le malade éprouve une grande difficulté à la tirer hors de la bouche, ce qu'il ne peut faire complètement, la pointe dépassant seulement de quelques centimètres les arcades dentaires. « Ma langue est raide, répète-t-il, je ne puis la mouvoir comme je veux, c'est cela qui me fait mal parler. » Pourtant la parole semble normalement exprimée. La langue présente encore cette particularité que les bords en sont fortement relevés; elle a la forme d'un bateau et le malade ne peut ni la mettre à plat, ni encore la mettre en dôme. Les deux bords étant également relevés, la contracture semble donc envahir toute sa musculature, à droite comme à gauche.

La langue est insensible dans sa totalité, alors que le malade est seulement hémianesthésique à gauche. Toute la portion droite de la muqueuse buccale qui ne recouvre pas la langue a conservé sa sensibilité, qu'elle a perdue à gauche, côté de l'hémianesthésie; le goût est totalement aboli.

Le malade n'a jamais eu de crises nerveuses.

III

Aux précédentes observations qui toutes réalisent le type, soit du blépharospasme, soit du spasme lingual, glosso-labié, ou glosso-facio-peaucier, et que nous aurions pu multiplier, viennent s'en joindre deux autres qui, à notre avis, présentent également, au point de vue clinique, pour le diagnostic différentiel, un intérêt de premier ordre.

Ces observations ont trait à la contracture hystérique du sterno-

cléido-mastoïdien (Obs. IX), d'une part, et de la portion cervicale du trapèze d'autre part (Obs. X) associée ou non avec la contracture du sterno-mastoïdien. Dans ce dernier cas l'apparition de la contracture avait été précédée de douleurs qui eussent pu faire penser à une pathogénie toute autre, rhumatismale par exemple, que celle à incriminer dans l'espèce.

Or dans ces deux cas (fig. 57 et 58) il existait une bande d'anesthésie se superposant exactement au muscle sous-jacent contracturé. Phénomène accessoire, mais qui se montre souvent dans les contractures hystériques, dans les deux cas il s'était fait du côté opposé au spasme, normalement anesthésique chez les deux malades, un transfert de la sensibilité dans des limites identiques à celles de la bande d'anesthésie superposée à la contracture.

L'anesthésie limitée était bien sous la dépendance du spasme puisqu'elle disparut avec elle; conjointement, tout rentra dans l'ordre du côté hémianesthésique à l'état normal.

Obs. IX. — Clés..., 26 ans, hystéro-épileptique à crises séparées, hémianesthésique droite, se met dans une violente colère à 5 heures du soir, le 11 décembre 1888. Au cours de la discussion elle tourne violemment la tête à gauche. Aussitôt elle sent son cou se contracturer de ce côté.

A 6 heures, nous l'examinons et constatons ce qui suit. Le chef claviculaire du sterno-cléido mastoïdien gauche fait une forte saillie sous la peau, sous forme d'une corde rigide. La tête est légèrement inclinée à gauche sans rotation.

Sur toute l'étendue et dans les limites de cette corde, en haut jusqu'à l'apophyse mastoïde et un peu au-dessus, en bas jusqu'à la clavicule et un peu au-dessous, *existe une zone d'anesthésie totale à la piqure* (fig. 57).

Dans une même zone à droite (côte hémianesthésique) il s'est fait un léger transfert de la sensibilité.

La malade, d'habitude très facilement hypnotisable, n'est endormie qu'avec peine, ainsi qu'il arrive lorsqu'elle se trouve plongée dans cet état d'excitation assez souvent prémonitoire des attaques. Pendant la période somnambulique, tant par suggestion que par production d'une contracture du côté opposé que nous faisons ensuite disparaître, nous obtenons la résolution de la contracture du sterno-mastoïdien, résolution qui persiste au réveil. Nous constatons alors que la sensibilité a reparu à gauche dans la zone sus-indiquée, alors que le côté droit du cou est devenu, comme tout ce côté, totalement insensible.

Obs. X. — Lav..., 49 ans, myopathique héréditaire (type Duchenne, de Boulogne), hystéro-épileptique droite, est sujette à de fréquentes contractures des muscles du cou siégeant toujours à gauche. Nous avons observé à

plusieurs reprises ces contractures le plus souvent douloureuses et avons alors constaté ce qui suit.

Le 10 mars 1888, douleurs vives siégeant dans les muscles du cou des deux côtés; le 11, les douleurs se localisent à gauche; le 12, la contracture se produit; le 13, au matin, nous l'examinons. La tête est en rotation à droite : le sterno-cléido-mastoïdien gauche est contracturé et forme une corde rigide sous la peau. Il existe à gauche une zone d'anesthésie cutanée à base triangulaire se limitant en avant par le bord antérieur contracturé du sterno-mastoïdien, en bas par la clavicule, en dehors par le bord antérieur du trapèze dans

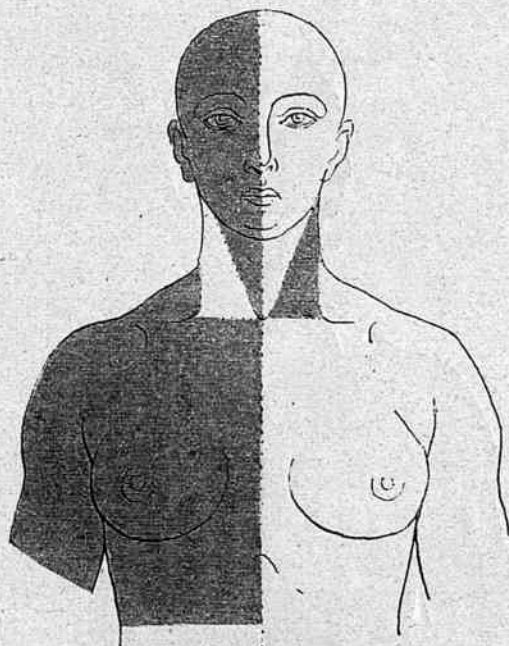


Fig. 57. — (Obs. IX).



Anesthésie.

sa partie cervicale, en haut se terminant en avant du pavillon de l'oreille qui est sensible (fig. 58).

La malade qui est facilement hypnotisable est plongée dans l'état somnambulique pendant lequel nous faisons disparaître la contracture. Au réveil, la sensibilité a reparu dans la zone anesthésique.

Le 18 avril, mêmes phénomènes survenus après une attaque; outre la zone d'anesthésie gauche, il s'est fait un transfert de la sensibilité à droite (côté anesthésique) dans les régions correspondantes. Guérison de la contracture par suggestion, retour de la sensibilité à gauche, et de l'insensibilité à droite dans la zone indiquée.

Le 31 mai, se plaint au réveil d'un contracture du cou du côté gauche. La portion cervicale du trapèze, à gauche, fait une forte saillie sous la peau. A ce moment il existe une bande d'anesthésie large de 2 centimètres environ se terminant horizontalement en bas au niveau de l'omoplate, et en haut, dans la région occipitale, au niveau des insertions du trapèze. La sensibilité est revenue à droite dans les mêmes régions. Une séance d'hypnotisation fait disparaître la contracture et avec elle les troubles de la sensibilité.

Les faits que nous avons rapportés, scrupuleusement observés, avec contrôle expérimental, se passeraient de commentaires s'il n'était né-

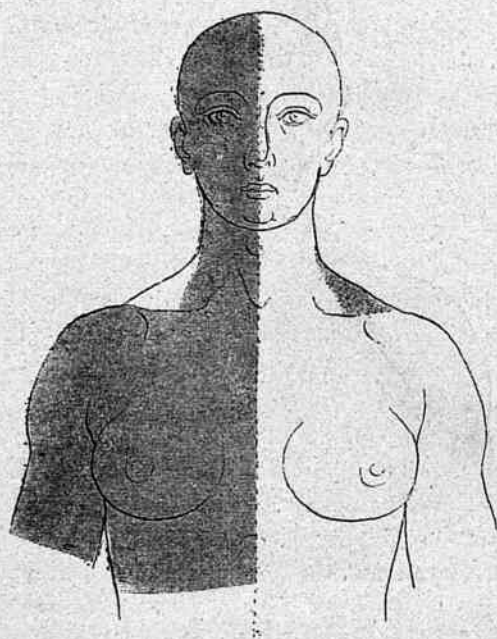


FIG. 58. — (Obs. X).

cessaire d'insister encore sur tout le parti que le clinicien, après le nosographe, pourra tirer des indications diagnostiques fournies par l'anesthésie localisée (ou l'hyperesthésie, phénomène de même nature) dans les diverses contractures que nous avons décrites.

Rappelons-nous que les muscles de la face et du cou jouissent beaucoup plus que les autres muscles du corps d'une individualité qui fait que leur contracture isolée est envisagée, pour ainsi dire, sous autant de formes, d'entités morbides particulières qu'il y a de spasmes. Le blépharospasme est décrit à part dans les Traités, de même le torticolis;

et si le spasme glosso-labié n'a pas exercé davantage la verve des écrivains médicaux, c'est que sa découverte est de date relativement toute récente. En ce qui regarde le spasme du peaucier nous croyons avoir été le premier à le signaler. Il coïncidait du reste avec le spasme glosso-labié dans les cas que nous avons observés.

Aussi, étant donné l'importance qui s'attache à la contracture des muscles de la face et du cou et au diagnostic pathogénique différentiel de ces contractures, pensons-nous qu'il importe désormais de mettre en valeur le signe que nous avons découvert, car lorsqu'il existera il ne sera plus permis plus au diagnostic d'hésiter.

Et ce diagnostic dans l'espèce est d'une singulière importance, car il entraîne avec lui un pronostic qui pourra varier du tout au tout suivant la nature du spasme, et faire repousser ou accepter une intervention chirurgicale d'une gravité considérable.

Combien de fois n'a-t-on pas fait la section des nerfs sus-orbitaires dans les cas de blépharospasme hystérique, à commencer par notre malade de l'observation II, quand on n'a pas cru devoir pousser jusqu'à la dissection de l'orbiculaire (Borel). Si l'on s'étonne, nous dirons que l'hystérie locale n'est pas encore tellement bien connue dans toutes ses expressions symptomatiques qu'il ne reste plus rien à glaner dans son champ d'opérations. Notre malade n'avait jamais eu de crises, et malheureusement, pour beaucoup de médecins, les attaques sont encore le critérium de l'hystérie.

Pour ce qui est du torticolis, en présence de sa ténacité — et l'on sait si les contractures hystériques sont parfois tenaces — si l'on ne commence pas par une section musculaire ou nerveuse, on est trop souvent porté à placer des appareils contensifs qui, non seulement sont inutiles, mais encore sont dangereux, car ils entretiennent singulièrement les contractures.

M. Charcot n'a-t-il pas montré, en effet, que le meilleur moyen d'éterniser les contractures hystériques était de placer les parties du corps contracturées dans un appareil, même lorsque l'appareil est posé après résolution de la contracture et pendant le sommeil chloroformique. A peine l'appareil est-il enlevé que la contracture se montre à nouveau et plus tenace encore qu'auparavant.

Enfin, on pourra s'en étonner, ce sont peut-être les troubles de sensibilité de la langue qui permettront parfois d'éviter l'erreur la plus grave au point de vue du pronostic à porter.

On sait en effet qu'il existe des *hémiplegies* accompagnées d'hémi-anesthésie d'origine organique sur lesquelles M. Charcot a récemment appelé de nouveau l'attention dans une de ses remarquables *Leçons du*

*Mardi*¹, rapportant une observation suivie d'autopsie. Ces hémianesthésies organiques qui peuvent s'accompagner d'un *rétrécissement double du champ visuel*, ne diffèrent que bien peu des hémianesthésies hystériques, si ce n'est par la perte toujours incomplète du sens musculaire et de la sensibilité articulaire. N'aura-t-on pas, alors que l'évolution clinique a été douteuse, un bon point de repère pour le diagnostic si l'on constate par exemple que la langue déviée parfois comme dans l'hémiplégie organique est anesthésique totale alors qu'un seul côté du corps est privé de sensibilité. Il faut avoir été aux prises avec la difficulté pour bien apprécier le secours précieux qu'un stigmate peut apporter.

Dans la circonstance, il est du plus haut intérêt d'être fixé le plus tôt possible sur la nature d'une hémiplégie qui, dans un cas sera incurable, et dans l'autre se terminera certainement par la guérison.

A la vérité, on pourra nous répondre que ces superpositions des troubles de sensibilité et du spasme ne sont pas d'une constance absolue, mais est-ce là une raison pour en méconnaître la valeur lorsqu'elles existent et, en tous cas, négliger leur recherche?

Si maintenant nous cherchons à interpréter les phénomènes que nous avons observés, nous dirons qu'ils ne diffèrent en aucune façon de ceux qui ont été notés pour les autres contractures hystériques, en particulier par Brodie dans la coxalgie due à la névrose.

Précisant davantage, M. Charcot a depuis longtemps montré, au point de vue de leur topographie, que les troubles de la sensibilité dans l'hystérie ne se superposent pas à l'innervation de l'organe, mais qu'ils suivent bien plutôt la fonction qui est dévolue à celui-ci.

L'anesthésie et l'hyperesthésie sont corticales et non médullaires.

Dans la monoplégie brachiale hystérique l'anesthésie se limite en manchon à la racine du membre, elle est bien différente de celle que l'on observe dans l'arrachement du plexus brachial par exemple, réalisant le même symptôme monoplégie².

L'anesthésie ou l'hyperesthésie au niveau d'une articulation immobilisée par contracture hystérique ont des limites précises, indépendantes de la distributions des filets nerveux qui sensibilisent la région contracturée.

Dans les cas que nous avons décrits, les troubles de sensibilité sont indépendants topographiquement de l'innervation, ils se superposent à la fonction. Cette disposition indique que la section, dans les cas de blépharospasme par exemple, est au moins inutile, car la contrac-

1. *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*, 1888, p. 288, et appendice, p. 586.

2. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 299 et suiv.

ture est d'origine purement psychique et c'est sur les centres corticaux et non localement qu'il faudra agir par un traitement approprié.

Notre travail est donc, en résumé, une simple contribution apportée aux idées que notre maître a émises sur la pathologie générale de l'hystérie. En précisant certains points, il enrichira le chapitre des découvertes qu'il a faites dans ce domaine resté si longtemps inexploré, et, fournissant des bases plus larges pour le diagnostic de certaines manifestations locales de l'hystérie, il mettra peut-être un frein à des interventions intempestives, pour le plus grand honneur de la pathologie et pour le plus grand bien des malades.

GILLES DE LA TOURETTE,

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ACROMÉGALIE

(Suite¹).

Passons maintenant à la description de la langue. Comme je l'ai dit, cet organe chez Ghirlenzoni était très développé; conséquemment il importait de l'examiner dans toutes ses plus menues particularités, pour arriver à nous rendre compte de son volume extraordinaire. Elle fut enlevée avec le larynx et les premiers anneaux de la trachée.

Posée sur la table d'autopsie, la langue était longue, large, massive; toutes les papilles (coniques, fongiformes, caliciformes) étaient augmentées de volume, hypertrophiées. Quelques-unes des papilles caliciformes les plus volumineuses avaient 4 millimètres de large sur 3 millimètres de haut. Le trou borgne était agrandi tellement qu'on aurait pu y introduire un gros pois. Voici les trois principales dimensions de la langue :

	Millimètres.
Longueur.....	140
Largeur.....	90
Épaisseur.....	35
Elle pesait, unie au larynx dépourvu des parties molles, 305 grammes.	

La section ne différait pas sensiblement de celle d'une langue normale, exception faite d'une plus grande hauteur de la couche sous-muqueuse, en conséquence de l'hypertrophie des organes glandulaires résidant dans celle-ci.

Sur quelques minces coupes pratiquées dans les points les plus épais, on note, à l'examen microscopique, qu'à la composition histologique de la langue en question ne prennent pas part d'autres éléments que ceux qui se trouvent normalement dans cet organe, sauf leurs proportions plus grandes, et sans qu'il soit possible d'apprécier la prédominance de l'un d'eux sur les autres. L'unique modification qui ressort de l'examen de ces préparations consiste dans une densité plus grande du tissu cytogène environnant les nombreuses glandules en grappe, ce qui donne à ce tissu un aspect vaguement fibrillaire.

D'après ce que je viens de dire, il résulte que c'est là un cas, plutôt unique que rare, de véritable et pure macroglossite. En fait, dans cette maladie, qu'elle soit congénitale ou acquise, le tissu musculaire ne constitue pas le

1. Voy. les n^{os} 5, 6, t. I, 1888, et les n^{os} 1, 2, 3, t. II, 1889.

seul élément ni le plus essentiel. En général, les auteurs se montrent enclins à assimiler la macroglossite congénitale à l'éléphantiasis, puisque, dans celle-ci comme dans celle-là, il y a dans l'organe une prédominance de tissu conjonctif simple ou mélangé à du tissu lymphatique ou à des cavités lymphatiques, comme Virchow en a rapporté un exemple. De là résultent deux variétés qui pourraient être désignées sous le nom, l'une de *sclérosique*, l'autre de *lymphatique*. Quant au tissu musculaire, tous sont d'accord pour dire qu'il n'est pas facile d'en déterminer la quantité. Burk a décrit un cas de macroglossite dans lequel il a réussi à constater une prédominance du tissu musculaire; mais cette altération était limitée à quelques points seulement, tandis que dans d'autres existait un état tout opposé. Weber est le seul auteur qui dans la macroglossite ait décrit des couches de fibres musculaires de récente formation.

Notre cas diffère donc grandement de tous les autres déjà connus dans la science, puisqu'il ne peut se rapporter ni à la macroglossite congénitale ni à la macroglossite acquise.

Un léger allongement de la langue souvent lié à un égal allongement de la mâchoire inférieure se rencontre fréquemment chez les monstres anencéphales. De même, chez les crétins, il n'est pas rare d'observer l'hypertrophie de la langue avec procidence de l'organe. C'est principalement sur ces faits qu'est fondée l'ancienne opinion qu'une langue épaisse et large annonce un faible degré d'intelligence.

Brigidi se demande si, chez Ghirlenzoni, il n'en était pas de même, et si, en même temps que les progrès de la maladie amenaient l'augmentation de volume de la langue, ils ne produisaient pas aussi un affaiblissement de l'intelligence. Ce fait lui semble d'autant plus probable que, d'après lui, le cerveau de cet homme avait subi une notable atrophie.

Le larynx était grand, l'épiglotte large; cette dernière avait 32 millimètres de haut, 36 de large, et 3 d'épaisseur. Les sinus glosso-épiglottiques étaient transformés en deux larges sacoches dont chacune aurait été capable de contenir une noisette ou même une aveline; celle de gauche était un peu plus large que celle de droite.

Les organes respiratoires remplissaient complètement les deux moitiés de la poitrine; ils étaient libres d'adhérences.

Le cœur fut trouvé augmenté de volume, verticalement dirigé et très rapproché de la base du sternum; les deux ventricules étaient agrandis par l'atrophie du tissu musculaire; ces faits semblaient être en rapport de causalité avec l'insuffisance des sigmoïdes tant de l'artère pulmonaire que de l'aorte; insuffisance qui, pour les premières, était causée par une réticulation étendue des minces membranes qui composent ces valvules; pour les secondes, par un premier degré de sclérose ayant succédé à l'endocardite. Les cavités droites du cœur étaient, en outre, remplies de caillots cruoriques de couleur de poix et de sang noir et diffusent.

Quant à l'examen des viscères contenus dans la cavité abdominale, on n'y

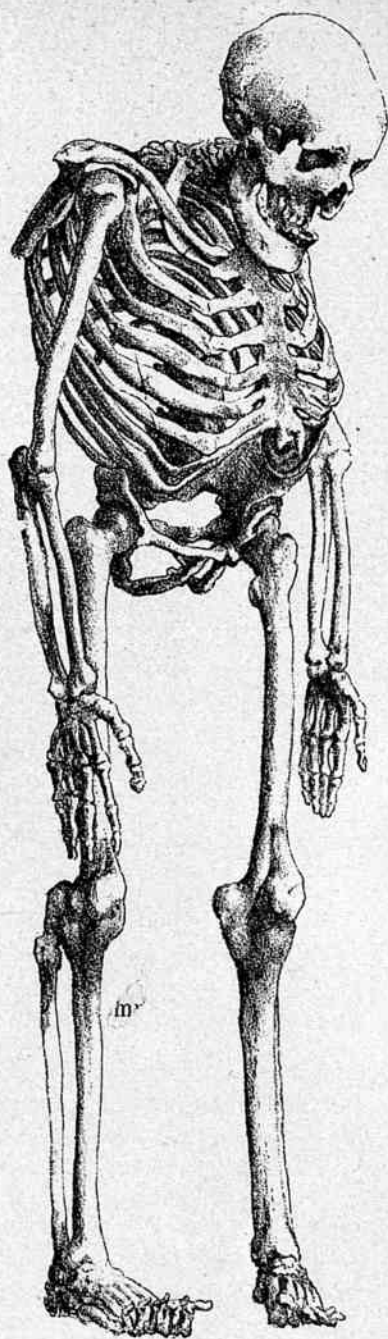
trouva rien qui méritât d'être noté; seul, l'estomac avait une amplitude notable qui, d'ailleurs, ne dépendait d'aucun obstacle mécanique au passage des aliments, le pylore étant parfaitement normal.

Squelette (pl. XXXI). — Tous ceux qui, ayant présentes à la pensée les formes des squelettes des premiers spécimens du grand arbre généalogique, jetteraient ensuite les yeux sur le squelette de Ghirlenzoni, n'hésiteraient pas un instant à déclarer que ce dernier a plus d'analogie avec le squelette de l'orang-outang qu'avec celui de l'homme. En fait, dans le squelette de Ghirlenzoni, le crâne est peu développé dans le sens vertical, et les maxillaires sont proéminents en dehors, et forment une espèce de museau. Le maxillaire inférieur a ses angles presque complètement effacés et dépasse le maxillaire supérieur de 2 centimètres et demi. Celui-ci, à son tour, présente les fosses canines très marquées; son arcade alvéolaire est épaisse, large et tournée en avant. Les dents incisives sont, dans les deux mâchoires, dirigées obliquement en avant comme justement cela s'observe dans les espèces inférieures. L'examen du tronc n'offre pas de moindres analogies. Tout d'abord il se montre incliné en avant au delà de toute mesure, tellement que le centre de gravité vient à tomber au-devant des pieds. Par suite de cela, l'station debout avec les talons au contact l'un de l'autre n'aurait pas été possible pendant longtemps; et même, dans la déambulation, devait se faire sentir le besoin d'un appui. Pour ce motif, il est à croire que Ghirlenzoni, dans les dernières années de sa vie, courait au moyen d'un solide bâton.

Comme pour le squelette de l'orang-outang, dans celui de Ghirlenzoni le thorax a son diamètre antéro-postérieur très grand, aussi les côtes sont-elles toutes d'une longueur excessive : la cinquième côte sternale du squelette de Ghirlenzoni mesure, du côté droit 398 millimètres, du côté gauche 401 millimètres; mesurée comme terme de comparaison, la même côte d'un autre squelette humain de bonnes proportions ne mesurerait d'un côté comme de l'autre que 290 millimètres.

Par l'inclinaison du tronc en avant, le bassin a subi une rotation sur la tête des fémurs, rotation par laquelle la symphyse pubienne au lieu de regarder vers le plan antérieur du corps est tournée presque entièrement en bas, et le sacrum vient former avec la colonne vertébrale un angle d'environ 110 degrés.

Les membres ne présentent pas de moindres analogies avec les squelettes d'animaux; les inférieurs apparaissent, toute proportion gardée, longs et extrêmement droits. En fait, si on mesure la distance entre la symphyse pubienne et le calcanéum, distance qui d'après les observations d'Orfila et de Devergie représente la longueur de ces membres, on obtient 91 centimètres. Cette longueur étant considérée par les auteurs comme la moitié de la longueur totale du corps, il en résulte que le squelette de Ghirlenzoni aurait dû mesurer dans le sens longitudinal 1,820 millimètres, tandis qu'en réalité il n'en compte que 1,650. Ce qui revient à dire que les membres infé-



SQUELETTE D'ACROMÉGALIE

rieurs par rapport au tronc avaient un excès de longueur de 8 centimètres. Mais je ne voudrais pas que l'on crût que je donne à ce chiffre une valeur réelle, parce que je sais bien que si, par la pensée, on redressait le rachis, la disproportion cesserait presque entièrement et le milieu du corps se trouverait, comme d'habitude, à peu près au pubis.

Les membres supérieurs se montrent également excessivement longs. Laissant à part les petites différences qu'il n'est pas difficile de rencontrer dans de telles mensurations, et qui, en partie, dépendent de la façon dont celles-ci sont prises, on peut considérer comme établi que le membre supérieur entre deux fois et un quart (Devergie et Orfila), ou tout au plus deux fois et un tiers (Giosué Marcacci) dans la mesure du squelette entier. Or les membres supérieurs de Girenzoni ont une longueur de 810 millimètres. En établissant les proportions, la hauteur du squelette se trouverait portée, suivant les premiers auteurs à 1,822 millimètres, suivant Marcacci à 1,892 millimètres, de là résulte que le membre supérieur serait, par rapport au tronc, plus long de 160 à 230 millimètres. Mais, vis-à-vis de ces résultats, on doit faire valoir les mêmes considérations qui ont été exposées plus haut relativement à la disproportion des membres inférieurs.

Voyons maintenant quelles modifications de forme et de texture sont survenues dans les divers os du squelette. Avant tout, notons quelques-uns de leurs caractères généraux pour entrer ensuite dans les particularités. Ces os se présentent sur certains points très minces et atrophies, sur d'autres assez épais et compacts. Dans quelques endroits on trouve leur substance spongieuse augmentée, tandis que dans d'autres on n'en trouve plus trace. En général, les trous qui donnent passage, soit aux vaisseaux, soit aux nerfs, sont agrandis. Les sillons sont plus profonds et les sinuosités et les fossettes plus larges que d'habitude. Les lignes, les crêtes, les apophyses sont très saillantes et leur surface fortement rugueuse fait naître l'idée que, dans une période de ramollissement, le tissu osseux aurait cédé aux tractions musculaires. Les têtes articulaires des os longs, et plus encore celles des os courts du tarse, sont volumineuses et plus ou moins déformées. De plus, tous ces os, par rapport à leur volume, sont légers.

Parmi les différents os du squelette qui méritent d'être particulièrement décrits, en commençant par la tête, on trouve ceux du crâne. Mais pour ne pas tomber dans d'inutiles répétitions je me limiterai seulement à noter que l'occipital sur la ligne médiane présente un développement extraordinaire du diploé, développement auquel participent aussi les pariétaux le long et sur les bords de la suture sagittale; tandis que, dans toutes les autres parties de la voûte crânienne manque le tissu spongieux, et même dans certains points, comme par exemple au niveau des bosses pariétales, ces os sont si minces qu'en les regardant à contre-jour ils sont transparents. L'occipital présente en outre une apophyse basilaire assez courte, ce qui, en grande partie, est dû à l'agrandissement en arrière de la fosse pituitaire.

Quant aux os de la face, le maxillaire inférieur est celui qui offre les plus

grandes déviations du type normal. Outre son excessive longueur et le manque des angles, il se montre très élargi au niveau des incisives et plus étroit que de coutume au niveau des dernières molaires. Son épaisseur en général est diminuée, mais en certains endroits, comme au niveau des apophyses génées, elle est au contraire augmentée, car avec le compas d'épaisseur elle ne mesure pas moins de 18 millimètres. Son bord inférieur n'est plus lisse et rond, mais large, déformé, et laisse facilement distinguer deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure, toutes deux plus ou moins sinueuses tant dans le sens vertical que dans le transversal.

La colonne vertébrale se trouve coudée à angle presque droit entre le point d'union de la cinquième avec la sixième vertèbre dorsale; mais cette déviation, avant de se faire sur la ligne médiane, s'est produite latéralement à droite; aussi, en est-il résulté une scoliose assez notable. La portion supérieure du coude ainsi formé est dirigée horizontalement en avant et un peu vers le côté gauche jusqu'à la septième cervicale; là elle se redresse de nouveau mais non pas autant que normalement, de sorte que toute la partie cervicale du rachis présente une obliquité antérieure en même temps que la torsion est prédominante vers le côté gauche. Au-dessous du coude angulaire commence peu à peu à se dessiner une nouvelle courbure, à convexité du côté gauche, destinée à rétablir le centre de gravité perdu; cette courbe, au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, est déjà bien manifeste et se poursuit en bas jusqu'au coccyx.

Si on examine attentivement le rachis au niveau de la gibbosité, on voit clairement que les vertèbres dorsales, de la troisième à la septième, se trouvent ankylosées entre elles et ont perdu un peu de leur hauteur naturelle. Ce dernier fait paraît très évident surtout pour la troisième et la quatrième vertèbre dont les corps réduits d'un tiers de leur hauteur se sont réunis de façon qu'il en résulte une légère saillie en avant. Toutes les autres vertèbres prises indistinctement présentent leurs trous nourriciers larges, leurs apophyses épineuses minces et leurs masses apophysaires plus ou moins déformées.

Les côtes, outre qu'elles sont, comme je l'ai déjà dit, très longues, sont minces et aplaties près de leur extrémité antérieure, tandis qu'au voisinage de leur angle elles sont grêles et de forme prismatique.

Le bassin présente des trous obturateurs assez larges et les crêtes des os iliaques se renversées en dehors avec leurs trois lèvres plus saillantes et plus rugueuses que d'habitude; les lignes semi-circulaires de la face externe de l'os iliaque se montrent très apparentes.

Aux membres supérieurs, les phalanges méritent une mention tant pour leur longueur que pour leur circonférence; voici les mesures du doigt médius de la main droite chez Ghirlenzoni :

	Millimètres.
Première phalange, longueur.....	50
Deuxième — ou phalangine.....	35
Troisième — ou phalangelette.....	24
Circonférence de la première phalange.....	34

Sur un autre homme bien proportionné les mêmes mensurations ont donné les résultats suivants :

	Millimètres.
Première phalange, longueur	44
Deuxième — — —	30
Troisième — — —	20
Circonférence de la première phalange.....	31

Les membres abdominaux présentent les os de la cuisse et de la jambe assez développés, spécialement dans le sens de la grosseur.

		GHIRELZONI.	HOMME NORMAL.
		Millimètres.	Millimètres.
Longueur	{ Fémur	463	405
	{ Tibia	390	368
	{ Péroné	400	369
Circonférence de la diaphyse	{ Fémur	100	98
	{ Tibia	102	85
	{ Péroné	48	35

Les os courts du pied participent eux aussi aux altérations; de plus, ils présentent les cartilages articulaires atrophiés çà et là et érodés, et le tissu osseux sous-jacent raréfié, plus spongieux et plus vasculaire que d'ordinaire.

A quelle espèce morbide faut-il rapporter les altérations du squelette déjà décrites? (L'auteur après avoir éliminé le rachitisme admet que le rhumatisme est peut-être en cause, mais un rhumatisme tout à fait anormal.) Mais quelle que soit la cause qui a si profondément troublé les actes nutritifs d'un tissu aussi compacte et aussi résistant, il est certain que le processus morbide ne doit pas avoir été différent d'une ostéite lente et que, comme dans celle-ci, il doit y avoir eu une première période de raréfaction et de vascularisation excessives qui a conduit à l'affaiblissement du tissu, et secondairement une deuxième période qui a fini avec l'atrophie et la néoformation ou simultanément avec l'une et l'autre altération : comme un exemple de celle-ci, on peut citer les os de la base du crâne et les vertèbres dorsales. Les mêmes faits peuvent être démontrés sur la coupe de la diaphyse du fémur. Là on voit clairement comment l'augmentation de volume de l'os, conséquence de l'addition de nouvelles couches de tissu osseux provenant du périoste, se trouve combinée à l'atrophie des couches internes; aussi, le canal médullaire se montre-t-il considérablement et inégalement agrandi. Sur la surface de section des parois elles-mêmes du corps de la diaphyse, on note deux couches d'inégale grosseur, l'une externe d'un blanc d'ivoire, l'autre interne infiltrée de substance médullaire huileuse, ce qui indique une raréfaction.

Ces altérations apparaissent encore plus nettement sur les préparations microscopiques. Si on examine une section transversale de la diaphyse du fémur, on voit quelques canalicules de Havers plus petits que normalement,

tandis que d'autres ont un diamètre deux ou trois fois plus grand. A l'entour, on note les lames concentriques ordinaires formant gaine aux vaisseaux sanguins. Mais ce qui, plus que toute autre chose, arrête l'attention de ceux qui observent ces préparations, c'est que, à la périphérie de ces gaines, se voient un certain nombre de segments de cercle formés de lames concentriques avec leurs extrémités tronquées appuyées sur les lames les plus périphériques de celles appartenant aux gaines complètes. Quant aux corpuscules osseux, ceux-ci, en général, se montrent volumineux avec des canalicules courts en forme d'épines; quelques-uns de ces corpuscules, mais peu nombreux, ont les canalicules d'apparence chevelue et plus grands que normalement. Une autre particularité à noter, c'est que la substance fondamentale n'est plus transparente, claire et homogène comme d'ordinaire, mais très finement ponctuée, ce qui donne aux préparations une moindre transparence. Toutes ces altérations concordent, semble-t-il, à indiquer les phases du processus morbide telles qu'elles ont été décrites plus haut.

Au point de vue de la cause de ces altérations, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : la diathèse rhumatismale peut exercer son action sur le système osseux et de différentes manières. Consécutivement aux lésions des articulations (synovites, chondrites), le tissu osseux peut s'altérer dans le sens de l'atrophie ou de l'hypertrophie. Primitivement, il peut exister des phénomènes d'ostéite aiguë ou chronique, et alors les lésions articulaires n'ont qu'une importance secondaire. L'hyperostose rhumatismale primitive présente des analogies trompeuses avec les lésions syphilitiques, scrofuleuses, rachitiques et autres, et ne peut être distinguée sur le vivant que moyennant un examen très soigneux, et précisément avec l'aide des antécédents personnels et héréditaires.

Quel lien existe entre les différentes difformités qui viennent d'être signalées? Je considère, dit-il, comme bien établi que la maladie de Ghirlenzoni a commencé par le squelette; je ne saurais dire dans quelle partie, mais je pense que jusqu'à ce que le rachis et les côtes fussent envahis par le processus morbide, la régularité des formes ne devait pas avoir été altérée.

Puis, lorsque par suite des lésions survenues à la colonne vertébrale celle-ci se fut pliée en formant un angle, et que les côtes se furent allongées par suite de l'affection inflammatoire, les viscères contenus dans le thorax (par eux-mêmes volumineux et fonctionnant avec beaucoup d'énergie), ne trouvant plus dans les parties dures une résistance proportionnée, acquièrent peu à peu un développement insolite. Et *vice versa*, les côtes sous cette incessante pression produite par les viscères durent s'allonger davantage et s'aplatir près de leur extrémité antérieure, comme nous le voyons dans ce squelette; tandis que, d'autre part, la colonne vertébrale sous le poids du corps et par suite des tractions des côtes en avant devait s'incurver de plus en plus. En invoquant ce manque d'équilibre entre les forces internes et le manque de résistance qui leur est opposée par la cage thoracique, on arrive, il me semble, à se rendre assez bien compte de la double gibbosité, ou pour mieux dire de

la forme très singulière qu'avait acquise le thorax de Ghirlenzoni, en même temps qu'on a un moyen pour expliquer d'autres faits en rapport avec les plus grandes déformations du squelette.

Par la déviation en avant de la portion cervicale de la colonne vertébrale, l'espace compris entre le jugulum et le menton se trouvait diminué d'un tiers et plus; le larynx devait aussi se trouver repoussé en haut, et venir au contact de l'isthme du gosier et se trouver ainsi porté au niveau auquel il arrive dans les actes de la déglutition.

En conséquence de cela, la langue ne pouvait faire moins que de se trouver gênée dans ses mouvements et de réagir sur les os maxillaires et principalement sur l'inférieur, ayant avec celui-ci les plus étroits rapports. Les incessants efforts faits par la langue pour vaincre la résistance des maxillaires, conformément aux lois physiologiques, devaient rendre la nutrition plus active dans cet organe, aussi n'est-il pas étonnant si ses muscles ont acquis un développement hypertrophique.

Pour rendre plus plausible l'explication donnée de la macroglossite il faut noter les conditions spéciales des organes circulatoires. Le cœur, accompagnant le sternum, s'était éloigné du rachis, et, par suite du développement extraordinaire des poumons, avait perdu sa direction habituelle pour en prendre une nettement verticale; tandis que l'arc aortique avait éprouvé un agrandissement, spécialement dans sa portion qui se trouve au delà de l'origine des gros vaisseaux. Par suite des conditions susdites, il s'était produit un rapprochement du centre cardiaque vers la tête, et l'impulsion du cœur se faisait particulièrement sentir sur les artères qui se distribuent aux parties supérieures du tronc (cou et tête), aussi ces artères devaient-elles s'agrandir d'une façon consécutive, comme, en fait, elles furent trouvées à l'autopsie. A tout cela, il faut ajouter (s'il est vrai que Ghirlenzoni fût adonné aux plaisirs de Bacchus) la stimulation que les spiritueux déterminent sur la fibre musculaire et par laquelle se produisent des altérations plus ou moins considérables. Et nous avons, en effet, à l'autopsie, trouvé dans le cœur des lésions assez marquées, ce qui coïnciderait avec les inductions qui précèdent.

PIERRE MARIE.

(A suivre.)

LE MASQUE DE PASCAL

« Parmi les hommes qui dans les deux derniers siècles, en France, ont porté si haut la gloire des sciences et des lettres, il en est un certain nombre qui, après avoir autant que Pascal excité l'admiration de leurs contemporains, n'ont pas obtenu une part moins grande que la sienne dans le culte de la postérité. Peut-être n'en est-il aucun dont le génie, par ses singularités, ait fait naître autant d'étonnement et soit de nature à provoquer encore autant de curiosité.

« Dans son enfance, presque indifférent aux jeux de son âge, il inventait dans les siens les sciences de l'âge mûr. Plus tard, c'est en se jouant encore qu'il en reculait les limites et s'y montrait au premier rang. Géomètre, physicien, philosophe, il ne se laissa dépasser dans toutes ces carrières que parce qu'il cessa d'y marcher. Écrivain, à peine avait-il publié sa première *Provinciale*, qu'il fut un auteur sans rival et ne pouvait plus reconnaître que des égaux dans cette langue qu'il a fixée...

« Mais ce qui, dans le génie de Pascal, a dû étonner bien plus encore que sa précocité et son étendue, c'est sa nature même si pleine d'oppositions et de misères. Ce sont les souffrances et les variations de cette vie commencée dans l'heureuse paix de la famille et achevée dans les austérités de la religion. C'est ce soudain abandon de toutes les sciences de la part d'un homme qui les avait si puissamment embrassées et dont l'esprit original pouvait les rendre si fécondes. C'est ce dédain de toute philosophie chez un philosophe qui avait jeté dans les replis du cœur humain un regard si profond et si clair. Ce sont enfin les phases toujours croissantes d'une mélancolie presque insensée, mère pourtant de tant de pages admirables où elle a laissé une si forte empreinte. »

Les lignes précédentes empruntées au travail très intéressant et très substantiel¹ que Lélut, médecin de la Salpêtrière, a consacré à Pascal, nous montre que cet auteur avait adopté vis-à-vis d'un des plus grands génies du xvii^e siècle, l'opinion que Voltaire déjà avait émise, en qua-

1. *L'Amulette de Pascal*, pour servir à l'histoire des hallucinations. Paris, 1846.

lifiant quelques-unes des *Pensées*, d'*œgri somnia*, songes d'un malade. Pour corroborer son opinion, Lélut étudia de la façon la plus complète la vie pathologique de Pascal que nous résumerons succinctement, d'après lui, ainsi qu'il suit :

De ses antécédents héréditaires nous connaissons peu de choses. Son père et sa mère, toutefois, ainsi que cela était d'ailleurs fréquent à cette époque, accordaient une grande créance aux pratiques de sorcellerie. « A l'âge d'un an Pascal — c'est Marguerite Périer, sa nièce, qui parle — tomba dans une langueur semblable à ce que l'on appelle à Paris *tomber en chartre*; mais cette langueur était accompagnée de deux circonstances qui ne sont point ordinaires : l'une, qu'il ne pouvait souffrir de voir de l'eau sans tomber dans des transports d'emportement très grands; et l'autre, bien plus étonnante, c'est qu'il ne pouvait souffrir de voir son père et sa mère proche l'un de l'autre. Il souffrait les caresses de l'un et de l'autre en particulier avec plaisir, mais aussitôt qu'ils s'approchaient ensemble il criait et se débattait avec une violence excessive. Tout cela dura plus d'un an durant lequel le mal s'augmentait. Il tomba dans une telle extrémité qu'on le regardait comme prêt à mourir. »

Il guérit cependant, mais après une séance d'*incantation*, sur laquelle nous ne pouvons insister davantage, que firent exécuter son père et sa mère.

Rien de particulier à noter durant le reste de son enfance et les premières années de son adolescence, si ce n'est une précocité d'esprit vraiment extraordinaire. « A dix ans, à propos du bruit d'une assiette, il crée une sorte de théorie acoustique; à douze, il découvre la géométrie qu'on lui cachait; à quinze, il compose un *Traité des sections coniques* où Descartes refusa de voir l'œuvre d'un esprit aussi jeune... C'est ainsi que, dès ses premiers pas dans la vie, emporté par l'irrésistible instinct du génie et par la passion du travail qui en est inséparable, il énervait en l'exaltant cette constitution déjà si délicate et si excessive par elle-même et dont les souffrances suprêmes commencèrent pour ne plus finir. »

Aussi à la fin de 1647 — Pascal était né en 1623 — après s'être surmené dans l'invention d'une machine à calculer, tomba-t-il « dans une espèce de paralysie depuis la ceinture jusqu'en bas, en sorte qu'il fut réduit à ne marcher qu'avec des potences; ses jambes et ses pieds devinrent froids comme du marbre et on était obligé de lui mettre tous les jours des chaussons trempés dans de l'eau-de-vie pour tâcher de faire venir la chaleur aux pieds ».

Cette paralysie dura trois mois et finit par guérir complètement.

A côté des troubles physiques se placent, dès cette époque, les troubles intellectuels. Pascal a des élans de ferveur religieuse extraordinaires; il détourne sa sœur d'un mariage honorable et lui fait embrasser la vie monastique pour laquelle elle n'avait jusqu'alors manifesté que de l'éloignement.

Suivent alors des années pendant lesquelles Pascal accumule les travaux les plus admirables. Mais il n'en reste pas moins toujours souffrant; les troubles du système nerveux dominant la scène. La paralysie a disparu mais « il avait entre autres inconvénients celle de ne pouvoir rien avaler de liquide à moins qu'il ne fût chaud : encore ne le pouvait-il faire que goutte à goutte : il avait outre cela une douleur de tête insupportable ». Pascal, hélas ! fut saigné, purgé à outrance, suivant la déplorable pratique médicale de l'époque.

Un moment on put croire sa vie compromise. Pascal cessa alors de travailler et s'adonna aux plaisirs mondains. Ce régime lui réussit, il faut le croire, car, bientôt l'esprit rafraîchi, il put de nouveau se remettre avec modération toutefois à ses admirables travaux.

En 1651, il a la douleur de perdre son père; sa santé cependant continue à être satisfaisante jusqu'en 1654, époque à laquelle il lui arriva un accident qui devait troubler définitivement son esprit. Étant en promenade au pont de Neuilly, les chevaux attelés à son carrosse prennent le mors aux dents et la voiture reste comme suspendue sur le bord de l'eau. « Cet accident où Pascal s'était vu si près de sa fin, fit sur lui une impression terrible. Il eut, dit-on, beaucoup de peine à revenir d'un long évanouissement.

« Arraché par miracle à un tel péril, il réfléchit à tout ce qu'aurait eu d'affreux pour son salut éternel une mort qui avait failli le surprendre dans un divertissement du monde et tout brillant de ses stigmates. Son imagination demeura fixée sur ces idées effrayantes : sa raison fit un retour profond sur elle-même, il prit le parti de rompre pour jamais avec ces amusements fastueux. Il recommença à mener une vie plus réservée, plus humble, et crut pouvoir y concilier l'exercice d'une piété désormais inébranlable et la continuation de ses anciennes études. »

Alors survient une *vision*, « le lundi 23 novembre 1654, un mois environ après l'accident du pont de Neuilly, de dix heures et demie du soir à minuit et demi. Le détail de ce que Pascal vit et probablement entendit dans cette circonstance est resté et suivant toute apparence, restera toujours dans le secret, car Pascal, dit le *Recueil d'Utrecht*, ne parla jamais de cette vision à personne, si ce n'est peut-être à son confesseur. On n'en eut connaissance qu'après sa mort par un écrit

tracé de sa main qui fut alors trouvé dans l'épaisseur de son pourpoint. »

Cette pièce que Condorcet appelle *l'amulette mystique* de Pascal et que nous ne pouvons reproduire, est le résultat d'une hallucination et porte la marque d'un trouble intellectuel profond : Pascal y invoque en termes tout à fait incohérents, Jésus-Christ, le Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob, etc... C'est la première phase du délire mystique qui désormais ne le quittera plus.

Il multiplie alors ses visites à sa sœur Jacqueline qui est entrée au monastère de Port-Royal sur ses conseils ; il fait lui-même une retraite dans ce monastère. « Agé de 30 ans, par l'effet de sa maladie, travaux et triomphes de la science, projets d'établissement et de mariage, il renonça à tout, oublia tout et, comme il l'a écrit lui-même, ne fit plus que de se livrer à de petites pratiques, que *prendre de l'eau bénite, faire dire des messes pour se briser et s'abêtir.* »

Sorti du couvent, il se revêt d'un cilice, se ceint le corps d'une ceinture dont il s'enfonçait les pointes acérées dans les chairs lorsqu'il lui prenait des mouvements de vanité ; fait en sorte de goûter le moins possible les aliments que tolère à peine son estomac abîmé par les privations.

Cependant la force de son génie reprend le dessus et, à l'instigation d'Arnaud, il écrit ses terribles et immortelles *Lettres provinciales*. Mais ce dernier effort épuise encore sa santé déjà si altérée : il vit *dans une continuelle langueur* ; il souffre de douleurs de dents qui lui ôtent tout sommeil ; pendant ses insomnies il résout les problèmes ardues relatifs à la courbe appelée *Cycloïde* ou *Roulette*. Un jour, sa névralgie disparaît subitement, mais les maux de tête reprennent de plus belle, les digestions sont presque impossibles.

Pendant quatre années qu'il réunit des matériaux pour une *Apologie du christianisme*, il est si débile « qu'on peut suivre sur ses ébauches quelquefois pourtant si achevées la faiblesse même de la main qui ne pouvait plus suffire à les tracer. Ce n'est pas sans une respectable pitié qu'on voit sur ces papiers informes l'esprit s'arrêter au milieu d'une idée, la plume au milieu d'une phrase, et quelquefois même au milieu d'un mot ».

Les douleurs de tête augmentent, il est pris de convulsions qui durent 24 heures jusqu'à sa mort qui arrive le 19 août 1662 à une heure du matin.

Madame Périer, sa nièce, rapporte en ces termes son autopsie :

« Les amis de M. Pascal ayant fait ouvrir son corps, on lui trouva l'estomac et le foie flétris, et les intestins gangrénés, sans qu'on pût

juger précisément si ç'avait été la cause de cette terrible colique qu'il souffrait depuis des mois ou si c'en avait été l'effet. A l'ouverture de la tête, le crâne parut n'avoir aucune suture si ce n'est peut-être la *lambdoïde* ou la *sagittale*, ce qui apparemment lui avait causé les grands maux de tête auxquels il avait été sujet pendant toute sa vie. Il est vrai qu'il avait eu autrefois la suture qu'on appelle *fontale*; mais comme elle était demeurée ouverte fort longtemps pendant son enfance, comme il arrive souvent à cet âge, et qu'elle n'avait pu se refermer, il s'était formé un calus qui l'avait entièrement couverte et qui était si considérable qu'on le sentait aisément au doigt. Pour la suture *coronale* il n'y en avait aucun vestige. Les médecins observèrent qu'y ayant une prodigieuse quantité de cervelle dont la substance était fort solide et fort condensée, c'était la raison pour laquelle, la suture *fontale* n'ayant pu se refermer, la nature y avait pourvu par un calus. Mais ce qu'on remarqua de plus considérable, et à quoi on attribue particulièrement la mort de M. Pascal et les derniers accidents qui l'accompagnèrent, c'est qu'il y avait au dedans du crâne, vis-à-vis les ventricules du cerveau, deux impressions comme d'un doigt dans la cire; et ces cavités étaient pleines d'un sang caillé et corrompu qui avait commencé à gangrener la dure-mère. »

Il est difficile d'interpréter les résultats de cette autopsie. Pascal succomba évidemment à des désordres intestinaux, peut-être à un étranglement interne; les hémorragies de la dure-mère occasionnèrent peut-être ces convulsions ultimes qui ne le quittèrent pas pendant les 24 heures qui précédèrent sa mort. Mais ce qui nous semble plus intéressant c'est le *calus* qui siégeait au niveau de la fontanelle antérieure, l'absence de certaines sutures nettement notée dans la relation nécropsique, jointe à la persistance trop longtemps prolongée de cette fontanelle observée pendant la vie.

Il n'est pas douteux que Pascal ne fût atteint de troubles mentaux; or, on sait quelle importance attachent aujourd'hui les aliénistes à ces déformations, à ces arrêts de développement de la boîte crânienne qui, gênant à leur tour le développement de certaines régions cérébrales, occasionneraient les troubles intellectuels observés pendant la vie.

Mais la relation de cette autopsie est très succincte, les détails sont peu précis et il est difficile de dire comment était exactement conformé ce crâne qui présentait tant d'anomalies.

Il n'en est pas de même pour les parties osseuses de la face dont les déformations suivent souvent, comme on le sait, les déformations crâniennes. Nous avons en effet en notre possession un document des



CLICHÉ A. LONDE



PHOTOTYPIE BERTHAUD

LE MASQUE DE PASCAL

LECROSNIER ET DABÉ, ÉDITEURS

plus précieux et dont, à notre connaissance, on n'a encore jamais tiré parti à ce point de vue particulier.

Ce document, constitué par un moulage fort bien exécuté dont nous donnons la reproduction (pl. XXXII), nous a été gracieusement communiqué par M. Dastre, l'éminent professeur de physiologie de la Sorbonne, auquel nous adressons tous nos remerciements.

M. Dastre tient lui-même ce moulage de M. A. Gazier, son collègue à la Sorbonne, possesseur de l'original dont l'authenticité se trouve établie par une note de M. Gazier lui-même jointe au spécimen que nous avons eu en notre possession.

Cette note est ainsi conçue « Le masque de Pascal dont M. Dastre a un moulage appartenait avant moi à M. Ravisé, receveur des rentes, cousin de mon père. M. Ravisé le tenait de l'abbé Soucley, ancien chartreux mort à 88 ans, en 1836, et c'était le graveur en médailles Duvivier, « graveur de monnaies sous Louis XVI » qui le lui avait donné.

« Les amis de Pascal étaient désolés de n'avoir pas son portrait. Celui que fit Quesnel et dont on a une belle gravure par Edelinck fut peint d'après le masque en question dont l'authenticité n'a jamais été mise en doute. »

Pour déterminer exactement les singularités que présente, dès le premier aspect, le masque de Pascal, nous ne pouvions mieux faire que de nous adresser à notre ami Paul Richer, dont les longs et beaux travaux sur l'anatomie des formes du corps humain vont bientôt être réunis et voir le jour.

M. Paul Richer, mis en possession du précieux moulage, a bien voulu nous remettre la note suivante.

« Toute la moitié gauche de la face est le siège d'une atrophie qui pour n'être pas très accentuée n'en est pas moins très nette et présente ceci de particulier qu'elle est générale et porte aussi bien sur les os que sur les parties molles.

« La hauteur du visage est sensiblement moindre à gauche, ce qui tient plus particulièrement à l'atrophie du maxillaire inférieur. En l'examinant, on voit, en effet, que le menton, dans sa moitié gauche, est manifestement plus petit, et que la ligne qui limite en bas l'ovale du visage est sensiblement plus haute de ce côté que du côté opposé. La moitié gauche de la bouche est moins grande que la moitié droite, c'est-à-dire que, le milieu des lèvres tout en restant sur la ligne médiane, la commissure gauche en est bien moins éloignée que la commissure droite.

« La narine gauche est plus petite que la droite. La cloison nasale est

déviée sur la gauche. La pointe du nez est également légèrement déjetée du même côté.

« Les globes oculaires paraissent égaux et également saillants; mais l'arcade orbitaire est plus effacée à gauche surtout à son extrémité externe, où le relief qu'elle forme en avant de la fosse temporale est bien moindre à gauche qu'à droite. Par contre, à son extrémité interne, le relief au niveau de la tête du sourcil est plus accusé à gauche qu'à droite. C'est la seule exception à l'effacement qu'ont subi toutes les saillies de la partie gauche du visage. Il faut ajouter que le front ne paraît avoir subi aucune déformation et que son développement est égal des deux côtés.

« Mais, sur les parties latérales de la face, la même asymétrie déjà signalée sur le milieu se retrouve. Ainsi l'arcade zygomatique est bien moins accusée à gauche qu'à droite; de même pour le relief du masséter, et pour la saillie qui borde en dehors la commissure labiale. Il existe, en outre, sur la joue droite, une foule de plans accessoires, de détails de modelé qui ne se retrouvent à gauche que considérablement atténués, s'ils n'ont pas complètement disparu.

« En résumé, on peut comparer toute la moitié gauche du visage à une médaille rendue *fruste* sous l'injure du temps et dont le type neuf et complet serait reproduit par la moitié droite. »

Nous n'ajouterons rien à cette description si précise du masque de Pascal. Rien de ce qui touche à d'aussi grands esprits ne saurait nous laisser indifférents; les étudier sous quelque forme que ce soit c'est encore payer à leur génie un juste tribut de respectueuse admiration.

GILLES DE LA TOURETTE,

Chef de clinique des maladies du système nerveux.

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE

DES CONTRACTURES SPONTANÉES

ET PROVOQUÉES DE LA LANGUE
CHEZ LES HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES

On sait depuis les travaux de M. le professeur Charcot¹, de MM. Brisaud² et Marie sur le spasme glosso-labial des hystériques, que chez ces malades la langue est assez souvent le siège de contractures spontanées transitoires ou à caractère permanent.

Ces contractures peuvent être reproduites pendant l'état hypnotique avec les caractères qu'elles présentent lorsqu'elles apparaissent spontanément. M. Gilles de la Tourette³ a, de plus, récemment établi que souvent des troubles de sensibilité se superposaient au spasme, ce qui, dans la circonstance, a une grande importance au point de vue du diagnostic différentiel.

Dans ces dernières années, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises d'observer des contractures des muscles de la face, du cou et de la musculature linguale chez les hystériques. Chez plusieurs de mes malades, susceptibles d'être hypnotisés, je les ai reproduites pendant le sommeil provoqué. Chez les mêmes j'ai pu, à l'aide de diverses excitations périphériques, les reproduire à l'état de veille. Ce dernier fait a son importance. En effet, la musculature linguale étant beaucoup moins accessible aux divers procédés habituellement employés pour déterminer la mise en œuvre de la diathèse de contracture si fréquente

1. Spasme glosso-labial unilatéral des hystériques. — *Leçon clinique* in *Semaine médicale*, 2 février 1887.

2. De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique. — *Progrès médical*, n° 5, 7, 1887.

3. De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 3 et 4, 1889.

chez les hystériques, l'exposé succinct de mes expériences permettra d'étudier ces contractures *provoquées à l'état de veille*, alors qu'en dehors des cas spontanés, on avait toujours eu jusqu'à présent recours à l'hypnotisme pour les déterminer expérimentalement.

Les contractures de la langue chez les hystériques peuvent être provoquées de deux façons, soit par excitation directe de l'organe, soit par l'intermédiaire de réflexes d'origine variable, centrale ou périphérique. Il n'est pas rare, d'abord, d'observer l'apparition de la contracture de la langue, lorsque, par l'excitation, on détermine la contracture d'un autre muscle de la face ou du cou. Si chez une hystérique qui présente la diathèse de contracture, on provoque à l'aide de l'excitation directe l'apparition d'un torticollis ou d'un blépharospasme, il est assez fréquent de voir la langue se contracturer lorsqu'on ordonne simultanément à la malade de la tirer hors de la bouche.

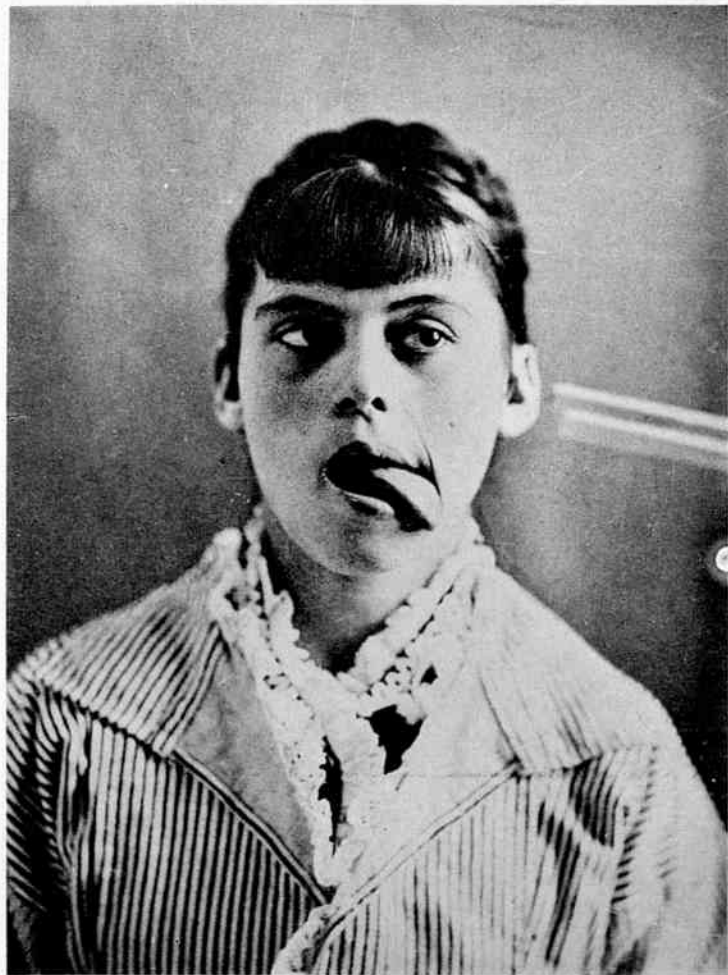
Mais, comme je l'ai dit, l'excitation directe du muscle est souvent suffisante : de plus on peut également provoquer la contracture sous l'influence du diapason par réflexe auriculaire. Dans ce cas intervient directement une influence psychique déterminant le réflexe central qui produit la contracture.

C'est en faisant des expériences avec le diapason de König que je suis arrivé à la découverte de ces faits. Étudiant les effets de ce diapason sur le nerf acoustique chez les hystériques, je fus surpris, en ordonnant à l'une de mes malades de tirer la langue au dehors, de voir celle-ci se contracturer sans que les autres muscles de la face et du cou participassent à la contracture. Je dois ajouter que les contractures que l'on produit ainsi sont le plus souvent passagères, mais que parfois elles ont de la tendance à durer pendant assez longtemps, quatre à cinq jours et même plus.

Mes expériences ont plus particulièrement porté sur deux malades dont je vais résumer rapidement l'histoire pathologique, tout en signalant les observations qu'elles m'ont permis de faire.

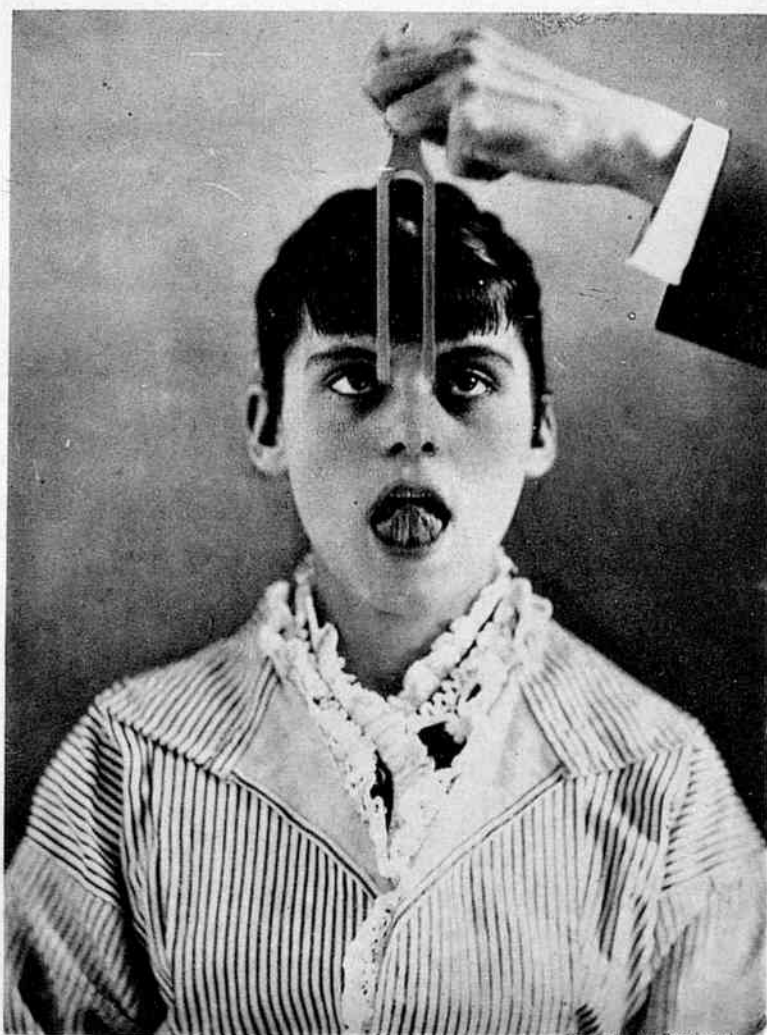
Obs. I. — R. L..., vingt-trois ans, célibataire, servante, est entrée à plusieurs reprises dans mon service, et pour la dernière fois, le 1^{er} mars 1889.

Conformation crânienne irrégulière; les oreilles présentent le signe de Morel. Hémianesthésie complète gauche; rétrécissement du champ visuel, surdité, ageustie, dysosmie, ovaralgie à gauche; hyperexcitabilité nervo-musculaire très marquée s'étendant à tous les muscles du corps. Accès typiques d'hystéro-épilepsie; mono-contractures fréquentes et passagères des extrémités supérieures et inférieures gauches. La malade est facilement hypnotisable.



Phototypie Berthaud

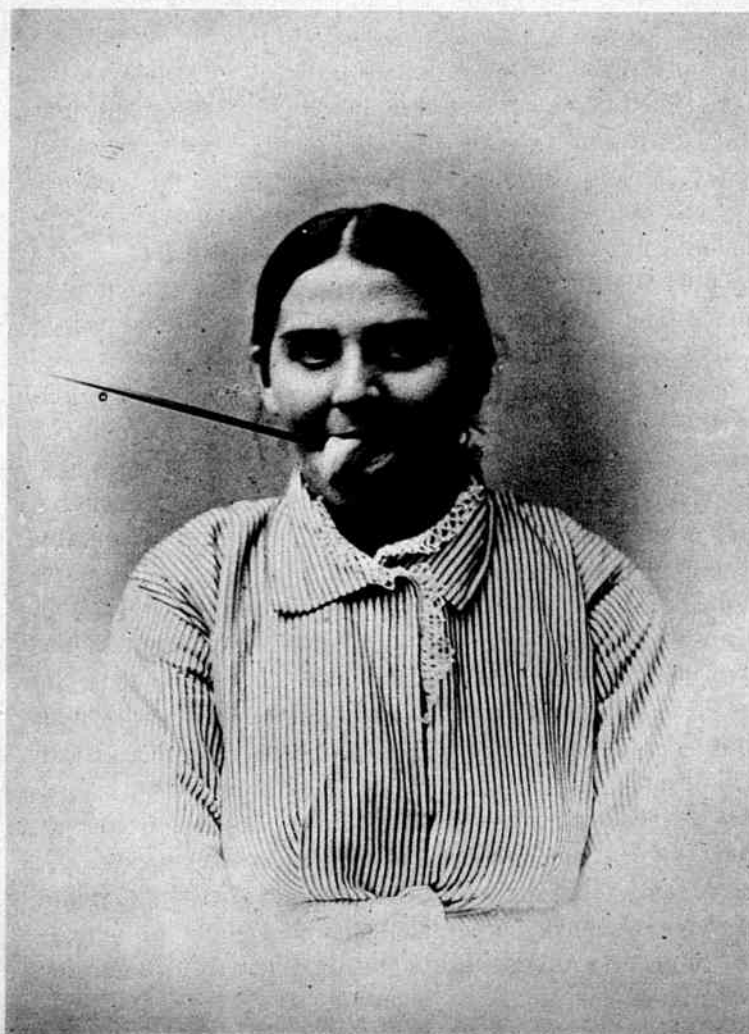
CONTRACTURE DE LA LANGUE PROVOQUEE A L'ETAT DE VEILLE
CHEZ UNE HYSTERIQUE PAR REFLEXE AURICULAIRE



Phototype Berthaud

CONTRACTURE DE LA LANGUE PROVOQUEE A L'ETAT DE VE
CHEZ UNE HYSTÉRIQUE

LECOENIER ET NABÉ, ÉDITEURS



Phototypie Berthaud

CONTRACTURE DE LA LANGUE PROVOQUÉE A L'ÉTAT DE VEILLE
CHEZ UNE HYSTÉRIQUE PAR EXCITATION DIRECTE

LECROSNIER ET DAHÉ, ÉDITEURS

Chez R. L..., on peut produire à l'aide de n'importe lequel des diapasons de König, non seulement pendant l'état hypnotique, comme je l'avais cru tout d'abord, mais encore pendant l'état de veille les phénomènes suivants.

Si l'on tient devant l'oreille droite un diapason vibrant sol₃, (pl. XXXIII), la langue normalement tirée hors de la bouche se dévie vers la droite, se contracture et reste dans cet état pendant 55 à 80 secondes; elle est dure au toucher, gonflée, bleuâtre. Ce temps passé, les phénomènes disparaissent d'eux-mêmes. Pendant la contracture, la malade ne peut pas spontanément rentrer la langue dans la cavité buccale.

Un examen plus attentif permet de noter que les muscles oculaires participent eux aussi à la contracture. En effet, concurremment avec la langue, les yeux se sont déviés vers la droite, et, au moment où la contracture de la langue cesse, les globes oculaires reprennent leur situation normale. Il est donc évident que les muscles des yeux étaient eux aussi contractés.

Si l'on tient le diapason vibrant devant l'oreille gauche, la langue se dévie à gauche. Bien plus, il n'est pas nécessaire que le diapason soit placé directement devant l'oreille. Si, en effet, on tient le diapason sous le menton, la langue s'élargit, sort droite hors de la bouche et bientôt la pointe se tourne contracturée vers le bas. Si l'on tient le diapason au-dessus de la tête ou au niveau du front, la langue se replie sur elle-même et la pointe se porte en haut, en contracture, venant toucher la voûte osseuse (pl. XXXIV). Les globes oculaires subissent les mêmes déviations.

Ces expériences répétées plusieurs fois ayant toujours donné les mêmes résultats, on peut en conclure que la contracture survient par suite d'un réflexe de l'excitation du nerf acoustique portée sur le nerf glosso-pharyngien et les nerfs moteurs de la langue. Quelle que puisse être d'ailleurs l'interprétation de ces faits, les expériences n'en sont pas moins démonstratives.

Étant donné ces phénomènes, j'ai essayé avec succès de produire chez la même malade la contracture de la langue par excitation directe. Par la simple pression d'une baguette j'ai pu, en touchant le bord droit de la langue, faire dévier celle-ci du même côté, en contracture (pl. XXXV). En touchant de la même façon le bord gauche, la face inférieure, la face supérieure de la langue, j'ai obtenu des contractures dans ces différents sens. Dans ces cas, les yeux ne participaient pas à ces diverses déviations.

J'ai observé également ces phénomènes, mais à un degré encore plus accentué, si possible, chez une autre malade.

Obs. II. — M. M..., vingt-deux ans, célibataire, servante, est entrée pour la dernière fois dans mon service, le 7 février 1889. Front bas, resserré vers le haut; tremblement des mains. Hémianesthésie gauche; rétrécissement du champ visuel, achromatopsie, surdité, ageustie, dysosmie, ovaralgie à gauche.

A droite, hyperesthésie avec exagération extraordinaire de tous les réflexes cutanés; hyperesthésie auditive. Hyperexcitabilité nervo-musculaire généralisée. Accès réguliers d'hystéro-épilepsie; facilement hypnotisable.

Chez cette malade on peut déterminer des contractures de la langue absolument analogues à celles que l'on provoque chez le premier sujet. Les mêmes contractures et déviations se montrent sous l'influence du diapason ou de la pression par la baguette (pl. XXXVI). Toutefois, la simultanéité de la déviation des globes oculaires est encore plus accentuée. D'ailleurs, pendant une période de la maladie où l'hyperexcitabilité neuro-musculaire était singulièrement exagérée, les contractures se montraient simultanément dans les muscles de la tête et du cou, de telle façon que la tête prenait la même attitude que la langue, elle se penchait vers la droite, vers la gauche, en avant ou en arrière.

J'ai même pu, pendant une expérience avec le diapason, produire des contractures de la langue telles qu'il ne m'a pas été donné d'en observer chez d'autres sujets. En plaçant le diapason vibrant au-dessous du menton et en lui faisant subir un mouvement de rotation, j'ai pu faire subir à la langue tirée hors de la bouche un même mouvement de rotation tel que la langue se plaça de champ dans une situation de contracture telle qu'un homme bien portant ne pourrait spontanément la réaliser (pl. XXXVII).

Du reste, je l'ai dit, la diathèse de contracture est si accentuée chez cette malade qu'elle ne peut tenir son bras horizontalement pendant quelques minutes sans qu'il se contracte immédiatement. Si je romps cette contracture du bras par une friction et une malaxation des muscles, je puis encore le contracturer en le plaçant dans diverses positions. En même temps, la langue se contracture et se dévie vers le bras contracturé; les contractures du bras et de la langue s'associent donc chez cette malade.

Me réservant d'insister ultérieurement sur ces divers phénomènes, je désire seulement présenter quelques conclusions :

a) On peut chez les hystériques produire des contractures typiques de la langue, soit à l'état de veille, soit pendant l'état hypnotique, par l'excitation du nerf acoustique. Ces contractures sont le produit d'un réflexe central.



Phototypie Berthaud

CONTRACTURE DE LA LANGUE PROVOQUEE A L'ETAT DE VEILLE
CHEZ UNE HYSTERIQUE PAR EXCITATION DIRECTE



Phototypie Berthaud

CONTRACTURE DE LA LANGUE PROVOQUÉE A L'ÉTAT DE VEILLE
CHEZ UNE HYSTÉRIQUE

LECROSNIER ET BARÉ, ÉDITEURS

b.) Ces contractures se produisent aussi par voie périphérique, par excitation directe des muscles de la langue.

c) Les contractures de la langue peuvent s'associer avec les contractures des muscles de la face, du cou, du tronc ou des membres.

d) Les contractures provoquées de la langue ne diffèrent pas de celles que l'on observe spontanément chez les hystériques. Elles prennent leur source comme ces dernières dans la diathèse de contracture si bien étudiée par l'École de la Salpêtrière.

D^r CHARLES LAUFENAUER,

Professeur à l'Université de Buda-Pesth.

OBSERVATION DE CONTRACTURE

HYSTÉRIQUE GUÉRIE SUBITEMENT APRÈS UNE DURÉE
DE DEUX ANNÉES

J'ai eu l'occasion de voir, en 1882, avec mon maître, M. le professeur Charcot, une jeune malade atteinte de contracture hystérique du membre inférieur droit, remarquable par l'attitude inaccoutumée du membre, par sa persistance et par la résistance à toute médication. Elle a été traitée sans succès pendant plusieurs mois par l'hydrothérapie, par les applications aimantées. Puis elle guérit tout à coup vers 1884.

Voici l'observation détaillée.

OBS. I. — A onze ans, contracture des deux membres du côté droit; guérison du bras droit au bout de dix-huit mois. Le membre inférieur droit seul demeure contracturé. Attitude d'extension. Disparaît la nuit. Instabilité musculaire. Pas de trouble de la sensibilité. Résiste à toutes les médications.

Mlle X..., de San-Francisco, est âgée de quinze ans (février 1882). Elle a eu des gourmes dans son enfance, fut couverte d'éruptions jusqu'à sept ans et eut de fréquentes ophtalmies.

Pas d'antécédents nerveux dans la famille. Elle-même n'a pas eu de convulsions. Elle est grande, blonde, maigre, les lèvres sont un peu épaisses; elle a l'aspect scrofuleux.

Il y a quatre ans, à l'âge de onze ans, dans un voyage en chemin de fer, elle se coucha dans une fausse position, dit-elle, ou eut froid peut-être. Le lendemain, elle sentit une douleur intense dans la hanche droite. Cette douleur paraît avoir persisté plusieurs jours. Pendant qu'elle gardait encore le lit, on s'aperçut que son membre inférieur droit était raide. Peu de temps après, le bras droit se raidit aussi. Le membre supérieur était contracturé en flexion, les doigts fléchis dans la main, la main sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras et porté dans la rotation en dedans et l'adduction, de sorte que l'avant-bras était placé transversalement derrière le dos.

Le membre inférieur était contracturé en extension : la cuisse étendue sur la jambe et sur le bassin : le pied en extension (fig. 59, 60).

Au bout de dix-huit mois, le bras s'est guéri graduellement (en plusieurs semaines) et il n'y reste plus rien d'anormal.

La contracture du membre inférieur persiste, il est impossible à la malade de s'asseoir : elle mange debout et marche sur le talon, la pointe du pied relevée.

Pendant la station droite, on voit sur la jambe gauche qui cherche à conserver l'équilibre, la rotule se soulever de temps à autre et les contractions du jambier antérieur et des jumeaux sont très manifestes. Des phénomènes analogues d'instabilité musculaire s'observent au membre inférieur droit contracturé et sur lequel elle porte par instant tout le poids du corps. Quand on examine le pied contracturé, pendant un temps assez long, on remarque des mouvements très lents d'élévation et d'abaissement de la pointe du pied; la raideur augmente quand on essaye d'abaisser la pointe du pied, de même quand on essaye de fléchir la jambe sur la cuisse. En soulevant tout le membre, on entraîne le bassin et le tronc qui demeure rigide dans l'extension.

Le membre contracturé est amaigri. Voici les mensurations comparatives.

MOLLET		CUISSÉ A un travers de main et demie au-dessus de la rotule.	
	Centimètres.		Centimètres.
Droit.....	30	Droite.....	43
Gauche.....	35,5	Gauche.....	44,5

Pendant le sommeil, la contracture du membre inférieur disparaît complètement (il en était de même autrefois du bras) et il prend toutes les positions. Jamais cependant, si la malade est surprise par une émotion, on ne la voit s'asseoir sur son lit. Sitôt qu'elle se réveille, le membre reprend sa rigidité qui est presque invincible. Le premier indice du réveil, même avant l'ouverture des yeux, est l'extension et la raideur de la jambe droite.

Lorsque le sommeil est peu profond ou agité, le membre demeure raide.

Quelquefois, quand elle est couchée sur un canapé et occupée intellectuellement, le pied retombe un peu, mais sitôt que son attention est fixée, il reprend sa position.

Si elle essaye d'abaisser les orteils, c'est le mouvement contraire qui se produit.

On a essayé (le Dr Sayre, à New-York) de fléchir de force le membre inférieur : on a mis un appareil plâtré, mais sitôt que l'appareil a été enlevé, la contracture s'est reproduite. Elle a beaucoup souffert au moment de la flexion qui a été faite de vive force, sans chloroforme et pendant tout le temps que l'appareil est resté appliqué. Elle n'a pas entendu de craquements au moment de la flexion forcée.

Pas de troubles de la sensibilité, pas de névralgies, pas de points douloureux. Jamais de crises convulsives. Pas d'ovarie.

Force dynamométrique.....	Main droite,	37
—	Main gauche,	35

Caractère assez égal. Pas de colère. Elle étudie bien.

L'examen électrique révèle une diminution notable de l'excitabilité électrique, tant à la faradisation qu'à la galvanisation, mais sans inversion de la formule normale.

Cette modification de la contractilité s'observe sur les muscles des jambes des deux côtés avec une prédominance pour la jambe contracturée. Mais les réactions des deux jambes laissent bien moins d'écart entre elles qu'il n'y en a entre les réactions des deux jambes d'une part et celles des bras d'autre part. Par exemple, l'interruption du courant galvanique donne des secousses au bras avec 3° du galvanomètre gradué en milliweber, tandis qu'aux membres inférieurs, il faut de 10 à 15°. Ne s'agit-il ici que d'une différence entre la résistance électrique des membres supérieurs et celle des membres inférieurs? C'est probable. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que la réaction de dégénérescence n'existe pas pour les muscles diminués de volume de la jambe contracturée.

Insuccès de la médication par l'électricité statique, par les applications aimantées, par l'hydrothérapie.

Deux ans après, M. Charcot recevait du médecin de la famille la nouvelle de la guérison qui s'était faite subitement un matin au réveil, sans émotion particulière, fin septembre 1884, au moment de l'apparition des premières règles. « J'ai pu constater, dit-il, que sa démarche est redevenue tout à fait normale et que son pied ne lui refuse aucun service même pour sauter et danser. » Mlle X... avait été à Lourdes, où elle avait bu de l'eau de la grotte miraculeuse, mais elle n'y avait éprouvé aucun soulagement.



FIG. 50.

Contracture du membre inférieur droit.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre, est consignée dans mon mémoire, encore inédit, sur les contractures et les paralysies hystériques qui a remporté le prix Civrieux en 1883. J'ai pensé utile de l'en extraire pour la publier ici. C'est sur elle et sur plusieurs autres que j'appuyais les bases d'une description d'une forme nouvelle de contracture hystérique, forme que je désignais sous le

nom de *forme cérébrale*, pendant que la contracture hystérique vulgaire prenait le nom de *forme spinale*.

Sans entrer ici dans la discussion sur le mécanisme et la pathogénie de ces deux formes de contracture, je rappellerai qu'elles trouvent

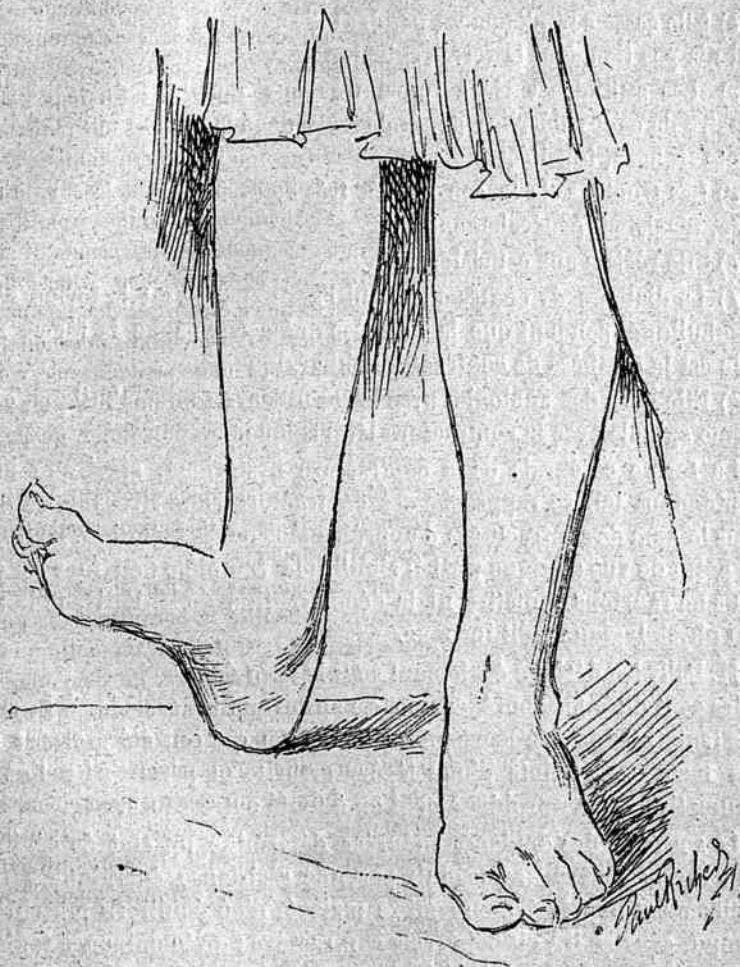


FIG. 60. — Attitude du pied contracturé.

leurs analogues dans les états expérimentaux hypnotiques longuement décrits par M. Charcot et par moi sous le nom de contracture léthargique et contracture somnambulique, et je me contenterai de donner le résumé du tableau clinique que j'ai tracé de la forme cérébrale dans le travail cité plus haut.

a) L'immobilité des parties contracturées est généralement moindre que dans la forme spinale. La raideur varie d'un moment à l'autre, et l'attitude des membres peut se modifier légèrement. Elle s'exagère toujours sous l'influence des mouvements communiqués et de l'attention du sujet.

b) Elle cesse complètement pendant le sommeil, pour reparaitre, ce qui n'a pas lieu dans la forme spinale.

c) Les attitudes variées imprimées aux membres diffèrent d'ordinaire de celles décrites généralement dans la forme spinale. Elles sont étranges, inusitées.

d) Les troubles de la sensibilité, très fréquents dans la forme spinale, n'existent généralement pas.

e) Elle résiste aux esthésiogènes.

f) La diathèse de contracture qui l'accompagne est la forme somnambulique, pendant que la diathèse qui accompagne la forme spinale est la diathèse de contracture léthargique.

g) Elle offre des analogies avec la contracture somnambulique, et la forme spinale avec la contracture léthargique.

La forme cérébrale de la contracture hystérique, ainsi que nous l'entendons ici, se rapproche des contractures que M. Dally désigne sous le nom de contractures d'appréhension ou d'adaptation. Peut-être au point de vue clinique y a-t-il similitude complète; en tous les cas, nous ne saurions admettre ni la dénomination de M. Dally, ni la raison physiologique qu'il invoque.

M. Dally les désigne également sous le nom de pseudo-contractures. Elles sont dues à l'appréhension qu'éprouvent les malades à la suite des tentatives de redressement ou de flexion qui ont été exercées sur des membres atteints d'une légère arthrite ou périarthrite liée au traumatisme, au refroidissement ou à toute autre cause.

Le souvenir des douleurs endurées détermine un état de cérébration inconscient qui se traduit par une résistance énergique à tout mouvement imprimé au membre malaxé, d'où équilibre musculaire rompu, sans qu'il y ait pour cela contracture: prédominance tonique de certains muscles et parésie des autres. La rigidité disparaît pendant le sommeil. Le traitement doit être d'abord mental. Ainsi donc, suivant M. Dally, la pseudo-contracture est toujours précédée d'arthrite ou de périarthrite, elle a sa source dans les douleurs provoquées par les manœuvres thérapeutiques; elle est entretenue par un état de cérébration inconsciente; l'attitude vicieuse est due à la prédominance tonique de certains muscles et à la parésie des autres;

enfin, un des grands caractères de la pseudo-contracture est de céder pendant le sommeil.

Suivant nous, la contracture de forme cérébrale n'est pas nécessairement liée à une arthrite ou périarthrite : elle existe ayant que les tentatives de réduction aient été faites. Ces tentatives, il est vrai, ont pour influence de l'accroître ; enfin c'est une véritable contracture dans laquelle les antagonistes sont pris au même degré, comme dans la forme spinale. Pour le reste, nous nous rapprochons de la description de M. Dally : siège cérébral et cessation pendant le sommeil.

PAUL RICHER,

Chef du laboratoire de la Clinique des maladies du système nerveux.

SUR UN CAS D'ÉPILEPSIE

DONT LES ACCÈS SE MULTIPLIENT SOUS L'INFLUENCE
D'IRRITATIONS PÉRIPHÉRIQUES

L'influence des lésions périphériques sur le développement de l'épilepsie est bien connue, notamment depuis les nombreux faits rassemblés par M. Brown-Séquard. Mais les irritations périphériques n'agissent pas seulement en provoquant les premières manifestations convulsives; elles peuvent encore montrer leur action lorsqu'elles se produisent longtemps après l'apparition des accès en provoquant la répétition plus ou moins fréquente des paroxysmes épileptiques sous toutes leurs formes. Le fait suivant nous a paru mériter quelque intérêt.

Obs. — Le nommé Arthur, âgé de vingt-huit ans. — *Antécédents de famille.* — Parents bien portants : pas d'épileptiques, d'aliénés, de nerveux dans ses ascendants.

Le malade est le troisième d'une famille nombreuse; la mère a eu quatre fausses couches; six enfants sont morts presque tous en bas âge, deux ont eu des convulsions, et l'un des deux est resté hémiplegique droit; trois autres enfants sont bien portants.

Antécédents personnels. — Convulsions dans l'enfance. Devenu très peureux à l'âge de onze ans à la suite d'une vive émotion. Trois semaines après il a son premier accès.

En 1878 (seize ans) premier séjour à Bicêtre : il avait alors un ou deux accès par mois.

En 1884, second séjour à Bicêtre : il entre dans le service de M. Bourneville; sept ou huit accès par mois à cette époque; pas d'aura, chute et perte de connaissance, rigidité, convulsions du côté gauche seulement, ni stertor, ni écume, ni miction involontaire.

Depuis un an il est sujet à des accès avec propulsion : il se met tout à coup à courir devant lui à une distance de 50 à 100 mètres puis revient à son point de départ, la face pâle, livide. Pas de mauvais instincts. Intelligence affaiblie depuis 1878. Le malade figure à propos de ces accès procursifs dans le travail de Bourneville et Bricon sur l'*épilepsie procursive*, où on peut trouver une histoire détaillée de ses antécédents¹.

1. Arch. de Neurologie, 1887, t. XIII, p. 344.

C'est en 1884 que le malade paraît avoir ressenti pour la première fois une aura précédant les accès. Cette aura part du pied gauche, à la face plantaire duquel s'est développé récemment un durillon (fig. 61). Le malade ressent un chatouillement qui, partant de ce point, remonte jusqu'au pli de l'aîne. Elle semble précéder les vertiges procursifs aussi bien que les accès. Pendant ces accès on note une trépidation clonique dans la jambe gauche qui se généralise mais reste toujours plus accentuée de ce côté. Le malade réussit quelquefois à arrêter l'accès en fléchissant le gros orteil.

En 1885, 193 accès, 1,028 vertiges (comprenant entre autres les vertiges procursifs).

Le 8 novembre 1886, le durillon du pied s'enflamme et on l'enlève : les accès avaient été au nombre de 20 pendant le mois précédent ; en novembre



FIG. 61.

ils tombèrent à neuf, en décembre trois, le nombre des vertiges restant à peu près le même (54). — En janvier 1887 : 4 accès, 36 vertiges.

En février 1887, le service passe aux soins de M. Féré.

État du malade à cette époque. — Poids : 53 kilogr. 500. — Côté gauche de la figure plus petit. — Iris gauche plus coloré. — Physionomie un peu hébétée, parole légèrement bredouillée.

Le malade a encore des vertiges procursifs et des accès avec aura partant toujours du durillon du pied gauche. Ces accès sont toujours remarquables par les trépidations prédominant dans tout le côté gauche et en particulier dans le membre inférieur du même côté.

Il arrive parfois que le malade ne perd pas connaissance. S'il est debout par exemple, on voit les oscillations débiter par la jambe gauche, d'abord légères et très rapides ; puis elles deviennent plus amples et se généralisent.

Le malade reste souvent debout cependant, le membre inférieur gauche dans la rectitude. Le malade entend tout ce que l'on dit : il peut même parfois répondre aux questions d'une voix entrecoupée par les secousses qui l'agitent. D'autres fois il tombe et perd connaissance.

Les excitations mécaniques portées sur le durillon peuvent provoquer l'accès (pression, percussion). Les applications d'acide acétique agissent de même. D'ailleurs on peut aussi provoquer un accès en percutant le tendon rotulien.

En mars 1887, apparaît sous le pied droit un autre durillon dont l'irritation provoque aussi des accès avec chute et perte de connaissance parfois.

Ces accès peuvent être arrêtés par la flexion du gros orteil ou la compression du nerf sous-orbitaire. Le malade, lorsqu'il ne perd pas connaissance, porte lui-même la main à son pied gauche et cherche à se déchausser pour comprimer l'orteil.

Outre ces durillons plantaires il est à noter que la transpiration à la plante des pieds a toujours été très abondante et détermine souvent des rougeurs de la peau sans cesse humide.

À la fin de mars 1887, on lui fait faire des chaussures spéciales dont la semelle présente un creux, grâce auquel le durillon ne porte pas sur le sol, pendant la marche. — On lui fait faire des lotions avec une solution de tannin chaque jour et on veille à ce que ses pieds soient toujours tenus dans des chaussettes sèches autant que possible.

Pas de modification bien appréciable immédiatement dans le nombre des accès et vertiges, seulement le malade peut au bout de quelque temps marcher pieds nus et la percussion du tendon rotulien ne provoque plus d'accès.

En avril 1887, on note encore des vertiges procursoriels.

En juillet 1887, les durillons sont à peu près guéris, celui de droite tout à fait. Le malade a cependant encore des secousses, il montre les deux plis inguinaux comme point de départ de tiraillements et de chatouillements qui précèdent l'accès.

On note une recrudescence des accès et vertiges en août et septembre 1887. Le malade guéri de ses durillons avait cessé momentanément de porter des chaussures spéciales qu'il a dû reprendre. Il prétend maintenant ressentir avant ses accès une forte envie d'uriner; s'il peut la satisfaire, l'accès est conjuré : le jet d'urine est alors très fort.

Depuis cette époque, le malade a changé de caractère; il est devenu querelleur, se bat avec les malades et les infirmiers.

Amélioration néanmoins : ses durillons restent guéris : il prend de l'embonpoint et dans les trois derniers mois de l'année, on note une diminution considérable dans le nombre des vertiges.

Les vertiges procursoriels ne sont plus mentionnés à cette époque; on note seulement le fait suivant : souvent le malade au milieu du repos se lève, sort vivement dans la cour et ne prévient son attaque que s'il urine.

En 1888, nous trouvons 38 accès et 8 vertiges au lieu de 71 accès et 210 vertiges en 1887.

Le malade engraisse, il se sert toujours de ses chaussures spéciales. Les vertiges procursifs ne sont plus notés, mais le malade devient de plus en plus méchant et querelleur. Plusieurs fois enfermé à la Sûreté.

En février 1889, le malade a abandonné l'usage de ses chaussures, il ne reste qu'un léger épaissement épidermique pour marquer la place des anciens durillons. L'état général est excellent, le malade engraisse, et le 23 avril 1889 il pesait 66 kilogr., c'est-à-dire 12 kilogr. 500 de plus qu'en février 1887.

9 mai 1889, depuis cinq jours le malade ressent de nouveau une aura partant du pied gauche. L'ancien durillon de la plante du pied est tout à fait guéri : il reste à la place une plaque d'épiderme induré et épaissi, mais tout à fait insensible à la pression. Seulement le troisième orteil est un peu tuméfié et douloureux. Sur la face dorsale il présente des marbrures érythémateuses ; et à la face plantaire, au niveau de la racine de l'orteil, on constate du gonflement et de la rougeur.

Le malade ne peut appuyer la plante du pied sur le sol en marchant : le pied porte sur son bord externe. De temps en temps, lorsqu'il pose le pied par terre, il est pris d'une trépidation de tout le corps, avec larges oscillations ressemblant à une série de secousses. Ces secousses, partant de la jambe gauche, se généralisent successivement au bras gauche, au membre inférieur droit, au bras droit, à la face.

En pressant sur la région tuméfiée de la plante du pied on provoque une vive douleur, et la trépidation reparait. Parfois le malade tombe, tandis que les mouvements oscillatoires recommencent plus forts. On voit alors le tronc exécuter des mouvements d'oscillation d'avant en arrière comme dans l'attaque d'hystérie. On peut arrêter l'attaque en pressant le nerf sous-orbitaire. Pas de perte de connaissance. Le malade continue parfois à parler d'une voix saccadée plus entre coupée.

13 mai 1889, le gonflement et la rougeur ont augmenté, il semble y avoir de la fluctuation à la racine du troisième orteil, secousses perpétuelles dans la journée, trépidation de tout le corps, mais pas de perte de connaissance.

15 mai 1889, poids : 62 kilogr. 500 (au lieu de 66 il y a quelques jours). Fluctuation manifeste. Incision dorsale et plantaire sans chloroforme. Le malade pousse un cri au moment de l'incision, qui donne issue à du pus, mais n'a pas d'accès.

Soulagement immédiat, nuit bonne, pas de trépidations.

16 mai, les soubresauts reparaissent bien que moins forts, amélioration sensible : néanmoins quelques accès incomplets sans perte de connaissance dans la journée.

17 mai, plaie en bon état, trépidations beaucoup moins fortes. Poids : 63 kilogr. Pas de secousses pendant le pansement.

A partir de cette époque, la plaie va rapidement vers la cicatrisation, les secousses deviennent de plus en plus rares.

Le 29 mai 1889, le malade peut se lever et marcher sur la plante du pied sans inconvénient : plus de secousses ni d'accès.

Actuellement (28 juin 1889, poids : 63 kilogr. 500), le malade est complètement guéri de son phlegmon du pied, et il ne reste qu'un léger épaisissement pour marquer la trace des durillons plantaires. Il n'a eu que deux accès dans le mois de juin : il n'a plus aucun vertige depuis quatre mois.

TABLEAU DES ACCÈS DE V...

MOIS.	1884		1885		1886		1887		1888		1889	
	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.	ACCÈS.	VERTIGES.
Janvier....			9	87	2	—	4	36	2	1	5	—
Février....			11	70	—	2	2	32	3	2	10	10
Mars.....			8	107	3	—	4	19	6	—	5	—
Avril....			13	62	23	50	9	13	4	—	2	—
Mai.....			28	45	13	78	5	25	3	1	—	—
Juin.....			22	43	20	59	3	10	4	1	2	—
Juillet....			26	58	14	66	3	8	2	—		
Août.....			25	90	22	39	15	31	1	—		
Septembre.			10	129	7	53	18	28	—	—		
Octobre....	8	—	12	103	20	53	8	3	2	2		
Novembre..	13	1	18	64	9	37	4	3	5			
Décembre..	17	31	41	65	3	54	6	2	6	1		
TOTAUX.	38	32	193	1028	136	497	71	210	38	8		

Le rapport qui existe chez ce malade entre les lésions plantaires et la fréquence des accès, ne pouvait pas être aperçu clairement par les premiers observateurs, par la simple raison que, pendant toute la période de 1884 à 1887 où ils ont pu l'examiner, il ne s'est fait aucune modification notable ni de l'état local ni des paroxysmes. Mais ce qui s'est passé depuis montre bien qu'il n'y a pas simple coïncidence. L'aggravation des troubles épileptiques de 1884 a suivi de près l'apparition du premier durillon de la plante du pied gauche. Il y a eu à la fin de 1886 une diminution du nombre des accès sous l'influence d'une intervention commandée par les circonstances. A partir du moment où des soins hygiéniques particuliers sont intervenus pour diminuer l'irritation locale, non seulement les accès sont devenus plus rares mais aussi les vertiges. La cessation de l'usage de la chaussure protectrice a ramené, en 1887, une recrudescence temporaire. L'amélioration

s'est accentuée en 1888; pendant cette année, en effet, il n'y a eu que 38 accès et 8 vertiges au lieu de 193 accès et 1,028 vertiges en 1885, 136 accès et 497 vertiges en 1887. Enfin, en 1889, sous l'influence d'une nouvelle irritation locale d'un phlegmon, les spasmes ont subi une nouvelle recrudescence sous une autre forme. Le succès de mesures hygiéniques fort simples montre assez que chez les épileptiques comme chez tous les névropathes en général, on ne doit pas négliger de faire une recherche soigneuse de toutes les causes d'irritation et s'appliquer à leur porter remède.

CH. FÉRÉ,

Médecin de Bicêtre.

H. LAMY,

Interne des hôpitaux.

NOTE SUR LE PLI FESSIER

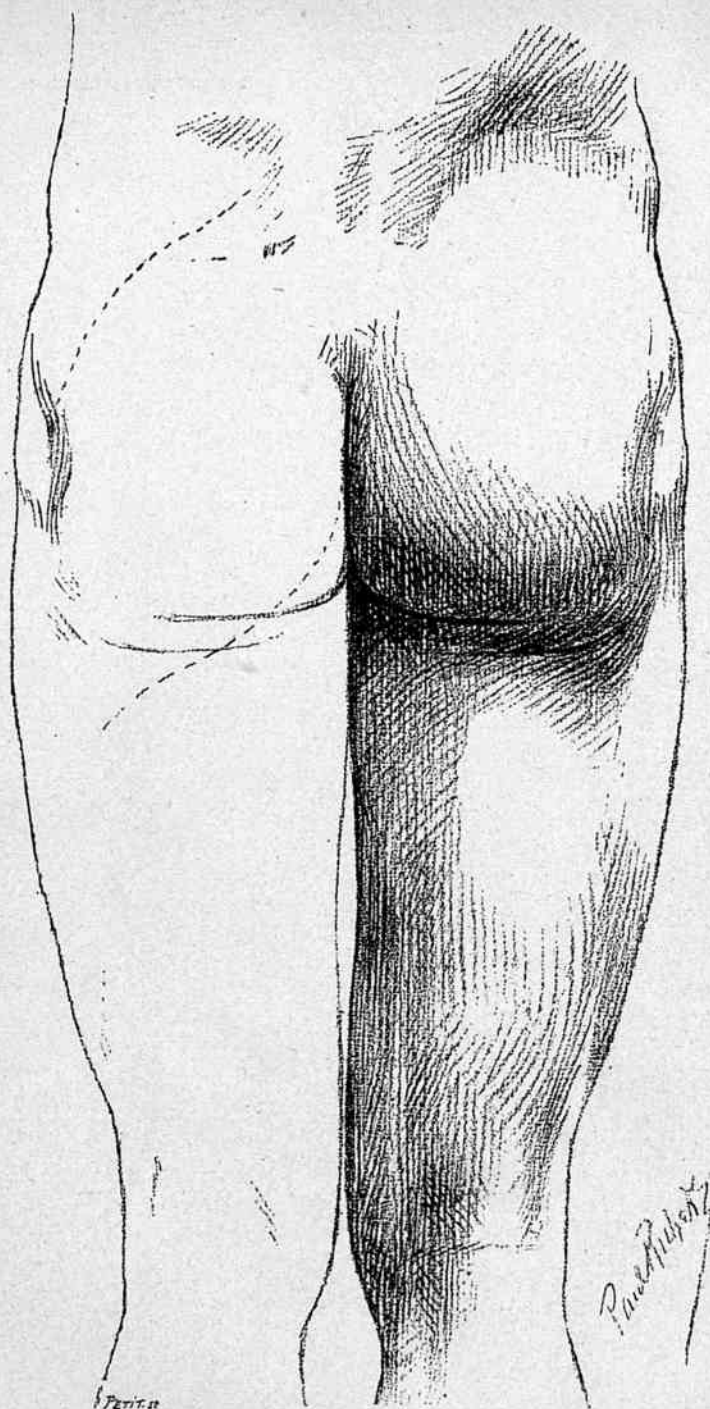
On enseigne dans les ouvrages classiques que le muscle grand fessier forme la saillie de la fesse et se trouve être en même temps, par le relief de son rebord inférieur, la cause du pli fessier. Il est facile de constater, cependant, que, dans la saillie de la fesse, il entre un autre facteur peut-être plus important que le muscle, je veux parler de la graisse accumulée en ce point sous la peau, et que le pli fessier tient à d'autres causes tout à fait étrangères au bord inférieur du muscle, lequel, au contraire, ne pourrait contribuer qu'à l'atténuer et à le faire disparaître. Quelques mots d'abord sur les formes de la région.

En arrière du bassin proémine la fesse limitée, en dedans, par la rainure interfessière, en bas, par le sillon courbe du pli fessier qui la sépare de la cuisse; en dehors, par la saillie du grand trochanter; en haut, par le sacrum et la partie postérieure du sillon de la hanche.

Ces limites circonscrivent un espace beaucoup plus haut que large et que la fesse remplit d'un relief inégal. La saillie la plus considérable occupe la partie inférieure et interne. Elle est arrondie. Elle répond au grand fessier. En haut et en dehors, la saillie due au relief du moyen fessier est plus ferme et plus surbaissée. Un sillon peu profond et oblique sépare quelquefois la région du grand fessier de celle du moyen.

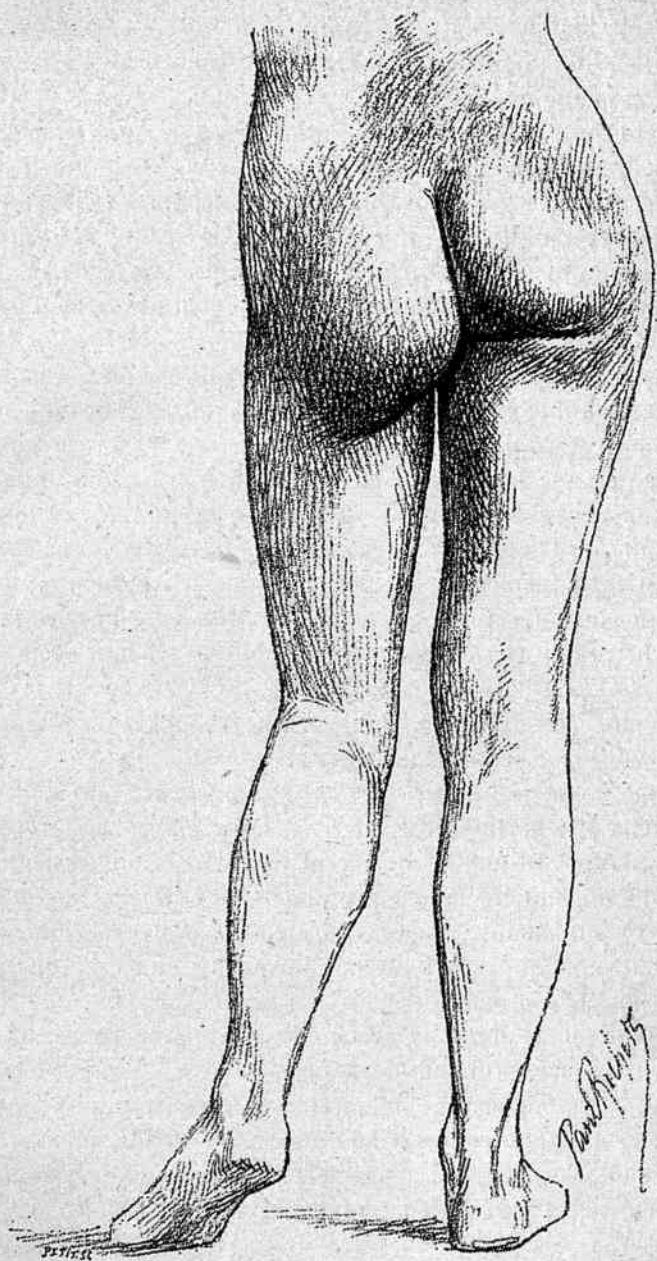
La graisse qui double toujours la peau de la région, joue un rôle morphologique important. Elle acquiert son maximum d'épaisseur à la partie inférieure et interne de la région. Et la saillie de toute la région est bien souvent beaucoup plus due à l'accumulation graisseuse qu'au développement musculaire.

La chose est de la dernière évidence chez la femme dont le système musculaire est généralement peu développé et dont la région fessière est néanmoins fort saillante. Les fesses fermes et en pointe de la jeunesse sont dues à un tissu adipeux dur et résistant. Les fesses aplaties des vieillards sont dues en grande partie à la disparition du même tissu. On peut remarquer, en outre, que chez les individus qui présentent un développement musculaire exagéré avec un pannicule



PLIS FESSIERS DANS LA STATION DEBOUT

La partie gauche de la figure montre leurs rapports avec le muscle grand fessier dont les limites en haut et en bas sont indiquées par un trait ponctué.



PLIS FESSIERS DANS L'ATTITUDE HANCHÉE (FEMME)

adipeux peu abondant, comme les athlètes et les gymnastes, la saillie de la fesse n'est relativement pas considérable. Elle est aplatie, et, à moins que le muscle n'entre en contraction, elle présente une consistance molle et fluctuante que les fesses grasses ne présentent pas toujours au même degré.

La stéatopygie des femmes boschimanés n'est que le développement exagéré du pannicule adipeux dont les alvéoles sont distendues par une série d'amas gras volumineux qui donnent à la coupe de la région l'aspect d'un lipome. Il n'est pas sans intérêt de noter que chez les Européennes, le relief des fesses est fort variable et qu'elles offrent pour ainsi dire tous les degrés d'atténuation de la stéatopygie des Boschimanés.

En dehors, la saillie de la fesse est séparée du grand trochanter par une dépression due au mode d'insertion des fibres charnues sur une large aponévrose d'insertion.

En bas, la fesse est bornée par le pli fessier, sillon qui est très profond en dedans et se perd en dehors, ce qui est dû aux fibres charnues du muscle grand fessier qui descend vers la cuisse à laquelle appartient véritablement la partie la plus inférieure du muscle.

Ce sillon a une direction horizontale et croise celle du bord inférieur du muscle grand fessier qui est très oblique en bas et en dehors (Voy. pl. XXXVIII).

Il est donc impossible de lui donner, avec la plupart des auteurs, pour cause, la saillie de ce bord inférieur.

Le simple examen du nu suffit pour se convaincre que le pli fessier est rattaché aux parties profondes par des adhérences solides. Par exemple, dans l'attitude hanchée (pl. XXXIX) le pli fessier du côté de la jambe portante se creuse profondément et forme comme un lien qui enserre solidement la racine du membre à la partie interne, pendant que, du côté opposé, il suit le mouvement du bassin qui penche, descend plus bas et tend à s'effacer.

L'anatomie nous donne la raison de ces apparences. Au niveau du pli fessier, la face profonde de la peau contracte non seulement des adhérences avec l'aponévrose fémorale qui elle-même prend insertion à l'ischion, mais elle est rattachée à ce même os directement par de solides trousseaux fibreux découverts dernièrement par mon ami Paul Poirier, chef des travaux anatomiques à la Faculté (communication orale).

Il en résulte, entre le pli cutané et le bassin, une connexion intime qui fait que l'un suit les mouvements de l'autre. On peut constater en effet que si le bassin s'élève d'un côté, il entraîne avec lui le pli fessier

du même côté qui se trouve alors situé sur un plan plus élevé que celui du côté opposé et inversement, comme nous venons de le voir dans la station hanchée.

Une autre conséquence de cette disposition, c'est que la graisse de

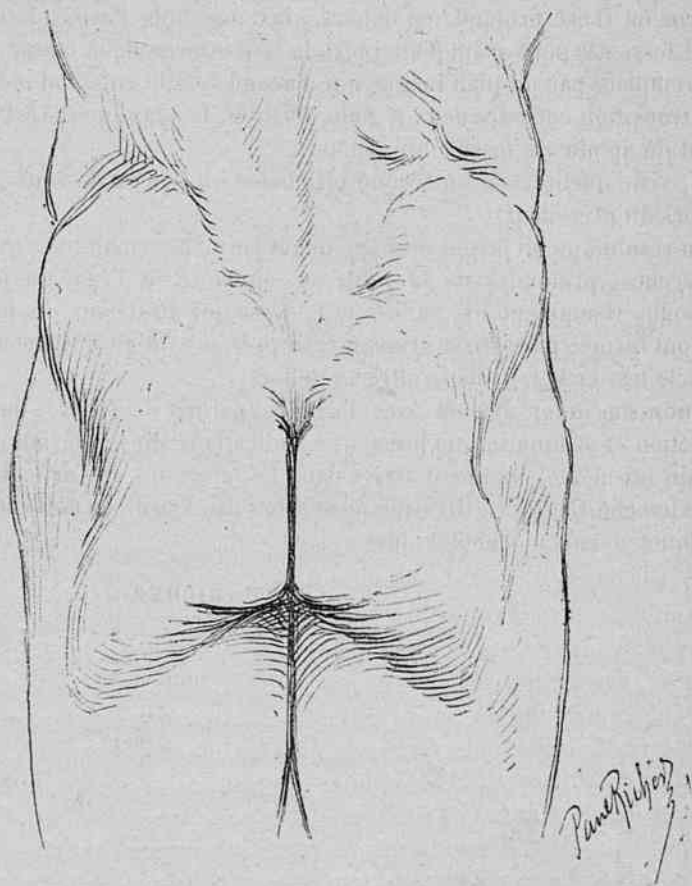


FIG. 62. — Les fesses dans la flexion légère du tronc.
Les muscles fessiers sont contractés.

la région est en quelque sorte contenue dans une espèce de poche formée inférieurement par les adhérences fibreuses qui vont de la peau à l'ischion et qui, l'empêchant de descendre vers la cuisse, en augmentent la saillie.

C'est dans cette même poche que se trouve retenue une partie de la

masse charnue du muscle qui, dans le relâchement complet, se trouve en bas et en dedans sous l'influence de la pesanteur.

Quand le tronc se fléchit en avant, le pli fessier tend à disparaître et le muscle contracté dessine sa forme très exactement sous la peau avec son bord inférieur très oblique en bas et en dehors. (Fig. 62)

Les attaches du pli fessier à l'ischion n'existent que dans sa partie interne où il est profond; en dehors, ainsi que nous l'avons déjà dit, le pli fessier se perd avant d'atteindre la face externe de la cuisse, et il est remplacé par un plan incliné qui descend vers la cuisse et ménage une transition entre les deux régions voisines. Ce plan incliné est vraiment dû au muscle fessier lui-même.

Il existe quelquefois un second pli fessier un peu au dessous et en dehors du précédent.

En résumé, le pli fessier est donc un pli permanent maintenu par des adhérences profondes de la peau au squelette, à l'égal du pli de l'aisselle. Il augmente la saillie de la fesse qui au-dessus de lui est surtout formée par le tissu graisseux. La présence du bord inférieur du muscle fessier le fait disparaître en dehors.

Enfin son union intime avec l'ischion permet de trouver dans sa direction et sa situation de précieuses indications sur les déviations du bassin lui-même, comme il arrive dans les affections de l'articulation de la hanche. C'est à ce titre que nous avons pensé utile de noter ici ces quelques détails morphologiques.

PAUL RICHER,

Chef du laboratoire de la Clinique des maladies du système nerveux

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ACROMÉGALIE

(Suite¹).

L'hypertrophie de la langue une fois survenue, ses effets devaient se faire sentir principalement sur les os maxillaires. Cependant, il faut l'avouer, les difformités de ces os sont trop significatives pour qu'on doive attribuer tout à la cause susindiquée. Si les os n'avaient pas perdu de leur résistance naturelle, il n'y aurait pas eu un allongement aussi notable de la mâchoire inférieure, non plus que la disparition de ses angles, ni la déviation en dehors des arcades alvéolaires. On aurait vu plutôt se produire ceci qui a plus d'une fois été observé dans les cas de macroglossite, je veux dire la procidence de la langue; mais, par suite de la maladie dont les os étaient atteints, ils n'ont pu résister à ces efforts incessants dont l'effet était accru par l'hypertrophie de l'organe, et ont cédé.

Mais cette déviation du type normal des os maxillaires ne pouvait être l'œuvre de quelques jours; avant que le prognathisme se prononçât, la langue qui se trouvait ramassée dans la bouche et la partie supérieure du pharynx devait avec sa base fermer en grande partie les fosses nasales postérieures et rendre extrêmement difficile la respiration. C'est pour parer à cet inconvénient que se produisit l'agrandissement des fosses nasales et comme conséquence le développement disproportionné du nez. Mais, normalement, toutes ces déformations ne seraient pas survenues si, à cette époque, ou auparavant, les os n'avaient pas été malades au point de perdre leur résistance naturelle.

Par les communications existantes entre les fosses nasales et les sinus frontaux il est à croire que ces dernières cavités avaient subi aussi un agrandissement qui devint plus grand dans la suite, quand, par l'abus des substances alcooliques et par l'âge, survint l'atrophie des lobes cérébraux antérieurs: car alors, comme je l'ai déjà dit, la table interne suivant le cerveau dans les mouvements s'éloigne de la table externe, produisant l'agrandissement de ces sinus.

Quant à l'hypertrophie de la lèvre inférieure et de la portion molle du nez, je crois que, en grande partie, il faut l'attribuer à cet état d'irrigation sanguine exagérée dans laquelle, pour les raisons signalées plus haut, devait se trouver la tête. Même le développement hypertrophique de la glande pituitaire tenait très probablement à cette cause bien plus qu'à la répercussion sur cet

7. Voir les n° 5, 6, t. I, 1888 et les n° 1, 2, 3, 4, t. II, 1889.

organe de l'état irritatif des os avec lesquels il était en contact. Il resterait à indiquer les raisons du volume extraordinaire de la verge, mais peut-être ce phénomène devait-il être rapporté en partie à un développement congénital, et en partie à un développement excessif dans cet organe du système veineux consécutif principalement à la maladie du cœur... L'auteur déclare d'ailleurs qu'il ne tient que médiocrement à toutes ces explications et est prêt à les abandonner si quelqu'un en trouve de meilleures.

Autopsie de l'Observation XI (Henrot). — La peau est saine partout, elle n'est nulle part adhérente aux tissus sous-jacents; celle qui recouvre les parties hypertrophiées ne présente rien de spécial.

Le corps thyroïde est très développé : il a quatre ou cinq fois son volume normal.

Les glandes sous-maxillaires sont perdues dans d'immenses masses ganglionnaires qui ont renversé le bord libre du maxillaire inférieur, à ce point que la face antérieure de cet os est devenue presque horizontale; l'os a un aspect tout particulier; ses déformations symétriques pourraient faire croire qu'il provient plutôt d'un singe géant que d'un homme.

Les tumeurs sous-maxillaires et péri-parotidiennes sont constituées par des amas ganglionnaires appliqués les uns contre les autres; elles sont formées par un tissu homogène, dur, très cohérent, et n'ayant aucune tendance à subir la dégénérescence grasseuse, caséeuse ou tuberculeuse.

La plupart des nerfs, le pneumogastrique, le glosso-pharyngien, le plexus brachial ont subi une notable augmentation de volume.

Le foie est volumineux, mou, flasque, ne présente rien de spécial à la coupe. — La rate a au moins le triple de son volume normal, sa consistance est normale, on trouve dans son épaisseur une petite tumeur du volume d'une noisette, d'une dureté pierreuse.

Le pancréas, l'estomac, les intestins sont sains, les reins volumineux, sains.

La langue est hypertrophiée, les papilles gustatives sont très saillantes; elles sont manifestement hypertrophiées.

Le cœur est très petit, il a subi un degré d'atrophie considérable, il ne présente guère que les 2/3 du volume de mon poing, et celui-ci ne représente pas la moitié du poing de notre sujet. — Pas de sérosité dans le péricarde, quelques plaques laiteuses sur le péricarde, et particulièrement le long de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les parois du ventricule droit sont très amincies, celles du ventricule gauche sont peu épaisses; le muscle n'a pas subi de dégénérescence.

Les parois du crâne ne sont ni épaissies ni déformées; la base est normale, sauf au niveau de la selle turcique; là nous trouvons des modifications considérables : la lame quadrilatère du sphénoïde et les apophyses clinoides postérieures sont très élargies; elles présentent beaucoup moins d'épaisseur que dans l'état ordinaire, elles sont complètement déjetées en arrière de

façon à agrandir la fosse pituitaire; celle-ci, en effet, au lieu de pouvoir contenir une noisette, a pris des dimensions telles qu'elle peut loger un petit œuf de poule.

Le paroi antérieure de la fosse au lieu de présenter une saillie est fortement excavée. Quoique amincie, la lame quadrilatère est encore assez solide pour résister au scalpel.

En enlevant le cerveau, M. Leroy, interne du service, éprouve une certaine difficulté à détacher le corps pituitaire; malgré les précautions qu'il prend, l'adhérence est telle qu'il coupe la partie la plus saillante de l'hypophyse; il s'écoule quelques gouttes d'un liquide noirâtre légèrement visqueux.

Sur le maxillaire inférieur, l'os hyoïde, le tibia, le péroné, le cubitus, le radius, en un mot sur tous les fragments d'os qui ont été conservés, nous trouvons des ostéophytes très développés; sur le maxillaire inférieur, que nous pouvons prendre pour exemple, les apophyses géniformes forment des saillies volumineuses de la grosseur d'un haricot; sur l'os hyoïde, les tubercules qui donnent insertion à des muscles et qui habituellement sont à peine marqués, forment des saillies très manifestes; sur l'extrémité inférieure du tibia, dans les points d'insertion des ligaments, nous constatons également des saillies osseuses, des bosselures qui donnent à l'os un aspect tout particulier.

Dans d'autres points, sur la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur on trouve des surfaces irrégulièrement circonscrites, d'un aspect blanc, très dures, éburnées et parsemées d'une myriade de petits trous visibles à l'œil nu...

L'hypertrophie des mains et des pieds ne porte pas seulement sur les parties molles, elle atteint aussi les os; nous avons fait sur la main et le pied conservés, une coupe longitudinale qui permet de ne conserver aucun doute à cet égard; la même coupe, répétée sur une main et sur un pied d'un homme de haute stature, nous a permis de constater que l'augmentation de volume était générale; ainsi, par exemple, le calcaneum mesure au moins un centimètre et demi de plus chez notre myxœdémateux que chez l'autre sujet.

Ces ostéophytes, qui se sont développés partout où existe normalement une saillie, sont plus marqués aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs; nous ne trouvons d'altération ni dans le canal médullaire, ni dans le tissu spongieux.

Les cartilages du larynx (thyroïde, cricoïde, aryénoïde) sont ossifiés; les saillies qu'ils présentent sont beaucoup plus indiquées qu'à l'état normal.

La main et le pied avaient été plongés aussitôt l'autopsie dans une solution assez faible d'azotate de zinc qui leur avait fait subir une momification spéciale; depuis cinq ans elles sont placées dans du papier, celui-ci est constamment sali par un liquide visqueux, très gluant, qui n'est pas du gras de cadavre, mais quelque matière colloïde, peut-être de la mucine transformée.

Quant au système nerveux, outre la présence de plaques ossiformes dans les méninges rachidiennes, M. Henrot constate à la base de cerveau sur la

ligne médiane au lieu et place du corps pituitaire une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf de poule; le diamètre transversal le plus grand mesure 42 millimètres, le diamètre longitudinal mesure 30 millimètres; elle est limitée par les organes suivants (fig. 63, 64) : en avant le chiasma des nerfs optiques qui est complètement aplati, et forme une large bandelette rubanée ayant plus d'un centimètre et demi de largeur; son épaisseur est réduite à 1 ou 2 millimètres; elle forme une vaste concavité en rapport de configuration avec la tumeur. Sur les côtés, les lobes sphéroïdaux du cerveau se sont excavés; en arrière, elle repose sur les pédoncules cérébraux.

Quoique régulière dans son ensemble, elle présente en avant et à gauche une petite saillie arrondie qui semble surajoutée. C'est dans ce point que la section a laissé une partie de la tumeur adhérente à la selle turcique.

La consistance est demi molle; à la coupe on constate une partie antérieure

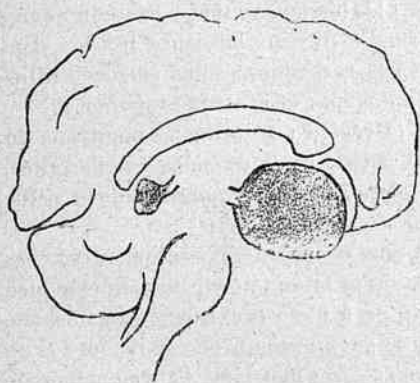


FIG. 63.

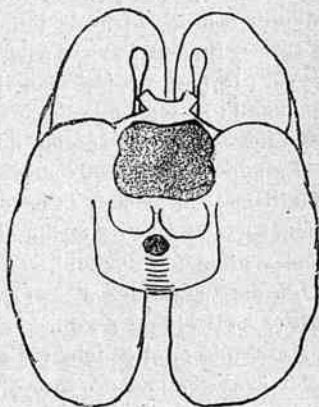


FIG. 64.

et une postérieure ne présentant pas le même aspect. — En la soulevant avec précaution on voit ses connexions intimes avec la base du cerveau; elle se continue directement par l'infundibulum jusqu'au tube cinereum qu'on tire lorsqu'on exerce sur elle une légère traction. L'infundibulum est résistant, il est beaucoup plus développé que dans l'état normal. La glande pinéale a au moins le double de son volume ordinaire.

L'examen microscopique a dû être fait au Collège de France, les résultats n'en étaient pas encore connus lors de la publication de cette observation. Dans celui fait à Reims, en attendant, on constata que le corps pituitaire contient de grosses cellules ovalaires à un ou plusieurs noyaux, plus visibles dans la glycérine et la solution de carmin que dans l'iode, la fuchsine et l'acide acétique. — L'hypertrophie du ganglion cervical supérieur du grand sympathique porte plus sur la gangue celluleuse que sur les éléments nerveux.

Pour le *grand sympathique*, ce qui frappe tout d'abord, c'est une hypertrophie considérable de tous les ganglions et de tous les nerfs qui le constituent.

Portion cervicale. — Le ganglion cervical supérieur gauche est très volumineux; il a conservé sa forme, et mesure 45 millimètres de longueur, sur 15 millimètres de largeur.

Le filet carotidien a trois ou quatre fois le volume normal. En avant se trouvent trois grosses anastomoses avec le pneumogastrique; en arrière trois gros filets vont se jeter dans l'anse formée par la première et la deuxième paires cervicales; de l'extrémité inférieure partent plusieurs rameaux: le plus volumineux aboutit au ganglion moyen qui est placé très bas, immédiatement au-dessus du ganglion cervical inférieur; ce dernier étalé transversalement mesure 15 millimètres de largeur sur 40 millimètres de longueur.

Portion dorsale. — Le grand sympathique dans toute cette région forme un cordon présentant au niveau des ganglions de légers renflements; il mesure 5 millimètres de largeur dans certains points, 6 millimètres dans d'autres. En avant on suit parfaitement les branches qui se rendent à l'aorte.

Vers la partie inférieure, il se partage en deux branches qui ont elles-mêmes la même importance que le tronc, 6 millimètres; le grand splanchnique est la continuation du sympathique. Ces cordons sont plus volumineux que le pneumogastrique dans la région cervicale, ne mesurant que 4 millimètres. Au lieu de trouver une succession de ganglions réunis par des filets nerveux plus ou moins importants, nous ne trouvons qu'un gros tronc nerveux irrégulièrement bosselé.

Portion abdominale. — Le grand nerf splanchnique gauche, après avoir traversé les piliers du diaphragme, vient se jeter à l'angle supérieur gauche du ganglion semi-lunaire; il se continue à plein canal à sa sortie du ganglion avec une branche volumineuse du pneumogastrique droit.

Le ganglion semi-lunaire et le plexus solaire mesurent 45 millimètres de largeur sur 30 millimètres de hauteur; ils ne donnent aucune branche par leur bord supérieur concave, mais par leur bord inférieur convexe ils fournissent de nombreux rameaux qui suivent les artères mésentérique supérieure, coronaire stomachique, splénique, etc...

Le grand sympathique du côté droit quoique n'ayant pas été disséqué avec le même soin est aussi hypertrophié que celui de gauche dans toutes les parties que nous examinons.

DESCRIPTION DU SQUELETTE D'UN AGROMÉGALIQUE CONSERVÉ AU MUSÉE DE BOLOGNE (TARUFFI)¹

Luigi Marchetti (squelette du musée de Bologne) mort en 1808, à 47 ans, était célèbre comme gros mangeur, aussi son estomac fut-il conservé.

1. Cesare Taruffi. — *Della macrosomia*. — *Annali Universali di Medicina*, 1879, t. CCXLVII et CCXLIX. Il s'agit ici de la description d'un spécimen conservé au musée de Bologne, ce qui explique l'absence d'observation clinique et d'examen des viscères.

Son squelette a une hauteur de 1 m. 770, soit 1 m. 80 de taille de son vivant.

Crâne rétréci latéralement et allongé d'avant en arrière, décrivant une courbe très régulière, sauf une dépression parsemée de nombreux foramina au voisinage de la ligne sus-orbitaire.

Toutes les sutures ont disparu, sauf quelques traces de la sagittale et de la coronaire.

La ligne semi-circulaire de la tempe est très saillante en avant.

Les surfaces d'insertions musculaires sur l'occipital sont très développées.

Les apophyses mastoïdes et styloïdes sont développées.

Les condyles de l'occipital sont aplatis par suite d'une usure manifeste.

Les sinus frontaux sont extraordinairement dilatés, et la distance entre l'apophyse crista galli et la glabelle est de deux centimètres.

L'écaille des temporaux est amincie, tandis que les autres os du crâne ont une épaisseur ordinaire; cependant les bords de la gouttière du sinus longitudinal se montrent surélevés par rapport à l'occipital, et la gouttière elle-même dans toute son étendue présente de nombreux trous vasculaires; en somme, tous les points de passage des vaisseaux et des nerfs à la base du crâne sont notablement larges.

Quoique la face soit extraordinairement longue, elle n'offre pas une largeur proportionnée, puisque les os zygomatiques ne sont pas plus grands qu'à l'ordinaire (fig. 65, 66).

Les orbites ont une forme irrégulière, produite par ce fait que l'angle inférieur externe s'abaisse davantage vers l'apophyse orbitaire de l'os malaire.

Les incisures sus-orbitaires sont très profondes, celle de droite est convertie en un trou.

Les os nasaux sont longs et ont perdu toute trace de suture avec les apophyses ascendantes des maxillaires.

La lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le septum cartilagineux (ossifié) vont obliquement à droite jusqu'à la moitié de la cavité olfactive, puis le septum et le vomer retournent graduellement sur la ligne médiane pour se souder avec l'épine nasale, celle-ci fait une saillie notable au-dessus de l'articulation des deux maxillaires entre eux et descend jusqu'à l'origine des alvéoles.

Les maxillaires supérieurs sent longs de 88 millimètres, soit 22 de plus que normalement; ils se creusent sous les orbites, se relèvent inférieurement et sont saillants dans leur région alvéolaire, mais les fosses canines demeurent très profondes de sorte qu'elles prennent la forme de gouttières. — Les processus alvéolaires et les dents sont dirigés un peu en dehors, cependant leurs couronnes, particulièrement celles des incisives, au lieu de coïncider avec celles des dents de la mâchoire inférieure ou de tomber en avant d'elles, se trouvent placées en arrière, laissant entre elles et ces dernières un intervalle de 2 mill.

La voûte du palais est très haute.

Les apophyses ptérygoïdes ont un développement proportionné à celui des mâchoires.

A la mâchoire inférieure les têtes des condyles sont relativement minces d'avant en arrière (6 mill.), très larges dans le sens transversal (22 mill.) et tournés un peu en avant. Leurs collets présentent des modifications analogues, et, en outre, leur face antérieure est concave avec un petit tubercule osseux au bord externe.

Les processus coronoïdes sont amincis, tournés en avant et surpassent en hauteur le plan des têtes des condyles de 12 mill.

Les deux branches verticales se montrent très agrandies mais plus en longueur qu'en largeur et leur bord postérieur ne forme pas un angle se continuant avec la portion horizontale, mais décrit une courbe qui se rehausse vers la

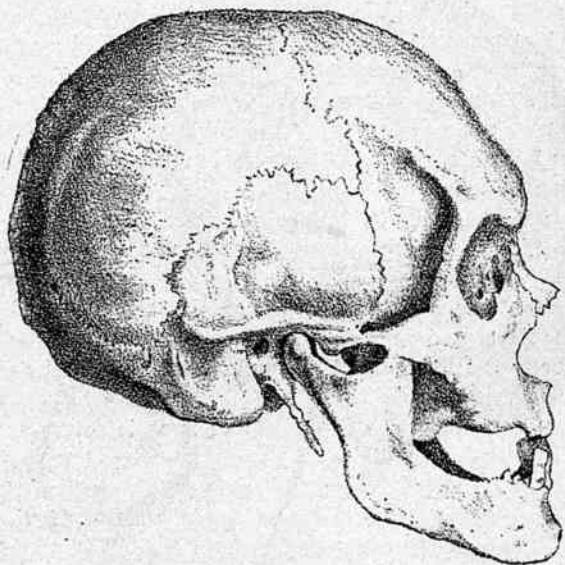


FIG. 65. — Crâne normal vu de profil.

pointe du menton. Le bord lui-même, quand il se réunit à la portion horizontale, ne se continue pas avec celle-ci suivant un même plan vertical, mais présente un accroissement de volume notable limité supérieurement par la ligne oblique, ce qui, joint à la longueur extraordinaire des 2 branches verticales, contribue à faire saillir le menton de 3 centimètres et demi hors du plan de la ligne sus-orbitaire (fig. 67, 68).

Le corps du maxillaire inférieur au niveau des incisives a une hauteur de 19 mill., tandis qu'au niveau de la seconde molaire cette hauteur n'est que de 28 mill., d'où il résulte que le plan des incisives est supérieur d'environ 10 mill. à celui des molaires. — Le corps du maxillaire supérieur a en outre sa face antérieure concave, mais les alvéoles sont perpendiculaires.

Les deux trous mentonniers sont très larges. Les empreintes d'insertion du digastrique sont très accentuées.

En l'absence de renseignements sur l'état de la face intérieure du crâne dans la description de M. Taruffi, je m'adressai à mon distingué confrère et ami le Dr Jules Melotti (de Bologne) et lui demandai s'il ne pourrait combler cette lacune en examinant lui-même cette partie du squelette. Voici les résultats de son examen tels qu'il a bien voulu me les faire connaître en juillet 1887 : « La selle turcique est considérablement agrandie en longueur,

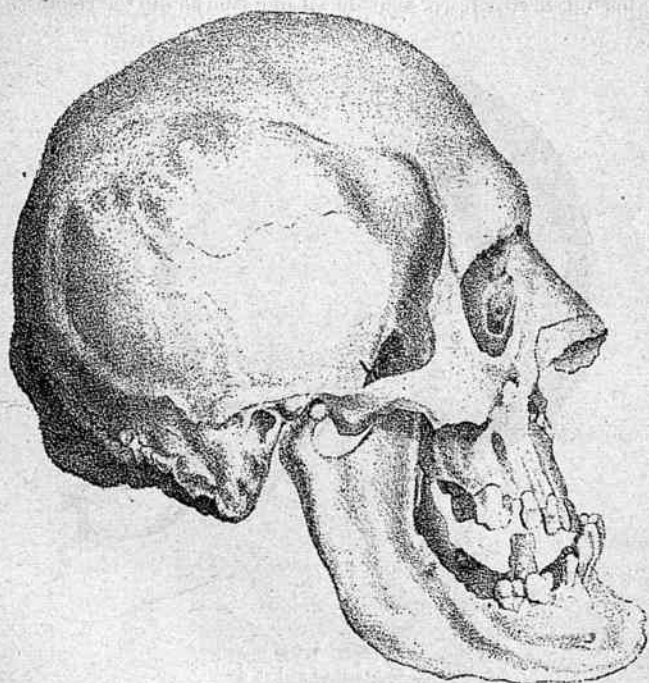


FIG. 66. — Crâne d'acroméganique vu de profil.

largeur et profondeur, et cela aux dépens du sinus sphénoïdal qui a presque entièrement disparu, ainsi que la gouttière qui reçoit l'entrecroisement des nerfs optiques.

« Les mesures suivantes donnent l'idée de cette augmentation des dimensions de la selle turcique :

	Millimètres.
Distance entre les deux apophyses clinoides.....	38
— entre les deux trous optiques.....	26
Longueur de l'apophyse clinôide antérieure droite.....	16
— — — — — gauche.....	13

« La distance entre les deux apophyses clinoides antérieures est presque le tiers de la largeur totale du crâne ; tandis que normalement elle n'en est que le cinquième.

	Millimètres.
Distance entre les deux apophyses clinoides postérieures.....	29
Distance entre l'apophyse clinéoïde antérieure droite et l'apophyse clinéoïde postérieure droite.....	20
Distance entre les mêmes apophyses à gauche.....	17
Diamètre transversal de la selle turcique	
à l'union du 1/3 antérieur avec les 2/3 postérieurs.....	32
au niveau du 1/3 moyen.....	32
au niveau des 2/3 postérieurs..	30
Diamètre antéro-postérieur.....	30
Profondeur.....	48

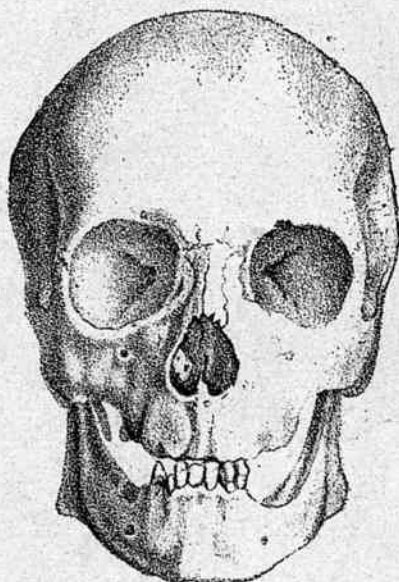


FIG. 67. — Crâne normal vu de face.

« Il est donc bien évident que les dimensions de la selle turcique sont pour ce crâne considérablement augmentées. »

La colonne vertébrale montée à jour avec des fils métalliques a une hauteur de 660 millimètres, du plan supérieur de l'atlas au plan inférieur de la dernière vertèbre lombaire, et de 750 millimètres du plan supérieur de l'atlas au plan inférieur du coccyx. La corde qui sous-tend le sacrum a une longueur de 90 millimètres. Les courbures du rachis sont régulières, sauf dans la portion supérieure de la région cervicale où les vertèbres sont inclinées en avant. Le corps de chaque vertèbre est plus large qu'à l'ordinaire mais non plus élevé, c'est ainsi que, par exemple, pour l'avant-dernière vertèbre lombaire, le diamètre antéro-postérieur est de 4 centimètres, le trans-

versal de 6 centimètres, soit 1 centimètre de plus que la normale pour l'une et l'autre dimension, tandis que la hauteur est de 2 centimètres, ce qui est à peu près la mesure ordinaire.

A la première vertèbre cervicale on remarque l'ossification complète des bords du trou placé à la base de l'apophyse transverse pour le passage de l'artère vertébrale, ce qui, à la vérité, n'est pas rare; mais en outre on voit que le sillon supérieur destiné au passage de cette artère est converti en un trou osseux.



FIG. 68. — Crâne d'acromégalique vu de face.

Toutes les autres vertèbres cervicales ont le corps un peu saillant sur la ligne médiane, les lames de l'arc postérieur raboteuses extérieurement, et les apophyses épineuses plus ou moins bifides.

Quant aux vertèbres dorsales, la face antérieure du corps est poreuse, avec de petites végétations osseuses au niveau des bords; les apophyses transverses sont très rugueuses. A la douzième dorsale on constate l'existence de deux tubercules irréguliers qui prolongent en arrière les apophyses articulaires supérieures, analogues aux tubercules mamillaires de la première lombaire;

au contraire les apophyses transverses sont plus rudimentaires que normalement.

Pour ce qui est de la colonne vertébrale, l'anomalie la plus importante consiste dans l'existence d'une vertèbre surnuméraire située au-dessous de la douzième dorsale. Cette treizième vertèbre dorsale porte à droite deux facettes articulaires, l'une située sur la partie latérale du corps, l'autre sur l'apophyse transverse correspondante, elles s'articulent avec la tête et la tubérosité d'une côte surnuméraire longue seulement de 4 centimètres et très grêle; à gauche il n'y a pas de facette articulaire sur les parties latérales du corps, mais seulement sur la petite lame qui représente l'apophyse transverse; elle s'articule avec une côte rudimentaire longue de 2 centimètres. Cette treizième vertèbre dorsale diffère de la douzième par le plus grand développement du corps, des tubercules mamillaires et de l'extrémité de l'apophyse épineuse; celle-ci, outre qu'elle est notablement épaissie, est un peu plus horizontale que l'apophyse épineuse située au-dessus d'elle; enfin les deux apophyses transverses sont beaucoup plus étroites que celles de la douzième dorsale.

Les cinq vertèbres lombaires n'ont de particulier que des dimensions plus grandes de leurs facettes articulaires, et la présence de végétations sur les bords de ces facettes. La dernière de ces vertèbres possède, en outre, des apophyses transverses manifestement plus grosses que les autres, avec les extrémités bifides, et forme un angle de 110° avec la première vertèbre sacrée.

Le sacrum, de même que les autres vertèbres, est très gros sans que sa longueur soit proportionnellement accrue, sa concavité est plus prononcée qu'à l'ordinaire, sa face convexe est très rugueuse; le coccyx, au contraire, a ses vertèbres très réduites, et particulièrement la première.

Le thorax est ample et bien conformé; le corps de la onzième vertèbre dorsale est distant de l'appendice xyphoïde de 21 centimètres, et, de la moitié de la huitième côte à la moitié de la même côte du côté opposé, la distance est de 31 centimètres. La partie postérieure des côtes est grosse, arrondie avec rehaussement des lignes obliques; la partie latérale est aussi plane que d'habitude, mais beaucoup plus large et plus forte; la largeur des septième, huitième, neuvième côtes atteint 2 centimètres. — La portion cartilagineuse est ossifiée jusqu'à la dixième côte. Le sternum a une longueur de 24 centimètres soit environ 5 centimètres de plus qu'à l'ordinaire, sa grosseur est proportionnée à celle des côtes; en outre, la poignée est soudée au corps de l'os.

La clavicule et le scapulum sont, eux aussi, proportionnés aux dimensions du thorax. Pour le second de ces os, la longueur du bord spinal est de 17 centimètres, celle du bord supérieur est de 9 centimètres; en y ajoutant l'apophyse coracoïde, il atteint $12 \frac{1}{2}$; la longueur de l'épine scapulaire jusqu'à l'extrémité de l'acromion est de 18 centimètres. Cette épine est très développée et en partie renversée en bas. Le bord axillaire dans sa partie inférieure s'allonge en forme de lame sur 13 millimètres.

Les os des membres supérieurs n'offrent pas un développement aussi exubérant que les os du thorax; les humérus sont à peine plus gros (circonf. 8 centimètres) et pas plus longs qu'à l'ordinaire; leur gouttière de torsion est très large et le tiers inférieur est un peu incurvé avec des bords très rugueux, ce qui s'observe aussi pour l'épitrôchlée et la cavité coronoïde.

Les os de l'avant-bras sont légèrement plus gros, mais non plus longs que normalement. Au cubitus, l'apophyse coronoïde est plus saillante, l'olécrâne est gros et rugueux extérieurement; le tiers inférieur du cubitus présente au contraire un rétrécissement en guise de col, la surface d'articulation de sa tête avec le radius est un peu plus haute que d'habitude.

Le radius présente une tubérosité bicipitale concave et rugueuse tandis qu'elle est ordinairement convexe et assez lisse.

Les os des mains n'offrent de particulier que l'accroissement de leur volume et le rehaussement des bords des deux premières phalanges à la face palmaire.

Le pelvis est bien conformé, ses os sont augmentés de volume avec des rugosités analogues à celles déjà signalées pour d'autres os surtout dans les points d'insertions musculaires, leurs dimensions sont proportionnelles à celles des côtes et des vertèbres. La hauteur du bassin mesure 23 centimètres, sa largeur entre les deux points extrêmes d'une crête iliaque à l'autre 30 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur est de 97 millimètres et le diamètre transversal de 132 millimètres. Le plan du détroit supérieur a une inclinaison de 32° seulement, ce qui est très inférieur à la moyenne admise par Naegele (60°).

Les fémurs sont très longs et très gros, dans leur tiers moyen ils ont une circonférence de 105 millimètres (au lieu de 86 millimètres). Pas d'anomalie dans leur forme, sinon la présence des aspérités déjà signalées. Cependant l'angle du col avec la diaphyse n'a que 120°, soit 5° de moins que la moyenne (120° à 130°).

Les os de la jambe et du pied sont, eux aussi, volumineux, par exemple le tibia a une circonférence de 95 millimètres à son tiers moyen, au lieu de 80 millimètres, mais ni le tibia ni le pied ne sont plus longs que normalement.

AUTOPSIE DU MALADE DE L'OBSERVATION XI

(Très résumée)¹

(FRITSCHÉ ET KLEBS)

L'enveloppe cutanée du crâne est uniformément épaissie : 9 mill. à 1 cent. Le tissu cellulaire sous-cutané est lâche, sans surcharge graisseuse; le périoste n'est pas épaissi et se détache aisément des os.

1. Il ne sera question ici que de la description macroscopique; nous aurons dans une autre partie de ce travail à revenir sur la description microscopique donnée par ces auteurs.

La voûte crânienne, d'une forme ovale allongée avec partie frontale étroite, se montre dans ses parties latérales notablement mince dans la fosse temporale; son épaisseur en certains points ne dépasse pas 1 mill. (fig. 69).

La partie occipitale, au contraire, est nettement épaissie jusqu'à 10 mill.; de même pour le frontal et la partie du pariétal voisine de la suture sagit-

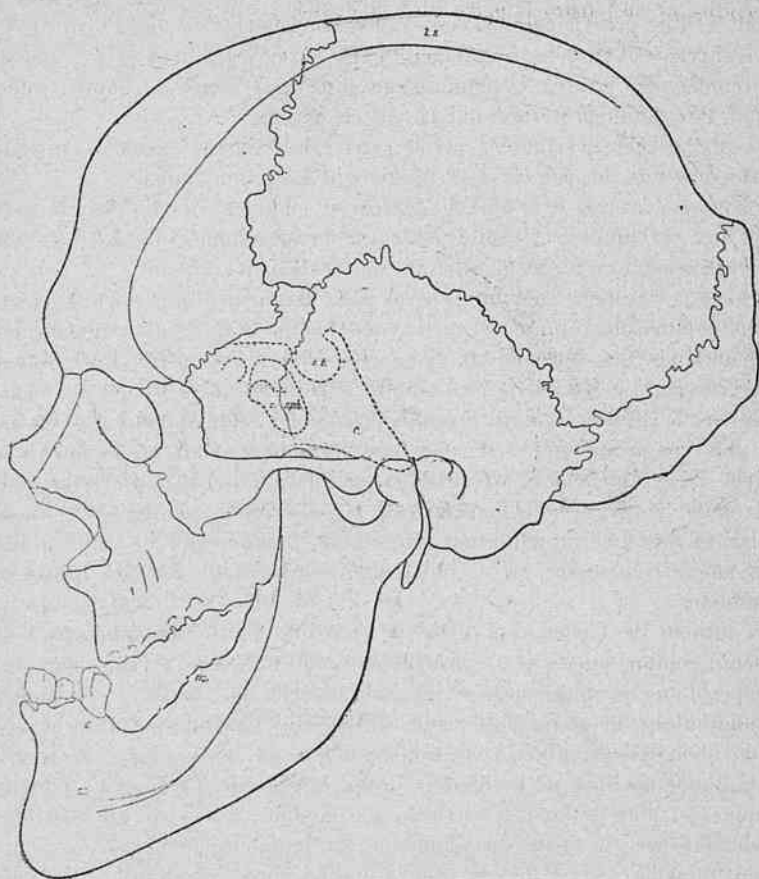


FIG. 69.

ale; les sinus frontaux sont remarquablement larges. Les sutures sagittale et frontale sont indistinctes, en partie soudées.

La surface interne des os du crâne se montre dans son entier lisse, mais coupée par des empreintes vasculaires nombreuses et très profondes. A la surface interne de la moitié gauche de l'écaille du frontal se trouvent de nombreux dépôts ostéophytiques aplatis auxquels adhère la dure mère. Les granulations de Pacchioni ne sont pas particulièrement abondantes.

Le sinus longitudinal est large. La pie-mère est tout à fait lisse et mince.

Les circonvolutions cérébrales sont d'une forme compliquée avec nombreux plis de passage, le sillon de Rolando ne se montre nettement qu'à l'origine de la scissure de Sylvius.

Le cerveau tout entier est évidemment augmenté de volume et d'une façon uniforme. Son poids est de 1,800 grammes. Le pont de Varole mesure en longueur 3 cent. 2; en largeur, au point d'émergence des nerfs trijumeaux, 4 cent. 5. Les gros ganglions centraux mesurent sur la coupe principale (45° en arrière et en dehors de l'angle entre le corps calleux et le cerveau proprement dit) 8 cent. 3, depuis l'extrémité antérieure du noyau caudé jusqu'à l'extrémité postérieure de la couche optique.

L'écorce cérébrale est mince, en tout cas elle n'est pas épaissie. Les ventricules latéraux, un peu élargis, contiennent un sérum clair.

Les grosses artères de la base du cerveau se montrent notablement larges; quant aux vertébrales, la droite seule est fort développée. La basilaire est particulièrement large, ses parois sont uniformément épaissies.

Les nerfs crâniens sont en général plus développés que normalement. L'augmentation de volume est surtout notable pour la 3^e paire et pour les nerfs optiques. Ces derniers sont comprimés latéralement par une tumeur de la grosseur d'une noisette qui remplit la selle turcique dilatée et forme au-dessus de celle-ci une saillie hémisphérique; le nerf optique droit est un peu plus comprimé que le gauche, il est fortement aplati, et, lorsqu'on le détache de la tumeur il se présente sous la forme d'un ruban plat d'un cent. de largeur; le nerf optique gauche est encore arrondi, son diamètre est de 6 mill. La tige de l'infundibulum est nettement augmentée de volume, elle se juxtapose comme une large lame jaunâtre à la partie latérale droite de la tumeur.

La tumeur de l'hypophyse (extirpée avec une partie du sphénoïde) se présente comme une masse extrêmement molle, liquide à l'intérieur, enveloppée d'une membrane mince riche en vaisseaux dans laquelle se prolonge l'infundibulum. La paroi postérieure de la selle turcique est transformée en une lame osseuse mince avec revêtement normal de dure mère. En avant, la lame non modifiée de l'ethmoïde limite la tumeur. Le fond de la selle turcique est plus profond, à part cela non modifié; il n'existe aucune communication avec la cavité du sphénoïde. La muqueuse pharyngée est fortement tuméfiée, gorgée de sang, couverte d'un mucus visqueux; cette tuméfaction rétrécit notablement le calibre du pharynx; les cornets fortement agrandis, recouverts d'une muqueuse d'un rouge sombre, y font une saillie assez marquée. Le revêtement muqueux des fosses nasales ne semble pas modifié.

Le globe de l'œil aussi semblait augmenté de volume (diamètre horizontal 2 cent. 5; diamètre longitudinal 2 cent. 4).

Les cartilages costaux sont d'une largeur et d'une épaisseur extraordinaires, mais d'une forme régulière; au niveau de leur insertion aux os ils sont plus élargis, ce qui donne un peu l'aspect du chapelet rachitique.

Les pneumogastriques au cou sont régulièrement épaissis, à peu près du

volume d'un médian normal. Les sympathiques sont aussi un peu plus gros que normalement. Les carotides extraordinairement larges, avec des parois régulièrement épaissies.

Cœur gros, très mou, la mitrale et la tricuspide admettent 3 doigts; poids du cœur 550 gr.

Circonférence de la mitrale 12, de la tricuspide 14 cent. Longueur du cœur de sa pointe à l'issue de l'artère pulmonaire = 13 cent. 3. Ses cavités sont très larges, sa musculature vigoureuse, les muscles papillaires fortement allongés.

Les artères ont un diamètre très augmenté (les auteurs insistent beaucoup sur ce point et entrent dans de grands détails).

Le thymus est remarquablement développé; il forme une masse triangulaire se prolongeant en haut sous l'aspect d'un cordon jusqu'au corps thyroïde, dont la partie principale est longue à gauche de 13, à droite de 11 cent. et dont la base mesure 9 cent.; son épaisseur est d'environ 1 cent.

Le larynx, le corps thyroïde, la langue sont tous trois régulièrement augmentés de volume, mais sans altérations. Les glandes de la racine de la langue un peu tuméfiées.

Rate notablement augmentée de volume; longueur 18, largeur 13, épaisseur 6 et demi. Poids 750 gr., consistance ferme.

Rein gauche très gros 12 cent. 6 et 4 cent. 5; poids 325 gr.

Rein droit un peu moins gros, poids 275 gr.

Capsules surrénales très amincies, la substance corticale ne consiste qu'en une mince couche jaunâtre; la substance médullaire est un peu plus abondante.

Foie gros, lourd, 2,800 gr., vaisseaux portes larges et remplis de sang noirâtre. Largeur 32 cent.

Estomac très large, muqueuse très plissée.

Ganglions mésentériques légèrement augmentés de volume, un peu rouges.

Dans l'intestin grêle beaucoup de mucus, follicules tuméfiés.

Vessie et prostate sans modification.

Testicules de volume moyen, pâles et mous.

AUTOPSIE D'UN CAS OBSERVÉ PAR M. LANCEREAUX¹

Aplatissement du front; hypertrophie des os du crâne, cerveau petit, tumeur du corps pituitaire du volume d'un petit œuf de poule. Agrandissement de la cavité pituitaire. Selle turcique: communication probable avec le sinus sphénoïde. Un liquide blanc dû à des éléments altérés s'en écoule;

1. Il s'agit d'une femme qui, pendant sa vie, avait été considérée comme atteinte de cachexie exophtalmique. Quelques détails de l'autopsie rapportés dans le *Traité d'Anatomie pathologique* de M. Lancereaux (t. III, 1^{re} partie, p. 23) m'avaient frappé, et j'avais pensé qu'il pourrait bien s'agir d'un cas d'acromégalie. Je fis part de mes doutes à M. Lancereaux qui, avec une libéralité à laquelle je suis heureux de rendre hommage, voulut bien rechercher dans ses notes et me donner les renseignements complémentaires consignés dans cette relation d'autopsie, renseignements qui rendent absolument certain le diagnostic rétrospectif d'acromégalie.

il reste une membrane cellulaire très vasculaire; dépression du cerveau au niveau de la tige pituitaire; lobes antérieurs petits.

Hypertrophie du tissu cellulaire du fond de l'orbite et de la graisse. Exophtalmie considérable, yeux assez sains. Hypertrophie du nez, des paupières, des lèvres surtout, et des principaux os de la face, plus particulièrement du maxillaire inférieur. Les dents sont écartées comme si elles n'avaient pu suivre le développement de la mâchoire; elles sont assez régulières à leur extrémité libre. Mamelles très développées. Ossification des cartillages costaux; goîtrine bombée en avant comme dans les déformations rachidiennes. Corps thyroïde : volume hypertrophié renfermant de petites tumeurs arrondies, les unes jaunâtres et constituées par des éléments glandulaires, ce ne sont probablement que des vésicules closes, les autres renferment une sérosité comme gélatineuse; enfin on en trouve qui contiennent du sang ou mieux un liquide brunâtre sanguinolent.

Voix rauque. Larynx large, ossifié. Quelques lobules des poumons hépatisés à la base; œdème, liquide dans les plèvres. Hypertrophie avec dilatation considérable du cœur, cavité ventriculaire gauche très dilatée, paroi un peu épaissie; coloration jaunâtre; fibre musculaire très granuleuse. On trouve cependant encore un grand nombre de fibres striées; cavité droite dilatée; orifice droit idem, mais moins que le gauche qui admet les doigts. Hypertrophie de la paroi des oreillettes. Foie : a son lobe droit doublé ou triplé de volume; à la partie supérieure et moyenne une dépression froncée capable de contenir un œuf de pigeon. Lobe gauche très petit, atrophié, épaississement des cloisons fibreuses, points blanchâtres assez analogues à des trames d'anciennes tumeurs. Cellules petites granuleuses, quelques-unes graisseuses. Tissu conjonctif abondant.

Rate, dure, volumineuse 15-18 cent. Reins, augmentés de volume, presque le double des reins normaux; tunique fibreuse assez adhérente, surface un peu irrégulière; teinte jaunâtre, consistance très ferme. Altérations graisseuses des cellules épithéliales, tissu conjonctif abondant, quelques petits kystes. Hypertrophie de la paroi de l'estomac. Utérus très petit. Ovaires du volume d'un petit œuf de pigeon.

Membres supérieurs et inférieurs normaux; les supérieurs sont plus volumineux relativement que les inférieurs, de telle sorte que l'excès de nutrition semblait plutôt appartenir aux parties supérieures.

L'état des dents, de la mâchoire, du foie, semble nous faire supposer une syphilis héréditaire qui aurait donné lieu dans ce cas à un excès au lieu d'un défaut de nutrition.

SQUELETTE D'ACROMÉGALIE¹

Ce squelette est celui de l'obs. II du mémoire de Marie (Héron, veuve

1. A. Broca. — Un squelette d'acromégalie. — *Archives générales de médecine*, décembre 1888.

Beaufils, 54 ans, lingère). La malade étant morte, il y a environ deux ans, dans le service du professeur Charcot, mon excellent ami Marie m'a chargé d'étudier son squelette, j'en donnerai une description aussi complète que possible; trop longue sans doute, trop minutieuse et trop ardue. Mais on n'oubliera pas qu'il s'agit d'une maladie encore mal connue sous beaucoup de rapports, pour laquelle on en est à la phase d'observation simple. Il est donc permis de n'omettre aucun détail, au risque de paraître fastidieux.

Face externe du crâne. — Les sutures ne sont nullement ossifiées. Au niveau de l'occipital, de l'apophyse mastoïde, du rocher, toutes les *rugosités et crêtes musculaires* sont très marquées. Les *apophyses mastoïdes* font un relief considérable et sont creusées en dedans d'une rainure digastrique très profonde. Hauteur de la face externe 40 mill., entre le sommet et la ligne horizontale qui prolonge en arrière la racine transverse de l'apophyse zygomatique : 14 mill. au-dessus du bord interne de la rainure digastrique. Largeur entre le trou auditif externe et le trou mastoïdien 38 mill. Diamètre transversal à la base, 24 mill. à droite et 22 mill. à gauche.

Les *condyles de l'occipital* sont à peu près normaux quoiqu'un peu bosselés; ils sont entourés d'élévures spongieuses.

La *cavité glénoïde du temporal* a une forme anguleuse, le sommet de l'angle étant formé par la scissure de Glaser. Le bord inférieur de l'apophyse vaginale est à 20 mill. au-dessous de cette scissure; la racine transverse, à 15 mill. La dépression située derrière la racine transverse (cavité glénoïde proprement dite) est presque verticale (racine transverse : longueur 33 mill.; épaisseur 7 mill.). La *paroi supérieure de la fosse zygomatique* est plus ascendante que normalement. Les *apophyses styloïdes* dépassent de 25 mill. le bord inférieur de l'apophyse vaginale; elles ne sont distantes que de 16 mill. du sommet du crochet de l'aile interne de l'*apophyse ptérygoïde*. Cette aile est certainement élargie (25 mill. entre la bifurcation des deux ailes et le sommet du crochet). Les crêtes des insertions musculaires à ces apophyses ptérygoïdes sont très marquées.

PIERRE MARIE.

(A suivre.)

LE MIRACLE OPÉRÉ

SUR MARIE-ANNE COURONNEAU LE 13 JUIN 1731

Les observations que nous ont transmis les anciens auteurs, particulièrement en ce qui regarde les malades du système nerveux, ne sont pas toujours faciles à utiliser. Les symptômes principaux sont souvent laissés dans l'ombre, alors que les détails d'un intérêt tout à fait secondaire sont placés en pleine lumière et déroutent l'exégèse médicale.

Ce qui nuit encore singulièrement à l'interprétation des faits c'est que l'observation est dans la grande majorité des cas tellement noyée au milieu de théories touffues que, si l'on voit bien ce qui appartient au théoricien suranné, on ne discerne plus par contre ce qui est l'expression même de la nature toujours une à travers les siècles.

Toutefois, il est des maladies dont certaines manifestations sont si spéciales, si tranchées, que celui qui les considère est véritablement forcé « d'observer comme une bête », et de ce nombre bien souvent, pour ne pas dire toujours, se trouve l'hémiplégie hystérique.

Todd en a donné une description que M. Charcot a rendue classique, en y ajoutant encore l'étude du spasme glosso-labié qui l'accompagne si souvent. Nous la reproduirons bientôt sous forme de comparaison en interprétant le « Miracle opéré sur Marie-Anne Couronneau frappée de paralysie sur tout le côté gauche... privée de l'usage de la parole, au point de ne pouvoir prononcer aucun mot bien articulé, guérie en un moment sur le tombeau de M. de Pâris, le 13 juin 1731¹ ».

Carré de Montgeron, qui rapporte ce miracle, bien que n'appartenant pas au corps médical, n'était pas néanmoins un observateur ordinaire. Il savait solliciter les récits des témoins oculaires, y joignait les certificats médicaux et entourait chaque relation du fait qu'il considérait comme miraculeux de pièces justificatives dont la lecture est des plus instructives. De plus, il est absolument certain que la plupart des magnifiques planches qui ornent son ouvrage, ne furent pas dessinées, de mémoire,

1. *La Vérité des miracles opérés par l'intercession de M. de Pâris et autres appelans...* par M. Carré de Montgeron, conseiller au Parlement de Paris, t. 1^{er}. Nouvelle édition revue et augmentée par l'auteur. Cologne, 1745.

de « chic », comme on dit en style d'atelier, car beaucoup d'entre elles sont l'expression exacte de la nature prise sur le fait.

De ce nombre est la gravure que nous reproduisons (pl. XL) et qui seule, en dehors de tout autre document, permettrait presque au diagnostic de s'établir sur des bases solides.

Aussi, pour toutes ces raisons, suivrons-nous pas à pas, le « récit » qu'il donne « tiré des pièces justificatives » n'intervenant que pour interpréter les faits qui s'y trouvent exposés.

« Marie-Anne Couronneau naquit à Saumur en 1663, d'un des plus riches marchands de la ville, mais malheureusement infecté du venin de l'hérésie. La Providence qui avoit des desseins de miséricorde sur cette fille, eut soin de la soustraire à ses parents dès ses plus tendres années pour la confier à des personnes charitables qui lui firent sucer avec le lait la doctrine de la vérité, et qui l'élevèrent dans les maximes de la piété la plus pure. Cependant, cette main de miséricorde dont rien n'est digne que ce qui est éternel, en même temps qu'elle répandit sur elle avec profusion les dons de la grâce, la priva de ceux de la fortune. La Couronneau se soumit volontiers à cette épreuve, aimant mieux vivre dans la pauvreté que d'habiter sous le pavillon des pécheurs. Elle préféra la condition de servante dans un pays catholique, à celle de riche bourgeoise dans le sein de l'hérésie, et refusa toujours constamment d'aller trouver ses parents en Angleterre. »

Il est facile de s'imaginer ce que dut être, dans ces conditions, la vie physique et l'état mental de cette malheureuse « d'un tempérament toujours assez faible et assez infirme dans sa jeunesse », que le fanatisme religieux avait enlevée aux soins et à la tendresse de ses parents exilés. Nul doute que les souffrances morales qu'elle éprouva durent influencer défavorablement sa constitution débile et favoriser l'explosion d'accidents qui à la vérité furent tardifs, car au moment de leur apparition elle était âgée de soixante-sept ans. Il est vrai que nous ignorons s'il n'en avait pas existé antérieurement d'autres de même nature.

« Le 1^{er} novembre 1730, une attaque d'apoplexie, lui ôtant en un moment l'usage de la parole, la connaissance et les forces, lui annonce l'état fâcheux où elle va bientôt être réduite. Une saignée, l'émétique et deux autres médecines la soulagent un peu. Le mal ne dominoit pas encore; l'art et la nature travaillèrent de concert à en retarder la maligne impression; les forces revinrent mais non en leur entier : sa parole resta fort engagée, néanmoins elle pouvait encore se faire entendre. Mais huit jours après, revenant de l'Hôtel-Dieu où elle avait eu sa première attaque, et passant sous le petit Châtelet, elle est saisie



MARIE ANNE COURONNEAU,

Dont tout le côté gauche étoit paralitique, va à S. Malaré le 13 Juin 1732 soutenue sur deux béquilles, elle est obligée à chaque pas de se renverser le Corps en arriéré, & de faire de violents efforts, en tirant sa jambe gauche en avant avec une lièze, pour faire avancer par secousses son côté gauche immobile; M^{rs} BAILLY & BOUDOU. décident que la paralysie de sa jambe gauche est complète et par conséquent absolument incurable.

tout à coup d'un froid glaçant et d'un engourdissement sur tout le côté gauche qui lui laisse à peine le moyen de se traîner jusque dans une maison voisine où elle a des mouvements convulsifs si violents qu'ils lui ôtent de nouveau l'usage de la parole. On a toutes les peines possibles à la ramener chez la demoiselle Jeanne Garnier, sa charitable maîtresse ; on emploie derechef l'émétique, on a recours à des saignées du bras et du pied, et à plusieurs autres remèdes qui adoucissent la violence du mal sans le guérir. Tous ces secours ne peuvent empêcher que la difficulté à parler et à marcher ne fût encore beaucoup plus grande qu'après la première attaque... En effet, après quelque temps la maladie empire à vue d'œil, le peu de force qui lui reste diminue tous les jours et semble s'éteindre peu à peu. Enfin, le 19 décembre de la même année 1730, sa maîtresse s'aperçoit que sa langue est encore beaucoup plus engagée qu'à l'ordinaire, ce qui la détermine à la faire conduire à l'Hôtel-Dieu où elle a une sœur religieuse.

« A peine notre malade y est-elle que, sans perdre de temps, M. Seron, médecin de cet Hôpital, lui fait prendre l'émétique. Il ajoute coup sur coup la saignée de la gorge à celles du bras et du pied. Il met tout en œuvre pour sa guérison, mais tous ces remèdes n'ont d'autre effet que de lui ôter le peu de force qu'elle avoit encore. M. Seron est si convaincu qu'ils ne font que fatiguer la malade en pure perte qu'il les fait tous cesser, et comme on ne garde point de malades incurables dans cette maison, le 6 janvier 1731 on avertit sa maîtresse de venir la reprendre.

« Mais comment transporter les membres froids et perclus de cette impotente ? Les nerfs et les muscles de la jambe gauche se trouvent tellement relâchés que cette jambe pend beaucoup plus que la droite et qu'il ne lui est plus possible, non seulement de s'appuyer dessus, mais même de la lever ; et tout son côté gauche étant en paralysie, elle ne peut presque plus tirer aucun secours de sa main. Sa charitable maîtresse l'embrasse, la soulève, et la malade se soutenant un peu sur sa jambe droite, se servant d'une canne qu'elle tient du même côté, se fait ainsi traîner jusqu'au bout de la salle.

« Arrivée au bord du degré, la difficulté devient encore beaucoup plus grande. Le secours de trois personnes suffit à peine pour la transporter jusqu'à la chaise qui l'attend à la porte ; deux la prenant sous les bras lui soutiennent tout le corps, et une troisième lui porte en l'air son pied gauche pour l'empêcher de se briser en tombant sur les degrés de marche en marche. Sa langue est presque aussi percluse que tout le côté gauche de son corps : elle ne peut plus former que quelques demi-mots mal articulés qui, joints à ses gestes et au mouvement de ses lèvres, donnent plutôt à deviner qu'à entendre ce qu'elle veut dire ;

et ce peu de syllabes mal prononcées lui coûte encore des efforts si extraordinaires, qu'elle fait une véritable peine à tous ceux qui la voient.

« Tel étoit l'état déplorable où la paralysie avoit alors réduit la Couronneau. Elle étoit complète, disent les maîtres de l'art, sur la cuisse, la jambe et le pied gauche, et incomplète sur la langue, sur le bras et sur le reste de ce côté. Aussi conserva-t-elle quelque mouvement dans le bras gauche qui même se fortifia un peu ; mais elle se trouva dans l'impuissance absolue de faire aucun usage de sa jambe qui étoit toujours d'un froid glaçant et d'une insensibilité entière, et il ne lui fut plus possible de se faire entendre excepté dans quelques intervalles passagers, où elle articuloit quelques mots à force d'efforts et de contorsions... Obligée de rester sans cesse assise dans un lit ou dans un fauteuil, elle est bientôt toute écorchée par la continuité de cette situation.

« La nature ingénieuse à se procurer les soulagemens nécessaires et la pitié de la malade encore plus active que la nature, et qui la portoit à souhaiter avec ardeur d'aller à l'église, lui firent quelque tems après trouver des secours que son état lui refusoit... Son génie lui fournit enfin l'industrie d'une mécanique admirable. Ayant fait connaître qu'elle souhaitoit des lisières, elle en fait un étrier par lequel elle soutint en l'air son pied paralytique. Elle se fait attacher cet étrier avec des bretelles, qui portant sur ses deux épaules s'accrochoient à sa ceinture, et soutenoient ainsi son pied gauche, pendant que tout son corps étoit pendu sur ses deux béquilles ; mais, cela ne suffisant point encore, elle joignit à tout cet attirail une seconde lisière qui tenoit à sa jambe gauche et qui étoit passée autour de son bras droit, par le moyen de laquelle tirant en avant sa jambe gauche de toutes ses forces avec sa main droite, elle faisoit avancer son côté gauche par une violente secousse. Mais, pour lui donner ce mouvement forcé, elle étoit obligée de se renverser en arrière, et de faire des contorsions et des grimaces si affreuses, qu'elles faisoient horreur à tous ceux qui la voyoient...

« C'est dans ce déplorable état que la Couronneau, mettant toute sa confiance dans celui qui sait ranimer les morts, prend la résolution, le 26 mars 1731, de se transporter à Saint-Médard pour demander à Dieu sa guérison par l'intercession du saint Diacre. »

Elle se met en route, à pied, dès la pointe du jour « avec son attirail de béquilles et de lisières », refusant une voiture que lui offroit sa maîtresse, et pensant par cette mortification se rendre le saint plus propice... « Elle n'arrive à Saint-Médard que vers les dix heures : elle

y contente sa ferveur et sa piété par une prière de deux heures. » Mais l'heure de la guérison n'avait pas encore sonné. Elle revient chez elle le soir à huit heures exténuée de fatigue. « Sa main droite dont elle avoit été obligée de se servir sans cesse en est tellement foulée, qu'elle en perd entièrement la force pendant près de trois semaines. » Elle modifie son appareil de traction à l'aide d'une nouvelle lisière et à la fin du mois d'avril entreprend un nouveau voyage.

« Ce second voyage lui procura quelque soulagement : un peu plus d'action dans son bras paralytique sans cependant aucune sensibilité, un peu moins de peine à prononcer quelques syllabes, qui ne pouvoient cependant être entendues que par ceux qui étoient accoutumés à deviner par signes ce qu'elle vouloit dire... Au reste, sa main et sa jambe gauche restèrent toujours dans le même état sans aucun mouvement et sans aucune sensibilité, jusqu'à ne pas s'en apercevoir quand on y enfonçoit des épingles... Elle est restée dans ce déplorable état jusqu'au 13 juin suivant. »

Sur ces entrefaites sa maîtresse, pour laquelle elle a une profonde affection, tombe malade. La voici doublement désespérée, incapable qu'elle est d'être utile à celle qui la comble de bontés.

Aussi notre paralytique, « se sentant vivement portée à exécuter son entreprise, part le 13 juin, de grand matin, munie de ses béquilles et de tout son équipage. La peine extrême qu'elle eût à se traîner jusqu'à Saint-Médard ne la rebute point. En arrivant, elle prie par signes et en bégayant qu'on la soutienne pour baiser la tombe : on s'offre à l'y coucher, elle accepte avec joie. Aussitôt la froideur de ce marbre allume en son cœur la ferveur et la confiance ; elle en profite pour faire une ardente prière à Dieu et à son fidèle serviteur... elle y répand son cœur avec une effusion sans bornes, elle arrose ce sanctuaire de bénédictions d'un torrent de larmes.

« Tout à coup, au milieu des transports de son ardente prière elle sent un serrement et un mouvement dans le talon de sa jambe paralytique qui est le signe aussi bien que l'impression salutaire de la main de Dieu sur elle... elle recommence ses prières avec plus de ferveur que jamais. Dans ce moment, on la retire de dessus le tombeau pour faire place à d'autres malades : on l'arrache malgré elle de cet autel dépositaire de ses vœux, et on la remet sur ses béquilles dont on présumoit qu'elle avoit encore besoin...

« A peine notre miraculée a-t-elle fait quelques pas qu'elle sent en elle-même une légèreté extraordinaire dans tout son corps accompagnée de frémissements dans tout le côté paralytique ; ce qui la jette d'abord dans la surprise et l'étonnement. Elle s'aperçoit peu après qu'elle se

soutient sur son pied paralytique qui a recouvré toute son action et toutes ses forces, elle lève ses béquilles en l'air et avance à grands pas, elle marche si vite qu'elle eût pu, dit-elle, suivre un carrosse, et, en un moment elle se trouve à la porte de la maison de sa maîtresse si émue et si hors d'elle-même qu'elle ne se connaît plus et qu'elle ne peut comprendre comment elle a pu faire en si peu de temps un si long trajet... Cette langue qui ne pouvoit que bégayer s'énonce parfaitement avec la liberté la plus entière ; ce bras privé de tout sentiment et de presque tout mouvement agit avec facilité et avec force ; cette cuisse, cette jambe et ce pied qui n'étoient plus pour elle qu'un poids lourd et accablant et qui depuis plus de six mois ressembloient mieux aux membres d'un cadavre qu'à ceux d'un corps animé, se trouvent pleins d'une vigueur très supérieure à l'âge de notre miraculée, et aux forces qu'elle avoit avant sa maladie. »

Les médecins qui avaient déclaré la malade incurable quelques jours auparavant encore « ne peuvent s'empêcher de reconnaître l'œuvre de Dieu ». Dès le lendemain, elle se hâte de courir d'un bout à l'autre de Paris et de se montrer à toutes les personnes de sa connaissance.

« Depuis ce jour elle jouit d'une santé plus forte, plus agile, plus vigoureuse que jamais et non seulement supérieure à son âge présentement de soixante-seize ans et aux forces de son tempérament qui avoit toujours été assez faible et assez inférieur dans sa jeunesse, mais elle est devenue infatigable : elle court depuis le matin jusqu'au soir pour visiter tous les malades qu'elle peut connaître, et qu'elle tâche de soulager. Elle en portoit sur ses épaules jusque sur le tombeau du saint Diacre, lorsque ce cimetière n'étoit pas encore fermé.

« C'est ainsi que Dieu — ajoute Carré de Montgeron — après avoir éprouvé la foi de sa servante, a voulu la récompenser d'une manière magnifique, et nous faire connaître par cet exemple que la foi, la charité et la reconnaissance, obtiennent tout de sa miséricorde. »

Après la lecture de cette observation si bien exposée dans ses moindres détails par Carré de Montgeron, il ne faut pas, croyons-nous, être grand clerc en pathologie nerveuse pour porter chez Marie-Anne Couronneau le diagnostic d'hémiplégie hystérique. Toutefois, il nous paraît nécessaire d'insister encore quelque peu pour éclaircir certaines particularités de ce fait du plus haut intérêt historique et pathologique.

Nous ne reviendrons pas sur les antécédents héréditaires et pathologiques de la malade, fille d'exilés par fanatisme religieux, fanatisée elle-même au point de renier pour ainsi dire ses parents.

La voici donc arrivée — sans encombres nous l'ignorons — à l'âge de soixante-sept ans, et c'est à cet âge relativement avancé que vont se montrer les symptômes les plus caractéristiques de l'hystérie.

Ici nous devons nous arrêter quelque peu, car on ne manquera certainement pas de nous objecter que les manifestations de la névrose sont rares à cet âge. Nous souscririons volontiers à cette opinion, mais pour être rares ces manifestations ne sont pas exceptionnelles à cette époque de l'existence, et nous observons encore en ce moment à la Clinique une femme de soixante-dix ans, Aurél... qui, depuis plus de quarante ans, est porteuse d'une hémianesthésie hystérique. Pour être rares, nous le répétons, ces faits n'en sont donc que plus intéressants.

Le 1^{er} novembre 1730 survient une attaque d'apoplexie non suivie de paralysie, qui laisse la parole embarrassée; huit jours plus tard nouvelle attaque cette fois accompagnée de « mouvements convulsifs, très violents ». Puis une hémiplegie gauche se déclare presque instantanément et, de ce fait, elle est transportée à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate l'état suivant :

Paralysie incomplète du bras gauche; par contre le membre inférieur est tellement atteint « qu'elle le laissoit pendre et traîner le long des pavés ». Tout ce côté est « sans aucune sensibilité jusqu'à ne pas s'en appercevoir quand on y enfonçoit des épingles ».

La langue est prise; la malade n'est pas muette au vrai sens du mot, elle peut encore parler mais très difficilement, l'articulation des mots est surtout difficile. Lorsqu'elle veut communiquer par la parole, elle fait des efforts sans nombre; de plus, la physionomie est toute particulière « ayant le visage tout tourné et faisant des contorsions et grimaces effroyables qui faisoient grande pitié à ceux qui la regardoient ».

En résumé, attaque convulsive violente, suivie d'une hémiplegie gauche flasque avec hémianesthésie; déviation très accentuée des traits s'exagérant encore au moment d'émettre un son articulé.

Ces phénomènes, survenus le 1^{er} novembre 1730, sont permanents le 13 juin 1731 époque à laquelle, remarquons-le, l'hémiplegie est aussi flasque que le premier jour.

En ce qui regarde les accidents convulsifs du début, ou ils sont d'origine purement nerveuse, hystérique, ou ils sont d'origine organique, sous la dépendance par exemple d'une hémiplegie cérébrale.

Cette dernière hypothèse doit être éliminée, car la clinique nous a appris depuis longtemps que l'hémorragie cérébrale qui s'accompagne au début de phénomènes convulsifs est presque toujours mor-

telle et à très bref délai. La **malade** ne reprend même pas connaissance, car dans tous les cas il y a de très larges désordres, inondation ventriculaire ou irritation des méninges périphériques par un épanchement très abondant.

L'hémianesthésie s'observe parfois lors de lésions de la partie postérieure de la capsule interne entraînant avec elles l'hémiplégie ; mais ce sont là des faits rares, dont on cite une à une les observations suivies d'autopsie. Dans l'hémiplégie hystérique, au contraire, l'hémianesthésie est la règle et non l'exception.

Mais ce qui ne se voit presque jamais — nous pouvons dire jamais — dans l'hémiplégie organique et partant incurable, c'est cette flaccidité absolue et permanente du membre inférieur paralysé, dont Marie-Anne Couronneau présentait un si bel exemple.

Après le temps ordinairement passé au lit à la suite de l'ictus apoplectique, lorsque la **malade** commence à se lever, déjà la dégénérescence du faisceau pyramidal a commencé, et nous avons démontré dans notre thèse inaugurale¹ qu'au moment précis où, dans l'hémiplégie organique, la marche commençait à pouvoir s'effectuer, le membre inférieur était déjà devenu raide par suite de la contracture fonction de cette dégénérescence. C'est à cette raideur même que les malades doivent de trouver un point d'appui, indispensable pour la progression sur le membre paralysé.

Par contre, la flaccidité absolue du membre inférieur est la caractéristique de l'hémiplégie hystérique et en lisant la description suivante, empruntée à Todd², ne se croit-on pas en présence de l'observation de M.-A. Couronneau. « La **malade**, dit le célèbre médecin anglais, traîne après elle le membre paralysé comme s'il s'agissait d'une pièce de matière inanimée; pendant qu'elle marche, le pied balaye le sol; cela, je pense, est caractéristique de la paralysie hystérique ».

N'oublions pas que le 13 juin 1731, plus de huit mois après le début de la paralysie, le membre inférieur de M.-A. Couronneau était aussi flasque que le premier jour et concluons qu'il ne pouvait s'agir là d'une hémiplégie organique.

Carré de Montgeron nous apprend encore que la **malade** « obligée de rester sans cesse dans un lit ou dans un fauteuil fut bientôt toute écorchée par la continuité de cette situation ». On ne songera pas qu'il s'agissait dans la circonstance des eschares du « decubitus acutus »

1. *Études cliniques et physiologiques sur la marche*. — La marche dans les maladies du système nerveux étudiée par la méthode des empreintes. Paris, 1885.

2. *Clinical lectures on paralysis*, 2^e éd., Londres 1856, p. 20. — Gilles de la Tourette, L'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique. *Nouvelle Iconographie*, 1868, t. 1^{re}, p. 4.

indice d'un foyer hémorragique le plus souvent mortel. Ces lésions se montrèrent peu à peu et si, à la vérité, on les rencontre rarement comme cortège de l'hémiplégie hystérique, il faut ajouter immédiatement que M.-A. Couronneau était âgée de soixante-sept ans et que le simple séjour au lit un peu prolongé à cet âge, à propos de n'importe quelle maladie, amène rapidement des excoriations par suite de la faible vitalité des tissus comprimés.

Du côté de la face, notre malade présentait encore des phénomènes du plus haut intérêt. Le certificat du « sieur David, libraire et imprimeur » nous apprend « qu'étant paralytique de tout son côté gauche elle avoit le visage tout tourné et faisoit des contorsions et grimaces effroyables qui faisoient grande pitié à ceux qui la regardoient. » Lorsqu'elle « vouloit parler — dit Jean Mignot — ce n'étoit qu'en balbutiant et avec des efforts considérables qui lui faisoient faire des contorsions de bouche effroyables ».

Elle n'était donc ni muette ni aphasique, puisqu'elle pouvait encore se faire comprendre à l'aide de la parole. A quoi donc tenait la difficulté qui l'empêchait de s'exprimer librement et les contorsions épouvantables dont son visage était le siège lorsqu'elle s'efforçait de parler?

L'interprétation que nous allons donner eût été impossible à fournir avant 1887, époque à laquelle M. Charcot décrivit pour la première fois le spasme glosso-labié des hystériques¹, spasme que présentait incontestablement Marie-Anne Couronneau.

Dans l'hémiplégie organique en effet, le plus souvent la face participe à la paralysie. La joue du même côté est flasque et pendante. C'est un voile inerte que soulèvent les efforts respiratoires; la langue, elle aussi, est paralysée dans une de ses moitiés, sa pointe est déviée du même côté que la paralysie. La commissure labiale droite, si par exemple la paralysie siège à gauche, est plus élevée que la commissure gauche par suite de la rupture d'équilibre entre les deux moitiés de la face, le tonus musculaire droit n'étant plus contre-balancé. Mais, nous y insistons, à part la mise en œuvre du tonus musculaire normal, phénomène de peu d'importance, tout est mou, tout est flasque, tout est passif. La déviation de la face qui résulte de la déviation des commissures peut s'exagérer lorsque le malade s'efforce de mouvoir sa langue à demi paralysée, mais la grimace est peu accentuée; ce n'est jamais la contorsion effroyable, le visage tout tourné de M.-A. Couronneau.

1. J.-M. Charcot. Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques. *Leçon clinique in Semaine médicale*, 2 février 1887. — Brissaud et P. Marie. De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique. *Progrès médical*, nos 5 et 7, 1887.

Il n'en est plus de même, on le comprend, dans le spasme glosso-labîé hystérique, car ici la contracture, le mouvement actif, a fait place à la paralysie, à la passivité. C'est dans ce cas qu'on observe ces déviations au maximum de tout le côté du visage siège du spasme, la langue ne se meut, n'est tirée au dehors qu'au prix des plus grands efforts, car elle aussi est contracturée. C'est à ce moment que se produisent ces grimaces, ces contorsions effroyables du visage qu'on n'observe jamais au même degré dans l'hémiplégie organique. M.-A. Couronneau présentait donc à n'en pas douter tous les signes du spasme glosso-labîé hystérique.

Enfin la disparition soudaine de la paralysie suffirait à elle seule à en démontrer l'origine.

D'une piété fervente, M.-A. Couronneau qui a mis son seul espoir pour la guérison d'une paralysie considérée comme incurable par les médecins, dans l'intervention du bienheureux Fr. de Paris, se rend une première fois à son tombeau, le 26 mars 1731; elle y retourne une seconde fois, à la fin d'avril, et obtient quelque soulagement.

C'est alors que sa maîtresse qu'elle chérit vient à tomber malade. Désespérée d'être elle-même un embarras dans cette maison où ses services seraient si utiles, sa ferveur, ses prières redoublent. Le 13 juin, elle retourne au cimetière, se fait coucher sur le tombeau du saint quelle arrose de ses larmes.

« Tout à coup, au milieu des transports de son ardente prière, elle sent un serrement et un mouvement dans le talon de sa jambe paralytique... » La paralysie s'en est allée, Marie-Anne Couronneau est guérie, elle peut marcher, courir, et parler, chanter les louanges du saint qui l'a miraculeusement délivrée de ses maux.

« Des accidents de plusieurs mois, d'une année même, dit Briquet, disparaissent en vingt-quatre heures... Telle est la particularité propre à l'hystérie et caractéristique de cette maladie, car la mobilité arthritique de la variabilité rhumatismale n'en approchent pas. »

Nous n'irons pas plus loin et nous concluons que Marie-Anne Couronneau, guérie le 13 juin 1731 sur le tombeau du diacre Paris, était atteinte d'une hémiplégie avec hémianesthésie et spasme glosso-labîé de nature hystérique.

GILLES DE LA TOURETTE,

Chef de Clinique des maladies du système nerveux.

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES TROPHIQUES DANS L'HYSTÉRIE

ATROPHIE MUSCULAIRE ET ŒDÈME

I

Jusqu'à ces derniers temps l'opinion générale était que l'hystérie ne donnait que très exceptionnellement lieu à des troubles trophiques. On avait bien la notion d'éruptions cutanées : eczéma, pemphigus, zona ; de phénomènes vaso-moteurs : asphyxie locale, sueurs de sang, ecchymoses spontanées, stigmates, etc., mais les observations étaient peu nombreuses et personne ne songeait à les réunir. Ajoutons encore que cette idée préconçue de la simulation qui, ainsi que l'enseigne M. Charcot, a nui pendant si longtemps à la nosographie de l'hystérie, faisait rejeter ou tout au moins négliger par certains observateurs des faits de cet ordre du plus haut intérêt : nous pourrions en citer des exemples.

C'est en 1886 que M. Babinski, chef de clinique, suivant en cela l'enseignement de M. le professeur Charcot, rompant pour ainsi dire en visière avec la tradition, établit nettement dans un excellent mémoire ¹ l'existence de troubles trophiques en étudiant l'atrophie musculaire des hystériques, déjà signalée en 1884 par M. F. Kalkoff dans sa thèse inaugurale faite sous l'inspiration de M. Seeligmüller ².

1. De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. *Archives de neurologie*, n° 34 et 35, 1886. — Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 476.

2. *Beiträge zur differential Diagnose der hysterischen und der kapsulären Hemianesthesie*. Halle, 1884.

Il étudiait quatre malades. « Dans deux de ces cas, dit-il, il s'agit d'une monoplégie brachiale, dans les deux autres d'une hémiplegie avec intégrité de la face; dans l'une de ces deux dernières observations il y a prédominance de la paralysie et de l'atrophie dans le membre supérieur, dans l'autre, prédominance dans le membre inférieur. »

Puis il donne les caractères de ces troubles nutritifs. « L'atrophie musculaire se présente sous l'aspect suivant : 1° elle est plus ou moins considérable, mais il faut savoir qu'elle peut atteindre d'assez fortes proportions; chez deux malades, il y avait comme différence entre le plus grand périmètre du bras malade et celui du bras sain, trois centimètres, et chez un autre malade il y avait entre les deux mains une différence de cinq centimètres; 2° *il n'y a pas de secousses fibrillaires*; 3° l'excitabilité idio-musculaire paraît normale; 4° la contractilité électrique est diminuée en proportion du degré de l'atrophie musculaire, mais *il n'y a pas de réaction de dégénérescence*; 5° cette atrophie peut se développer avec une grande rapidité. Chez un malade elle était déjà appréciable tout au plus quinze jours après le début de la paralysie... La rétrocession de l'atrophie semble pouvoir être rapide comme son développement ».

C'est donc d'une atrophie simple qu'il s'agit; il n'existe pas de réaction de dégénérescence.

Les faits étudiés par M. Babinski ne restaient pas longtemps isolés.

Le 14 mai 1886, M. Chauffard rapportait à la Société médicale des hôpitaux l'histoire d'un jeune malade de treize ans atteint de monoplégie brachiale avec atrophie musculaire, ayant duré trois ans et s'étant terminé par la guérison.

Puis les travaux se succèdent, Massalongo⁴, Leroux⁵, Brissaud³, P. Blocq⁴, Ballet⁵, Debove⁶ apportent des faits sans ajouter d'éléments nouveaux à la description de Babinski, tout au moins en ce qui regarde à proprement parler l'atrophie musculaire.

Dans ses *Leçons cliniques* du premier semestre de l'année

1. *L'atrofia musculare nelle paralisi isteriche*, Naples 1886. Detken éd. Anal. in *Giorn. di Neuropatologia*, anno V, fasc. 1, janv. et fév. 1887, p. 46.

2. De l'hystérie chez l'homme, monoplégie avec atrophie musculaire (*Journal des connaissances médicales*, Paris, 1886, 3^e série, t. VIII, p. 107).

3. Hémiplegie probablement d'origine hystérique avec atrophie musculaire (*Archives de physiologie*, 1887, p. 338).

4. Des rétractions fibro-tendineuses compliquant les contractures spasmodiques. Obs. III, p. 35, fig. 19 (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. I, 1888).

5. Coxalgie hystérique avec atrophie musculaire (*Société médicale des hôpitaux*, 28 juin 1886).

6. Hémiplegie hystérique avec atrophie musculaire survenue à la suite d'une diphtérie (*Société médicale des hôpitaux*, 11 octobre 1889).

1889-1890, M. le professeur Charcot nous a appris que l'atrophie musculaire hystérique pouvait revêtir certaines modalités différant un peu de celles qu'il avait étudiées avec M. Babinski, suffisamment même pour qu'on pût être exposé à une erreur de diagnostic si l'on ne voulait pas sortir des limites de la description tracée par cet auteur distingué. Cela prouve probablement qu'il y a plusieurs variétés d'atrophies musculaires hystériques, dont toutefois il serait certainement encore prématuré d'entreprendre la classification.

Notre intention est de publier les observations des malades qui ont servi aux leçons de notre éminent maître, en les faisant suivre des considérations dont il les a entourées et qui forment le fond de ce travail.

Obs. I. — Cah., Charles, vingt-deux ans, employé de commerce (?), israélite, entré le 6 juin 1889 salle Prus n° 8, service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère hystérique; cinq frères dont deux sont névropathes; le *premier* est hystérique, a eu une contracture à forme hémiplégique qui après avoir duré deux mois a disparu brusquement; le *second* est mégalomane, se croit un grand politique socialiste; sept *sœurs*: 1 morte de méningite en bas âge; 1 hystérique à grandes attaques et hypnotisable, a séjourné dans le service de la Clinique pendant 2 ans, en 1879 et 1880; 1 hystérique à attaques.

Antécédents personnels. — Santé bonne avant le début de l'affection actuelle. Rougeole à cinq ans. Scarlatine à huit ans. Pas d'autres maladies.

Début. — L'hystérie s'est révélée chez Cah.. au mois de mai 1885, dans les circonstances que voici: un soir son père rentra chez lui en état d'ivresse, furieux, criant et frappant à tort et à travers, Cah.. qui était alors âgé de dix-sept ans fut très effrayé et se cacha sous son lit. Après cette scène de colère il passa plusieurs heures dans un état d'agitation très grande. Il finit cependant par s'endormir. Mais le lendemain en se réveillant il se trouva tout contracturé. Il raconte qu'il avait le cou tout raide; il ne pouvait incliner la tête dans aucun sens. Les quatre membres étaient aussi rigides et immobilisés en extension par la contracture; les avant-bras étaient fixés en pronation forcée, les poings fermés, la paume des mains tournée en dehors. Il ne pouvait qu'incliner le tronc en avant et l'étendre, ce qui lui permettait de s'asseoir sur son lit et de s'étendre en décubitus dorsal. Il n'avait pas de force, on était obligé de le faire manger. Il avait toute sa connaissance; il mangeait, buvait et dormait comme à l'ordinaire. Cet état de contracture persista pendant trois mois. Un jour, la rigidité des membres et du cou cessa brusquement et spontanément; ses parents qui le croyaient perdu, l'ont fait photographier dans cet état.

L'année suivante, en 1886, après une période de malaise général et de névralgies faciales pendant laquelle son caractère se modifia profondément (tristesse, crises de larmes, etc.) il eut sa première attaque d'hystéro-épilepsie.

Depuis lors, il a eu un grand nombre d'autres attaques revenant à intervalles variables, tantôt spontanément, tantôt à la suite de contrariétés.

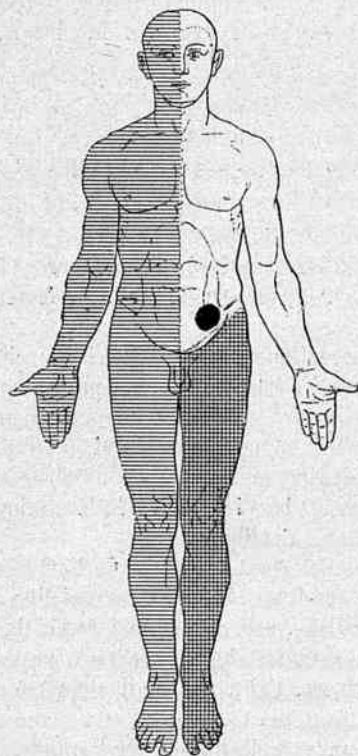


FIG. 70.



Anesthésie.



Hyperesthésie.

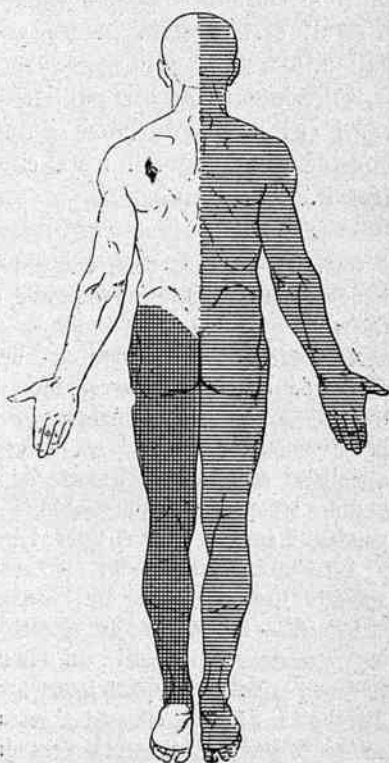


FIG. 71.



Anesthésie.



Hyperesthésie.

En 1887, deuxième attaque de contracture généralisée semblable à la première mais qui ne dura que huit jours.

En juin 1888, *chorée malléatoire* du membre supérieur droit qui persista pendant une dizaine de jours. Quelque temps après, apparut le tremblement de la jambe et du bras droits. Ce tremblement succédait aux attaques et durait un jour, quelquefois plus ; il était intermittent.

Le malade après un assez long séjour à Bicêtre est entré dans le service de la Clinique, le 6 juin 1889.

Il était, alors comme aujourd'hui, dans l'état suivant.

État actuel. 10 juin. — 25 octobre 1889. — Sujet de taille peu élevée mais bien musclé et d'apparence robuste. On constate chez lui (fig. 70, 71) : Une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle, *complète, absolue*, pour tous les modes de la sensibilité, y compris le sens musculaire. L'ouïe, l'odorat, le goût sont abolis à droite.

Vision. — Double rétrécissement concentrique du champ visuel à 35 pour l'œil gauche, à 45° pour l'œil droit. Diplopie monoculaire. Micromégalopsie. Pas de dyschromatopsie. Hyperesthésie de tout le membre inférieur gauche (la plante du pied exceptée). Une zone hystérogène très sensible située au pli de l'aîne du côté gauche et s'étendant un peu sur la région attenante de la paroi abdominale. Des attaques d'hystéro-épilepsie bien caractérisées. Ces attaques qu'elles surviennent spontanément ou qu'elles soient provoquées par la pression exercée sur la zone hystérogène sus-indiquée, offrent à peu près toutes les mêmes caractères. Elles sont précédées des phénomènes de l'aura classique.

Aura. — Sensation de boule partant du pli de l'aîne et remontant à la gorge; sensation de contraction à la gorge; suffocation, palpitations, battements dans les tempes; bruit dans les oreilles; nuage devant les yeux. Chute et perte de connaissance. L'aura est souvent de durée très courte, très rapide.

Attaque. — Elle est constituée par les périodes suivantes : 1° *Epileptoïde*, raideur (phase tonique) brève, puis convulsions cloniques généralisées, écume aux lèvres, congestion intense de la face. 2° *Grands mouvements*, salutations, contorsions interrompues de temps en temps par l'arc de cercle. 3° *Attitudes passionnelles*, le malade se redresse et s'assoit sur son lit ou se met à genoux, visage souriant. Expression de félicité (coût). Quelquefois il chante, cause avec une de ses maîtresses, l'appelle, etc., après quoi l'attaque recommence soit par la phase épileptoïde, soit par les grands mouvements et ainsi de suite.

État mental. — Le malade est parfois triste, chagrin, maussade, querelleur. Mais le plus souvent il est indifférent ou gai. Il est de complexion amoureuse; il dit qu'il a plusieurs maîtresses; il se vante volontiers de conquêtes. Sa mise révèle une certaine coquetterie : casquette bleue à visière ornée d'une bande marron; grande chaîne de montre en simili-or, etc.

ATROPHIE MUSCULAIRE. — Le malade ne peut dire quand a commencé cette atrophie. *Membre supérieur droit.* Elle porte sur les muscles des trois segments : main, avant-bras, bras; mais c'est à la main qu'elle prédomine et de beaucoup.

A la main droite, les éminences thénar et hypothénar ont disparu presque complètement (fig. 72, 73).

Les muscles de l'hypothénar sont un peu moins atteints que ceux de l'éminence thénar. Il s'ensuit que la main est nettement aplatie : le

pouce est sur le même plan que les autres doigts : c'est la main de singe.

Les interosseux, le premier et le second principalement, participent à l'atrophie.

Le périmètre de la main pris à la base du pouce mesure :

A droite (côté malade).....	19 centimètres
A gauche.....	21 ^{cm} 1/2

A l'avant-bras, l'atrophie est plus uniformément répartie qu'à la main. Ce segment a subi une réduction de volume très apparente, mais il n'est pas déformé.



FIG. 72.



FIG. 73.

La mensuration donne :

Avant-bras droit...	{ à 5 centimètres du pli du coude. 24 centimètres	
	{ à 7 centimètres du poignet... 19	—
Avant-bras gauche.	{ à 5 centimètres du pli du coude. 27	—
	{ à 7 centimètres du poignet... 21	—
Bras.....	{ droit (partie moyenne)..... 25	—
	{ gauche 26	—

L'atrophie est moins prononcée qu'à l'avant-bras.

Le deltoïde, les muscles de la ceinture scapulo-humérale ne paraissent pas sensiblement atteints par l'atrophie. Le grand pectoral seul est manifestement aplati, atrophie.

Le périmètre de la moitié du thorax pris à la hauteur du creux axillaire est de :

A droite (côté malade). 45 centimètres.

et de :

A gauche. 47^{cm} 1/2

Les muscles de l'avant-bras, du bras, le grand pectoral, sont animés de contractions fibrillaires très nettes.

État des forces des membres supérieurs.

Au dynamomètre..	main droite.	15 kilogrammes.
	main gauche.	46 —

Le malade peut porter son bras droit dans toutes les directions, l'étendre, le fléchir, le placer sur sa tête, derrière son dos, etc. ; mais, à l'épreuve des mouvements provoqués, avec résistance de la part du malade, on constate une diminution considérable de l'énergie musculaire.

Le malade peut fermer sa main, l'ouvrir, écarter et rapprocher ses doigts ; mais ces derniers mouvements sont lents, difficiles, incomplets.

Les mouvements du pouce sont particulièrement limités à cause de l'atrophie à peu près complète des muscles de l'éminence thénar.

Aussi, le malade écrit avec beaucoup de difficulté. Il ne peut pas se boutonner avec sa main droite, mais il peut porter un verre à sa bouche.

Quand le malade écrit, les contractures fibrillaires s'accroissent. Il se produit de petites secousses qui font tressauter tel ou tel doigt ou la main toute entière.

Parfois le tremblement apparaît et l'écriture est dès lors impossible.

La main droite au dire du malade est quelquefois froide, violacée.

Nous n'avons jamais constaté qu'un très léger refroidissement de la main.

Le malade vu de dos présente également une atrophie relativement assez marquée, qui porte sur la moitié droite du tronc, sur la fesse droite qui est plus plate. Pas d'atrophie du membre inférieur droit, la cuisse et le mollet droits sont même un peu plus volumineux qu'à gauche.

Dans tous ces endroits, sièges de l'atrophie et à l'exclusion de tous autres, il existe des secousses fibrillaires, des palpitations musculaires très accentuées.

Examen électrique pratiqué par M. Vigouroux le 13 juin 1889.

Les muscles en voie d'atrophie répondent faiblement mais sans anomalie de réaction (thénar, hypothénar, muscles extrinsèques du pouce).

Réflexes rotuliens et brachiaux normaux.

Quand on l'examine, le torse nu, quelle que soit la température ambiante, on note l'existence de sueurs très abondantes localisées aux deux régions axillaires.

Obs. II. — Bi., y, Henri, vingt-quatre ans, tailleur de pierres.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Depuis 1871, boit plus d'un litre d'eau-de-vie par jour ; quelquefois en absorbe quatre ou cinq litres en trois

jours, sans pour cela, paraît-il, se griser outre mesure; travaille régulièrement comme maçon. — La mère est morte en 1871 à l'âge de vingt-huit ans. Elle n'avait jamais eu de maladies nerveuses; était faible de tempérament. En 1871, lors de l'occupation de Charleville par les Prussiens, elle fut cacher loin de chez elle le képi et le fusil de son mari afin que les Prussiens qui perquisitionnaient ne les trouvassent pas. En revenant, à son passage sur la grande place, un obus passa tout près d'elle. Elle fut extrêmement effrayée, rentra chez elle, s'alita; quelques jours plus tard, elle accoucha d'un enfant à terme (?) qui ne vécut qu'un jour. Elle-même succomba le lendemain.

Antécédents personnels. — A douze ans, maladie aiguë avec délire, durée 5 mois, de nature indéterminée. A treize ans, fièvre typhoïde avec délire. Bien portant ultérieurement jusqu'en 1887.

Le 2 juillet 1887, il travaillait sur un échafaudage élevé de 1^m,40 à 1^m,50 du sol, à Mézières (Ardennes), lorsqu'il éprouva un éblouissement bientôt suivi d'une forte secousse dans tous les membres. Sa main droite se crispa sur un manche de marteau qu'elle tenait, la main gauche restant ouverte. La secousse lui ayant fait perdre l'équilibre, il tomba à la renverse, sans perdre connaissance, puisque, une fois par terre, il continua à fumer un cigare qu'il avait entre les dents au moment de la chute. Il tomba sur le dos, presque sur le cou et les épaules. Sa chute fut amortie par une épaisse couche de foin, de sorte qu'il ne ressentit aucune douleur. Aussitôt la chute, les deux bras se contracturèrent le long du corps, les avant-bras en flexion sur les bras, les doigts fléchis, les mains déviées vers leur bord cubital. Les jambes au contraire étaient flasques et lui refusaient tout secours. Il resta ainsi sur le sol pendant trois heures au moins. L'accident étant arrivé à quatre heures et demie le soir, ce ne fut que vers huit heures qu'on le transporta à l'hôpital; des gamins qui passaient avaient été prévenir son hôtesse.

Pendant la matinée du 2 juillet 1887, il s'était déjà senti mal à l'aise, la tête lourde. Le matin, il était resté couché et avait refusé de se lever pour déjeuner. Appelé au travail vers quatre heures, il s'y était rendu uniquement parce qu'il y avait urgence. Une demi-heure plus tard survenait l'accident que nous avons décrit.

Une fois entré à l'hôpital, l'état persista tel qu'après la chute; les bras restèrent contracturés, les jambes flasques. La vessie et le rectum fonctionnaient normalement; pas d'écorchures au sacrum.

Au bout de quatre mois, les jambes allaient mieux, mais le mouvement ne revenait que très lentement, au point que, considéré comme incurable, il fut évacué le 28 avril 1888 sur l'hospice des Incurables de Charleville, d'où il sortit en mai 1889, pour retourner quelque temps chez lui et entrer ensuite à la Salpêtrière.

Il est resté au lit pendant dix mois: un matin, presque brusquement, il put se lever et marcher. Quelques jours plus tard, la guérison de la contracture des bras survint plus brusquement encore.

Pendant cette période de dix mois à dater de l'accident, la main droite et



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE HERTHAUD

ATROPHIE MUSCULAIRE DE LA MAIN GAUCHE
D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

LECROSNIER ET BARRÉ, ÉDITEURS

le bras droit, et cela dès le début, commencèrent à s'atrophier, la main droite se mettant en griffe, le bras droit s'atrophiant dans sa totalité. L'atrophie débuta par la main, prenant d'emblée tous les muscles, elle gagna le bras ; le malade a nettement remarqué qu'elle était précédée au bras comme à la main de secousses fibrillaires.

Au bout de sept ou huit mois, tout était fini; la main et le bras avaient repris leurs fonctions, l'atrophie avait disparu.

C'est alors que la main et le bras gauche commencèrent à être à leur tour envahis par l'atrophie. Aujourd'hui (octobre 1889) la main gauche présente l'aspect suivant (fig. 74, 75).



Fig. 74



FIG 75

Les deux dernières phalanges sont fléchies dans la paume de la main; particulièrement celles de l'index et du médus; le pouce est en extension (pl. XLI). La première phalange des quatre doigts est en extension (*main en griffe*).

Les sillons des interosseux sont très marqués, vides pour ainsi dire; le thénar et l'hypothénar sont plats. Le pouce est agité par des mouvements fibrillaires surtout marqués à la face externe du thénar. Ces mouvements fibrillaires se retrouvent sur tout le bras gauche. Le malade qui les a parfaitement constatés dit qu'ils ont débuté avec l'atrophie.

	Bras droit.	Bras gauche.
A un travers de doigt au-dessus du pli du coude.	27 centimètres.	25 centimètres.
A un travers de doigt au-dessous du pli du coude.	25 —	23 —
Force dynamométrique, main droite.....		65 kilos.
— gauche.....		15 —

L'atrophie intéresse le bras gauche dans sa totalité; elle ne dépasse pas les muscles de l'épaule qu'elle n'atteint pas.

Pendant les six premiers mois qui suivirent l'accident, B... ne pouvait avaler les liquides et les solides qu'avec la plus grande difficulté: il lui fallait, dit-il, une demi-journée pour absorber un verre d'eau. Lorsqu'il voulait mettre pied à terre et essayer de se soutenir sur ses jambes paralysées, la vue se troublait, il éprouvait des étourdissements, des battements dans les tempes, des bourdonnements d'oreilles qui lui faisaient presque perdre connaissance.

Depuis, les mêmes symptômes se sont montrés à diverses reprises. Actuellement, B... a encore ce qu'il nomme des secousses, généralisées d'emblée aux quatre membres; en même temps, la vue se trouble; ces phénomènes sont surtout accentués lorsqu'il est au lit.

Dans la journée, à intervalles variables, une fois tous les quinze jours, parfois deux fois dans la même semaine, il a une sensation assez subite d'étouffement avec battements dans les tempes sans perte de connaissance.

C'est un homme de taille moyenne, blond, d'aspect vigoureux. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Troubles sensitifs. — Hémianesthésie gauche complète à la piqure, au froid, à la chaleur avec perte du sens musculaire. Du côté droit, sensibilité émoussée.

La pression du testicule droit, de la glande et non de la peau, est douloureusement ressentie, elle s'accompagne d'une sensation d'oppression, de battements dans les tempes; B... perdrait connaissance si on insistait. La peau à ce niveau est insensible.

Goût, odorat abolis à gauche; affaiblis à droite. Oûie affaiblie à gauche.

	A gauche.	A droite.
Rétrécissement concentrique du champ visuel.	40 centimètres.	55 centimètres.

Pas de dyschromatopsie; toutefois il hésite un peu à reconnaître les couleurs.

Ajoutons qu'il existe un très léger tremblement des membres supérieurs qui s'exagérerait au moment des éblouissements; de plus, au moment de l'examen, alors que B... est déshabillé, il s'écoule sans cause à trouver dans la température ambiante, de grosses gouttelettes de sueurs, particulièrement marquées au niveau des aisselles surtout du côté gauche.

L'examen électrique des muscles atrophiés faite à deux reprises 26 octobre 1889 et 28 novembre 1889 par M. Vigouroux donne les réactions suivantes: Excitabilité éteinte dans les 3^e et 4^e interosseux dorsaux. Pour le 1^{er} et le 2^e, pas de contraction faradique; contraction galvanique très faible. Thénar, excitabilité faradique conservée. En résumé, réaction de dégénérescence très nette.

Réflexes rotuliens un peu exagérés à gauche; forts à droite.

Obs. III. — Corn..., Emilie, vingt-six ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents nerveux du côté paternel.

— Mère très nerveuse (hystérique), morte tuberculeuse; 2 tantes maternelles très nerveuses; 1 sœur et 1 frère bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à sept ans; fièvre typhoïde à seize ans qui dura trois mois.

Réglée à onze ans, toujours régulièrement, si ce n'est il y a six mois époque à laquelle les règles disparurent pendant trois mois pour revenir ensuite régulièrement.

La première manifestation de l'hystérie remonte à l'âge de seize ans pendant la convalescence de la fièvre typhoïde : sensation de boule sans attaques. Depuis, jusqu'en 1887, même sensation avant les règles avec battements dans les tempes. En même temps, cauchemars pendant la nuit (chutes dans des précipices). Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Depuis 1887, elle a toujours ressenti dans le côté gauche des sensations douloureuses (fourmillements, piqûres d'aiguilles), qui toutefois ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations.

En janvier 1887, le membre inférieur gauche fut envahi subitement par un œdème remontant de l'extrémité des orteils jusqu'à la hanche, œdème considérable non coloré, très douloureux, s'exagérant par la station debout, avec vive hyperesthésie de la plante du pied.

Le membre inférieur droit était normal. Comme C... ne pouvait marcher, on lui mit au bout de quelque temps un appareil plâtré sur la jambe gauche remontant à un travers de doigt au-dessus du genou. Le médecin qui avait diagnostiqué une entorse avait fait placer plusieurs vésicatoires tout le long de la jambe avant de poser l'appareil qui resta en place pendant un mois. Quand on l'enleva, l'état du membre inférieur n'avait pas changé.

Depuis cette époque, du reste, l'œdème disparut et reparut à diverses reprises. Il se montre surtout lorsque la malade essaye de s'appuyer pour marcher sur la jambe gauche. Il faut dire d'ailleurs que, depuis le début de son affection, elle n'a plus marché de ce côté qu'avec une béquille, le membre dans son entier paraissant diminué de longueur, rigide, en extension, le talon ne pouvant toucher le sol.

Vers la fin de 1888, la malade a perdu subitement connaissance pendant plusieurs heures. Une fois sortie de cet état, elle est restée paralysée de tout le côté gauche pendant vingt-quatre heures. Deux mois plus tard, retour de la paralysie avec spasme glosso-labial : durée, trois jours.

Depuis la fin de la fièvre typhoïde qu'elle avait eue à l'âge de seize ans, C... avait gardé une certaine difficulté à se servir du *bras droit*, surtout pendant les froids, lorsque, au mois de mars 1889, la malade s'est éveillée un matin avec le bras droit contracturé, les cinq doigts fléchis dans la paume de la main. Cette contracture est devenue définitive les jours suivants après des alternatives d'amélioration et d'exagération. Elle était déjà entrée à la Salpêtrière dans le service de la Clinique. Aussitôt elle remarqua au niveau de l'éminence thénar droite des mouvements fibrillaires qu'il fut aisé de constater. M. Vigouroux qui l'examina électriquement donnait la note suivante

(18 avril) : « Réaction électrique nulle pour le thénar, normale pour les autres muscles y compris le premier interosseux. »

Au mois de mai, apparition dans la main droite d'une aura débutant par l'extrémité des doigts; le bras se soulève horizontalement; puis surviennent des battements dans les tempes, des bourdonnements dans les oreilles, la commissure labiale droite est tirée en haut et en dehors; pas de perte de connaissance. Ces attaques frustes d'hystérie à forme d'épilepsie partielle reviennent encore aujourd'hui (octobre 1889) tous les huit à dix jours. Parfois même, sous l'influence du spasme, la malade se mord légèrement la langue et les lèvres du côté droit.

État actuel (28 octobre 1889). — C... marche avec une béquille placée sous le bras gauche, la jambe gauche paraissant trop courte pour que le talon touche à terre. Examinée couchée, on constate chez elle tous les signes d'une coxalgie hystérique avec zone hyperesthésique dans la région externe du pli



FIG. 76.

de l'aîne empiétant sur la région supéro-externe de la hanche. Le membre inférieur gauche est en contracture en totalité dans l'extension : il existe un raccourcissement apparent de quatre centimètres comparativement avec le membre inférieur droit. La malade étant endormie à l'aide du chloroforme, la contracture des muscles du membre inférieur se résout, le raccourcissement disparaît, pour revenir d'ailleurs aussitôt après le réveil, ou mieux pendant que celui-ci s'effectue. L'articulation coxo-fémorale gauche est parfaitement saine, mobile, sans craquements. Il n'existe pas d'atrophie du membre inférieur gauche.

La main droite est toujours contracturée, le pouce et les quatre doigts étant en flexion dans la paume de la main; le thénar très atrophié (fig. 76). L'avant-bras et le bras ne participent pas à l'atrophie. Pas de

troubles de sensibilité locale. — La contracture qui est très prononcée se résout pendant le sommeil chloroformique.

Sensibilité (fig. 77, 78). — *Côté droit normal.*

Côté gauche. — Anesthésie à la douleur, au froid, à la chaleur, dans toute l'étendue de ce côté, sauf dans la région mammaire et axillaire et sur la face postérieure du mollet.

Zone d'hyperesthésie inguinale et fessière.

Perte de sens musculaire du côté gauche.

Gout et odorat intacts; ouïe diminuée à gauche.

Rétrécissement concentrique du champ visuel.

A droite.....	60 degrés.
A gauche.....	50 —

Micromégalopsie; pas de diplopie monoculaire; pas de dyschromatopsie.

Ni sucre ni albumine. — État de la nutrition générale suffisant; dort peu; cauchemars. La malade dit avoir beaucoup perdu la mémoire depuis six mois.

II

Dans les cas publiés par M. Babinski et par les auteurs qui l'ont suivi, l'atrophie a toujours porté sur un membre atteint de *paralysie*

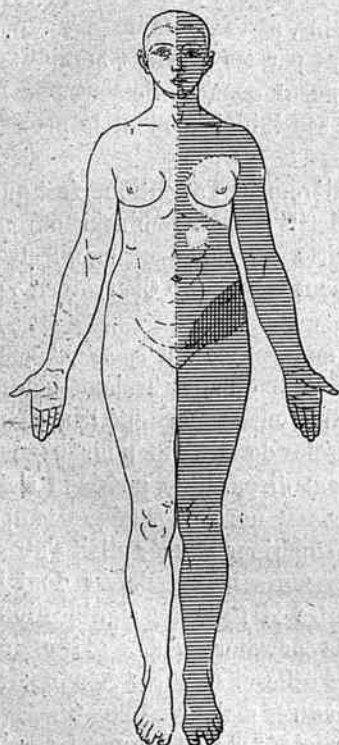


FIG. 77.

 Anesthésie.
 Hyperesthésie.

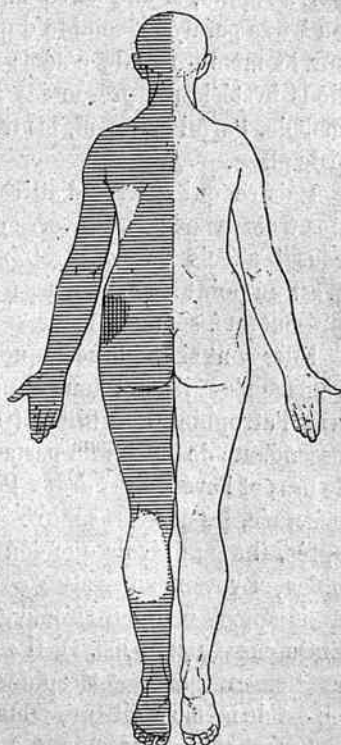


FIG. 78.

 Anesthésie.
 Hyperesthésie.

ou de *contracture*; c'est également ce que nous voyons exister dans nos observations II et III.

Le malade de l'observation I semble, à la vérité, faire exception à cette règle. Plusieurs années avant le début de l'atrophie, il a été

contracturé des quatre membres et l'atrophie porte uniquement sur le bras droit et le côté droit du tronc, y compris la fesse. Mais il faut aussi faire remarquer que l'hystérie a toujours porté plus particulièrement ses efforts du côté droit : l'hémianesthésie du malade siège à droite; le bras droit a été atteint, à un moment donné, de chorée malléatoire; il est encore le siège d'un tremblement hystérique très accentué auquel participe également la jambe. De plus, Cah... ne peut préciser l'époque exacte du début de son atrophie.

L'atrophie, si elle ne se superpose pas toujours à une contracture ou à une paralysie, semble donc, au moins, se localiser de préférence sur le membre ou le côté le plus atteint par les diverses manifestations hystériques présentées antérieurement ou actuellement par le malade. Parmi celles-ci, les troubles de sensibilité tiennent la principale place.

Mais ce qui mérite d'attirer particulièrement l'attention, c'est que nos trois malades, à l'inverse de ceux décrits par M. Babinski, offrent tous les trois des *contractions fibrillaires* extrêmement manifestes. C'est un point sur lequel a particulièrement insisté M. Charcot en les présentant à ses auditeurs.

Elles sont si accentuées que les trois malades les ont spontanément remarquées; ils ont tous expressément noté qu'elles avaient débuté avec l'atrophie. Chez Bill... (Obs. II), elles ont accompagné la marche ascendante de l'atrophie partant des muscles de la main pour gagner le bras et l'avant-bras *droit*. Puis elles ont disparu, la guérison s'est effectuée, les muscles sont revenus à leur état normal. Quelque temps après, il a pu prévoir que son membre supérieur *gauche* allait s'atrophier en voyant apparaître ces petites secousses musculaires dont il avait appris malheureusement à connaître la fâcheuse signification. Enfin chez Cah... (Obs. I), il est facile de constater qu'elles se limitent exactement à la zone atrophiée, bien que celle-ci soit très étendue; il en est de même d'ailleurs pour les deux autres malades.

Les quatre malades de M. Babinski examinés par M. Vigouroux présentaient, dans les territoires musculaires atrophiés, la réaction de l'atrophie simple. Or, le malade de l'observation II, examiné électriquement à plusieurs reprises, également par M. Vigouroux, présente notamment au niveau des interosseux, les caractères les plus nets de la *réaction de dégénérescence*; chez les deux autres malades, c'est d'atrophie simple qu'il s'agit.

En présence de cette constatation inaccoutumée, devons-nous dire pour cela que cette paralysie n'est pas hystérique alors que tout plaide en faveur de la névrose. Évidemment non, et la réaction de dégéné-

rescence, pour être rare, — à ce qu'il semble du moins, — n'en doit pas moins entrer dans la symptomatologie des atrophies musculaires d'origine hystérique.

En résumé, les notions nouvelles sur lesquelles nous désirons attirer l'attention sont les suivantes :

1° L'atrophie musculaire d'origine hystérique peut quelquefois envahir des membres indemnes de paralysie ou de contracture. Généralement alors, elle semble envahir de préférence le côté qui a été le plus fréquemment le siège de manifestations hystériques, les troubles de sensibilité en particulier.

2° Il peut exister des *secousses fibrillaires* dans les territoires musculaires en voie d'atrophie.

3° Dans un cas d'atrophie hystérique des muscles de la main, l'examen électrique pratiqué par M. Vigouroux a démontré très nettement l'existence de la réaction de dégénérescence.

III

On a pu remarquer, en lisant l'observation III, que le membre inférieur gauche, siège de la contracture, avait été envahi à diverses reprises par un œdème survenu en dehors de toutes les causes ordinairement invoquées dans l'interprétation de ce phénomène.

Cet œdème, de nature hystérique, constitue, lui aussi, un trouble trophique très intéressant et encore peu étudié.

Sydenham qui a tant fait pour la névrose l'avait parfaitement remarqué, car il le décrit en ces termes¹ :

« L'affection hystérique, dit-il, ne s'en prend pas seulement à presque toutes les parties internes; elle attaque aussi quelquefois les parties externes et les muscles, savoir : les mâchoires, les épaules, les mains, les cuisses, les jambes; elle y cause tantôt une douleur et tantôt une *enflure* dont celle des jambes est la plus remarquable. On peut toujours observer deux choses dans l'enflure des hydropiques, c'est qu'elle est plus considérable le soir et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire, l'enflure des personnes hystériques est plus grande le matin, et, quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi, l'enflure n'est qu'à une des jambes. Du reste, elle ressemble tellement à celle des hydropiques, soit par sa grandeur, soit

1. *Médecine pratique de Sydenham avec des notes*, par feu M. A. Jault, nouv. édit., 5^e partie. Avignon, an VIII, 1799, p. 479.

par sa superficie, qu'on a bien de la peine à persuader aux personnes malades qu'elles ne sont pas hydropiques. »

De l'œdème hystérique, après Sydenham, il n'est fait nulle mention dans les traités classiques ou dans des mémoires particuliers, et il faut arriver en 1880 pour le voir décrit à nouveau dans une remarquable observation de M. le professeur Damaschino¹.

En 1883, A. Fabre², professeur de clinique à l'Ecole de Marseille, qui connaît parfaitement la description de Sydenham donne la relation écourtée de deux nouveaux cas.

En 1884, Weir Mitchell³ rapporte à son tour trois exemples de ce phénomène pathologique qu'il croit être le premier à décrire.

Le 28 juin 1889, M. le professeur Charcot, dans une de ses *Leçons du mardi*⁴ a étudié « l'œdème bleu » des hystériques, à propos d'un cas qui va être rapporté plus bas (Obs. I). Nous mettrons soigneusement à profit les considérations dont il l'entourait et qui forment le fond de cette étude. De plus, notre éminent maître, a bien voulu avec sa libéralité ordinaire nous en communiquer trois nouvelles observations tirées de sa pratique.

Nous en donnerons deux autres cas (Corn... et Obs. II) qui, avec les précédents, constitueront l'ensemble clinique sur lequel devra s'asseoir la description de l'œdème hystérique. C'est dire que très probablement cette symptomatologie aura besoin d'être complétée, car nul doute qu'une fois l'attention attirée sur cet œdème, on ne le rencontre beaucoup plus souvent que par le passé⁵.

On voudra bien remarquer que l'observation II nous a été obligeamment communiquée par M. Tuffier, agrégé chirurgien des hôpitaux. L'œdème hystérique fréquente donc les services de chirurgie, ce qu'il était important de signaler.

OBS. I. — Perr...n, quarante-six ans, ayant exercé la profession de marin, actuellement veilleur de nuit à l'usine Eiffel, entre le 21 mai 1889, salle Prus, n° 9, à la Salpêtrière, service de M. le professeur Charcot.

1. Des troubles trophiques dans l'hystérie (*Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 561).

2. *Nouveaux Fragments de clinique médicale*. — *L'hystérie viscérale*. Paris, Delahaye et Lecrosnier, édit., p. 100.

3. Unilateral swelling of hysterical hemiplegia (*The American Journal of mental sciences*, vol. LXXXVIII, Philadelphie, 1884, p. 94).

4. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-1889, 21^e leçon, p. 518.

5. On pourra consulter Börner : Ueber nervöse Hautschwellungen als Begleiterscheinungen der Menstruation und des Klimax. *Sammlung klinischer Vorträge* (Volkmann), n° 312, 1888, mais l'auteur est trop préoccupé de rapporter à des troubles menstruels ce qui appartient peut-être à l'hystérie. — Les cas de Widowitz : Zwei weitere Fälle eines neuropathischen Ödems bei Kindern, in *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Bd XXIX, H. 3 et 4, p. 388, 1889, sont des cas d'œdème par refroidissement chez des enfants.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A treize ans et demi est entré à l'école des mousses; a navigué jusqu'en 1879, âgé de trente-six ans comme matelot; était un peu mauvaise tête. A fait la campagne d'Italie, stationné à la Martinique; stationné aux Indes; quatre mois au Sénégal; croisière dans les mers de Chine pendant dix-huit mois. Voyages à Saïgon, à la Nouvelle-Calédonie. Au Sénégal, à l'âge de dix-neuf ans, aurait eu la fièvre jaune? Jamais de fièvre intermittente. Il aurait eu deux petites atteintes de scorbut à vingt ans et à trente-cinq ans.

Depuis qu'il a quitté la marine, en 1876, âgé de trente-six ans, il s'est marié, a travaillé cinq ans comme garçon de bureau, puis est entré comme surveillant de nuit à l'usine Eiffel. Pas de syphilis. De vingt-trois à trente-six ans, il a fait des excès de boisson, il avait des pituites, du tremblement des mains, des cauchemars pendant la nuit.

Depuis cinq ou six ans il est tout à fait sobre.

Il a perdu sa femme il y a cinq ans; il y a trois ans, a perdu un enfant du croup; c'est trois mois après qu'il a commencé à avoir des vertiges. Toujours bien portant depuis 1876.

Début de l'affection actuelle. — Il y a trois ans, au mois d'août, il eut des étourdissements passagers, sept ou huit chaque jour. Il était pris tout d'un coup; les objets oscillaient devant lui, sa vue se troublait, pas de bruits dans les oreilles; il ne perdait jamais connaissance, mais il était obligé de se cramponner pour ne pas tomber. Quand il ne pouvait pas s'accrocher à quelque objet, n'ayant rien à sa portée, il se laissait aller doucement à terre pour ne pas se blesser en tombant. Cela durait une minute et tout était fini.

Il travaillait alors comme homme de peine dans une fabrique de produits chimiques. Comme il était souvent obligé de transporter des bonbonnes d'acide sulfurique, le contre-maitre craignant de le voir tomber et casser ses bouteilles, vu ses fréquents vertiges, le fit renvoyer de la maison.

En dehors de ses vertiges, il était tout à fait solide, travaillait régulièrement, ne souffrant de rien. Ces vertiges se sont atténués progressivement; ils ont existé pendant huit mois et ont disparu.

Depuis trois ans, il lui arrive aussi très souvent, deux ou trois fois la semaine, d'être pris de bouffées de sang à la tête, sans vertiges. Cela vient aussi bien à jeun qu'après les repas, dans l'après-midi assez fréquemment. Tout à coup il sent une bouffée de chaleur lui monter à la tête; ses tempes battent, il devient très rouge, cramoisi, violacé. Parfois les personnes qui le voyaient dans cet état croyaient qu'il avait bu. Cet état de congestion à la face ne s'accompagne pas de vertiges, seulement, s'il baisse la tête dans ces moments-là, elle lui tourne quand il la relève. Durée, une heure à une heure et demie. Il a encore ces « congestions » actuellement.

Sa fille lui a dit plusieurs fois que, pendant son sommeil du jour (car il est veilleur de nuit), surtout lorsqu'il a eu des vertiges, il rêve, parle, pleure abondamment; il ne s'éveille jamais dans ces cas.

Il y a deux ans, le 21 juin 1887, en s'éveillant à une heure de l'après-midi (il s'était couché à sept heures du matin), il s'est trouvé complètement paralysé de la main droite. Il ne pouvait ni fléchir, ni étendre les doigts, ni relever le poignet, ni le mouvoir dans aucun sens. Sa main était complètement insensible, même au toucher; il est très affirmatif sur ce point.

La veille, il s'était couché bien portant, il n'avait pas bu, n'était pas plus fatigué que d'ordinaire, pas l'ombre d'un traumatisme, rien de particulier.

Cette paralysie persistait depuis un mois et demi lorsqu'il entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Troisier (août 1887) où on électrisa sa main, qui resta insensible aux courants les plus forts. Il prétend que quand on plaçait les pôles de la pile à courants interrompus l'un sur le bras, l'autre sur la face externe de l'avant-bras, au niveau de sa moitié supérieure, il sentait bien le courant, mais les doigts ne se relevaient pas. « Ça ne répondait pas », disait l'élève qui l'électrisait. Il était insensible de toute la main jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras. Au bout de quinze jours, il commença à mouvoir ses doigts; la sensibilité revint petit à petit. Il est sorti de l'hôpital en voie d'amélioration au bout de dix-sept jours.

C'est environ trois mois après qu'il a commencé à se servir de la main; il pouvait saisir un objet, couper sa viande; mais il tremblait de cette main d'un tremblement lent, rythmé. Ce tremblement s'est atténué, mais il a persisté à un certain degré jusqu'à la rechute. Pendant son séjour à l'hôpital on constata qu'il n'y avait pas de *gonflement* de la main, mais la coloration en était violette et la température locale abaissée. M. Troisier constata qu'il y avait un abaissement local de 3 degrés.

Il reprit son service se sentant très bien, mais la main droite n'était pas aussi forte que la gauche. Dans ses rondes de nuit, quand il ouvrait une serrure, il était obligé de touner la clef à deux mains. Cet état a persisté jusqu'en février 1888.

Un matin, vers quatre heures, après avoir dormi une heure et demie environ sur une paille, il s'éveilla complètement paralysé encore de la main droite. La main était complètement insensible; le contact n'était pas perçu; le malade qui commençait à bien s'observer est très affirmatif sur ce point.

Cette fois la main était gonflée et violacée. Aucune sensation anormale, ni douleurs ni fourmillements dans la main paralysée; donc paralysie absolue de la main et des doigts, anesthésie complète, *gonflement œdémateux et cyanose*.

Il est allé 5 ou 6 fois se faire électriser à Lariboisière, et puis il s'est contenté de prendre des bains sulfureux. Il continuait son service de veille à l'usine Eiffel, mais il ne se servait pas du tout de la main. Paralysie, insensibilité, œdème, cyanose ont persisté jusqu'en septembre 1888.

Tout à coup, la veille il n'avait pu saisir un crayon, alors qu'il s'y attendait le moins, « en voulant involontairement prendre un verre plein », il fut tout étonné de pouvoir accomplir cet acte et porter le verre à sa bouche. A partir de ce moment, la guérison fit des progrès très rapides; sans fourmillements, sans engourdissement, sans douleur, la sensibilité revint et, en huit



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

CEDEME HYSTERIQUE DE LA MAIN

LECROSNIER ET BARE, ÉDITEURS

jours, il recouvra l'usage de sa main. Les deux premières fois, quand sa main était anesthésique dans tous ses modes, il ne *savait plus où elle était*.

Toutes ses forces étaient revenues; il pouvait porter un seau d'eau au deuxième étage. « J'aurais été à Lourdes, bien sûr, j'aurais cru à un miracle », dit le malade. La guérison se maintint de septembre en mars 1889.

En mars 1889, vers sept ou huit heures du matin, il ne veillait pas, il avait dormi toute la nuit; en faisant un inventaire à l'usine, il s'est trouvé paralysé de la main droite pour la troisième fois. La paralysie était ce qu'elle est aujourd'hui (25 mars 1889) complète et flasque; avec anesthésie; mais le tact était conservé. La chaleur n'était pas perçue; il se réchauffa près d'un foyer ardent jusqu'à se brûler pour voir s'il sentirait; mais il ne sentit rien. Il se pinçait et ne sentait pas davantage. Dès le début, la main, était gonflée, cyanosée, œdémateuse.

Il est allé consulter à Tenon où on lui a prescrit du bromure. Il n'est pas entré à l'hôpital, se contentant de se frictionner la main.

Il est entré à la Salpêtrière le 21 mai 1889.

Etat actuel (25 mai 1889). — Hormis les bouffées de chaleur déjà décrites et auxquelles il est encore sujet, pas d'autres troubles fonctionnels à relever que la paralysie de la main droite.

Description de la paralysie. — Tous les mouvements de la main et des doigts sont abolis. La main pend inerte. Le malade ne peut ni étendre ni fléchir les doigts et le poignet. Les mouvements d'adduction et d'abduction du poignet sont supprimés. Lorsqu'on dit à P... de fléchir le poignet, il ne le peut pas; s'il plie l'avant-bras avec effort on a de la peine à étendre le poignet; les fléchisseurs du poignet ne sont paralysés que pour le mouvement de flexion isolé du poignet. Quand le malade fait un effort pour déplacer ses doigts, on voit quelques légères secousses du petit doigt et de l'index. La paralysie est flasque; pas traces de contracture ou de raideur.

Sensibilité. — *Analgesie* absolue de la face dorsale de la main se terminant par un manchon circulaire à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'avant-bras; analgesie incomplète de la paume de la main et de la face palmaire des doigts.

Thermo-anesthésie absolue dans les mêmes régions au froid (glace); à la chaleur (100° et au-dessus).

La *sensibilité au contact* est conservée, mais elle est pervertie.

Le *sens musculaire* est *aboli*, poignet et doigts.

La main et les doigts sont gonflés, œdémateux; la coloration de la peau est normale (pl. XLII).

Sens spéciaux. — Rien à noter; seul le goût est obnubilé à droite.

Vers le 10 juin, le malade s'est plaint de crampes dans les membres, apparaissant seulement la nuit.

21 juin. — La main est dégonflée, les doigts fonctionnent librement sous l'influence toutefois d'efforts énergiques. Dans la nuit du 22 au 23, sommeil agité, énervement, crampes dans les bras, épistaxis.

23 juin. — L'état de la main s'est amélioré au point de vue de la sensibilité : Dyn. = 7 kilos. Elle reste dégonflée mais toujours insensible à la douleur et à la température.

Vers six heures du soir, éblouissements, face congestionnée, vertiges subits ; durée, quelques secondes.

Dans la nuit à trois reprises, crise d'étouffement, sensation de serrement de la gorge à vingt minutes d'intervalle.

24 juin. — Le malade se sent courbaturé, il a des élancements dans les tempes. Dans l'après-midi, pendant une partie de cartes, la main droite qui était complètement désenflée s'œdématie et se refroidit dans l'espace de deux heures sous les yeux du malade et des assistants. Les mouvements deviennent plus difficiles. Le soir du même jour, nausées.

25 juin. — La main est exactement dans le même état de bouffissure et de paralysie qu'elle présentait avant l'amélioration des jours précédents. P... se plaint de souffrir dans le côté gauche du ventre. Durant la nuit, il a eu plusieurs étouffements, sensation de boule partant de l'abdomen et remontant rapidement jusqu'à la gorge, de courte durée.

26 juin. — Le malade en s'éveillant trouve la main complètement dégonflée, la peau cependant en est un peu cyanosée ; il peut remuer un peu les doigts. Le soir, à quatre heures, tous les mouvements des doigts s'accomplissent rapidement et sans force. Dyn. = 6 kilos.

27 juin. — « La guérison » se maintient ; le malade peut se déboutonner, couper sa viande, accomplir presque tous les mouvements usuels. Cependant il ne faut pas que ces mouvements exigent un certain effort musculaire, car il ne peut pas, par exemple, porter son verre plein à sa bouche. Les troubles de la sensibilité restent les mêmes.

28 juin. — Dans la nuit, tremblement de la jambe et du bras droits : durée : 30 secondes, suivi de crampes dans les membres du même côté. Le gonflement de la main reparait, et la paralysie également. Dyn. = 0. Cet état persiste jusqu'au 1^{er} juillet, époque à laquelle la paralysie s'est atténuée. L'œdème est moins marqué. Le pouce et les deux premiers doigts sont animés d'un tremblement léger à secousses inégales, peu rapide. Dans la nuit, à la suite d'un accès d'étouffement précédé d'une aura très caractérisée, il a été pris d'un tremblement très rapide et très fort du bras et de la jambe du côté droit. Ce tremblement a persisté plus de 5 minutes.

2 juillet. — L'amélioration dans l'état de la main s'est accentuée : Dyn. = 15 kilos. Tous les mouvements sont possibles.

3-4 juillet. — Même état. Dyn. = 18 kilos.

Le 7 août. — Durant la nuit, vertiges et étouffements ; le gonflement et la paralysie ont reparu le matin. Le lendemain, le malade peut à peine écrire. L'anesthésie avec dissociation remonte jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras.

Les 8-9-10-11 août. — Même état, la main reste bouffie, cyanosée, paralysée à peu près complètement.

Les 12-13-14 août. L'œdème de la main s'atténue, les mouvements redevennent plus libres; le malade est très énervé, de mauvaise humeur. Durant la nuit, il est agité, il parle tout haut, il a des accès de tremblement.

15 août. — Elancements dans les tempes très douloureux. Epistaxis.

16 août. — Bourdonnements continuels de l'oreille droite, affaiblissement de l'acuité auditive de ce côté qui a persisté d'ailleurs depuis cette époque.

17 août. — La main est complètement dégonflée, mais elle reste violacée et insensible à la douleur et à la température. Les mouvements des doigts reparaissent. Dyn = 17 k. La paralysie s'atténue les jours suivants. Le 17, Dyn. = 18 k. Le 21 = 30 kilos; le 23 = 50 kilos; c'est tout ce qu'il peut donner lorsque sa main est en pleine force.

Le mardi 23, à sept heures et demie du soir, vertiges, congestion très vive de la face, bourdonnements dans les oreilles mais plus marqués à droite, battements très violents dans les tempes, « énervement général ». Le malade se couche et tout à coup il tombe pour la première fois en attaque. Il en a une série de dix ou douze consécutives; nous avons assisté à deux d'entre elles.

Phase épileptoïde. — Le malade commence par faire des efforts de déglutition et de respiration bruyante; la face se congestionne et aussitôt, brusquement, les quatre membres se roidissent en extension, les avant-bras en pronation forcée, les doigts fortement fléchis, les poings fermés, la paume de la main tournée en dehors. Les membres sont agités de petites secousses épileptoïdes très rapides, très brèves. Cette phase dure quelques secondes pendant lesquelles la face du malade devient rouge, violacée; il n'écume pas et ne se mord pas la langue.

Grands mouvements. — Puis il jette sa tête à la renverse, et brusquement, après des mouvements de circumduction des bras, à grande amplitude, il décrit un arc de cercle, couché sur le flanc droit, le ventre tourné à droite, les bras et la tête rejetés en arrière. Ces grands mouvements se répètent une ou deux fois, puis le malade se remet dans le décubitus dorsal, les yeux fermés, les membres souples. Cet état de calme dure une minute au plus.

Phase de délire. — Puis sans attitudes passionnelles, avec quelques déplacements de la tête, quelques mouvements des jambes et des bras d'ordre banal, il se met à parler à haute voix, questionnant un personnage qui est sa fille, lui répondant, etc.

« Delphine, Delphine! va trouver la concierge... tu ne peux pas me garder toute seule... tu es encore trop jeune pour te marier, tu n'as que seize ans... que veux-tu que je fasse avec mes deux gosses, tout seul? Il faut que tu restes pour m'aider à les élever, etc. »

Nous interpellons à ce moment le malade qui nous répond: « Je suis courbaturé, laissez-moi dormir. » La main est complètement dégonflée, elle a toute sa force, et serre énergiquement.

24 août. — Le lendemain, 24 juillet, l'œdème et la paralysie ont reparu

durant la nuit. Le soir à sept heures, nouvelle série d'attaques comme la veille. Nuit très calme; bon sommeil.

25 août. — Plus de gonflement, plus de paralysie. Dyn. = 60 kilos; elle est seulement plus froide et un peu cyanosée. L'anesthésie (dissociée) remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du coude où elle se termine par une ligne circulaire très nette. Champ visuel rétréci à 60° à droite et à gauche; goût aboli à droite; ouïe presque abolie à droite, le bruit de la montre n'est perçu que si celle-ci est appliquée contre l'oreille. A sept heures moins le quart, le soir, P... tombe en attaques. Nous arrivons à la fin de la première attaque. Le malade qui est dans le décubitus dorsal en est à la phase de délire. Ses yeux sont fermés, le visage est très congestionné. Il parle sans accompagnement de gestes, toujours couché, mais avec des intonations, des inflexions de voix pleines de naturel. Nous transcrivons textuellement ses paroles: « Des médecins, on en a vu des malins, qui se disent malins, ou qui paraissent l'être... Il y en a un... on peut bien le nommer tout de même... C'est l'honorable M. X..., officier de la Légion d'honneur, s'il vous plaît; il n'en est peut être pas plus brave pour ça. Il a dit à ces messieurs, oh! je ne vais pas vous raconter tout ce qu'il a conté; je ne vais pas vous faire le discours. Il a dit que j'étais atteint... d'une névrite du plexus brachial... et à cet effet, il m'a colloqué un boisseau de pointes de feu! j'en porte encore les marques... Il y avait dans le service un petit bonhomme qui avait l'air plus malin à lui tout seul que tous les autres réunis... Il s'appelait?... Il a été chef de clinique à la Pitié, je ne sais où, je ne me rappelle plus... Lui, avait dit que c'était une paralysie hystérique. Il avait dit à un autre: Le père X... se met le doigt dans l'œil, c'est un hystérique... Enfin ceci ou ça, ma main n'allait pas mieux... Après ça, j'ai été voir le médecin de la boîte (usine Eiffel, à Levallois-Perret), le père X... pas malin celui-là; c'est un Breton d'ailleurs. Il croit toujours que c'est un demi-setier de trop quand on est malade... Il m'a dit: « Paralysie *a frigore*. » Qu'est-ce que c'est que ça? Enfin il ne m'a rien fait. »

Deuxième attaque. — Phase épileptoïde; grands mouvements, arc de cercle, le délire continue. « Alors donc une... une paralysie *a frigore* et patati et patata. Enfin il me donne un billet et me dit: « Avec ça, tu iras à Tenon dans mon service, on te mettra des pointes de feu. » Je regarde le billet: c'était un bon pour 60 pointes de feu... Enfin j'y vais tout de même. Je vois dans la salle un grand diable d'externe qui avait plutôt l'air d'un chef de cuisine que d'un externe. Il m'en a collé dans le dos... des pointes de feu!

« Ça faisait le deuxième médecin en question.

« Le troisième... Celui-là c'était une *paralysie par compression*... sûr il ne m'a pas fait de mal, il ne m'a rien prescrit du tout.

« Et le plus drôle c'est que ça a guéri tout seul, deux jours après... oui, tout d'un coup en buvant un demi-setier... Ça aurait été de l'eau de Lourdes, pour sûr qu'on aurait pu crier au miracle. » Efforts de déglutition puis...

Troisième attaque. — ...« Alors je suis resté quatre mois bien tranquille, ma main fonctionnait bien... Ah ouiche, v'là ma paralysie qui repique un matin. Ça commençait à m'emm..... je me dis: le patron, ça va l'embêter, il va me mettre à la porte.

« Alors je vais retrouver le père X... il me dit — je crois bien qu'il a reconnu qu'il s'était f.... dedans cette fois — « Je vais te donner une lettre pour M. Charcot... Des lettres? J'en avais trois dans ma poche... Une de M. Netter, une de M. Moutard-Martin, une de M. Troisier et celle-là ça faisait quatre.

« Enfin j'ai donc été à la Salpêtrière... je n'ai pas montré les lettres... on m'a bien reçu sans lettre et je n'en suis pas plus fier pour ça. — Oh là! là! ce qu'il fait chaud! on étouffe dans c'te cambuse. (Ici, mouvements répétés de déglutition, ébauche d'attaque, efforts respiratoires, les membres se raidissent, mais l'attaque s'arrête là, et le délire reprend.)

« Ouvre la fenêtre... la porte... il faut de l'air... Ah!... un petit zéphyr... Et puis, tu sais, ne laisse jamais entrer les enfants quand je suis dans cette tenue là! non vois-tu, je ne veux pas qu'ils entrent quand je suis f.... comme ça. » (Après un moment de silence.) « Tout de même, c'est très encourageant pour le public... cinq médecins, et pas les premiers venus de Paris, qui ne connaissent pas ma maladie. Je crois que c'est Charcot qui a raison... quand il m'a vu M. D... lui a dit: « C'est un hystérique, mais il n'a pas eu de crises. » Le père Charcot a répondu: « S'il n'a pas eu de crises, eh bien! il en aura. » Si je savais pas qu'il me... si je croyais qu'il est sorcier je lui enverrais bien un gnon sur la caboche. Voilà!... Vite consolé lui... « S'il n'a pas de crise, eh « bien, il en aura!... » Avec tout ça me v'là propre » et, en insistant sur chaque mot... « Me voi-là passé pensionnaire de M. Charcot. — En voilà un certificat d'idiotie, de crétinisme, de ramollissement! Si on le savait, aucun patron ne voudrait me louer; on me f... à la porte de partout. Le fait est que c'est une population de choix ici. Il y en a quelques-uns qui sont enragés... »

Quatrième attaque. — « ...Ah oui! mais je ne sais pas ce que je vais devenir, je n'oserai jamais retourner avec mes enfants. Voyez-vous qu'on me ramène en fiacre entre deux sergents de ville¹... Je ne veux pas sortir... ou si je sors, ce sera pour aller jusqu'au pont d'Austerlitz... voir si la Seine n'a pas changé de courant... »

Ebauche d'attaque. — Le délire change d'objet, ce qui suit a été débité vite, avec un ton, des rires canailles, on ne peut plus nature... « Alors c'est pas une colle que tu me contes-là? Bien vrai! Le D... s'est marié avec la E...? Ah zut alors! mais je l'ai connue avant lui, mais c'est une trainée! tout l'atelier a... mais il n'y pense pas! Elle a passé une fois quinze jours au corps de garde sans sortir... Et puis elle se saoule... Eh bien, ils vont faire un joli couple. La grosse E... c'est pas une femme, c'est un tonneau! Ce qu'elle a dû en voir! Mais ça ferait le tour du monde s'ils étaient au bout les uns des

1. Il faisait allusion dans la circonstance à Cah... (Obs. I) qui, pris d'une attaque d'hystérie, sur la place de la Bastille, avait été ramené en fiacre à la Salpêtrière par deux sergents de ville.

autres... je n'en voudrais pas quand on me f... dix francs. Oh là! là! quel charivari si j'avais été là!... on aurait dû lui brûler la paillasse! »

Cinquième attaque. — Le délire recommençait, nous avons réveillé le malade en l'interpellant vivement, en le secouant; il est revenu à lui puis il s'est endormi paisiblement.

4 août. — Depuis P... a des attaques à peu près tout les deux ou trois jours, le soir, toujours vers sept ou huit heures. L'anesthésie remonte jusqu'à la *partie moyenne du bras*. Les autres stigmates n'ont subi aucune modification. Le malade a de chaque côté, dans le flanc, une zone hystéro-gène très nette, pseudo-ovarienne. La pression de ces zones n'arrête pas les attaques, mais elle les provoque toujours.

Cette observation nous a été communiquée par M. Tuffier, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Elle a été recueillie par M. Vignard, interne de service.

Obs. II. — Leg...s, Louis, trente-cinq ans, comptable à l'Exposition.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-huit ans de la rupture d'un anévrysme, caractère paisible. Mère morte à soixante-douze ans d'une hémiplegie gauche pendant le cours d'un cancer du sein; caractère calme, non nerveuse. Une sœur très nerveuse, s'est suicidée après avoir perdu du croup, en quinze jours, son mari et ses trois enfants. Un frère très nerveux, qui a eu les fièvres au Sénégal, et aurait des attaques d'épilepsie depuis la mort de la mère survenue il y a trois ans.

Antécédents personnels. — Marié à vingt-six ans; huit enfants, dont un est mort il y a trois semaines; une petite fille un peu nerveuse. Pas de syphilis. Fièvre typhoïde à onze ans. Réformé du service militaire pour varices volumineuses à gauche; ni rhumatisme ni migraine; fracture du radius il y a deux ans. Pas d'alcoolisme. Très fort mangeur.

Le mardi 17 septembre, à huit heures du matin, se sentant dans son état normal et entendant le coup de canon de l'Exposition, il tire sa montre de la main gauche et la laisse tomber. La main était engourdie, insensible, il y sentait des fourmillements. Le samedi, il vient à la consultation à l'hôpital Necker n'ayant encore fait que des frictions à l'alcool camphré et l'enveloppement avec l'ouate.

La main gauche est très parétique; elle est analgésique et présente de plus un *œdème* tout particulier qui ne ressemble en aucune façon à celui de l'albuminurie; il est *dur*, sa coloration est *rosée*; il rappelle les phénomènes de congestion que l'on peut voir à la suite d'un coup de froid.

Le samedi soir, il prend un bain salé; l'œdème disparaît en grande partie et ramène un peu de mouvement.

Examiné de nouveau le mardi, on constate que la *main gauche* qui est presque entièrement paralysée est insensible jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'interligne radio-carpien. La *main droite* est également plus

faible que d'ordinaire, sa sensibilité est diminuée sauf au niveau du pouce et de la partie externe de l'index où elle est normale.

La sensibilité générale est diminuée surtout à gauche, y compris la conjonctive et la cornée.

De plus, anesthésie complète du pharynx, de la langue des deux côtés ; plaques d'anesthésie complète à gauche dans la région sous-mammaire dans une étendue de 6 à 7 centimètres, et dans la région interne de la cuisse vers la moitié inférieure ; la région symétrique de droite présente également une grande diminution de la sensibilité.

Il semble qu'il faille un courant électrique plus fort que d'ordinaire pour faire réagir les muscles de l'avant-bras gauche.

Mercredi 25 septembre. — Le malade remue un peu mieux les doigts de la main gauche, mais la faiblesse y est toujours aussi grande. L'analgésie est peut-être un peu moins complète. La main est moins enflée : l'œdème qui avait presque complètement disparu est revenu les jours précédents. Les plaques insensibles le sont moins ; mais il existe au niveau de la joue gauche une anesthésie qui n'existait pas hier.

Jeudi 26. — Etat moins satisfaisant. L'œdème de la main gauche a reparu.

Vendredi 27. — Les mouvements reviennent dans les deux mains mais la force est peu augmentée. Toutefois, les mains ne sont plus analgésiques comme les jours précédents ; il existe seulement des endroits qui sentent moins bien que normalement.

Samedi 28. — Motilité stationnaire. La sensibilité des mains est revenue. La sensibilité générale reste la même.

Lundi 30. — Main droite un peu plus forte. Main gauche état stationnaire. Elles sont de nouveau anesthésiques.

Le malade est revenu deux ou trois fois en octobre se faire électriser car il n'était pas hospitalisé ; à chaque fois, l'amélioration s'accroissait ; puis il a cessé de venir et n'a plus donné de ses nouvelles.

IV

L'œdème hystérique siège généralement sur les membres, particulièrement lorsqu'ils sont en état de contracture ou de paralysie. Il en a été ainsi dans l'une des trois observations suivantes que notre maître, M. le professeur Charcot, a bien voulu nous communiquer.

Obs. III. — *Œdème, cyanose et contracture hystérique du membre inférieur gauche.* (Observation recueillie par M. le Dr Wallet à l'établissement hydrothérapique d'Auteuil et communiquée par M. le professeur Charcot.) — Mlle B..., âgée de dix-sept ans, après avoir présenté une série d'accidents de nature hystérique (contracture du bras droit,

torticolis, blépharospasme) fut prise le 7 mai dernier des symptômes que voici :

Le 7 mai, le gros orteil du pied gauche se contracture en extension et abduction forcée. Le jour suivant, le pied et la partie inférieure de la jambe sont envahis assez rapidement par un œdème dur, avec coloration violacée des téguments. Le troisième jour, 9 mai, la contracture d'abord localisée au gros orteil se généralise à tout le membre inférieur gauche; le pied se place dans l'attitude du pied bot talus et la jambe est immobilisée en extension, de telle sorte que la malade marche péniblement en soulevant son membre tout d'une pièce et en s'appuyant sur le talon.

L'œdème qui occupe tout le pied et les deux tiers inférieurs de la jambe est énorme, donnant aux deux segments du membre une forme cylindrique. Les saillies et méplats ont disparu; les malléoles ne sont plus apparentes.

Le gonflement consiste en une infiltration œdémateuse de la peau et des tissus sous-cutanés. Cet œdème est dur; cependant à la pression, il garde pendant quelques minutes l'empreinte en godet formée par la pulpe du doigt.

La peau, au niveau des parties gonflées, est cyanosée; elle a une teinte générale violacée sur laquelle se dessinent des marbrures d'une coloration plus foncée, lie de vin. Elle est sèche, luisante et froide.

Avec ce gonflement œdémateux qui est allé en augmentant pendant une semaine environ, il s'est développé au niveau des parties tuméfiées :

1° Une *hyperesthésie douloureuse et superficielle* des téguments. Les frôlements, les excitations légères à fleur de peau, y déterminent une sensation de cuisson insupportable. Par contre, une pression forte exercée sur une large surface est bien tolérée. La sensibilité thermique est émoussée. Le contact d'une boule d'eau très chaude ne détermine qu'une vague sensation de chaleur.

2° Des douleurs *spontanées*; ces douleurs consistent en tiraillements, élancements, sensations de brûlure. Elles sont assez intenses pour empêcher le sommeil.

Tous ces troubles : œdème, cyanose, sensations douloureuses, hyperesthésie et contracture ont persisté pendant un mois.

Le 9 juin, après une séance de massage, la contracture a commencé à céder, et dès lors, l'œdème, les troubles vaso-moteurs et l'hyperesthésie se sont effacés progressivement. Le 10 juin, alors que le volume du membre avait déjà sensiblement diminué, les chiffres des mensurations faites comparativement au membre inférieur droit et au membre inférieur gauche, étaient les suivants :

	A droite.	A gauche.
Cou de pied.....	21 centimètres.	24 centimètres.
Saillie des malléoles.....	22 —	25 —
Au-dessus des malléoles.....	19 —	21.5 —
Mollet.....	32 —	33 —

Ces troubles ont été suivis de près par une série d'attaques convulsives qui ont cessé au bout de quelques jours. Après un intervalle de quelques semaines, les mêmes accidents locaux (œdème, cyanose, contracture du membre inférieur gauche) ont reparu, mais très atténués cette fois, ils ont été du reste suivis comme les premiers d'une seconde série de crises convulsives.

OBS. IV. — *Œdème et cyanose de la jambe gauche.* (Observation communiquée par M. le professeur Charcot.) — Jeune fille âgée de vingt-cinq ans, hystérique, hémianesthésique du côté gauche, ayant déjà présenté des attaques convulsives, du mutisme, des contractures diversement localisées.

Au cours de ces accidents, le membre inférieur gauche fut pendant quinze jours le siège d'un œdème dur, bleuté, analogue à celui du cas précédent. Cet œdème localisé à la jambe avait un développement tel que la jambe avait à peu près le même volume que la cuisse. L'hyperesthésie de la peau au niveau des parties tuméfiées était si accusée que le contact des draps n'était pas supporté; on n'a pas noté de douleurs spontanées. Au bout d'une quinzaine de jours, le gonflement et la cyanose disparurent très rapidement en quelques heures.

Quelques semaines plus tard, il se produisit un gonflement œdémateux de la moitié droite de la paroi postérieure du thorax. Cet œdème s'accompagna de vives douleurs dans la région. Il persista quelques jours et se dissipa assez rapidement.

Enfin, quelque temps après, des papules rouges ayant un centimètre de diamètre environ se sont développées sur le dos des mains au niveau des poignets. Elle ne s'accompagnèrent ni de démangeaisons, ni d'aucune autre sensation anormale. Elles ne se sont effacées qu'au bout d'une semaine.

OBS. V. — *Œdème bleuté hystérique des membres inférieurs.* (Observation communiquée par M. le professeur Charcot.) — Il s'agit dans ce cas, d'une jeune fille, Mlle L..., qui avait été affectée antérieurement de crises convulsives, de mutisme, etc., et qui plus tard, mariée, présenta une simulation hystérique de la phtisie pulmonaire (toux, amaigrissement, anorexie).

Dans les premiers jours de janvier 1884, cette malade vit se développer en quelques heures, sans cause appréciable, un gonflement de

son membre inférieur droit en même temps que la peau de la région tuméfiée prenait une teinte rougeâtre, bleutée. Ce gonflement œdémateux était dur; il ne gardait que peu ou point l'empreinte du doigt. Il était complètement indolent. L'état général était parfait; il n'y avait pas de fièvre; la température relevée à plusieurs reprises pendant deux ou trois jours consécutifs oscillait entre 37° et 37° 5. Cependant, un chirurgien consulté, croyant se trouver en présence d'un phlegmon profond ou d'une périostite, pratiqua, après beaucoup d'hésitations, il est vrai, au niveau de la cuisse deux longues et profondes incisions; l'hémorrhagie fut peu abondante, mais les incisions ne donnèrent issue à aucune trace de pus. La plaie se cicatrisa en quelques jours: bientôt après, le gonflement disparut comme il était venu.

Le 7 mars de la même année, pareil accident se produisit à l'autre jambe. A son tour, le membre inférieur gauche fut envahi spontanément par un œdème dur, bleu clair, indolent. Cette fois on se borna à exercer une compression élastique des régions gonflées et au bout d'une semaine la tuméfaction œdémateuse avait disparu.

Le cas est évidemment fort instructif; et la complication *chirurgicale* qui vint en traverser l'évolution est bien faite pour montrer jusqu'à quel point ces gonflements hystériques, avec l'état congestif, la teinte violacée de la peau qui presque toujours coïncide, peuvent revêtir une apparence inflammatoire et faire croire soit à des phlegmons profonds, soit à des suppurations osseuses? Bien qu'ils soient relativement rares, ces faits méritent donc d'être connus, on en conviendra, ne fût-ce qu'en raison de l'intérêt pratique qu'ils comportent. Sans doute, l'absence de fièvre, l'état général du malade sont en ces circonstances des indices précieux, presque décisifs, pour le diagnostic. Mais il est incontestable que les symptômes locaux sont bien faits pour induire en erreur.

L'étendue, l'aspect du gonflement, les douleurs spontanées dont il est le siège, l'hyperesthésie des téguments, tout cela peut aisément conduire à un diagnostic erroné.

Dans l'observation de M. Damaschino¹ que nous résumons à cause de son importance, il siégeait sur les deux membres inférieurs contracturés et s'accompagnait de phénomènes inflammatoires susceptibles également de faire hésiter le diagnostic.

Femme de trente-trois ans, père mélancolique. Fièvre typhoïde à dix ans, à la suite de laquelle chorée rythmée des membres inférieurs. A quinze ans,

1. Notre regretté maître voulut bien nous donner sur cette malade des renseignements complémentaires d'où il résulte qu'ultérieurement, à plusieurs reprises, l'œdème apparut et disparut, toujours en coïncidence avec l'apparition et la disparition de manifestations d'hystérie locale. (G. T.)

tentative de suicide, hallucinations de la vue; enfermée comme aliénée, sort guérie au bout de cinq ans. A vingt-trois ans, douleurs très vives dans les membres supérieurs qui sont gonflés jusqu'aux épaules sans rougeur vive ni réaction inflammatoire; impotence. On diagnostique rhumatisme fibreux. Au bout de six semaines remue les doigts; au bout de six autres semaines guérison complète. Première grossesse très bonne; deuxième grossesse très mauvaise; dans les derniers jours crises intenses; accouche, sans connaissance, d'un enfant vivant. État d'hébétéude. Quelques mois plus tard, hémiplegie hystérique droite avec contracture du membre inférieur droit; certain degré de parésie du côté gauche.

Entrée en septembre 1889 à l'hôpital Laënnec; au bout de quelques jours, contracture du membre inférieur gauche: paraplégie complète; l'anesthésie est remplacée par de l'hyperesthésie: rétention d'urine.

En mars, tuméfaction malléolaire gauche, sensation de froid intense dans la jambe gauche. En avril, la jambe gauche est envahie tout entière par un œdème de couleur rosée, elle est très chaude à la palpation et mesure 4 à 5 centimètres de plus que la jambe droite. Température poplitée: à gauche 37°7, à droite 35°6 C.

Bientôt l'œdème envahit à son tour la jambe droite. Le 21 mai, l'œdème dur persiste des deux côtés. Les jours suivants il domine avec la contracture; il est plus mou et se localise particulièrement au niveau de la malléole externe de la jambe gauche. Il subit des alternatives d'augmentation et de diminution et tend à disparaître.

Les deux observations de Fabre sont très incomplètes: nous les donnons néanmoins *in extenso*, car la première surtout fait exception par la généralisation ou mieux par la dissémination de l'œdème, à celles rapportées par les autres auteurs.

Une autre hystérique, dit-il, m'a présenté à plusieurs reprises non plus un amincissement scléreux de la peau, mais un léger soulèvement de la peau déterminé par un œdème dur, peu abondant, apparaissant comme un faux embonpoint au visage, aux mains et sur divers points des membres, particulièrement au voisinage des articulations. Ce phénomène s'est reproduit plusieurs fois par périodes dont les unes ne duraient que quelques jours et les autres se prolongeaient davantage. La malade recevait alors sur sa bonne mine des compliments qu'elle acceptait avec d'autant plus de mauvaise grâce qu'elle disait éprouver de cet embonpoint simulé une gêne douloureuse et hors de proportion avec la bouffissure constatée; c'est que, sans doute, à ce trouble vaso-moteur se joignaient des troubles de sensibilité.

Un œdème sous-cutané beaucoup plus manifeste occupait tout le membre inférieur droit chez une hystérique observée par nous il y a deux ans; il coïncidait avec des troubles de la circulation pulmonaire, œdème ou congestion du même côté. Sydenham qui avait signalé cet œdème hystérique avait remarqué aussi son siège unilatéral.

C'est peut-être une fluxion analogue avec œdème qu'on observe aux seins de certaines hystériques.

Les trois cas de Weir Mitchell se résument ainsi qu'il suit :

Cas I. Femme de quarante-trois ans, hystérique à attaques, hémiplégie gauche avec hémianesthésie, conservation du tact; l'œdème siège particulièrement sur le membre inférieur gauche; il existe également sur le bras et se montre d'une façon intermittente sur le tronc, sur le sein, toujours à gauche. Œdème dur, le doigt qui presse laisse très difficilement sa trace. La température de la jambe gauche est inférieure de un quart à trois quarts F. comparée à celle de la jambe droite. L'œdème subit des variations à l'approche des règles, sous l'influence d'une émotion. Le gonflement diminuait sous l'influence d'un bandage très serré pour reparaitre aussitôt le bandage enlevé. Il persista au moins un an et demi.

Cas II (très incomplet). Femme trente-sept ans, hystérique; la jambe gauche est le siège d'un œdème très apparent augmentant beaucoup au moment des règles; température locale abaissée de deux dixièmes de degré Fahrenheit.

Cas III. Femme vingt-six ans, hystérique à attaques, hémiparésie et hémianesthésie gauche. Œdème des deux jambes, surtout de la jambe gauche, principalement marqué pendant les premiers jours des règles et diminuant avec leur disparition. Cet œdème très variable n'augmentait ni par la marche ni par la station debout prolongée; il siégeait quelquefois au bras gauche et à la main. Les attaques le ramenaient plus considérable. La pression prolongée du doigt ne donnait pas, ou donnait très faiblement le godet de l'œdème. Le tissu aréolaire de la jambe gauche paraissait plus ferme que celui de la jambe droite.

On le voit, l'œdème se superpose presque toujours à une contracture ou à une paralysie d'un membre.

L'aspect de l'œdème hystérique est bien tel que l'avait indiqué Sydenham, c'est un œdème dur sur lequel la pression prolongée du doigt ne laisse que peu ou pas d'empreinte. Si l'on voulait conserver au terme œdème sa véritable signification, on ferait mieux peut-être de ne pas l'employer dans l'espèce : c'est un gonflement dur; mais l'expression nous paraît consacrée par l'usage qui a force de loi.

La peau de niveau peut avoir sa coloration normale, mais le plus souvent aussi elle est violacée ou présente une rougeur inflammatoire (Damaschino); la teinte violacée peut persister lorsque l'œdème a disparu. Elle peut précéder l'apparition de l'œdème. Aussi M. Char-

cot propose-t-il de donner à cette manifestation le nom d'*œdème bleu des hystériques*.

Généralement, la température locale est abaissée; Weir Mitchell a noté trois quarts de Fahrenheit. Dans notre observation I il y eut un moment (Troisier) 3 degrés de différence en moins sur la main droite siège de l'œdème; le simple toucher permettait d'ailleurs de sentir cette diminution de la température périphérique.

En un seul cas (Damaschino) il existait de l'élévation locale de la température qui était portée dans le creux poplité gauche siège de l'œdème à 37° 7, et ne mesurait que 35° 6 dans le creux poplité droit, côté sain.

Nous savons que presque toujours la paralysie, l'anesthésie et l'œdème se superposent; il existe de plus, souvent, *in situ*, dans le membre atteint, des sensations d'engourdissement, de fourmillement, de refroidissement, des douleurs plus ou moins vives qu'il est malaisé de rapporter à l'œdème seul, vu la complexité des symptômes.

Son début est variable; généralement il apparaît avec la contracture ou la paralysie qu'il peut toutefois précéder; il s'établit en permanence avec les troubles moteurs subissant des alternatives fréquentes d'augmentation ou de diminution. C'est là un de ses caractères les plus importants. S'il est en effet très tenace, on remarque aussi qu'il subit des fluctuations très accentuées sous l'influence de l'apparition ou de la disparition des règles, d'une émotion morale un peu vive, etc. Il peut apparaître ou disparaître brusquement à la suite d'une attaque; en deux heures le membre qui en était indemne peut mesurer 4 ou 5 centimètres de circonférence de plus que son congénère du côté opposé, maximum de dimensions auquel l'œdème hystérique semble devoir se limiter.

La station debout prolongée ne paraît pas l'augmenter: dans notre observation III (Corn...) l'usage du membre inférieur gauche contracturé (coxalgie hystérique) le faisait réapparaître ou mieux l'accroissait davantage.

Sa durée peut être fort longue (deux ans et plus, obs. I) elle paraît surtout subordonnée à la marche de la paralysie ou de la contracture sous-jacente.

Quand à sa nature réelle elle est encore hypothétique; les piqûres ne faisaient pas sourdre de sérosité dans les cas observés.

En résumé: œdème dur, bleuté, indolent ou douloureux; abaissement de la température locale, superposition habituelle de l'œdème à une paralysie ou à une contracture avec troubles de sensibilité.

Dans un cas, rougeur inflammatoire de la peau avec élévation locale de la température.

Tels sont les caractères sur lesquels on pourra s'appuyer pour faire le diagnostic de l'œdème hystérique, caractères qui, bien entendu, ne devront pas faire négliger la recherche tant des stigmates que des troubles urinaires permettant de corroborer le diagnostic, ou d'attribuer l'œdème à toute autre cause, l'albuminurie par exemple, combinée ou non avec la névrose.

GILLES DE LA TOURETTE,

Ancien chef de Clinique
des maladies du système nerveux.

A. DUTIL,

Interne de la Clinique
des maladies du système nerveux.

LA DERMOGRAPHIE

On a désigné sous les noms divers d'urticaire provoquée, urticaire graphique, dermato-neurose stéréographique, un phénomène singulier dû à une excitabilité spéciale de la peau, qui consiste dans l'apparition de saillies œdémateuses, entourées de rougeur, semblables aux plaques ortiées, pouvant former des figures variées à volonté, sous l'influence des excitations du tégument. Nous préférons la dénomination pure et simple de *dermographie* qui ne préjuge en rien de la nature de ce phénomène.

Les traités classiques de dermatologie signalent bien à propos de l'urticaire l'excitabilité vaso-motrice que présente parfois la peau des malades atteints de cette affection. Mais Gull le premier¹ a traité la question avec quelques détails. Plus tard Zunker² a décrit minutieusement le phénomène qui nous occupe à propos de deux jeunes malades, atteints d'urticaire vraie. Dans la littérature française nous relevons plusieurs observations touchant le même sujet, faites principalement sur des hystériques. La plus connue est celle de Dujardin-Beaumetz³ (*la femme-cliché*). — Le fait a été noté chez deux hystériques du service de M. Charcot par MM. Bourneville et Regnard⁴. Axenfeld⁵ dans son *Traité des névroses* dit l'avoir observé deux fois. Enfin plus récemment, M. Chambard⁶ en publiait une intéressante observation dans les *Archives de neurologie* et M. Lwoff⁷ présentait un malade à la Société médico-psychologique. Antérieurement, le fait avait d'ailleurs été remarqué par Lorain, qui aimait, dit M. Renaut⁸ (de Lyon), à stigmatiser ses hystériques.

1. W. Gull, *On factitious urticaria* (Guy's Hosp. Rep., 1859).

2. Zunker, *Ueber zwei Fälle von vasomotorischen Neurosen* (Berlin. klin. Wochenschrift, 1875).

3. Dujardin-Beaumetz, *Note sur les troubles vaso-moteurs de la peau observés chez une hystérique* (Union médicale, décembre 1879).

4. Bourneville et Regnard, *Iconographie de la Salpêtrière* (1879-1881).

5. Axenfeld, *Traité des névroses*, Paris, 1883.

6. Chambard, *Dermatoneurose stéréographique chez un imbécile alcoolique* (Archives de neurologie, janvier 1889).

7. Annales médico-psychologiques, numéro de novembre 1888.

8. Renaut, Article *Dermatose*, du Dict. encyclopédique.

La rareté du phénomène a sans doute été exagérée par la plupart des auteurs qui ont traité de la question; car ayant eu l'occasion de le rechercher sur cent trente malades, épileptiques ou nerveux, nous l'avons observé, 7 fois avec une grande intensité, — 18 fois à un degré moyen — 21 fois il était très faible — 91 fois il n'a pu être produit.

On peut dire que les conditions auxquelles est liée l'existence de la dermatographie restent jusqu'ici très obscures, car l'attention n'a guère été attirée de ce côté. Toutefois, en relevant les faits signalés, nous trouvons une prédominance chez deux catégories de malades: d'une part, les femmes hystériques; d'autre part, les individus déjà atteints d'urticaire vraie. Les faits de MM. Chambard et Lwoff; les cas qu'il nous a été donné à nous-mêmes d'observer se rapportent à des sujets présentant des tares névropathiques manifestes. Zunker¹ rapporte l'histoire d'un saturnin qui présenta le phénomène en question d'une façon passagère, alors seulement qu'il était sous l'influence du poison. Toutefois, il serait prématuré de rien conclure à cet égard, avant que la réaction ait été recherchée sur les individus absolument sains; d'autant plus que Michelson a pu la déterminer chez trois adultes vigoureux, n'ayant aucune tare névropathique. Un des faits d'Axenfeld² se rapporte aussi à un sujet en pleine santé. Il n'est pas rare d'observer chez les femmes, au niveau de la taille, chez quelques individus à la ceinture, aux endroits où les vêtements exercent une pression énergique, un boursoufflement diffus de la peau, avec rougeur et saillies œdémateuses, ressemblant au premier abord à distance à des vergetures, des cicatrices. Il s'agit là d'un fait du même ordre; et c'est ainsi que nous avons découvert l'excitabilité remarquable de la peau chez le malade dont nous donnons ici la reproduction.

Toutes les régions du tégument ne sont pas également favorables à l'expérience. Il faut choisir, dit Gull, une région riche en fibres lisses. C'est sur la peau du thorax qu'on réussit le mieux à produire le phénomène, principalement dans la région dorsale. Sur les membres, l'excitabilité va en décroissant de la racine vers l'extrémité. Nous avons également pu le produire sur la face, sur la peau du front; M. Chambard sur la muqueuse buccale³. Ajoutons que les excitations mécaniques sont les plus efficaces.

Pour la description du phénomène de la dermatographie, nous ne saurions mieux faire que de nous rapprocher de celles qu'en ont

1. Zunker, *loc. cit.*, p. 505.

2. Axenfeld, *loc. cit.*, p. 1032.

3. Chambard, *loc. cit.*, p. 14.

données Gull et Zunker. Voici les phases détaillées par lesquelles il passe successivement :

Aussitôt le passage de l'instrument (tranchant d'un coupe-papier par exemple) pâleur passagère suivie du phénomène de la chair de poule.

30 secondes : rougeur faible sur la ligne tracée, entourée de deux zones pâles.

1 minute 1/2 : troisième zone rouge périphérique, s'étendant au loin.

Fin de la 2^e minute : apparition sur la ligne centrale d'élevures blanches d'abord isolées et marquées au niveau des follicules pileux.

3^e minute : extension de la saillie blanche, qui envahit la première zone pâle et arrive aux limites de la zone rouge périphérique.

4^e ou 5^e minute : l'élevure ortiée est complète; les saillies folliculaires isolées confondues entre elles, disparues dans l'infiltration générale.

Seulement sur le bord, on aperçoit quelques bulbes pileux proéminents, donnant à cette partie un aspect grenu, chagriné.

15 à 20 minutes : commencement du déclin. L'aréole rouge se rétrécit, l'élevure s'affaïse et diminue de largeur.

Quelques heures : plus rien.

Ce tableau qui est à peu près exactement celui tracé par Zunker à propos d'un malade, peut s'appliquer à la généralité des cas avec quelques modifications. C'est ainsi que l'aspect de la chair de poule est plus ou moins marqué; la saillie de l'élevure varie de 1 à 2 millimètres et davantage; la zone rouge périphérique s'étend de 2 à 5 centimètres. La persistance du phénomène peut être de 12 heures, comme dans le cas de M. Dujardin-Beaumetz¹. Il existe du reste de grandes variations individuelles; et l'examen de nos malades nous a montré que toutes les transitions pouvaient s'observer dans les degrés que présente le phénomène. D'une façon générale, il est d'autant plus fort qu'il a été plus long à se produire.

Comme conséquence de la congestion cutanée qui accompagne l'œdème, il faut noter une élévation de température pouvant dépasser 2°. — Suivant Gull, il se produirait, concurremment à la contraction des fibres lisses du derme et sous l'influence de cette contraction, une modification dans les dimensions du tégument, un raccourcissement que l'on peut vérifier en prenant la distance entre deux points marqués sur la peau. Le fait avancé par Gull n'est pas si facile à vérifier qu'il en

1. Dujardin-Beaumetz, *loc. cit.*, p. 919.

a l'air si l'on considère que, dans la région sternale par exemple, une distance verticale longue de 8 centimètres peut augmenter de 1 centimètre quand on porte le cou dans l'extension; et qu'il en est de même dans le sens transversal si l'on porte les épaules en arrière. Il faut donc s'assurer d'une immobilité absolue pendant toute la durée de l'expérience. Or en choisissant pour faire cette recherche la peau qui recouvre la crête du tibia, nous avons évité cette cause d'erreur. Mais dans ces conditions, nous n'avons observé aucun changement de dimension dans la région excitée. Entre deux points distants de 8 centimètres, huit lignes transversales ont été tracées. Mais à aucun moment du phénomène, et dans aucun sens, il ne nous a été donné d'observer le retrait du tégument. D'ailleurs la même expérience pratiquée dans la région sternale, le malade ayant gardé l'immobilité absolue, les bras croisés, nous a donné le même résultat négatif.

Notons encore au niveau de l'éruption provoquée, le phénomène du pouls capillaire déjà observé par M. Hirtz¹ sur les papules ortiées.

Nous en aurons fini avec cette description quand nous aurons ajouté que les symptômes subjectifs, dans tous les cas, sont nuls au niveau de l'éruption. Zunker note seulement une légère sensation de chaleur chez un de ses malades; mais il y a loin delà au prurit intense, caractéristique de l'urticaire véritable.

Les phénomènes consécutifs sont nuls : la congestion œdémateuse disparaît spontanément au bout de 1 à 12 heures. Nous signalerons cependant, avec toutes réserves, un fait de pigmentation consécutive. Six petites lignes transversales avaient été tracées voisines l'une de l'autre, dans la région deltoïdienne droite; l'excitation n'avait pas été plus violente que d'habitude, et aucune ecchymose n'avait été remarquée. Cependant, huit jours plus tard, apparaissait une légère pigmentation brune, qui actuellement, au bout de trois semaines, est manifeste sur les lignes précédentes. Mais il faut avouer que c'est la seule fois que pareille chose s'est produite, et que nos tentatives ont échoué pour obtenir une pigmentation dans la région symétrique, du côté gauche.

Dans le but d'étudier les circonstances qui font varier le phénomène, on a fait un certain nombre d'expériences :

1° On a varié les excitants.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les excitants mécaniques par *pression*. Les *piqûres d'épingles* légères s'entourent d'une petite macule rouge, qui devient au bout de quelques minutes une papule

1. Hirtz, *Soc. médicale des Hôpitaux*, séance du 25 janvier 1889.

légèrement saillante, de la dimension d'une lentille. Un jet d'eau compact ou divisé lancé avec force (excitation hydro-mécanique) a pu produire l'œdème congestif sur le malade de M. Chambard¹. Le même malade, dont l'excitabilité était remarquable, a présenté, sous l'influence d'une simple aspersion d'eau froide, une roséole, bientôt suivie de l'apparition de papules d'urticaire typiques.

Une malade de M. Blachez² était particulièrement sensible au *froid*. L'effigie d'une pièce de monnaie se reproduisait sur sa peau avec un relief d'une netteté remarquable.

Les excitations électriques semblent bien inférieures sous ce rapport aux excitations mécaniques. Ainsi la *faradisation* avec le pinceau n'a fait apparaître, sur le malade photographié ici qu'une faible rougeur (au zéro de l'appareil Dubois-Raymond). Il est vrai que cette rougeur une fois effacée, nous avons pu voir persister quelques petites papules rouges, semblables à des éléments de varicelle et répondant aux points de contact des fils du pinceau. Les excitations *galvaniques* semblent plus actives. Au bout d'une minute environ, avec 24 éléments Gaiffe, nous avons vu se produire aux points de contact du pinceau de petites papules rouges, saillantes, qui sont devenues œdémateuses, simulant à s'y méprendre un groupe d'éléments de zona. Les résultats se sont montrés identiques aux deux pôles avec le pinceau, si ce n'est que, au pôle positif, l'éruption s'est montrée plus tôt et a été plus forte. Notons encore l'opposition au pôle négatif d'une belle roséole, étendue à tout le dos, au moment de l'application du pinceau, phénomène qui n'a pas du reste été reproduit dans la même séance. Au niveau du tampon, rien d'appréciable ne s'est produit.

Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par M. Chambard auquel la galvanisation a donné moins que la faradisation. Mais il faut peut-être, en pareille matière, faire la part de l'excitabilité spéciale du malade. En tous cas, la différence observée dans les deux modes de réaction, montre bien qu'il ne s'agit pas d'excitation mécanique pure et simple par les fils du pinceau.

2° On a cherché à entraver localement la production du phénomène.

Gull et Zunker ont signalé l'action des anesthésiques. L'application de chloroforme, d'éther, empêchent la formation des élevures ortiées; mais il faut que l'anesthésie locale soit complète. Après avoir répété ces expériences, voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivés. Si l'anesthésie est incomplète (application de chloroforme, de glace

1. Chambard, *loc. cit.*, p. 15.

2. Blachez, *Société médicale des Hôpitaux*, 1872.

pendant 1 ou 2 minutes) une ligne tracée, partie sur la peau intacte, partie sur la région anesthésiée, devient saillante d'abord dans la première portion seulement — puis la seconde s'élève à son tour avec un retard variant de 1 à 3 minutes. Finalement le phénomène acquiert une intensité égale sur toute la longueur de la ligne. Une fois la saillie bien développée, les applications de glace ou de chloroforme ne la modifient plus. Si maintenant on pulvérise de l'éther jusqu'à l'insensibilité complète, il est impossible en effet de produire le relief ou même simplement la rougeur avec les excitations les plus fortes. Mais nous avons pu constater, en examinant la région au bout de deux heures, l'existence de reliefs bien développés (pl. XLIII). Il n'y a donc pas obstacle, mais simplement retard, période latente d'autant plus longue que l'anesthésie a été plus parfaite.

Le phénomène semble d'ailleurs s'épuiser lui-même par une simple répétition. Aux endroits précédemment irrités, on constate un retard dans l'apparition des saillies — hauteur moindre — rougeur moins étendue. Cet épuisement s'est prolongé jusqu'au lendemain dans une région fortement irritée à plusieurs reprises, et nous avons noté que la ligne en relief produite alors était interrompue par places, les saillies perifolliculaires restant isolées.

Il est difficile d'établir l'évolution de ce phénomène singulier chez les individus qui en sont porteurs, en raison de l'absence d'observation longtemps poursuivie. La malade de M. Dujardin-Beaumetz, tenue en observation pendant six mois, n'a pas présenté de modification appréciable. De notre côté, dans l'espace de 1 à 2 mois, nous n'avons pas noté sur nos malades de changement important et durable. Il s'agit vraisemblablement là d'une manière d'être de la peau, d'un état permanent. Seul, Zunker¹ a noté sa disparition chez le saturnin dont nous avons parlé.

Il serait non moins intéressant d'étudier les variations passagères du phénomène. Chez deux de nos malades, l'un présentant des poussées d'urticaire², l'autre ayant une éruption eczémateuse, nous avons noté que le phénomène était plus intense au moment des recrudescences de l'affection cutanée. Mais c'est surtout sous l'influence des accès épileptiques que nous avons pu constater dans quelques cas des modifications intéressantes³.

1. Zunker, *loc. cit.*, p. 505.

2. Ce même malade dont la région dorsale est photographiée ici, présente sur les jambes quelques pustules d'ecthyma disséminées. Bien qu'il s'agisse là d'ecthyma simple, une d'entre elles siégeant à la face antérieure de la jambe gauche a déjà provoqué deux hémorragies abondantes en ulcérant une veine superficielle.

3. Ch. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 219.



PHOTOTYPÉ BERTHAUD

DERMOGRAPHIE

LECROSNIER ET BADE, ÉDITEURS

Pendant la stupeur nous n'avons même pas pu produire la simple raie rouge érythémateuse que l'on obtient sur tout le monde. *Après l'accès*, nous avons pu examiner trois des malades qui la présentaient à un fort degré en temps ordinaire : chez l'un deux (4 heures après) il ne s'est produit qu'une simple rougeur assez étendue sans saillie; — chez les deux autres, saillie très faible. Enfin chez un 4^e malade qui présentait une réaction cutanée d'intensité moyenne, après une série de cinq accès, les plus fortes excitations n'ont produit qu'une faible rougeur; et c'est seulement le lendemain que le phénomène commençait à reparaitre très léger. L'accès d'épilepsie semble donc épuiser l'excitabilité cutanée.

Reste à connaître la nature du phénomène qui nous occupe; c'est à n'en pas douter un phénomène d'ordre musculaire, portant sur les vaisseaux et sur les follicules pileux, et passant par les deux phases successives de contraction et de paralysie. Mais quelle est sa parenté avec l'urticaire vraie? La coexistence fréquente chez le même individu, l'identité des phénomènes objectifs prouvent en faveur de celle-ci. Mais les arguments opposés ne font pas défaut. D'abord la coexistence est loin d'être constante. En outre le prurit fait défaut dans cette urticaire artificielle. Enfin les substances qui modifient l'urticaire véritable restent ici sans effet :

1^o L'ingestion des aliments qui produisent l'éruption ortiée a amené des poussées chez les sujets atteints d'urticaire vraie; mais est restée sans effet chez ceux où l'on constatait simplement la dermatographie, et ne semble pas avoir exagéré le phénomène.

2^o En second lieu, le traitement de l'urticaire (atropine, ergotine) tenté par Dujardin-Beaumetz et que nous avons essayé également sur nos sujets, n'a jamais réussi à modifier le phénomène d'une façon appréciable.

CH. FÉRÉ,
Médecin de Bicêtre.

H. LAMY,
Interne des hôpitaux.

CONSIDÉRATIONS SUR LA COURBE DES EXCRÉTIIONS

DANS L'ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE

I

Dans un travail publié en 1888¹, nous nous efforcions de tracer l'histoire clinique des attaques de sommeil hystérique. Les faits que nous avons observés depuis n'ont rien ajouté de bien particulier à la physionomie que nous en donnions alors. Toutefois nous avons observé pendant de longs mois une malade, Biz... (pl. XLIV, XLV) qui, comme on le verra, fut présentée à plusieurs reprises par M. Charcot à ses auditeurs des *Leçons du Mardi* et dont l'attaque offrait certaines particularités. La plus importante consistait en ce que, bien souvent, l'attaque de sommeil avait lieu *sans aura* : la malade tombait par terre, *assommée* pour ainsi dire, comme s'il se fût agi d'un accès d'épilepsie. C'était là une difficulté de plus ajoutée au diagnostic.

Pendant le sommeil, à intervalles variables, tout d'un coup, les yeux fermés ou demi-clos, elle se découvrait brusquement, sortait de son lit en courant, se dirigeait vers la sortie et allait se frapper avec violence contre le premier objet qui s'opposait à sa course, porte, mur, etc.; ces *fugues* représentatives des attitudes passionnelles, comme le faisait remarquer M. Charcot, sont encore assez particulières, elles montrent qu'il est nécessaire, dans ces circonstances, de surveiller très attentivement les malades afin qu'elles ne puissent se nuire. La violence du choc ne troublait d'ailleurs en aucune façon le sommeil qui restait aussi profond que l'instant d'auparavant. Chez cette malade, la pression seule d'une zone hystérogène était susceptible d'amener le réveil, à moins que celui-ci ne survint normalement.

Dans le mémoire de 1888, nous donnions l'observation d'une malade qui intriguait alors surtout le monde extra-scientifique, et que les journaux politiques avaient baptisée « la dormeuse de Thenelles ». Cette malade que nous étions allé voir avec le Dr Charlier [d'Origny Sainte-Benoîte] qui lui donnait ses soins, était alors plongée

1. Gilles de la Tourette. Des attaques de sommeil hystérique. *Archives de neurologie*, n° 43, 44, 1888.



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIC BERTRAND

ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE
(ÉTAT NORMAL)

LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE

dans l'état de mal de sommeil hystérique depuis le 31 mai 1883. Grâce aux notes qui nous avaient été obligeamment communiquées par notre confrère, nous avons pu compléter notre examen du 7 avril 1887 et établir, dans une observation détaillée, que Mlle B... était bien plongée, à cette époque, dans une période de véritable sommeil hystérique que le Dr Charlier suivait depuis près de trois ans.

Il était intéressant de savoir ce qu'était devenue cette dormeuse. M. le Dr Charlier a bien voulu, avec son obligeance ordinaire, nous communiquer la note suivante, pour laquelle nous lui adressons tous nos remerciements : « La dormeuse de Thenelles que j'ai vue ce matin (10 décembre 1889) est toujours dans la même situation. Je ne retrouve plus la zone hystérogène de la région sternale. Les périodes de grands mouvements qui entrecoupaient le sommeil, sans amener toutefois le réveil, se font plus rares et moins fortes. La trépidation spinale et l'exagération du réflexe rotulien sont toujours très marquées à droite. Le pouls était ce matin, au début de mon examen, à 120. L'état de contracture est toujours le même, avec anesthésie générale. L'amaigrissement de la malade ne m'a pas paru beaucoup plus grand que lorsque vous l'avez vue, mais il m'est difficile de me prononcer en l'absence de pesées comparatives. La mère m'a appris que sa fille avait eu il y a quelques jours de la diarrhée. Je n'ai pas eu le loisir de lui demander plus d'explications, mais je me réserve de l'interroger à nouveau dans une prochaine visite et de vous faire part de ce que j'aurai appris. »

Ainsi, le sommeil ayant débuté le 31 mai 1883 et se poursuivant encore le 10 décembre 1889, nous nous trouvons donc en présence d'un état de mal de sommeil de 6 ans, 6 mois et 10 jours de durée. Cette observation exceptionnelle doit être placée en dehors de toute contestation, étant donné la surveillance médicale constante à laquelle a été soumise la malade et le diagnostic indiscutable dans la circonstance. En 1887, elle était alimentée exclusivement avec des lavements de lait et de peptones : il est probable — sans que nous puissions l'affirmer toutefois — que c'est encore de cette façon qu'elle est actuellement nourrie.

II

La conservation de l'existence pendant ces longues périodes de sommeil hystérique, dans lesquelles l'alimentation ne devait s'effectuer, pensions-nous, que d'une façon insuffisante et quelquefois tout à fait négative, nous faisait désirer, en 1887, d'élucider la question des

excrétions, de la nutrition en un mot, pendant l'attaque de sommeil hystérique.

Quelques analyses entreprises à Londres et à la Salpêtrière à notre instigation, n'avaient donné que des résultats absolument insignifiants pour beaucoup de raisons indépendantes de l'investigation chimique pure.

Pour cela même, l'idée d'étudier la nutrition dans ces cas si particuliers n'avait pas été abandonnée; elle nous a conduit même à généraliser notre étude à l'hystérie tout entière, normale ou pathologique.

Ces recherches qui ont porté sur un très grand nombre de malades et ont nécessité une quantité très considérable d'analyses, ont été faites pendant les années 1888 et 1889, sous la direction et dans le service de notre éminent maître, M. le professeur Charcot. Elles sont en cours de publication dans le *Progrès médical*, et ont fait l'objet d'une communication préalable à la Société de biologie (27 juillet 1889). Pour l'intelligence des faits qui vont suivre, nous reprendrons cette communication, nous en tenant exclusivement à ce qui regarde l'attaque et les états de mal.

Nos malades, hommes et femmes à l'encontre de ce qui avait été fait avant nous, ont été divisés en deux catégories : les *hystériques normaux*, les *hystériques pathologiques*. Les premiers sont ceux qui ne présentent au moment de l'observation que les stigmates physiques nécessaires pour établir à l'état permanent le diagnostic de la névrose; les seconds sont ceux qui, en plus des stigmates permanents, présentent la série des accidents variés : attaques, états de mal, vomissements, etc., constituant la pathologie de l'hystérie. Nos recherches qui ont porté pour le premier groupe sur dix hystériques normaux, sept femmes et trois hommes, nous ont conduit à admettre — à l'encontre de l'opinion de M. Empereur — que *chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose, autres que les stigmates permanents, la nutrition s'effectue normalement*.

Les phénomènes pathologiques que nous avons plus particulièrement étudiés sont, en ce qui regarde l'attaque : 1° l'attaque convulsive aux quatre périodes; 2° l'attaque bornée à l'une de ces périodes ou avec prédominance de cette période : forme épileptoïde, léthargique, etc.; 3° l'attaque à forme d'épilepsie partielle; 4° les attaques de chorée rythmée, toux, bâillements, etc.

Dans tous ces cas, les résultats des analyses comprenant la période des vingt-quatre heures à dater du début de l'attaque nous ont permis de conclure :

Que dans l'attaque d'hystérie convulsive et dans toutes les variétés d'attaques que nous venons d'énumérer il y avait : 1° diminution du résidu fixe, de l'urée et des phosphates; 2° que le rapport entre les phosphates terreux et alcalins étant normalement comme 1 est à 3, dans l'attaque d'hystérie ce rapport devient toujours comme 1 est à 2 et souvent comme 1 est à 1. C'est ce que nous avons nommé *l'inversion de la formule des phosphates*.

En ce qui regarde le volume de l'urine des vingt-quatre heures, celui-ci est le plus souvent diminué; toutefois la première miction qui suit l'attaque est généralement plus considérable qu'une miction ordinaire; c'est elle qui crée la polyurie lorsqu'elle existe.

L'étude des *états de mal hystérique* à forme épileptoïde, à forme d'épilepsie partielle, cataleptique (attitudes passionnelles), délirante, nous a démontré, qu'au point de vue chimique, l'état de mal hystérique n'était autre chose qu'une attaque d'hystérie prolongée avec accentuation des phénomènes que nous avons énumérés.

De plus, l'étude de la courbe des excréta urinaires pendant la durée de l'état de mal montre qu'au début il y a chute des éléments urinaires; puis plateau; et relèvement quelques jours avant la sortie de l'état de mal. Le relèvement des éléments constitutifs, lequel est susceptible d'atteindre et même de dépasser le taux normal, la veille et le jour du réveil, est indépendant de l'alimentation, celle-ci ayant été négative dans la plupart des états de mal que nous avons étudiés. Ce sont donc bien là des phénomènes dus à l'hystérie et non à l'inanition. L'étude de la courbe permet donc de prévoir la durée de l'état de mal et de prédire le retour à l'état normal.

Quel que soit l'état de mal observé, le poids des sujets diminue journellement d'une quantité variable, suivant la durée de l'état de mal. Le retour à l'embonpoint est très rapide après le réveil.

Nous voulons démontrer aujourd'hui que l'état de mal léthargique ne diffère pas des autres états de mal hystérique et que la courbe des excréta nous permettra encore une fois de prévoir la durée de l'état de mal et de prédire le retour à l'état normal; ce qui est dans la circonstance d'une importance qui n'échappera à personne. Dans l'état de mal à forme épileptoïde, par exemple, la fréquence des accès, leur diminution, peuvent faire préjuger la continuation de l'état ou du retour à l'état normal; de même a-t-on des indications assez précises dans l'état de mal délirant par l'état même du sujet. Dans l'état de mal de sommeil au contraire, rien qui indique le réveil. La clinique a donc tout à gagner à posséder un procédé permettant d'annoncer quand aura lieu le réveil. La physiologie générale profitera de nos recherches en

ce qu'on ne considérera plus désormais les hystériques, comme des êtres à part, au-dessous encore, biologiquement, des animaux hibernants, vivant et ne déperdant rien, « parce qu'il leur est inutile sinon nuisible de manger. » (Empereur.)

III

Nos expériences, en ce qui regarde l'état de mal léthargique ou attaque de sommeil, ont porté sur 6 malades donnant un total de 11 états de mal pour lesquels il a été fait 91 analyses des 24 heures de sommeil sans compter les périodes d'état normal. L'état de mal le plus court que nous ayons observé a été d'un jour, le plus long de 15 jours, parmi bien entendu ceux qui ont été soumis à notre analyse. Il ne faut pas oublier en effet, comme nous l'avons dit, que l'état de mal de sommeil peut se prolonger pendant beaucoup plus longtemps.

Pendant cette période, le sujet est susceptible d'absorber une alimentation restreinte, liquide ou demi-liquide. A ce dernier point de vue, nous aurons toujours le soin de faire ressortir les particularités qu'offraient individuellement nos malades. Nous pouvons dire déjà que chez tous la température est restée normale pendant la durée des accès; les urines ont été recueillies à l'aide de la sonde.

Négligeant l'ordre chronologique dans lequel ont été faites nos observations, il nous a paru intéressant de donner tout d'abord l'analyse d'un état de mal, d'une attaque de sommeil n'ayant pas dépassé la période de 24 heures.

TABLEAU A. — ATTAQUE DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE.

Will, 19 ans.

DATES	PÉRIODE	VOLUME	RÉSIDU fixe pour 1.000 cc.	URÉE	ACIDE phosphorique			RAPPORT	OBSERVATIONS
					Terreux	Alcalin	Total		
17 Janvier 1880.	État normal.	1.150 cc.	40.50	22	0.66	1.74	2.40	48 à 100	P = 48 kil.
18 —	Attaque	550 cc.	34.10	8.25	0.66	0.44	1.10	150 à 100	

Si l'on veut bien considérer le tableau A, on verra que l'attaque de sommeil bornée à la période de 24 heures se comporte exactement, au point de vue biologique, comme une attaque convulsive ordinaire. Elle se juge par l'abaissement du taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion caractéristique de la formule de ces derniers. En effet, à l'état normal Will., 19 ans, poids 48 kilogrammes, excrète 1,150 centimètres cubes d'urine; 49 gr. 50 de résidu fixe pour 1,000 centimètres cubes; 22 grammes d'urée; 2 gr. 40 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 66, et alcalin 1 gr. 74, donnant la proportion normale de 48 à 100.

Le jour de l'attaque de sommeil elle excrète 550 centimètres cubes d'urine; 34 gr. 10 de résidu fixe; 8 gr. 25 d'urée; 1 gr. 10 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 66, et alcalin 0 gr. 44 donnant la proportion de 150 à 100 réalisant au suprême degré l'inversion de la formule des phosphates.

L'attaque de sommeil hystérique, comprenant la période de 24 heures, est donc entièrement assimilable, au point de vue chimique, à l'attaque convulsive ordinaire.

TABEAU B. — ÉTAT DE MAL DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE
Jume..., 16 ans.

DATES		VOLUME	RÉSIDU fixe pour 1.000 cc.	URÉE	ACIDE phosphorique			RAPPORT	OBSERVATIONS
					Terreux	Alcalin	Total		
14 décembre 1889.	État de mal	900 cc.	40.40	12.80	0.71	1.05	1.76	67 à 100	Poids au début de l'état de mal, P = 41 ^{kg} ,800.
15 —	Idem.	1.250 cc.	35.20	12.55	0.65	1.00	1.65	59 à 100	Alimentation nulle.
16 —	État normal.	1.290 cc.	48.75	24.50	0.84	1.69	2.53	49 à 100	Poids au réveil 41 ^{kg} ,350. Diff. = 450 gr.

Le tableau B a rapport à un état de mal de sommeil de 48 heures de durée. Mêmes phénomènes que précédemment : abaissement du taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée, des phosphates, avec inversion caractéristique de la formule. Nous notons, en plus, qu'en 2 jours, la malade a perdu 450 grammes de son poids.

Dans le troisième cas (Monc. femme, 19 ans, 51 kilogrammes) l'état de mal dure 3 jours et se rapproche à un tel point du précédent qu'il nous paraît inutile de donner le détail des analyses. Elle maigrit de 960 grammes, car elle ne pèse plus au réveil que 50 kil. 40.

Dans le quatrième cas (Camp. femme, 25 ans) le sommeil dure 4 jours et s'étend du 29 juin au 3 juillet 1888. Les urines ne peuvent être recueillies, car, ainsi qu'il arrive quelquefois, il y a incontinence pendant l'état de mal. Nous ne voulons en retenir que ceci : c'est que la malade, qui n'absorbait absolument rien, pesait 57 kilogrammes le 29 juin 1888, début de l'état de mal, et 52 kilogrammes le 3 juillet, jour du réveil. En 5 jours elle avait donc maigri de 5 kilogrammes.

Le 5 juillet, elle s'endort à nouveau, pesant 51 kil. 900, pour se réveiller le 7 juillet, pesant 51 kil. 420. On voit combien peut être grande la dénutrition pendant l'état de mal léthargique lorsque les malades n'absorbent rien.

La cinquième malade (Saint-Denis, 15 ans 1/2) a été présentée par M. Charcot à sa *Leçon du Mardi*, 5 février 1889. A cette époque elle était soumise déjà depuis quelque temps à notre observation pour des vomissements hystériques qui avaient nécessité son admission à la Salpêtrière. Une première fois, le 23 janvier 1889, ses vomissements sont entrecoupés par un état de mal de sommeil qui dure 3 jours, les 23, 24 et 25 du même mois. Nous ne pouvons établir, étant donné les vomissements, une comparaison avec l'état normal qui n'existait pas à proprement parler à ce moment, toutefois les analyses de ces 3 jours ne sont pas moins caractéristiques que celles des cas précédents au point de vue de l'état de mal léthargique. Chez Saint-Den., âgée de 15 ans 1/2, pesant 37 kil. 760 le jour du début de l'attaque de sommeil, les analyses donnent : urine 750 centimètres cubes; résidu fixe 20 gr. 60; urée 11 gr. 85; acide phosphorique total 0 gr. 74, alors que la veille, malgré les vomissements, elles donnaient : urine 870 centimètres cubes; résidu fixe 29 gr. 62; urée 15 gr. 92; acide phosphorique total 19 gr. 62. Pendant 3 jours de sommeil, les 23, 24, 25 janvier 1889, les sécrétions se maintiennent à ce taux inférieur. La malade, qui sort le 25 au soir de son état de mal par une attaque convulsive, a maigri de 840 grammes, car elle ne pèse plus que 36 kil. 950 au lieu des 37 kil. 760 du jour du début de l'état de mal léthargique, soit 270 grammes par jour. Pendant ces 3 jours, la température rectale moyenne a été de 37° 4, C.

Nous empruntons la suite de l'observation à la *Leçon du Mardi*, 5 février, que notre maître, M. le professeur Charcot a consacrée, en partie, à ce cas intéressant.

« Les jours qui suivent l'attaque (précédente) la malade ne vomit presque plus et elle continue à bien manger; le 31 janvier, son poids avait atteint le chiffre de 39 kilos.

« C'est ce jour-là même, le matin à 9 heures, c'est-à-dire il y a juste 5 jours, que s'est déclarée la seconde attaque, celle dont j'ai tenu à vous rendre témoins aujourd'hui. J'aurais pu dès le début de la crise craindre à chaque instant de voir la malade se réveiller et de me trouver par là privé du plaisir de vous démontrer sur nature les détails d'un cas assez rare en somme et toujours intéressant, si je n'avais été rassuré par la circonstance que voici. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont démontré, vous ne l'ignorez pas ¹, par l'étude de six cas de sommeil hystérique que, pendant la durée de l'attaque, le poids du corps diminue rapidement en même temps que l'on constate par l'analyse des urines une constante diminution qualitative et quantitative de tous les éléments : volume, urée, phosphates, etc. Mais ces observateurs ont établi, en outre, que régulièrement, 2 ou 3 jours avant le réveil, on voit le volume de l'urine, le poids de l'urée se relever progressivement et aller toujours en augmentant; de telle sorte que l'on peut, en tenant compte de ces données, prévoir jusqu'à un certain point quelques jours à l'avance l'époque à laquelle la malade se réveillera. Or, chez notre dormeuse, une analyse, faite le 3, a montré que ce relèvement ne s'était pas encore prononcé; nous pouvons compter que, si on laisse aller les choses, le réveil se fera attendre quelques jours encore. »

Puis M. Charcot analyse devant ses auditeurs les divers phénomènes présentés par la malade dont le sommeil est entrecoupé pendant la leçon même par des *salutations*. « Vous reconnaîtrez — dit M. Charcot — dans ces grands mouvements de salutation un des épisodes les plus vulgaires de la seconde phase de la grande attaque hystéro-épileptique; tandis que, d'un autre côté, les tentatives que fait parfois la malade pour sortir de son lit et s'enfuir en prononçant des paroles dont on ne peut pas toujours saisir le sens, reproduisent le tableau des attitudes passionnelles; et ces diverses circonstances sont de nature à justifier l'opinion que je soutiens à propos du sommeil hystérique : c'est à savoir qu'il n'y faut pas voir autre chose qu'une grande attaque ou mieux qu'une série de grandes attaques modifiées dans leur forme extérieure.

« Les intéressantes recherches de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau sont venues d'ailleurs donner à cette hypothèse un solide appui en montrant que, en ce qui concerne la perte du poids du

1. *Leçons du mardi*, 1888-1889, 4^e leçon, p. 69

corps, la diminution de l'urine et l'abaissement du taux de l'urée, l'attaque de sommeil reproduit en tous points ce qui a lieu dans les séries d'attaques hystéro-épileptiques. »

M. Charcot réveille alors la malade par la pression d'une zone hystérogène située au niveau de l'ovaire gauche, pression qui détermine une attaque convulsive. Le soir, la malade est pesée et donne 37 kil. 100 gr. En cinq jours de sommeil elle a maigri de 1,900 gr., soit 380 gr. par jour, car elle pesait 39 kil. le 31 janvier, jour du début de l'attaque. Pendant cette période, elle a excrété en moyenne, par jour, 655 gr. d'urine; 32 gr. de résidu fixe; 12 gr. d'urée; 1gr.60 d'acide phosphorique total. La différenciation des phosphates faite le premier jour de sommeil donna, ainsi que le montre le tableau C l'inversion de la formule.

TABLEAU C. — ÉTAT DE MAL LÉTHARGIQUE

St.-Den..., 16 ans.

DATES	POIDS	VOLUME	RÉSIDU fixe pour 1000 cc.	URÉE	ACIDE PHOSPHORIQUE			RAPPORT entre l'acide phospho- rique alcalin et terreux	OBSERVATIONS
					Terreux	Alcalin	Total		
31 Janvier 1889.	39 ^{kil}	710 cc.	35 ^{gr} ,80	11 ^{gr} ,86	0 ^{gr} ,58	0 ^{gr} ,90	1 ^{gr} ,48	64 à 100	Début de l'état de mal léthargique.
1 ^{er} Février		750 cc.	32 ^{gr} ,36	12 ^{gr}			1 ^{gr} ,43		La malade n'absorbe rien.
2 —		475 cc.	30 ^{gr} ,05	11 ^{gr} ,36			1 ^{gr} ,43		
3 —		630 cc.	30 ^{gr} ,04	12 ^{gr} ,60			1 ^{gr} ,72		
4 —		710 cc.	30 ^{gr} ,80	12 ^{gr} ,85			1 ^{gr} ,78		
5 —	37 ^{kil} ,100	230 cc.	43 ^{gr} ,15	10 ^{gr} ,12			0 ^{gr} ,90		M. Charcot réveille la malade au cours par la pression d'une zone hystérogène qui détermine une attaque convulsive. Les vomissements cessent, la malade mange avec avidité.
6 —		550 cc.	40 ^{gr} ,07	14 ^{gr} ,38			1 ^{gr} ,10		
7 —		540 cc.	42 ^{gr} ,04	17 ^{gr} ,80			1 ^{gr} ,92		
8 —	39 ^{kil} ,300	1.450 cc.	41 ^{gr} ,05	22 ^{gr}			2 ^{gr} ,60		
9 —		1.100 cc.	43 ^{gr} ,20	20 ^{gr} ,15			2 ^{gr} ,20		
10 —	40 ^{kil} ,080	1.180 cc.	42 ^{gr} ,80	20 ^{gr} ,00			2 ^{gr} ,20		

Les phénomènes qui suivent le réveil sont également intéressants à noter. Le jour du réveil, 5 février, l'attaque convulsive est très nettement indiquée par les excrétiions urinaires. Le lendemain, il y a, comme pour les autres états de mal, oscillation autour de la normale. L'urée se relève déjà, mais elle n'atteint son taux ordinaire que le 7 et les jours suivants.

TABLEAU C. — MOYENNES DE CINQ ÉTATS DE MAL DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE

Biz... 17 ans... Salle Duchenne, de Boulogne.

	VOLUME	RÉSIDU fixe pour 1.000 cc.	URÉE	ACIDE phospho- rique	OBSERVATIONS
Etat normal.	1.100 cc.	44 ^{gr} ,50	18 ^{gr} ,10	2 ^{gr} ,10	Poids 46 ^{kg} ,500, moyenne du 12 au 10 janv. 1888, après un état de mal de 13 jours de durée.
1 ^{er} État de mal.	904 cc.	40 ^{gr}	12 ^{gr} ,85		Début le 27 nov. 1887, P. = 48 kil. Réveil le 12 déc., P. = 45 ^{kg} ,750. Diff. = 2 ^{kg} ,250.
2 ^e —	936 cc.	31 ^{gr}	10 ^{gr} ,90		Début le 25 déc. 1887, P. = 47 ^{kg} ,500 Réveil le 7 janv., P. = 43 ^{kg} ,800. Diff. = 3 ^{kg} ,700.
3 ^e —	1.100 cc.	25 ^{gr}	8 ^{gr} ,14		Du 21 au 22 janv. 1888.
4 ^e —	726 cc.	27 ^{gr}	9 ^{gr} ,82	1 ^{gr} ,06	Début le 2 févr. 1888, P. = 47 ^{kg} ,100. Réveil le 11 févr., P. = 45 ^{kg} ,100. Diff. = 2 kil.
5 ^e —	730 cc.	26 ^{gr} ,70	10 ^{gr} ,89	1 ^{gr} ,23	Début le 23 mars 1888, P. = 52 kil. Réveil le 1 ^{er} avril, P. = 48 kil. Diff. 4 kil.
Moyenne générale des états de mal.	880 cc.	30 ^{gr}	10 ^{gr}	1 ^{gr} ,10	Maigrit de 300 à 500 gr. par jour d'état de mal.

L'attaque de sommeil ayant eu pour résultat de faire cesser les vomissements, l'appétit revient et avec lui un embonpoint qui suit une marche ascendante très rapide. Le 5, la malade pèse 37 kil. 100 gr.; le 8, 39 kil. 300 gr.; le 10, 40 kil. 80 gr.

La 6^e malade que nous avons observé est de toutes la plus intéressante. C'est par elle qu'ont commencé les analyses du présent travail, puisque, prenant nos fonctions à la Salpêtrière le 1^{er} novembre 1887,

les premières analyses relatives à ce sujet datent du 27 du même mois. A partir de cette date, jusqu'en avril 1888, Biz... a eu cinq états de mal léthargique, pour lesquels M. Charcot l'a présentée plusieurs fois à son cours. On ne s'étonnera donc pas, étant donné les dates, en considérant le tableau C, que nous n'ayons pas différencié les phosphates pour chercher l'inversion de la formule sur laquelle, du reste, après tout ce que nous venons de dire, il est inutile, croyons-nous, d'insister désormais.

Pendant les cinq états, le sommeil fut des plus caractéristiques : léthargie profonde entrecoupée d'attitudes passionnelles. La tempé-

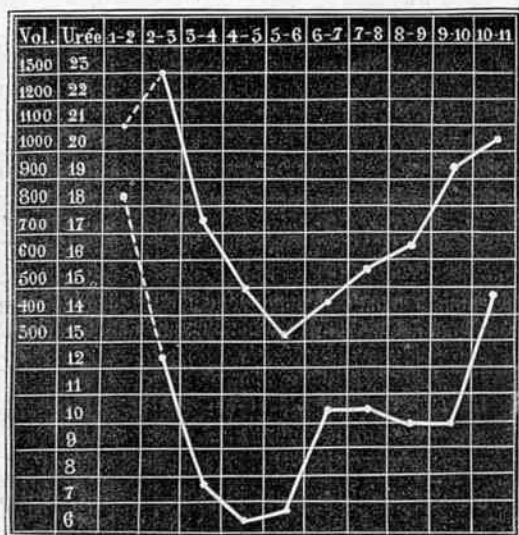


FIG. 79. — Biz, 17 ans. Etat de mal de sommeil hystérique (Les traits pointillés indiquent les périodes d'état normal avant l'attaque. Les traits supérieurs sont relatifs au volume, les inférieurs à l'urée).

rature rectale ne dépassa jamais 37°8. L'alimentation toujours artificielle fut variable suivant les attaques ; dans un même état de mal il existait des séries de deux ou trois jours pendant lesquels il était absolument impossible de faire passer quoique ce fut entre les dents contracturées. Le lendemain, la malade pouvait absorber 5 ou 600 grammes de lait avec 2 ou 3 œufs battus. Pendant le dernier état de mal, du 23 mars au 1^{er} avril 1888, l'alimentation fut absolument nulle.

D'une façon générale, en considérant la totalité des analyses représentant quarante-neuf jours de sommeil en cinq reprises, on note, comme précédemment, un abaissement du volume de l'urine, du taux

du résidu fixe, de l'urée et des phosphates. En effet, à l'état normal, Biz... excrète 1,100 c. c. d'urine, 44 gr.50 de résidu fixe pour 1,000, 18 gr.10 d'urée, 2 gr.10 d'acide phosphorique total. Pendant son sommeil, elle excrète en moyenne par jour 800 gr. d'urine, 30 gr. de résidu fixe, 10 gr. d'urée, 1 gr.10 d'acide phosphorique total, résultats sur lesquels il n'est plus besoin d'insister. Elle maigrit en outre en moyenne de 300 à 500 gr. par jour, suivant les accès, qui eux-mêmes sont variables par rapport à l'alimentation. Entre les accès, elle revient rapidement à son poids normal, elle engraisse même, puisque pour une période de huit jours, du 12 ou 20 janvier 1888, elle pèse en moyenne 46 kil. 500 ; il est vrai qu'elle sort d'un accès

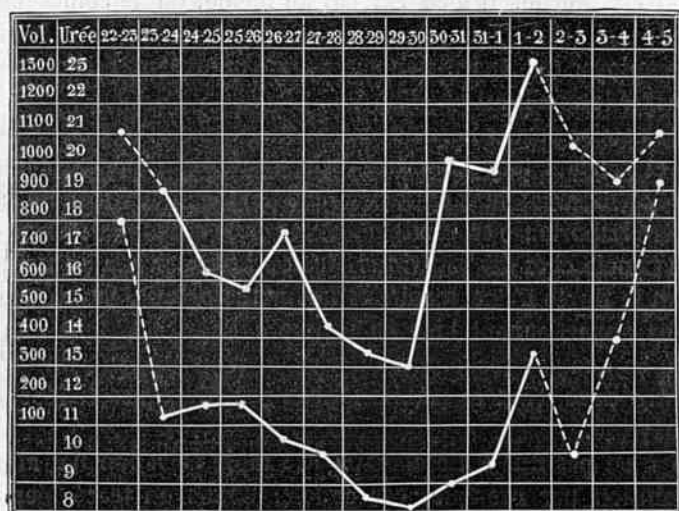


FIG. 80. — Biz, 17 ans. Etat de mal de sommeil hystérique (Les traits pointillés indiquent les périodes d'état normal avant et après l'attaque).

qui a duré treize jours ; et le 27 mars, au début d'une nouvelle attaque elle pèse 52 kilogrammes.

Outre ces considérations qui se rapportent indifféremment aux cinq états de mal, l'étude des deux derniers états — pour ne prendre que ceux-là — est à envisager, car elle va nous permettre encore une fois, en nous basant sur les excrétiions urinaires représentatives de la nutrition, de prévoir la durée de l'accès et de prédire le retour à l'état normal.

Si l'on considère les figures 79 et 80, on note en effet, dès le début de l'état de mal, la chute du volume de l'urine et de l'urée (et aussi du résidu fixe et des phosphates qui n'y ont pas été marqués) ; puis

survient un plateau, et enfin ces éléments se relèvent atteignant et dépassant même le taux normal le jour du réveil. Sur la figure B on note les oscillations que suivent d'ordinaire le réveil.

On peut donc, dans l'état de mal léthargique, comme dans les autres états de mal, en se fondant sur le tracé fourni par le volume de l'urine et le taux de l'urée, prévoir la durée de l'état de mal et prédire le retour à l'état normal. Plus que dans les autres états de mal hystérique cette action a une importance capitale dans la circonstance. Dans l'état de mal épileptoïde, par exemple, on peut voir quelquefois, la veille ou le jour du réveil, les attaques diminuer de nombre et les intervalles de calme devenir plus étendus. On pensera alors que le retour à l'état normal est proche. Il n'en est pas de même, on le comprend, dans l'état de mal léthargique; le réveil est forcément brusque, le malade, pour employer une expression aussi vraie que naïve, a seulement fini de dormir lorsqu'il est réveillé.

Cette courbe particulière des excrétions pendant l'état de mal léthargique et pendant tous les autres états, courbe qui mérite, comme l'a montré M. Charcot dans sa *Leçon* du 5 février, d'occuper un rang de première importance en clinique, n'est pas le simple fait d'une dénutrition banale chez des individus plus ou moins privés de nourriture pendant la durée d'une manifestation pathologique. Ses caractères si spéciaux appartiennent bien en propre à l'hystérie, tout au moins jusqu'à ce que des recherches ultérieures nous démontrent qu'on les rencontre dans d'autres manifestations pathologiques indépendantes de la névrose.

Elle n'est pas due entièrement à la simple privation des aliments, à l'inanition par exemple, car celle-ci donne un tracé bien différent, à peu près rectiligne pendant les premiers jours, s'abaissant jusqu'à la mort, où se relevant à la vérité, mais *lorsqu'on donne des aliments*.

Le relèvement que nous observons et qui nous permet de prédire la fin de l'état de mal ne se montre pas dans l'espèce sous l'influence de l'ingestion des aliments. A plusieurs reprises, en effet, nous avons noté avec insistance que, pendant tout la durée de l'état de mal jusqu'au moment précis du réveil, l'alimentation avait été absolument nulle. Qui peut donc ainsi, la malade ne prenant aucune alimentation, influencer les excrétions urinaires au point d'en doubler ou d'en tripler, les deux ou trois derniers jours de l'état de mal, le volume et les matériaux solides, si ce n'est l'affection elle-même.

Désormais, croyons-nous, il faudra compter avec la *courbe excrétoire de l'hystérie*, comme on a appris depuis longtemps à se guider

sur la courbe thermométrique de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde, par exemple.

Résumant nos recherches sur les différents états de mal hystérique, nous pouvons donc conclure :

L'état de mal hystérique, quelle que forme qu'il revête, n'est qu'une attaque d'hystérie prolongée dont il présente tous les caractères chimiques. On y observe, en effet, l'abaissement du volume de l'urine, du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers ;

Pendant l'état de mal, les excrétiions suivent une marche dont la courbe permet à elle seule de prévoir la durée de l'état de mal et d'en prédire la terminaison ;

Pendant l'état de mal, l'amaigrissement quotidien est constant. Il varie de 200 à 300 grammes par jour suivant la durée de l'état de mal et la quantité des aliments absorbés lorsque l'anorexie n'est pas absolue. L'opinion de M. Empereur déjà citée « que les hystériques ne mangent pas parce qu'elles ne déperdent rien et que ne déperdant rien il leur est inutile sinon nuisible de manger » est aussi radicalement fausse pour les manifestations pathologiques de l'hystérie que dans l'hystérie normale.

A ce dernier point de vue, et pour parer à l'objection qu'on pourrait tirer de la présence possible dans les urines des produits excrémentiels azotés inférieurs, susceptibles de remplacer les produits supérieurs, l'urée en particulier, dont la quantité est abaissée, comme nous l'avons dit, nous avons institué des analyses complémentaires dont le résultat, on va le voir, prouvera une fois de plus que nos conclusions sont exactes.

L'urée on le sait, est accompagnée dans l'urine à l'état normal par d'autres produits également azotés à savoir : l'acide urique, la créatinine, la xanthine, l'hypoxanthine, la paraxanthine, l'acide hippurique, l'allantoïne, etc. Ces divers corps s'y trouvent pour la plupart en quantités tellement faibles que pour les déceler il faut opérer sur des volumes d'urine considérables.

Pour tous nos dosages d'urée, nous nous sommes servis, comme on le verra lorsque nous exposerons notre technique, de l'appareil d'Yvon et de l'hypobromite de soude. Or, nous n'ignorons pas que, si une partie des produits que nous venons d'énumérer est plus ou moins décomposable par l'hypobromite de soude, l'autre résiste complètement à son action.

Il était donc nécessaire de voir s'il n'existait pas justement certains

de ces produits azotés en quantité plus considérable que normalement dans les divers cas soumis à notre analyse.

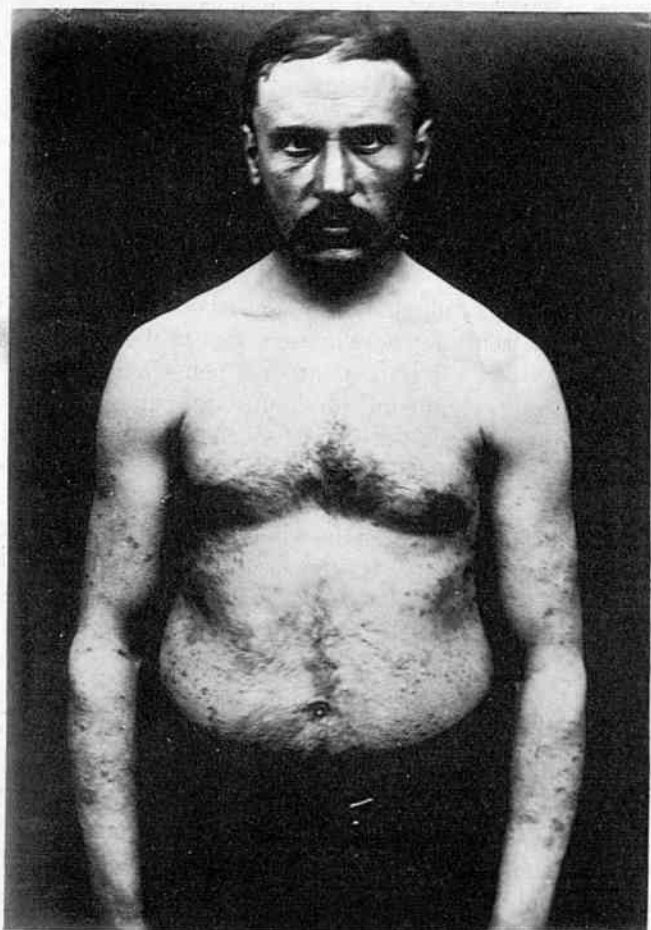
Nous avons dû recourir alors, à plusieurs reprises, au dosage de l'azote total tant à l'état normal hystérique que dans diverses manifestations pathologiques de la névrose. Ce dosage de l'azote total nous a toujours démontré que, dans tous les cas étudiés, les produits azotés inférieurs précédemment énumérés, ne subissaient pas de variations susceptibles de faire varier nos analyses. Leur taux n'étant pas anormalement élevé, ils ne pouvaient par conséquent compenser la faible quantité d'urée trouvée dans les analyses des diverses manifestations pathologiques de l'hystérie que nous avons étudiées et infirmer par là même les résultats obtenus.

GILLES DE LA TOURETTE,

Ancien chef de clinique des maladies nerveuses.

H. CATHÉLINEAU,

Chef du laboratoire de chimie de la Faculté,
à l'hôpital Saint-Louis.



PHOTOTYPIE BERTHAUD

ÉRUPTION ECZEMATEUSE PROVOQUÉE PAR LE BORAX

LEGROSNIER ET BARRÉ, ÉDITEURS

DEUX CAS D'ÉRUPTION ECZÉMATEUSE

PROVOQUÉE PAR LE BORAX.

On sait très peu de chose sur les éruptions provoquées par le borax administré à l'intérieur. Gowers¹ dit seulement, dans son traité de l'épilepsie, que l'on a vu, sous l'influence de ce médicament, se produire, chez trois malades, une poussée de psoriasis qui aurait guéri par l'addition de l'arsenic au borax. Nous venons d'observer, chez deux épileptiques soumis à ce traitement, une poussée d'eczéma dont la photographie ci-jointe donne une idée suffisante au moins comme distribution.

Le borax était donné depuis plusieurs mois à la dose de 2 grammes dans un cas, 3 grammes dans l'autre. L'éruption n'offrait de particulier que sa localisation, sur les parties latérales du tronc et sur les bras. Au point de vue objectif, c'était un eczéma vulgaire, sans polymorphisme, caractérisé sur le tronc principalement par de nombreuses petites vésicules disséminées sans ordre; sur le bras, par des vésicules et de petits placards arrondis recouverts de croûtes.

Chez le premier malade, l'éruption a duré six semaines. — Chez le second (dont nous donnons ici la photographie, pl. XLVI), après une durée à peu près égale, elle est actuellement en voie de guérison. Mais dans les deux cas, elle n'a cédé qu'à la suppression du médicament.

Il ne s'agit pas là d'une éruption spéciale au borax, mais vraisemblablement d'un eczéma provoqué chez deux sujets prédisposés. Tous deux en effet étaient antérieurement atteints de séborrhée du cuir chevelu; et l'un deux portait à la jambe et sur le pied deux anciens placards d'eczéma.

Le borax est souvent mal toléré par l'estomac; et il est probable que les nausées, les troubles gastriques, qu'il a provoqués chez nos deux malades, ne sont pas étrangers à la pathogénie de leur éruption.

CH. FÉRÉ,
Médecin de Bicêtre.

H. LAMY,
Interne des hôpitaux.

1. Gowers, *Traduction française de Carrier*, p. 438.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NUTRITION

DANS L'ÉTAT NORMAL

ET DANS LA FIÈVRE DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

Au cours de nos recherches sur la *Nutrition dans l'hystérie*, entreprises dans le service de M. le professeur Charcot, pendant les années 1888 et 1889, nous avons été conduits, à l'instigation de notre éminent maître¹, à étudier les phénomènes de même ordre dans la chorée de Sydenham² et dans la maladie de Basedow.

En ce qui regarde cette dernière affection, nous avons tout particulièrement à tenir compte des investigations de M. Bertoye, faites sur « la fièvre du goitre exophtalmique », sous la direction de M. le professeur Renaut (de Lyon)³.

Dans sa thèse inaugurale, M. Bertoye a remarquablement étudié les manifestations fébriles de la maladie de Basedow, et le tableau qu'il donne est certainement le plus complet que nous possédions actuellement.

Le premier caractère de la fièvre, dit-il, serait son instabilité. « Le second est fourni par la dissociation des symptômes qui constituent d'ordinaire le complexe fébrile. Dans certains cas, on peut retrouver ce syndrome presque en entier..., les urines sont surchargées de matières extractives, parfois aussi même d'urée... Mais c'est là un tableau dont il manque presque toujours plusieurs parties... Un fait que nous nous expliquons assez mal et qui appelle évidemment d'autres recherches, les déchets urinaires peuvent, comme nous l'avons constaté dans notre observation I, n'être pas augmentés, ou même subir une diminution plus ou moins considérable. »

Ces dernières considérations relatives à la diminution des déchets urinaires pendant la période fébrile nous avaient frappés. On pouvait,

1. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-89, 11^e leçon, p. 235.

2. Huet. *De la chorée chronique*. Th. Paris, 1889, p. 174.

3. *Étude clinique sur la fièvre du goitre exophtalmique et, comparativement, sur les formes spéciales à quelques autres névroses*, Lyon, 1888.

en effet, y trouver une caractéristique diagnostique importante entre « la fièvre nerveuse » du goitre et les accidents fébriles intermittents, indépendants de l'affection elle-même.

La première question qui se posait était de savoir comment s'effectuait la nutrition dans le goitre exophtalmique normal, en dehors des complications, la diarrhée en particulier, qui traversent si fréquemment le cours de cette maladie.

Sous ce rapport, ces recherches de M. Bertoye n'étaient pas très instructives, ou plutôt elles entraînaient à des déductions que l'auteur n'avait nullement songé d'ailleurs à tirer de ses analyses.

Voici, du reste, ces analyses *in extenso*. Elles ont trait à une femme de trente-six ans, pesant 38 kilogrammes, atteinte de goitre exophtalmique.

21 novembre. — T. (R ?) M. 39°,4; S. 38°,2.

Pouls, 160. Respir. (?)

Urine, 2 lit. 150.

Urée, 16 gr. 80 par vingt-quatre heures.

— 7 grammes par litre.

2 novembre. — Urine, 1,200 c. c., épaisse.

Urée, 5 gr. 25 par litre.

Anhydride phosphorique, 0 gr. 420 par litre.

T (R. ?) M. 38°; S. 38°.

4 décembre. — Urine, 2 litres; claire.

Urée, 2 gr. 50 par litre.

Anhydride phosphorique, 0 gr. 73 par litre.

Pas de sucre.

T. (R ?) M. 37°,4; S. 37°, 3.

Les analyses portent donc sur trois périodes de vingt-quatre heures; de ces trois périodes, l'une (21 novembre) est fébrile: T. M. 39°,4; S. 38°,2. Des deux autres, l'une est apyrétique: T. M. 37°,4; S. 37°, 3 (4 décembre) ou presque apyrétique: T. 38° M. et S., d'autant qu'il s'agit presque certainement de température rectale.

Or, pendant ces deux périodes apyrétiques, la malade excrète de 5 à 7 grammes d'urée et de 30 à 40 centigrammes d'anhydride phosphorique.

Si l'on voulait conclure, ce que n'a pas fait M. Bertoye, on pourrait dire que, dans un cas de goitre exophtalmique, pendant deux périodes d'apyrexie de vingt-quatre heures, les déchets urinaires étaient singulièrement abaissés, puisque la moyenne d'excrétion normale

d'une femme de 38 kilogrammes est environ de 15 à 18 grammes d'urée et 1 gr. 40 à 1 gr. 60 d'acide phosphorique.

La même malade à une poussée fébrile; M. 39°,4; S. 38°,3. Elle excrète 16 grammes d'urée et 50 centigrammes d'anhydride phosphorique par vingt-quatre heures. Ce chiffre de 16 grammes d'urée serait normal chez une femme de 38 kilogrammes; quant au chiffre de 50 centigrammes d'anhydride phosphorique, il est véritablement bien au-dessous de la moyenne. En négligeant cette dernière particularité relative au phosphore, on pourrait donc donner, comme conclusions finales aux analyses de M. Bertoye : que le chiffre des déchets urinaires est très abaissé dans les périodes apyrétiques du goitre exophtalmique par rapport à la moyenne physiologique. Il se relève dans les périodes fébriles, sans toutefois dépasser cette moyenne physiologique, ce qui constitue une anomalie par rapport à ce qui se passe ordinairement lorsque la température s'élève.

Évidemment, comme disait M. Bertoye, ces faits appelaient d'autres recherches.

Nous avons, dans les salles de la Clinique, trois malades atteintes de goitre exophtalmique à diverses périodes d'évolution de cette maladie; nous avons choisi chez elles des périodes apyrétiques dans l'intervalle de complications, telles que la diarrhée, par exemple. Ces analyses ont duré huit jours consécutifs pour chaque malade; le tableau A est le résumé, pour chacune d'elles, de huit analyses.

Or, les chiffres qu'il renferme indiquent que, chez nos trois malades, les quantités d'excreta, rapportées au kilogramme d'*individu sain*, sont normales pour tous les éléments, l'acide phosphorique y compris.

TABLEAU A.

NOMS	VOLUME	RÉSIDU fixe pour 1.000 c. c.	URÉE	ACIDE phospho- rique	POIDS	OBSERVATIONS
Mandr...	1.330 c. c.	47 »	20.70	2.47	56 kil. 800	Etat normal.
Mont....	1.400 c. c.	39.06	17.80	2.25	47 kil. 900	Etat normal.
Duf.....	1.300 c. c.	45.76	19.80	2.10	39 kil. 300	Etat normal.

Il restait à savoir comment ces excréta se comportaient pendant une période fébrile liée au goitre exophtalmique.



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

FACIES DANS LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS

A ce propos, nous ferons remarquer qu'il est assez difficile, *à priori*, de dire si la manifestation fébrile appartient ou non en propre au goître, ou bien si elle n'est pas simplement sous la dépendance d'une complication intercurrente, embarras gastrique, angine légère, etc.

Le 11 janvier, l'une de nos malades, Dufr..., vingt-six ans (pl. XLVII) (39 kilogr. 300 gr.), était prise de douleurs dans le ventre, qui lui semblaient prémonitoires de ses règles, qu'elle n'avait pas eues depuis deux mois. Ces douleurs s'accompagnaient d'un état gastrique marqué : inappétence, constipation, soif assez vive, langue saburrale jusqu'au 21 janvier, époque à laquelle tous ces phénomènes disparaurent.

Le thermomètre révéla pendant toute cette période un état fébrile subcontinu, allant de 39°, 2 maxima à 38° minima, ainsi qu'on peut en juger par les chiffres suivants :

	Température rectale.	
	Matin.	Soir.
Le 12 janvier.....	38°	38°,6
Le 13 —	38°	38°,4
Le 14 —	38°	»
Le 16 —	»	39°,2
Le 17 —	39°	»
Le 18 —	38°,8	39°
Le 19 —	38°,6	38°,6
Le 20 —	38°,2	38°
Le 21 —	37°,4	»

Pouls, 150.

Or, pendant tout ce temps, le chiffre des excréta urinaires n'a pas dépassé la normale physiologique, même les jours où la température a été la plus élevée. Les moyennes de six analyses, faites du 13 au 20 janvier 1889 (tableau B), comparées à la moyenne de huit analyses

TABLEAU B.

NOM	VOLUME	RÉSIDU fixe pour 1.000 c.c.	URÉE	ACIDE phospho- rique.	POIDS	OBSERVATIONS
Dufr.	1.300 c.c.	45.76	19.80	2.10	39 kil. 300	Etat normal.
»	1.400 c.c.	44.47	18.73	1.98	35 kil. 500	Fièvre.

d'état normal apyrétique, sont sensiblement équivalentes, au point de vue du résidu fixe, de l'urée et de l'acide phosphorique.

A l'inverse de ce qui existe dans les urines fébriles, le spectroscope ne donne pour l'urobilin que une très faible bande d'absorption caractéristique. Enfin, nous n'avons jamais rencontré d'éléments anormaux. D'après ces caractères, il s'agissait donc bien d'une fièvre d'origine ou d'essence au moins particulière, puisqu'on ne retrouve plus là les signes tirés des excréta urinaires accompagnant d'ordinaire les élévations thermiques.

En présence de ces faits, notre intention n'est pas de conclure, mais d'exposer :

1° Que, dans trois cas de goitre exophtalmique, pendant des périodes apyrétiques de huit jours, les analyses ont montré que les excréta urinaires, rapportés au kilogramme d'individu sain, ont été trouvés normaux;

1° Que dans un cas de goitre exophtalmique, pendant une période fébrile de six jours, allant de 38° à 39°, 2, en dehors de complications inflammatoires *apparentes*, susceptibles d'expliquer la genèse des phénomènes fébriles, les excréta urinaires sont restés normaux comme pendant les périodes apyrétiques.

En terminant, nous serions heureux de voir de semblables recherches transportées dans le domaine de la « fièvre hystérique ». A notre connaissance, aucun des auteurs qui se sont occupés de cette question, et ils sont nombreux, n'a fait dans ces cas l'analyse des excréta urinaires.

Peut-être y trouverait-on la caractéristique de cette complication assez rare de l'hystérie, pour qu'en deux ans, nous n'en ayons pas observé, à la Salpêtrière, un seul exemple.

GILLES DE LA TOURETTE,

Ancien chef de Clinique des maladies
du système nerveux.

H. CATHELINEAU,

Chef du laboratoire de chimie
de la Faculté, à l'hôpital Saint-Louis.

UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE

Le malade dont nous rapportons l'observation a été présenté par M. le professeur Charcot dans une de ses *Leçons cliniques* du mois de novembre 1889.

M. Charcot fit alors remarquer à ses auditeurs tout l'intérêt que présentait cet homme chez qui le diagnostic avait été longtemps hésitant, et le serait probablement encore si les dernières recherches sur la syringomyélie n'étaient venues singulièrement éclairer la scène morbide.

Plusieurs diagnostics se présentaient en effet à l'esprit. Duchenne (de Boulogne) qui avait vu le malade en 1868, dans le service de Monneret à l'hôpital Necker, avait porté le diagnostic d'*atrophie musculaire progressive*. Cependant l'affection avait débuté de bonne heure, à 17 ans; de plus à cette époque le malade était déjà anesthésique; presque dès cet âge il se brûlait le pouce avec sa cigarette sans s'en apercevoir. Mais les troubles de la sensibilité n'étaient pas faits pour embarrasser outre mesure Duchenne (de Boulogne) qui écrivait en traçant la symptomatologie de « l'atrophie musculaire de l'adulte ». « L'anesthésie est quelquefois si grande que les malades ne perçoivent ni les excitations faradiques les plus fortes, ni l'action du feu. J'en ai vu qui s'étaient laissé brûler profondément les parties anesthésiées parce qu'ils n'avaient pas perçu l'action des corps incandescents et qu'ils n'avaient pas été prévenus, par la vue, que ces parties se trouvaient en contact avec eux. Cette anesthésie s'observe en général au membre supérieur, et n'est pas toujours en raison directe du degré de l'atrophie ». (*De l'électrisation localisée*, 3^e édition 1872, p. 493).

Mais il est incontestable que Duchenne confondit toujours l'atrophie musculaire progressive du type qui porte son nom avec la syringomyélie.

M. Charcot montrait encore qu'on pouvait porter dans la circonstance, le diagnostic de *sclérose latérale amyotrophique*, étant donné l'atrophie des membres supérieurs débutant par les mains et l'exagé-

ration très considérable des réflexes rotuliens. Mais la seule durée de l'affection éloignait cette hypothèse beaucoup plus soutenable pour la *sclérose en plaques* . L'exagération des réflexes rotuliens jointe au nystagmus plaidait en faveur de cette opinion que ne contredisait pas l'atrophie musculaire qu'on observe parfois dans le cours de cette maladie.

Nous ferons encore remarquer, comme particularités, le myosis de l'œil gauche, la diminution de la fente palpébrale, et la rétraction du globe oculaire, tous phénomènes observés d'ordinaire dans les paralysies radiculaires du plexus brachial et dus à la paralysie des muscles lisses de l'orbite, innervés par les filets sympathiques dont l'origine serait le rameau communicant du premier nerf dorsal. Ces notions sont intéressantes au point de vue de la localisation exacte du processus gliomateux (origine médullaire ou réelle du premier nerf dorsal), si la théorie de l'innervation des muscles orbitaires par les filets sympathiques nés à ce niveau, dans la moelle, est exacte. Dans tous les cas leur notation pendant la vie est précieuse, car ultérieurement permettra-t-elle peut-être encore une fois à la méthode anatomo-clinique de résoudre un problème que la physiologie n'a pas encore complètement élucidé.

Le malade présente donc un cas-type de syringomyélie : début insidieux, à un âge peu avancé, atrophie musculaire à marche lente et progressive, abolition dans certaines régions des diverses sensibilités avec dissociation pour la sensibilité tactile conservée dans les mêmes territoires. Toutefois il faut remarquer encore que l'intégrité du tact dans les régions anesthésiées n'est pas absolue et qu'il est obtus au niveau des parties insensibles des mains et des avant-bras et dans une zone limitée en haut et à droite par une ligne horizontale passant par l'ombilic, sur la ligne médiane par la ligne blanche, en dehors, par le bord externe du flanc droit et le bord externe de la cuisse et en bas, par le genou droit.

Pour toutes ces raisons, disons-nous, cette observation nous a paru intéressante et mériter d'être publiée.

Schweiz... 51 ans, marchand de programmes à l'Odéon.

Entré à l'hospice de la Salpêtrière, salle Bouvier, juin 1889.

A. H. — Pas d'hérédité nerveuse.

A. P. — Rougeole et scarlatine en bas âge. Fièvre typhoïde vers 6 à 7 ans. A l'âge de 15 ans, eczéma généralisé qui dura de 3 à 4 mois.

C'est à l'âge de 19 ans qu'il s'est aperçu de l'atrophie des muscles de l'hypothenar et des interosseux du côté gauche et plus tard de l'avant-bras gauche avec secousses fibrillaires, mais sans douleurs dans les régions des muscles en voie d'atrophie.

Un an plus tard, il a commencé à ressentir des douleurs fulgurantes dans la jambe gauche. Actuellement, ces douleurs reviennent encore de temps en temps. La maladie resta stationnaire pendant dix ans.

En 1886, il entra dans le service de Monneret, à l'hôpital Necker, où il fut

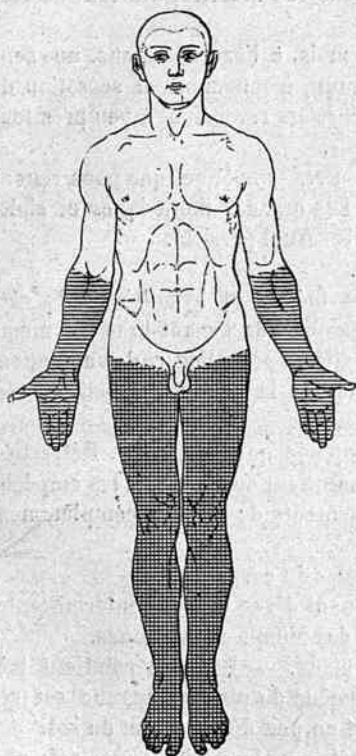


FIG. 81. — Schweiz. Syringomyélie.
Sensibilité à la douleur.



Anesthésie à la douleur.



Hyperesthésie.

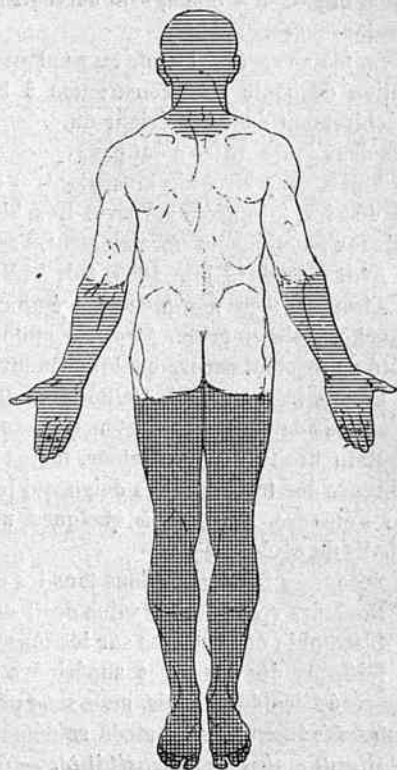


FIG. 82. — Schweiz. Syringomyélie.
Sensibilité à la douleur.



Anesthésie à la douleur.



Hyperesthésie.

examiné par Duchenne (de Boulogne) qui porta le diagnostic « d'atrophie musculaire progressive ».

Dans l'intervalle, (vers l'âge de 25 ans environ) la colonne vertébrale s'est déviée vers la gauche (scoliose à convexité regardant à gauche). Le malade se rappelle bien que c'est à cet âge que sa mère lui fit remarquer l'attitude vicieuse de ses épaules.

Vers 30 ans, la main droite est envahie de la même façon que la main

gauche. L'atrophie ne progresse qu'avec une lenteur extrême, de sorte que l'impotence n'est à son maximum qu'à 40 ans. Elle est restée stationnaire depuis.

Dans ces dernières 10 à 15 années le malade souffre de temps en temps d'une névralgie faciale gauche; la douleur s'irradie parfois vers le cœur. De plus, depuis 4 à 5 ans, sont survenues, dans les muscles, des contractures douloureuses.

Le malade prétend avoir eu pendant six mois, à l'âge de 33 ans, une sensation de boule avec constriction à la gorge, étouffement et sensation de déchirement dans l'intérieur du crâne. Les crises revenaient à peu près tous les deux jours. Elles n'ont pas reparu depuis.

A part cette atrophie musculaire et les autres symptômes que nous venons de décrire, le malade se porte très bien. Les organes thoraciques et abdominaux fonctionnent normalement, l'appétit sexuel persiste.

État actuel (17 juin 1889) (pl. XLVIII).

Atrophie très marquée des éminences thénar et hypothénar du côté gauche. Main en griffe. Atrophie moins marquée de l'avant-bras du même côté où existent encore quelques mouvements de pronation et de supination.

Biceps très amaigri. Deltôïde et muscles de la ceinture scapulaire très diminués de volume, mais fonctionnant encore.

Main droite de prédicateur, moins atrophiée que la gauche. Rétraction fibreuse des trois derniers doigts qui les maintient en flexion et les empêche de s'étendre. Il existe là quelques mouvements de flexion complètement abolis du côté opposé.

Secousses fibrillaires dans tous les muscles du corps.

Douleurs vives dans le talon droit survenant d'une manière intermittente.

L'atrophie ne porte pas sur les muscles des membres inférieurs.

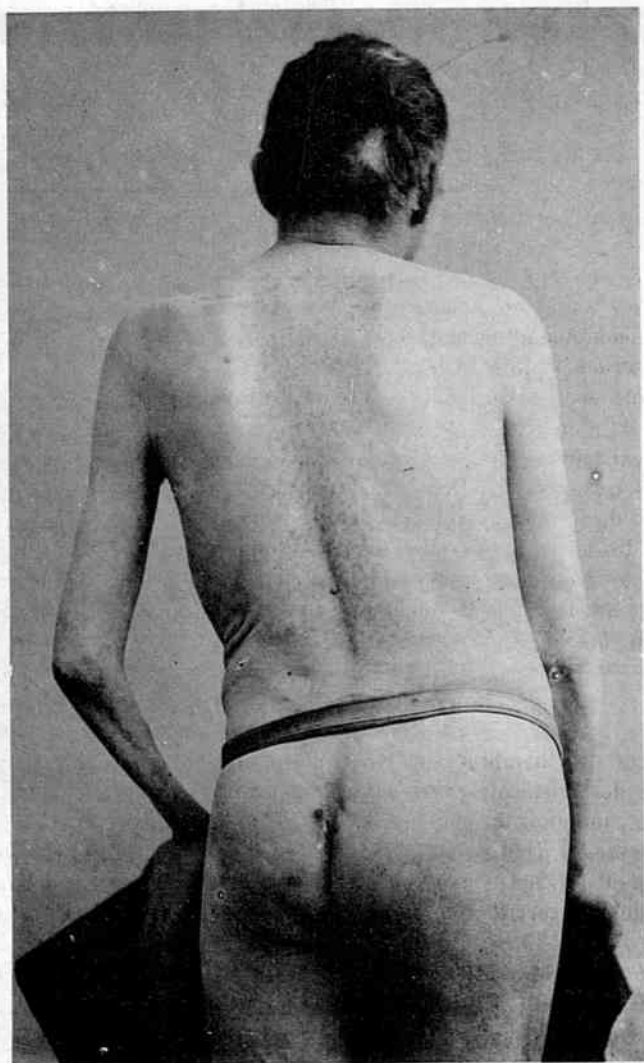
Réflexes des membres supérieurs normaux. — Réflexes rotuliens très exagérés des deux côtés, mais sans phénomène du pied, la marche est très suffisante; toutefois les pieds se détachent un peu difficilement du sol.

Divers modes de la sensibilité. — On note au niveau de la face palmaire du pouce et de l'index droits deux eschares produites par la brûlure non perçue de la cigarette. Ces eschares tombent tous les mois. *Elles existent depuis l'âge de 17 ans.*

Sensibilité à la douleur (fig. 81, 82). — Aux membres supérieurs elle est symétriquement abolie jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous du coude.

Plaque d'anesthésie comprenant l'espace interscapulaire, la nuque et la face postérieure de la tête.

Membres inférieurs. — Hyperesthésie s'arrêtant des deux côtés au niveau du cou-de-pied. (Sur les fig. 81 et 82 l'hyperesthésie envahit les pieds; il en était ainsi lorsque les clichés furent gravés; à ce propos, nous ferons remarquer que les divers modes de sensibilité subissent localement assez souvent chez les syringomyéliques des variations de courte durée en général, qui, sans affecter le type présenté par le malade, peuvent néanmoins le mo-



CLICHÉ A. LONDE

PHOTOTYPIE BERTHAUD

SCOLIOSE ET ATROPHIE MUSCULAIRE
DANS LA SYRINGOMYELIE

LECHOSNIER ET DARRÉ, ÉDITEURS

difier d'une façon assez accentuée.) — La sensibilité aux pieds est normale.

La sensibilité à la douleur est normale sur le reste du corps.

Sur les parties sensibles il se produit, au niveau des piqûres, une sorte d'ampoule assez analogue à celle produite par une piqûre de puce; ce phénomène n'a pas lieu au niveau des parties anesthésiées.

Le malade porte sur l'avant-bras droit une cicatrice demi-circulaire produite par la constriction d'un lien de caoutchouc destiné à retenir la

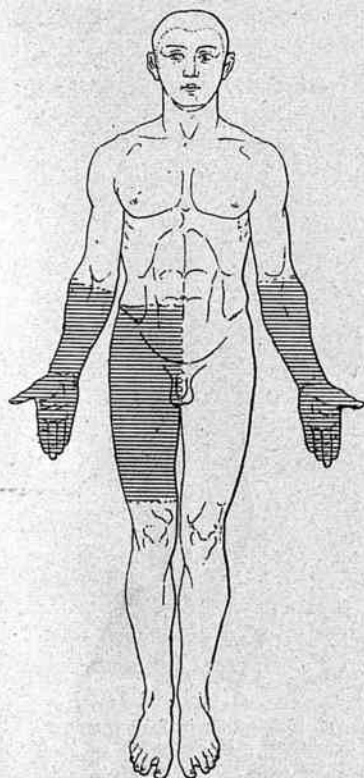


FIG. 83.

■ Diminution du tact.

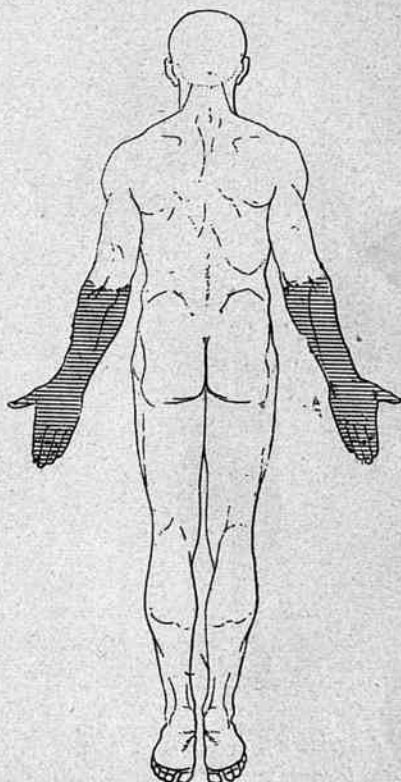


FIG. 84.

■ Diminution du tact.

manche de la chemise. Le malade, qui se dépouillait rarement de sa chemise et d'un gilet de laine qui la recouvrait, n'a remarqué la production d'une plaie que lorsque, déjà, le lien de caoutchouc avait assez profondément pénétré dans les tissus.

Sensibilité tactile. — Conservée d'une façon générale. Toutefois, le toucher est plus obtus au niveau des parties insensibles des mains et des avant-bras et dans une zone limitée : en haut par une ligne horizontale passant par

l'ombilic, sur la ligne médiane par la ligne blanche, en dehors par le bord externe du flanc droit et du bord externe de la cuisse (fig. 83, 84) et en bas et à droite par le genou droit; les bourses et la verge du même côté ne sont pas comprises dans cette zone, à l'inverse de ce qui existe sur la fig. 83.

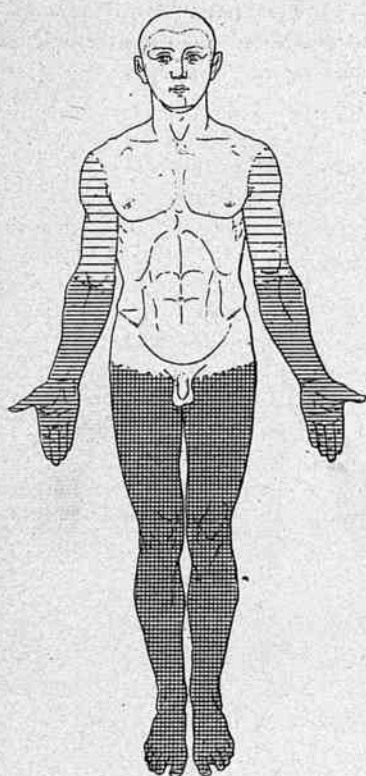


FIG. 85. — Schweiz. Syringomyélie.
Sensibilité à la chaleur et au froid.



Anesthésie.



Hyperesthésie.

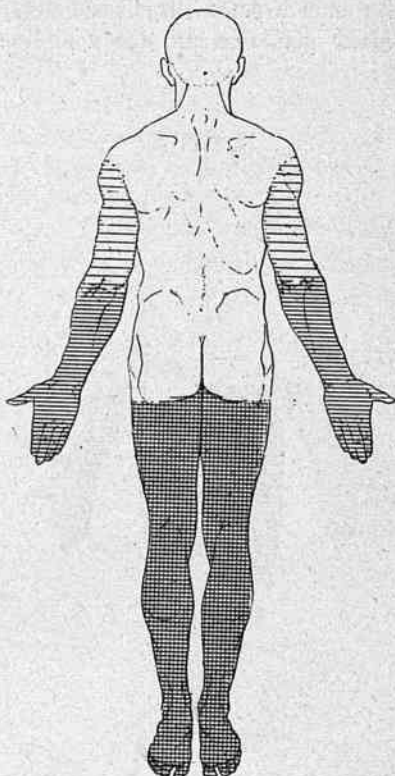


FIG. 86. — Schweiz. Syringomyélie.
Sensibilité à la chaleur et au froid.



Anesthésie.



Hyperesthésie.

Dans cette dernière région (ombilic — face antérieure de la cuisse droite) les sensations tactiles sont plutôt perverses qu'abolies.

Sensibilité au froid (glace) (fig. 85, 86). — *Membres supérieurs*: complètement abolie jusqu'au niveau des coudes; diminuée jusqu'au moignon de l'épaule. — *Tronc*: normale. — *Membres inférieurs*: hyperesthésiés.

Sensibilité à la chaleur. — *Main et avant-bras gauche*: thermo-anesthésie à 100° et au-dessous. — *Main et avant-bras droit*: abolie à 90° et au-

dessous. — *Bras gauche et droit* (jusqu'au moignon de l'épaule) : abolie à 75° et au-dessous. — Conservée pour le reste du corps et hypéresthésiée au niveau des membres inférieurs.

Sens musculaire : aboli : le malade perd ses jambes dans le lit.

Examen des yeux (17 juillet 1889).

Pupilles inégales (plus petite à gauche). — Nystagmus très prononcé. — Réflexe pupillaire plus faible à gauche. — Paupière supérieure gauche ne se relève pas aussi bien que la droite; étroitesse de l'ouverture palpébrale. — Globe de l'œil gauche rétracté dans l'orbite.

Les autres sens spéciaux sont intacts.

Examen électrique (fait par M. Vigouroux, le 16 juillet 1889).

Les interosseux ne répondent ni au courant faradique ni au courant galvanique. D'une manière générale, les muscles plus ou moins conservés répondent normalement à l'excitation électrique.

GILLES DE LA TOURETTE,

Ancien chef de Clinique
des maladies du système nerveux.

ZAGUELMANN,

Externe de la Clinique.

L'HYSTÉRIE DANS L'ARMÉE ALLEMANDE

Depuis les derniers travaux de M. le professeur Charcot, le cadre de l'hystérie s'est singulièrement agrandi par ce fait même qu'on a mieux appris à connaître la névrose. C'est surtout dans le domaine de l'hystérie masculine que les investigations provoquées par le chef de l'École de la Salpêtrière ont été fructueuses, et depuis plusieurs années déjà les médecins militaires, appelés à soigner des sujets réputés sains, de par leur incorporation, publient journellement des exemples d'hystérie confirmée.

L'armée française¹, l'armée russe², l'armée hollandaise³, ont fourni tour à tour leur contingent, aujourd'hui c'est l'armée allemande qui entre en ligne, et avec un cas tellement caractéristique que nous avons cru devoir le donner *in extenso*⁴. C'est la meilleure réponse que nous puissions faire aux auteurs, qui, en Allemagne, doutent de l'hystérie masculine.

« On sait, en effet, qu'un certain nombre de médecins allemands, et cela se voit du reste à leurs diagnostics, se refusent absolument à admettre que l'hystérie soit une maladie véritable ayant, comme toute autre maladie nerveuse ou non, son histoire naturelle, ses lois, sa symptomatologie régulière. A les en croire, ce serait là une sorte de *noli me tangere* dont tout nosographe un peu sérieux devrait soigneusement éviter le contact. Un autre sentiment semble se joindre

1. Lanoaille de Lachèze. *Tarassis, troubles de l'âme et du corps chez l'homme dans les temps modernes et dans l'histoire*, 1886. — Duponchel. *L'hystérie dans l'armée*. Revue de médecine, 1886, n° VI, p. 517. — Coustan. *Un cas d'hystérie mâle sans attaques*. Arch. de méd. et de pharm. militaires, novembre 1887.

2. Oseretzkowsky (de Moscou). *Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes*. Archives de neurologie, nov. 1886, n° 36, p. 265. — Communic. au Congrès des médecins russes, Saint-Petersbourg, janvier 1889. Analysé in Centralblatt für Nervenheilkunde, n° 4, p. 101, 98.

3. H.-A. Janssen. *Over hysterie bij soldaten*. Weekblad voor Geneeskunde, 1887, n° 13.

4. *Ueber einen Fall von Hystero-epilepsie bei einem Mann*, aus dem königlichen Garnisonslazareth in Karlsruhe, von Oberarzt Dr. Andrée, in Karlsruhe, und Dr. Knoblauch, Assistent an der psychiatrischen Klinik in Heidelberg. — Berliner klinische Wochenschrift, n° 10, 11 mars 1889. Ce cas a été analysé par M. le professeur Charcot dans ses *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 18^e Lec. 1889, p. 425.

encore à cet accès de pudeur scientifique, un orgueil de race curieux à enregistrer...¹ »



FIG. 87. — Arc de cercle. Emprosthotonos.

Pour tous commentaires du cas suivant, nous ferons uniquement remarquer que l'attaque convulsive chez le grenadier observé par

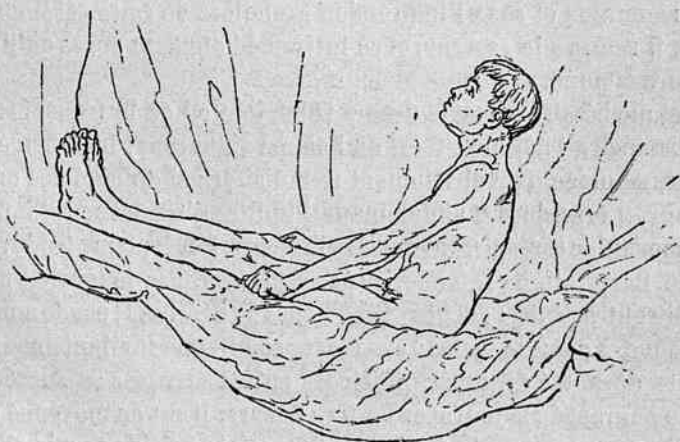


FIG. 88. — Mouvements de salutation.

les D^{rs} Andrée et Knoblauch est absolument superposable par ses

1. *L'hystérie en Allemagne*. — Revue critique. Progrès médical, 1887, n° 47, p. 440.

phases à la grande attaque hystérique décrite par M. Charcot chez ses pensionnaires-femmes de la Salpêtrière¹.

« L'hystérie chez l'homme étant généralement assez rare, surtout la grande attaque hystérique, nous croyons devoir publier le cas suivant, observé à l'hôpital militaire de Carlsruhe. Ce qui augmente l'intérêt de cette observation c'est qu'on put tirer pendant une attaque qui dura 13 minutes une série d'épreuves instantanées qui donnent l'image parfaite de la grande attaque hystérique classique. Ces épreuves seront publiées ultérieurement; en attendant nous donnons ici le dessin de quelques-unes d'entre elles (fig. 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93).

Le malade, âgé de 23 ans, menuisier de son état, commença son service militaire le 5 novembre 1887 dans les grenadiers et avait été jusqu'alors bien portant. Pas d'hérédité ni prédispositions acquises, c'était un soldat consciencieux et faisant bien son devoir. Le 4 mars 1888, attaque brusque et violente, sans que rien l'eût fait prévoir, si ce n'est que, quelque temps auparavant, ses camarades avaient observé un changement dans son caractère. On lui avait promis qu'il serait de service lors des funérailles du prince Louis de Bade; mais comme il avait un furoncle au cou il voyait qu'il ne pourrait y assister, et ça le chagrinait beaucoup. Cependant, au dernier moment, il remplaça un de ses camarades malade et le 4 mars il assista au service qui fut fait à l'église. Après être resté longtemps dans l'attitude du port d'armes par un froid rigoureux et sous l'impression grandiose de cette cérémonie funèbre, il rentra à la caserne, et ce fut immédiatement après qu'il eut sa première attaque.

Voici quel était son état le 4 mars 1888, jour où on le transporta sans connaissance à l'hôpital : C'est un homme vigoureux, bien bâti et bien musclé, ne présentant absolument rien d'anormal du côté des organes génitaux, thoraciques et abdominaux. Pupilles rétrécies sous l'influence de la morphine et réagissant mal à la lumière. Pouls plein, tendu, régulier, 96. Respiration profonde, un peu accélérée. Pas de tension musculaire ni contractures; aucuns phénomènes de paralysie; pas de morsures à la langue. A peine le malade est-il dans son lit que survient une attaque violente durant 4 minutes; plusieurs autres attaques se succédèrent dans le courant de la journée. Du 5 au 7 mars, il eut en moyenne de 6 à 9 attaques par jour, de durée et d'intensité variables, puis elles devinrent moins fréquentes et, vers la fin du mois, le malade n'en avait plus

1. On consultera également, avec beaucoup de fruit, au point de vue de l'hystérie, les observations contenues dans le recueil suivant : *Traumatische, idiopathische und nach Infektions-Krankheiten beobachtete Erkrankungen des Nervensystems bei den deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich, 1870-1871*. Berlin, 1886.

guère qu'une par jour (et même il y eut des jours où il n'en eut pas). A mesure qu'elles diminuaient de fréquence, les attaques augmentaient d'intensité et de durée et présentaient plus nettement la forme de la

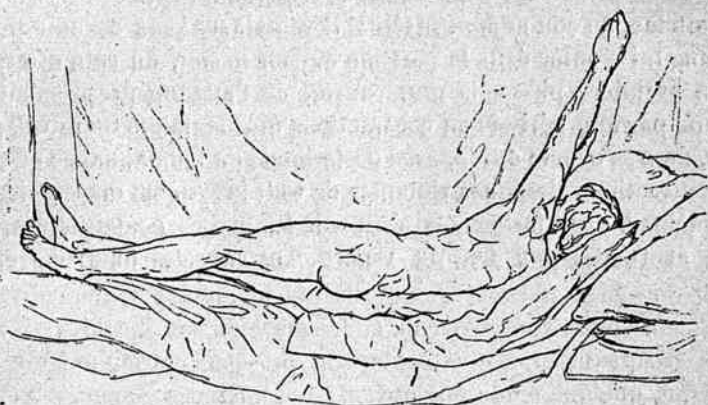


FIG. 89. — Aus der Periode der Contorsionen.

grande attaque typique si admirablement décrite par Charcot et P. Richer.

Le caractère de ces attaques rappelait, au commencement, assez fidè-



FIG. 90. — Periode der Hallucinationen.

lement, une crise épileptique, mais dès les premiers jours on s'aperçut qu'on pouvait les provoquer et même les interrompre (du moins au début de l'attaque) en apostrophant le malade à haute voix. Il se mettait alors subitement sur son séant, regardait autour de lui d'un air étonné, reprenait presque tout de suite sa conscience et répondait correctement

sans toutefois se rappeler rien de ce qui s'était passé pendant son attaque. Les attaques présentèrent le caractère typique de la grande hystérie de Charcot peu de jours après le début; les trois périodes étaient bien nettes. Le sujet avait la sensation d'aura avant sa crise, à la poitrine, au cou et dans la tête; il sentait ses yeux devenir fixes et le sang lui monter dans la poitrine et dans le cou, du côté droit.

La première phase, la plus courte, de l'attaque proprement dite débute par une période de contractions musculaires toniques, générale, de très courte durée, avec perte totale de connaissance et suivie de contractions cloniques violentes de tout le système musculaire. Les paupières à demi fermées laissent voir les globes oculaires déviés de côté et l'expression fixe du regard. Les muscles du tronc et des

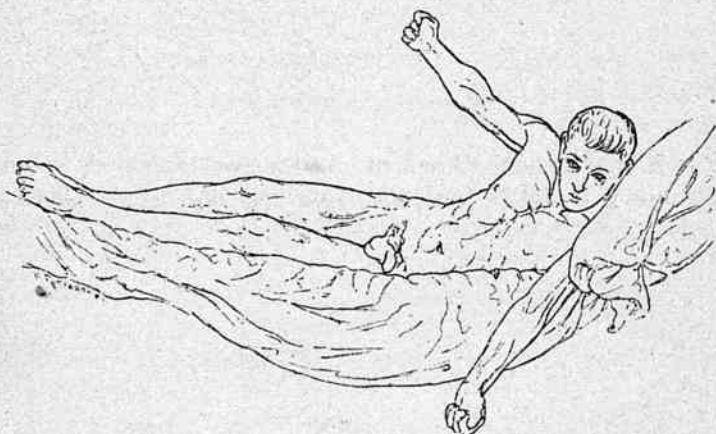


FIG. 91. — Période der Hallucinationen.

membres sont violemment secoués, les réflexes cutanés et tendineux sont diminués ou même abolis, et la pupille dilatée au maximum ne réagit plus du tout à la lumière. Jamais d'évacuations fécales ou urinaires, ni pertes séminales, ni morsures de la langue. Dans la seconde période, que Charcot caractérise si bien sous le nom de période des grands mouvements, période des contorsions, clownisme, qui se sépare si nettement de la précédente, le malade exécute des mouvements difficiles à décrire et lance ses membres avec une force extrême, le tronc se contourne de la façon la plus bizarre; on observe également pendant cette période les mouvements de salutation et l'arc de cercle (emprostotonos et opisthotonos). Les yeux sont alors ouverts, la pupille dilatée réagit sans retard à la lumière.

Dans la 3^e période, des attitudes passionnelles, qui ne se sépare pas

si nettement de la précédente que la 2^e de la 1^{re}, l'expression du visage varie avec les hallucinations qui obsèdent le malade; chez notre sujet, ce qui prédomine ce sont les images de la vie militaire, envisagée surtout sous ses côtés sombres. Il se bat avec un ennemi invisible, le

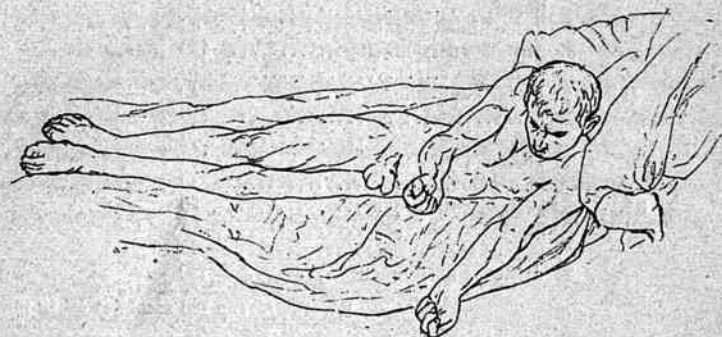


FIG. 92. — Periode der Hallucinationen.

terrasse; il exécute admirablement tous les mouvements du combat à la bayonnette, il met en joue, etc. Tout cela finit généralement par l'attitude du crucifiement.



FIG. 93. — Periode der Hallucinationen.

Dans cette 3^e période, les yeux sont également ouverts d'ordinaire et la pupille réagit bien. Toutes les attaques, spontanées ou provoquées, présentent cet aspect typique; l'attaque entière se subdivise en une série d'attaques (3-6) séparées par un intervalle de une demie à plusieurs

secondes. Elle dure en tout de $\frac{1}{4}$ à 25 minutes. Celle pendant laquelle nous primes les épreuves photographiques peut se répartir quant à la durée ainsi qu'il suit :

I. — 1. Période épileptique.....	45	secondes
Repos.....	30	—
2. Grands mouvements.....	60	—
3. Attitudes passionnelles.....	130	—
Intervalle.....	40	—
II. — 1. Période épileptique.....	40	—
Repos.....	10	—
2. Grands mouvements.....	80	—
3. Attitudes passionnelles.....	120	—
Intervalle.....	10	—
III. — 1. Période épileptique.....	50	—
Repos.....	15	—
2. Grands mouvements.....	60	—
3. Attitudes passionnelles.....	100	—

En tout :.... 790 secondes = 13 minutes.

Après l'attaque, le malade a un court accès de sommeil agité pendant lequel on voit que les hallucinations persistent; puis enfin survient un affaissement général de tout le système musculaire, suivi de sommeil profond, léthargique. Pendant l'attaque, la respiration = 68, le pouls 172 parfois; après l'attaque, le visage est très coloré, les carotides battent visiblement, la peau est moite, les extrémités sont froides. La température rectale ne dépasse jamais $37^{\circ},9$. Puis le patient se réveille avec un violent mal de tête, ne se rappelant rien de son attaque et croyant avoir dormi pendant un temps indéterminé et avoir eu de mauvais rêves dont il n'a plus souvenance. Dans l'intervalle des attaques, il se sent la tête un peu prise, et se plaint d'une sensation particulière de fixité dans la vision. — Son caractère ne tarde pas à être affecté et, avant chaque accès, il est en proie à des transes, à des terreurs, à des angoisses. Il reste sombre, silencieux, évite le regard; l'intelligence reste intacte.

Les 8 premiers jours il y eut un peu de polyurie (urine des 24 heures, 2,600 à 4,000 gr.; dens.: 1,015-1,019.) La couleur de l'urine est jaune paille, la réaction acide, elle est claire, sans sucre ni albumine. On ne put déterminer son champ visuel, car chaque fois qu'on voulait lui faire fixer un point quelconque cela lui rappelait son triste état et une nouvelle attaque survenait.

De même pour la sensibilité cutanée; on arriva cependant à établir que lorsqu'on applique l'épingle sur le tronc ou les extrémités il lui est impossible de dire si c'est avec la pointe ou la tête de l'épingle qu'on le pique; lorsqu'on l'enfonce dans la peau plissée de la cuisse

ou du scrotum, il localise parfaitement la piqure mais n'éprouve aucune douleur. Pas de différence entre la sensibilité des deux côtés du corps. Zone hystérogène du mamelon ; aura si l'on ne fait que chatouiller ; en appuyant plus fortement on a l'attaque.

En appuyant sur les testicules on ne provoquait pas l'attaque mais on l'arrêtait, de même que par la compression de la région correspondant à l'ovaire chez la femme (n'importe quel côté ou quel testicule). L'interruption de l'accès n'était que passagère et l'attaque reprenait aussitôt de plus belle. Dans l'intervalle des attaques les réflexes tendineux n'étaient pas exagérés pathologiquement.

Le diagnostic d'hystérie que nous portâmes malgré les difficultés que présentait l'examen du malade se base sur les faits suivants :

1. Aspect typique des attaques.
2. Présence de zones hystérogènes.
3. Possibilité d'arrêter à volonté l'attaque.
4. Diminution de la sensibilité des deux côtés.
5. Changement d'humeur survenu peu à peu sans qu'il y ait faiblesse intellectuelle persistante, malgré la fréquence des attaques.

La maladie eut un cours très favorable. A dater du 5^e jour après son admission à l'hôpital, les attaques devinrent moins nombreuses ; et si le malade en eut encore à la fin de mars et au commencement d'avril, elles furent surtout causées par les tentatives d'examen dont il fut l'objet.

A partir de cette époque, les attaques perdirent peu à peu leur caractère de netteté, les périodes d'attitudes passionnelles et de contorsions devenant plus courtes et plus incomplètes, tandis que la période épileptoïde conservait encore son caractère propre. Les dernières attaques typiques eurent lieu en mai ; dès lors ce ne furent plus que des accès rudimentaires : troubles de connaissance, convulsions toniques passagères, quelques secousses.

En juin, il ne restait plus guère que le changement d'humeur qu'il avait éprouvé ; puis, peu à peu, le malade se mit à parler avec ses camarades de lit et devint plus gai et plus communicatif. Il quitta l'hôpital le 13 juillet 1888, six semaines après sa dernière attaque, bien portant, robuste, ne présentant plus aucune zone hystérogène ou analgésique. Il est à regretter qu'on n'ait pas mesuré son champ visuel. Le traitement fut exclusivement expectatif, purement psychique, se bornant à quelques injections de morphine pour agir sur le moral ; dès que les attaques furent devenues moins nombreuses il fit de l'hydrothérapie et on le mit aux toniques.

Il était facile de prévoir que cette guérison ne durerait pas long-

temps. En effet, vers la fin de janvier 1889, le malade, qui avait quitté son état de menuisier pour se vouer à l'agriculture, nous écrivit que deux semaines après son départ de l'hôpital, le 30 juillet, il avait eu le matin, à son travail, des maux de tête et un étourdissement; s'étant mis au lit dans l'après-midi, il eut une attaque d'un quart d'heure le soir, à dix heures, pendant laquelle il tomba de son lit. Il dormit ensuite d'un sommeil profond et paisible et se réveilla le lendemain tout à fait apte au travail et sans souvenir de son accès. Il eut une dernière attaque cinq semaines après, le 3 septembre, au matin; il l'avait sentie venir, s'était couché en revenant des champs; elle dura cinq minutes. Pendant ces cinq derniers mois il n'en eut plus; dans l'intervalle des attaques il se sentait très bien, était bien apte au travail, et pendant ces derniers temps il n'a plus présenté, selon lui, aucun symptôme de son affection. »

GILLES DE LA TOURETTE,

Ancien chef de Clinique des maladies du système nerveux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ACROMÉGALIE

(Suite¹)

La hauteur des *orifices postérieurs des fosses nasales* est de 35 mill., leur largeur est de 15 mill. en haut et de 18 mill. en bas; leur bord inférieur est assez fortement concave en haut. *Voûte palatine*: longueur 44 mill. (de l'épine nasale postérieure au trou palatin antérieur); largeur 44 mill. entre les deux trous palatins postérieurs. Elle a dans son ensemble une forme arrondie remarquable. En son milieu, elle présente en avant une crête à laquelle fait suite une dépression, jusqu'à l'épine nasale postérieure; à la jonction des palatins et des maxillaires existe une véritable fosse elliptique, longue de 18 mill. et large de 9 mill. Chacune des lames palatines, de chaque côté de la ligne médiane, est convexe en bas. On pourrait presque dire que le palais est natiforme.

On voit en avant que les *os intermaxillaires* ne sont pas soudés sur la ligne médiane, leur suture palatine latérale est très nette sur une longueur de 1 centimètre environ à partir du trou palatin antérieur. En les regardant par la face supérieure, on voit que les deux lames internes ne sont pas soudées davantage vers les fosses nasales et qu'elles sont mobiles et sur le vomer dont la pointe s'engage sur cette espèce de V, et sur la crête du maxillaire supérieur qu'elles comprennent entre leurs deux bords obliques en arrière et en haut.

Le *bord alvéolaire supérieur* est complètement édenté. En arrière il est arrondi, distendu, et sa translucidité prouve que cela est dû à une dilatation considérable du sinus maxillaire.

Face proprement dite. — Ecartement entre l'extrémité inférieure des deux sutures jugo-maxillaires, 100 mill.; écartement entre la partie moyenne des deux tubérosités maxillaires, 80 mill. (norm. 65 mill.).

On voit bomber fortement : 1° les bosses frontales qui dépassent en avant l'orbite; 2° les maxillaires supérieurs qui débordent l'os malaire. Ecartement entre les deux trous sous-orbitaires 62 mill. (norm. 54 mill.); entre les deux trous sus-orbitaires 54 mill. (norm. 38 mill.). Largeur maxima de l'échancrure piriforme 29 mill.

Os propre du nez. Son bord interne (25 mill.) n'est pas allongé; son bord

1. Voy. les n^{os} 5, 6, t. I, 1888, et les n^{os} 1, 2, 3, 4, 5, t. II, 1889.

externe (39 mill.) l'est notablement et se termine à une pointe considérable qui proémine en avant, divisant en deux le bord antérieur du maxillaire supérieur. La partie supérieure est rectiligne en haut et un peu en arrière (suture naso-maxillaire); l'inférieure est concave en avant et en dedans. De là résulte que l'échancrure piriforme a la forme d'une gourde.

Cloison nasale. Déviée de façon à proéminer par son tiers inférieur dans la fosse nasale gauche.

Orbite. Les dimensions sont peu accrues dans le sens vertical (53 mill. sous le trou sous-orbitaire); mais elles sont considérables dans le sens transversal (53 mill. entre la suture fronto-jugale et la suture naso-maxillo-frontale). La paroi inférieure est soulevée en arrière, d'où une obliquité très marquée en bas et en avant. Le rebord qui la sépare du trou sous-orbitaire est émoussé.

Distance entre les deux sutures fronto-malaires 110 mill. *Fosse temporale*, rien de particulier. *Fosse zygomatique* rétrécie par la proéminence de la tubérosité maxillaire. *L'os malaire* est normal.

Cette étude du massif maxillaire supérieur prouve qu'il y a avant tout une *dilatation remarquable du sinus maxillaire*. C'est ce qui cause la saillie des pommettes, attribuée cliniquement, mais à tort, à l'hypertrophie de l'os malaire. Les parois translucides du sinus maxillaire rendent cette boursoufflure évidente. La saillie des bosses frontales fait prévoir qu'il en est de même pour le sinus frontal; déjà, en outre, nous avons vu les apophyses mastoïdes pour ainsi dire distendues.

Os de la voûte du crâne. — Un trait de scie horizontal ouvre la boîte crânienne. Il passe par le sommet du sinus frontal. Là on voit un épaississement manifeste dû à un tissu spongieux abondant entourant le sinus. L'occipital dans la partie supérieure de son écaille, les pariétaux près de leur bord médian ont 10 mill. environ d'épaisseur. L'épaisseur n'est pas accrue à la jonction de la voûte et de la base. Hauteur de l'écaille du frontal, 158 mill.

Face interne du crâne. — Dans l'étage sus-orbitaire on voit l'apophyse crista-galli très épaissie à la base; la crête qui la limite en arrière remonte fortement vers une bosse que forme la moitié gauche de la surface olfactive du sphénoïde; de là un bord supérieur concave en haut et un peu à gauche. La moitié gauche de la surface olfactive est sur un plan plus élevé que le sommet de l'apophyse crista-galli. Il n'y a pas de démarcation appréciable entre le sphénoïde et l'ethmoïde. La surface triangulaire par laquelle le frontal s'articule avec la grande aile du sphénoïde est perforée, en sorte que par ces trous on voit de petits îlots du sphénoïde ressemblant assez, au premier abord, à de petits os worniens.

La section horizontale, passant à 5 centimètres au-dessus du sommet de l'apophyse crista-galli, ouvre l'extrémité supérieure des *sinus frontaux*, larges à ce niveau : le droit de 19 mill., le gauche de 10 mill.; ayant dans le sens antéro-postérieur le droit 12 mill. et le gauche 7 mill. Entre les deux

existe une cloison verticale, placée à gauche de la ligne médiane. Ils sont fort dilatés.

Etage moyen. L'écartement entre les extrémités internes des deux trous optiques est de 32 mill. Ces deux trous ne sont pas ronds, mais aplatis de haut en bas. Entre eux on ne voit pas de gouttière optique. Cette gouttière est comblée par un renflement limité en arrière par une légère rainure et qui se continue en avant avec la surface olfactive déjà décrite. Ces trous optiques sont en somme fort rétrécis, et il est certain que le nerf optique y était très comprimé. En dehors du trou optique existe une apophyse clinoïde antérieure longue de 17 mill., terminée en arrière par une pointe très aiguë et présentant au milieu de son bord interne une autre pointe qui s'avance vers l'apophyse clinoïde moyenne, dont elle reste écartée de 3 mill., tendant à circonscrire avec elle un cercle de 7 mill. de diamètre. Écartement entre les apophyses clinoïdes antérieures : à la base, 43 mill. ; à la pointe, 36 mill. Écartement entre les fentes sphénoïdales ; à l'extrémité interne, 50 mill. ; à l'extrémité externe 69 mill. L'apophyse clinoïde moyenne est à 8 mill. de la fente sphénoïdale ; à 5 mill. du trou optique ; à 32 mill. de la congénère du côté opposé.

La gouttière caverneuse n'est pas très accentuée en avant, mais l'est très bien en arrière. Elle se continue par un canal carotidien ayant 7 mill. de diamètre transversal et 10 mill. de diamètre antéro-postérieur (fig. 94).

Sur la partie moyenne du corps du sphénoïde, on voit une fosse pituitaire très profonde, s'enfonçant à 15 mill. sous le plan passant par le sommet des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures. Le fond, ressemblant à de la pierre ponce, est rugueux, extrêmement aminci et présentant même à son pourtour quelques perforations qui conduisent dans le sinus sphénoïdal ; (diamètre transversal, 22 mill. ; antéro-postérieur 15 mill.). Les parties latérales se relèvent assez peu, mais en avant est une lame, longue de 12 mill., qui va, très oblique en bas et en arrière, de la rainure qui représente la gouttière optique au fond de la fosse pituitaire. La lame quadrilatère, à peu près verticale, tendrait même à se déjeter un peu en arrière. Son bord supérieur est comme déchiqueté. Il est à 32 mill. de la rainure antérieure. Les angles ne présentent pas d'apophyse clinoïde très marquée. Ils sont à 15 mill. de la pointe de l'apophyse clinoïde antérieure ; à 25 mill. de la moyenne.

La fosse sphénoïdale n'offre rien de particulier, sinon la profondeur plus grande du sillon de la ménagée moyenne, comme encaissée entre des rugosités un peu poreuses.

En somme, on voit que ces altérations de la fosse moyenne sont surtout de deux ordres : 1° un élargissement de la fosse pituitaire, pour loger une tumeur ; 2° une distension considérable du sinus sphénoïdal dont la paroi supérieure se boursoufle, à gauche surtout, effaçant la gouttière optique et la partie antérieure de la gouttière carotidienne ; remplaçant la moitié gauche de la surface olfactive par une saillie, aplatissant les trous optiques.

Étage postérieur. — Les quatre gouttières pétreuses sont très marquées. La face supérieure de l'apophyse basilaire est finement rugueuse (longueur 30 mill.; largeur 28 mill.). Le sinus latéral droit est seul marqué sur l'occipital; sur la région mastoïdienne, il est plus large que le gauche, ainsi que le trou déchiré postérieur. Le sinus occipital droit est très marqué.

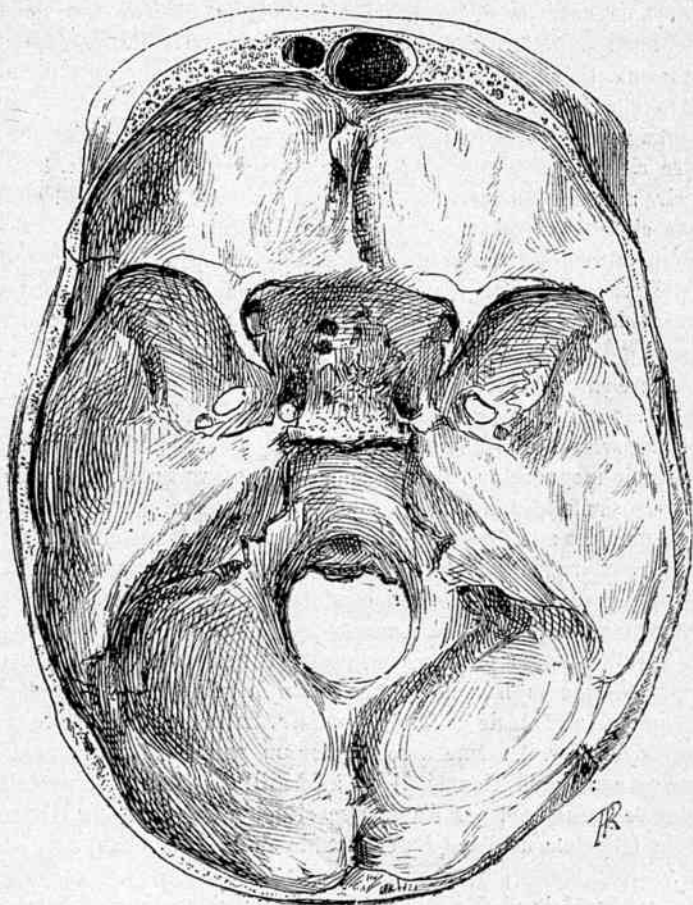


FIG. 94.

Le trou occipital a 30 mill. de diamètre antéro-postérieur; 27 mill. de diamètre transversal.

Diamètres intra-craniens. — De la protubérance occipitale interne au trou borgne, 140 mill.; de la protubérance au bord supérieur de la lame quadrilatère, 73 mill. Entre les angles antéro-inférieurs des pariétaux, 100 mill.

Maxillaire inférieur. — *Corps.* Longueur de l'angle à la symphyse, 103 mill. Le bord alvéolaire, porteur d'une dent, est réduit à une lame mince, à peu près verticale, que la symphyse déborde en avant d'environ 20 mill. Les apophyses géniales supérieures, très développées, sont de même en retrait sur le menton auquel elles sont unies par une ligne fortement rugueuse. Des rugosités compactes remplacent la fossette digastrique. Hauteur au niveau de la symphyse, 30 mill. — *Branches.* Largeur 28 mill.; hauteur

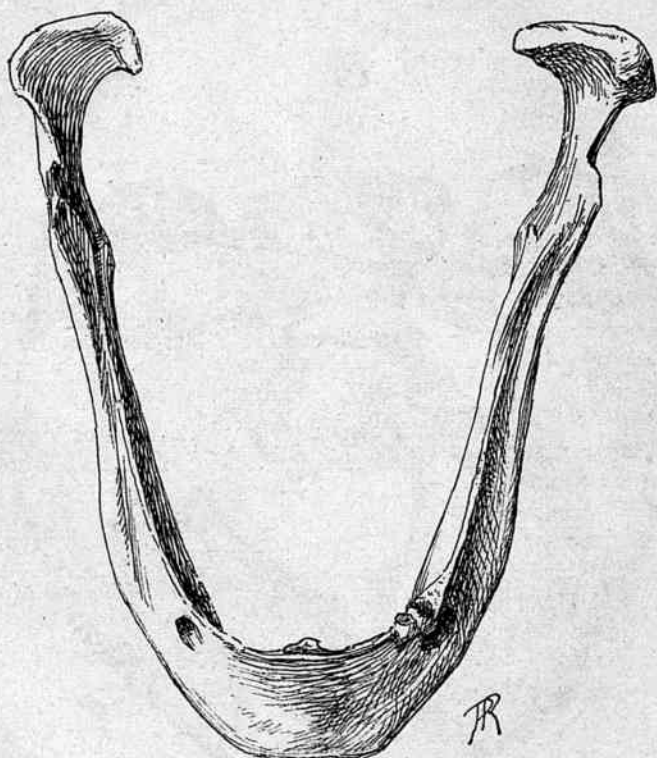


FIG. 95.

(jusqu'au fond de l'échancrure sigmoïde) 53 mill. Les bords sont fort obliques en haut et en arrière. Angle de la mâchoire : 125° environ (fig. 95).

Nulle part il n'y a de rugosités spongieuses. Le trou dentaire inférieur est fort large, surtout le gauche (12 mill. de long sur 7 de haut.) dont le fond est comme aréolaire (travées compactes). Il y a une dépression allongée considérable en arrière de lui entre le bord alvéolaire et la ligne oblique externe. La ligne oblique interne est très saillante, et la partie du corps située au-dessous d'elle est presque horizontale. La dépression de la glande sous-maxillaire

est à peu près normale; de même l'épine de Spix et l'apophyse coronoïde, seulement un peu accentuées. Le *condyle* présente quelques déformations poreuses sur son bord libre. Sa face postérieure est très convexe et son bord supérieur notablement déjeté en avant. En outre, son angle interne est allongé et déjeté en avant, d'où augmentation du creux antérieur du condyle et de son

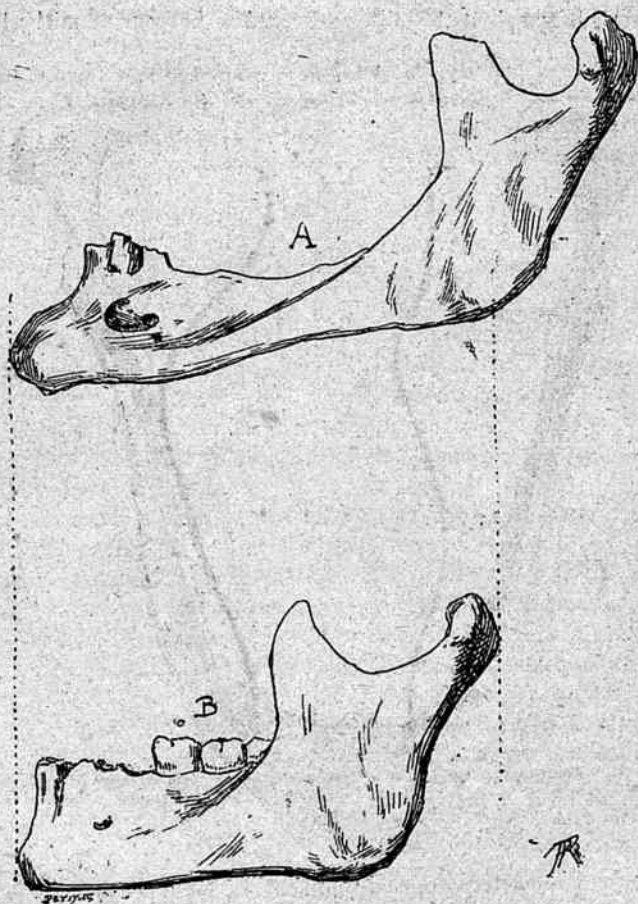


FIG. 96 et 97.

col. L'angle externe est normal à droite; à gauche il présente un tubercule saillant et un peu rugueux. Diamètre transversal du condyle, 28 mill. L'allongement porte presque exclusivement sur la partie interne du condyle. Il y a un emboîtement très profond du condyle par la cavité glénoïde transformée en un angle (fig. 96, 97).

En regardant le profil de la face tout entière, on reste frappé surtout par

la saillie considérable du rebord alvéolaire inférieur en avant du supérieur; et par la saillie du menton en avant du rebord alvéolaire inférieur.

Rachis. — En examinant la colonne vertébrale de face, les disques intervertébraux n'existant plus, on voit immédiatement une forte cyphose avec une scoliose gauche très marquée. Le rachis, dans son ensemble, est fortement incurvé en avant. L'axe des vertèbres cervicales est presque vertical, quoiqu'un peu dévié en bas et à droite; celui des trois premières dorsales est fortement oblique en bas et à gauche; la direction change au niveau de la 4^e dorsale, et l'axe des 4^e, 5^e, 6^e, 7^e dorsales est fortement oblique à droite. Il y a donc une

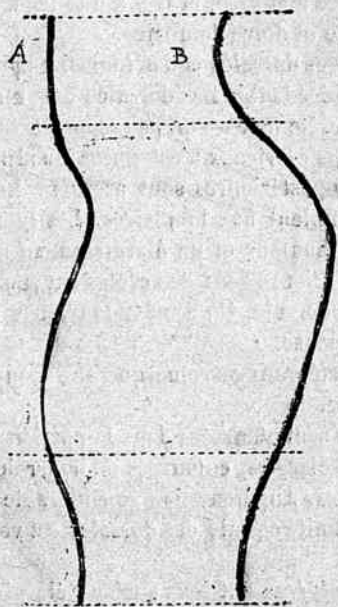


FIG. 98. — A. — Courbures présentées par la ligne des apophyses épineuses sur le squelette considéré par derrière (scoliose). — B. — Courbures présentées par les corps des vertèbres vus de profil (cyphose).

courbe à concavité antérieure et droite dont le sommet répond à la 4^e dorsale. La région dorsale inférieure et la lombaire forment une courbe beaucoup moins accentuée, à convexité droite. Des plus, comme à la région cervicale, la convexité antérieure normale est accrue. En somme, il y a courbure par compensation des parties supérieure et inférieure du rachis, la région dorsale supérieure étant l'origine de la déformation. Cela est démontré par l'examen des corps vertébraux.

Le corps de la 1^{re} et de la 2^e dorsales ne sont guère asymétriques. Celui de la 3^e commence à être plus haut à gauche qu'à droite et en arrière qu'en avant; et il prend une forme triangulaire, d'où une crête antérieure, mousse.

Cette forme devient très accentuée de la 4^e à la 7^e dorsales, en même temps que l'asymétrie devient considérable : 1^o par affaissement intense du côté droit; 2^o parce que, vu la torsion signalée plus loin, l'angle antérieur divise ce corps en deux moitiés dont la droite est moins étendue transversalement que la gauche. Tous ces corps ont une hauteur manifestement diminuée en avant (15 mill. pour les trois premières; 11 mill. pour la partie droite de la 5^e).

Outre l'affaissement latéral, il existe une torsion des vertèbres dorsales supérieures; les apophyses transverses droites sont refoulées en arrière et à gauche. De plus, l'affaissement de la partie antérieure des corps crée une concavité antérieure très marquée, et il y a une légère convexité antérieure compensatrice cervicale et dorso-lombaire.

Les corps des dernières dorsales et des lombaires présentent une asymétrie légère, inverse de la précédente. Les dorsales ont une tendance à la forme triangulaire, avec une crête mousse un peu reportée vers la droite.

La hauteur des corps cervicaux n'est guère modifiée; leurs dimensions transversales et antéro-postérieures sont accrues. Les dorsaux inférieurs, un peu aplatis, ressemblent aux lombaires. Les lombaires présentent un léger accroissement en hauteur et un élargissement notable; les bords des faces supérieure et inférieure sont des crêtes rugueuses et spongieuses. La face supérieure des 12^e dorsale, 1^{re}, 2^e et 3^e lombaires présente en son centre une excroissance spongieuse.

Sur tous les corps vertébraux on remarque une spongiosité considérable et de gros trous vasculaires.

Les facettes costales sont affaissées dans la portion concave de la région dorsale; les autres sont élargies, entourées de bourrelets rugueux.

Apophyses transverses. Augmentation considérable de leur gouttière à la région cervicale; l'extrémité costale des dorsales est volumineuse, rugueuse, spongieuse.

Les apophyses articulaires ont leur surface élargie dans la région cervicale et dorsale (15 mill. de diamètre); aux lombaires, cette surface n'est pas accrue, mais est entourée d'un fort bourrelet rugueux.

Apophyses épineuses. Hypertrophie de leur extrémité spongieuse. Longueur de la 4^e cervicale, 20 mill.; largeur 18 mill. Longueur de la 4^e dorsale, 32 mill.

Trou rachidien : normal. Le *trou de l'artère vertébrale* est élargi; les *trous de conjugaison* ne sont pas rétrécis, même au niveau des fortes courbures anormales.

Côtes. — Elles sont toutes manifestement augmentées de volume, mais ont leurs torsions normales. La 7^e a 24 centimètres de long et 26 mill. de haut. Exagération considérable de la gouttière intercostale (10 mill. de haut), surtout en arrière. Extrémité antérieure un peu élargie. Les extrémités postérieures, extrêmement rugueuses, présentent des saillies articulaires et ligamenteuses très accentuées. Tout le col est couvert, à sa face postérieure, de

tubérosités spongieuses. Les surfaces vertébrales sont élargies et aplaties; on y voit encore cependant la trace de la division en deux facettes.

1^{re} côte. Largeur à la partie moyenne, 25 mill. Gouttière sous-clavière large de 2 centimètres, lisse à droite, un peu rugueuse à gauche. Le tubercule du scalène antérieur est un peu exagéré.

Clavicule droite. — L'extrémité interne est très déformée, *Facette sternale* irrégulière, rugueuse, en gouttière demi-circulaire ouverte par en bas, entourant un mamelon central. (Diamètre antéro-postérieur 32 mill.; vertical, 27 mill.). *Facette costale*, irrégulièrement triangulaire à sommet mousse externe (longueur 26 mill.; largeur à la base 19 mill.). Entre ces

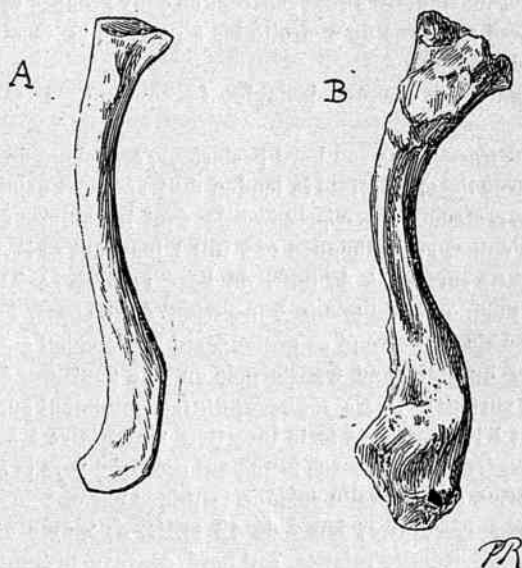


FIG. 99. — A. — Clavicule normale de femme. — FIG. 100. — B. — Clavicule du squelette acromégalique.

deux facettes, crête peu accentuée. Le cartilage passe de l'une à l'autre. Le sommet de la facette costale est entouré d'une gouttière qui remonte en haut et en arrière, et surtout se prolonge horizontalement en avant; à un centimètre en dehors de lui est une véritable apophyse saillante; au niveau de cette apophyse, le *corps* (face antérieure) a 28 mill. de haut. Forme et courbures normales. Au changement de courbure de la face antérieure existe une très forte rugosité deltoïdienne. La face postérieure, lisse dans toute son étendue, regarde un peu en bas dans sa partie concave. Bord supérieur, normal. Les *bord et face inférieurs* sont voutés et creusés d'une *gouttière du sous-clavier*, longue de 62 mill., qui aboutit en se rétrécissant (5 mill. de large) à la petite apophyse déjà décrite en dehors de la facette costale. Son extrémité externe (9 mill. de large) commence aux rugosités de la face infé-

rière de l'extrémité externe. Ses bords sont assez tranchants; l'antérieur descend plus bas que le postérieur. *Extrémité externe*; sa face supérieure est envahie par les rugosités deltoïdiennes; les tubercules des ligaments coraco-claviculaires sont très accentués (20 mill. de large), confondus et limités en dehors par une gouttière oblique en avant et en dehors, profonde et large (pouvant contenir l'index). *Facette acromiale* haute de 18 mill. Les extrémités et les rugosités sont toutes très spongieuses. Le corps est perforé de plusieurs trous, mais on n'y voit pas le trou nourricier typique.

La *clavicule gauche* est beaucoup moins déformée. Facette sternale à peu près circulaire. Facette costale moins allongée. Rugosités deltoïdiennes beaucoup moins nettes. Gouttière du sous-clavier peu accentuée. Les rugosités des ligaments coraco-claviculaires sont séparées en deux groupes comme normalement. La même gouttière qu'à droite les sépare de la facette acromiale. Trou nourricier normal.

Longueur totale de chaque clavicule, 14 centimètres (sans suivre les courbures).

Omoplate. — Épine. Sur son bord postérieur, en dehors de la facette triangulaire (pas très lisse) où glisse le tendon du trapèze, il existe une dépression en triangle rectangle à peu près isocèle, dont le sommet atteint la lèvre supérieure de l'épine, l'hypothénuse (22 mil.) longeant sa lèvre inférieure. En dedans de cette surface, à 40 mill. du bord axillaire, existe sur la lèvre inférieure de l'épine le tubercule d'insertion du trapèze. *Fosse sous-épineuse.* Insertion du grand rond se prolongeant en crochet sur le bord axillaire. Insertion du petit rond transformée en une gouttière étroite et profonde (à droite surtout). *Fosse sous-scapulaire* nettement anguleuse sur la ligne répondant à l'épine. Très forte insertion musculaire à son angle inférieur. *Angle supéro-interne* assez fortement recourbé vers la fosse sous-scapulaire sous forme d'une petite colonne terminée par une insertion musculaire à peu près circulaire, large de 13 mill. *Apophyse caracoïde* très recourbée. A son extrémité interne, son bord convexe présente une dépression rectangulaire entre la base et l'échancrure sous-caracoïdienne. *Cavité glénoïde*: plus arrondie que normalement; séparée du bord antéro-externe de l'épine par une très forte dépression digitale.

Dimensions. De l'angle inférieur à l'échancrure sous-caracoïdienne, 127 mill.; largeur de la fosse sous-scapulaire au niveau de l'insertion de l'épine (y compris la tubérosité glénoïde), 116 mill. Hauteur maxima de la face supérieure de l'épine, 37 mill.

Humérus. — Tête rugueuse, inégale, déformée par un certain allongement dans le sens vertical, pour l'humérus droit surtout sur lequel elle forme une sorte de crochet au-dessus du col anatomique. Sur tous deux, la tête présente à la partie inférieure une sorte de croissant surajouté. Le col anatomique est comblé en haut au niveau des tubérosités, soudées à l'extrémité supéro-externe de la tête. A gauche, on voit là un trou prouvant qu'il s'agit d'une sorte de pont surajouté. Des deux côtés, la gouttière inter-tro-

chantérienne a disparu. Tout autour de la tête, trous vasculaires considérables. Le *corps* a la forme ordinaire. Relief deltoïdien très accentué, formé

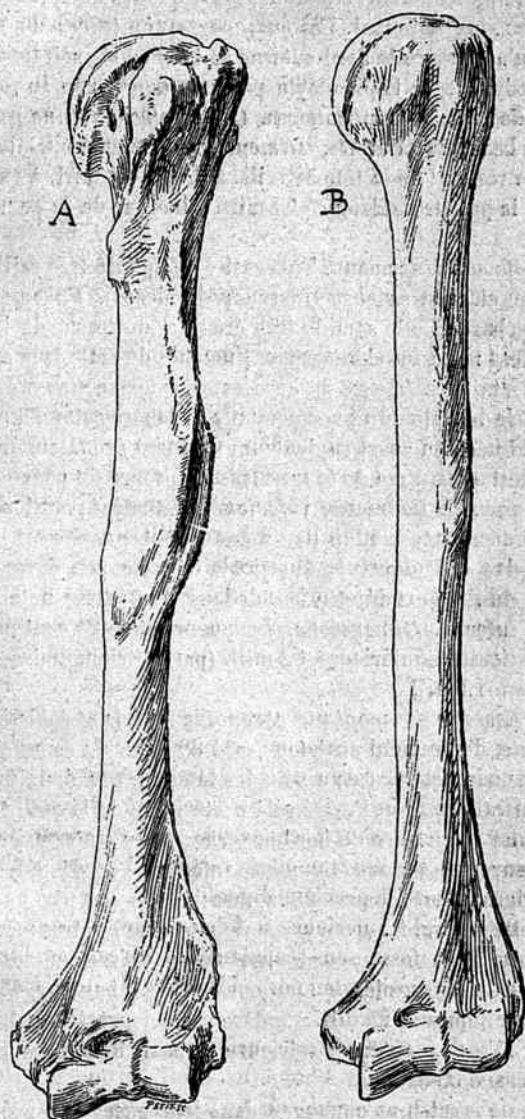


FIG. 101. — A. — Humérus du squelette acromégalique. — FIG. 102. — B. — Humérus normal de femme.

de deux bords entre lesquels est une profonde dépression. Au-dessous des tubérosités, la gouttière bicipitale apparaît, très profonde. (Etat du tendon du

biceps, inconnu.) Empreinte très marquée du caraco-brachial; au-dessous d'elle, sur la face interne, trou nourricier normal. *En bas*, le bord antérieur s'aplatit en palette plus que normalement; ainsi que les deux tubérosités inférieures, il est rude et inégal. Les *surfaces articulaires* du coude sont normales, quoiqu'en arrière le bord externe de la trochlée soit très tranchant et séparé du condyle et de l'épicondyle par une dépression au fond de laquelle se voient de gros trous vasculaires. *Cavité olécranienn*e perforée, un peu à gauche et beaucoup à droite, *Dimensions* : longueur totale 26 centimètres; diamètre vertical de la tête 52 mill. à droite, 48 mill. à gauche; largeur maxima de la palette inférieure 73 mill.; largeur de la partie articulaire 44 mill.

Radius. — *Tête et col* normaux. Tubérosité bicipitale très saillante, surtout en arrière où elle est rude (insertion du biceps). *Face antérieure* : normale jusqu'en bas; là elle semble très creusée au-dessus de la face articulaire, ce qui tient : 1° à un élargissement notable de cette face articulaire; 2° à ce que l'extrémité inférieure du bord externe forme une crête saillante qui va à la base de la styloïde et surplombe en dehors cette dépression. Insertions très marquées du court supinateur; du carré pronateur. Forte gouttière correspondant au passage du long extenseur propre du pouce en arrière. Trou nourricier normal. *Extrémité inférieure*. Entre les gouttières postéro-externes, crêtes assez mousses, un peu rugueuses et spongieuses. Gros trous vasculaires. Le plan articulaire de la styloïde dépasse peu la face horizontale. La facette cubitale est déjetée en dedans et dépasse notablement le niveau du bord interne. *Dimensions*. Longueur totale 21 centimètres. Largeur de la face articulaire inférieure, 32 mill. (partie triangulaire, 20 mill.; partie quadrilatère 12 mill.)

Cubitus. — *Olécrâne et apophyse coronoïde* élargis et épaissis. L'insertion, très saillante, du brachial antérieur est à 40 mill. du sommet de la coronoïde. Elle est unie à chacun de ses angles latéraux par deux fortes crêtes en V. Crête saillante unissant l'extrémité postérieure de la petite cavité sigmoïde à l'extrémité supérieure du bord externe. *Face antérieure*. La gouttière du fléchisseur est profonde. La partie inférieure se dévie fortement en arrière et en dedans et est séparée de la face postérieure par une ligne rugueuse. *Face postérieure*. La crête verticale moyenne est très marquée. *Extrémité inférieure* à peu près normale, sauf un épaississement de la styloïde. *Dimensions* : Surface olécranienn : largeur 30 mill. ; hauteur, 17 mill. Surface coronoïdienne : largeur 25 mill. ; antéro-postérieure 17 mill. Petite sigmoïde : hauteur 11 mill. ; antéro-postérieure 17 mill. Épaisseur antéro-postérieure de l'olécrâne 30 mill.

Les deux os de l'avant-bras envisagés dans leur ensemble présentent un peu au-dessus de leur partie moyenne un angle très obtus ouvert en dedans. Leurs extrémités supérieures sont un peu incurvées en avant.

Main. — Sur aucun des os de la main les surfaces articulaires proprement dites ne sont notablement altérées, mais sur tous il y a exagération des

rugosités péri-articulaires ligamenteuses ou tendineuses. Les *os du carpe*, tous assez gros, sont extrêmement spongieux et friables. Les *métacarpiens* ont conservé leur forme générale et il a été facile de les mettre en position. Les corps ont leur configuration normale, les extrémités sont renflées. Longueur du 3^e métacarpien 37 mill. Les *phalanges* offrent le même type de déformation. Les unguéales sont relativement peu déformées.

Os iliaque. — Toute la face interne et la fosse iliaque externe sont normales. Les parties spongieuses sont au contraire épaissies, poreuses, déformées. L'échancrure ilio-ischiatique est bien marquée, l'échancrure ilio-pubienne n'existe plus. L'arrière-fond du cotyle est des deux côtés élargi; à gauche il est surplombé à sa partie postéro-supérieure par une sorte de lame osseuse qui prolonge la partie articulaire. Diamètre du cotyle 55 mill.; largeur de la partie articulaire 38 mill. en arrière et en haut; 15 mill. aux deux extrémités qui limitent l'échancrure ischio-pubienne. Gouttière sous-cotyloïdienne peu marquée. Fortes facettes musculaires à l'ischion. Gouttière sus-cotyloïdienne remplacée par des rugosités spongieuses avec de gros trous vasculaires. Ces trous existent tout autour du cotyle, mais s'arrêtent à 7 ou 8 mill. de son bord. Entre le pubis et l'ischion, tous deux gonflés et poreux, la branche ischio-pubienne, elle aussi spongieuse, décrit une courbe à concavité postéro-interne. Hauteur du pubis 50 mill.; épaisseur 25 mill. Épaississement considérable de l'éminence ilio-pectinée; de la crête iliaque, large de 24 mill. en avant du tubercule du fascia lata, de 28 mill. au niveau de ce tubercule; renflement considérable surtout en arrière du tubercule du grand fessier. Derrière la cavité auriculaire très poreuse, non agrandie, le bord postérieur et la tubérosité forment une masse très épaisse (30 mill.) et très spongieuse.

Sacrum. — Lors de l'autopsie, il a été brisé longitudinalement au niveau de la surface auriculaire droite. Autant qu'on en peut juger, il ne serait pas tout à fait symétrique, mais plus développé à droite. Distance du deuxième trou postérieur à la crête sacrée : 21 mill. à droite; 18 mill. à gauche. Face antérieure plus incurvée que normalement; la courbe a lieu au niveau de l'articulation de la deuxième et de la troisième vertèbre sacrée. Épaisseur maximum de la moitié gauche du sacrum : 55 mill. Largeur du canal sacré en haut 28 mill.

Fémur. — Corps et bifurcation inférieure de la ligne à peu normaux. Trifurcation supérieure très épaissie, la branche externe surtout. Angle du col de 130° à 135°. La *ligne inter-trochantérienne antérieure* forme près du grand trochanter une rugosité épaisse, longue de 27 mill. À droite, la face externe du *grand trochanter* est percée d'un large trou qui se bifurque au fond; à gauche trous volumineux indépendants. Forte apophyse du moyen fessier. *Cavité digitale* très large (19 mill. à gauche; 25 mill. à droite) soulevée en son centre d'un gros mamelon rugueux. Sur le col, les trous nourriciers sont normaux vers le grand trochanter; un peu élargis vers la tête. Tête spongieuse, un peu érodée : 47 mill. de diamètre. Dimension antéro-postérieure du grand trochanter, 47 mill.

Extrémité inférieure. — Sur le condyle interne, dévié en dedans, le tubercule du grand adducteur se continue avec celui du jumeau et est entouré d'une gouttière demi-circulaire à concavité supérieure. Insertion du jumeau externe et gouttière poplitée très accentuées. Dépression digitale très marquée au-dessus du condyle interne.

Dimensions. — Longueur totale (à partir du bord supérieur du grand trochanter) 385 mill. ; largeur de la diaphyse à la partie moyenne 30 mill. ; dimension antéro-post. 25 mill. Largeur de l'extrémité inférieure, 85 mill. ; de la surface rotulienne, 43 mill. ; de la partie articulaire du condyle interne, 28 mill.

Tibia. — *Extrémité supérieure.* Gouttière du 1/2 membraneux pas très marquée. Extrémité supérieure brisée en arrière ; très spongieuse, mais peu de gros trous vasculaires. En avant de la surface péronéale est une tubérosité arrondie, réunie par une crête assez saillante à la partie externe de la tubérosité antérieure. La hauteur du plateau tibial est accrue (27 mill. au niveau de la facette péronéale). *Corps.* Bords très arrondis ; gouttière de la face externe peu marquée ; ligne oblique peu accentuée ; trou nourricier normal. La crête tibiale n'a sa courbure en S qu'en haut et en bas ; à la partie moyenne, ses concavités sont comblées par l'arrondissement de l'os. *Extrémité inférieure.* Les gouttières malléolaires sont atténuées par des boursoufflures spongieuses. Celle du fléchisseur propre est seule bien nette. *Dimensions.* Longueur totale 320 mill. ; circonférence de la diaphyse à la partie moyenne, 60 mill. Largeur de l'extrémité supérieure, 80 mill. (partie postérieure cassée d'où impossibilité de prendre d'autres mesures). A l'extrémité inférieure, transversalement, 49 mill. ; face articulaire horizontale 31 mill. ; face verticale haute de 16 mill. ; dimension antéro-postérieure à la base de la malléole, 35 mill.

Péroné. — Le bord antérieur, extrêmement mince et tranchant, forme une véritable aile placée de champ entre les faces antérieure et externe, toutes deux fortement excavées, enroulées normalement à leur extrémité inférieure. La face postérieure, très rugueuse, présente en haut des pointes et des crêtes tranchantes. *Extrémité supérieure* arrondie : elle a 30 mill. de diamètre et est formée de tissu spongieux exubérant autour de la facette articulaire normale. En arrière existe une gouttière verticale. *Malléole externe* épaisse de 17 mill. à sa base ; dimension antéro-postérieure 30 mill., hauteur 30 mill. Triangle articulaire, hauteur de 22 mill. ; 19 mill. de base. Partie non articulaire de la face interne large de 16 mill. et profondément déprimée. Gouttière des péroniers très accentuée. Bord postérieur boursoufflé. *Longueur totale de l'os* 325 mill.

Pied. — Tous les os du tarse sont très spongieux ; le calcanéum est même dépressible sous le doigt. Sur tous, le volume est considérable, par hypertrophie des apophyses et surfaces d'insertion. Le calcanéum, en particulier, a une tubérosité postérieure et interne qui forme un vrai crochet sous la plante du pied et une tubérosité antérieure très saillante.

Les *métacarpiens* (sauf le premier) ont une gracilité spéciale du corps, incurvé en lame de sabre à tranchant dorsal. Cela est accentué surtout sur le cinquième. Epiphyses volumineuses. *Extrémité postérieure du premier métacarpien* : haute de 35 mill., large de 20 mill., elle dépasse considérablement par en bas le bord inférieur de l'os. Ankylose osseuse entre le deuxième métacarpien droit et deuxième cunéiforme.

Phalanges. — Hypertrophie du tissu spongieux, surtout au niveau des phalanges unguéales. Celle du gros orteil est spécialement déformée et ses angles postérieurs s'incurvent en avant, comme une véritable corne.

La dissection n'a été effectuée que sur le pied gauche, qui m'a été remis, conservé dans le liquide de Müller, en même temps que les autres os séchés. La graisse plantaire a deux centimètres d'épaisseur. Les muscles plantaires et le pédieux ont le volume qu'ils offrent chez un homme fortement musclé.

PIERRE MARIE.

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.

TABLE DES PLANCHES

Acromégalie (squelette d'—), 31.

Le chirurgien, 24.

Dermographie, 43.

Epileptique (anomalie des organes génitaux chez un —), 21; (note sur une anomalie musculaire chez deux —), 13, 14.

Eruption eczémateuse (deux cas d'— provoquée par le borax), 46.

Fessier (pli), 38, 39.

Fresque de l'hôpital de Sienne, 22.

Goitre exophtalmique (faciès dans le —), 47.

Hystérique (blépharospasme —), 17, 19; id., guéri 18; (contracture — du gros orteil), 20; (gonflement du cou chez un —), 3, 4; (spasme de la face et du cou d'origine —), 30; (sommeil —), 44, 45.

Hystéro-épileptique (contracture provoquée de la langue chez une —), 33, 34, 35, 36, 37.

Mélancolie cataleptique (une observation de —), 9, 10.

Mesmer (documents satiriques sur —), 7, 8, 15, 16.

Miracle (le — opéré sur Marie-Anne Couronneau), 40.

Paralysie agitante (attitude anormale dans la —), 28, 29.

Pascal (le masque de —), 32.

Rachis (des suites éloignées des traumatismes de la moelle, en particulier dans les fractures du —), 5, 6.

Syringomyélie (scoliose et atrophie musculaire dans la —), 48.

Suspension (de la technique à suivre dans le traitement par la — de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux), 11, 12.

Troubles nerveux (d'une forme particulière de — des extrémités supérieures), 1, 2.

Troubles trophiques (dans la paralysie générale), 25, 26, 27; (— dans l'hystérie) atrophie musculaire, 41, œdème, 42.

Ventouseuse, (la) 23.

TABLE DES FIGURES

- | | |
|--|---|
| <p><i>Acromégalie</i> (configuration extérieure et anatomie pathologique de l'—), 16, 17, 18, 19, 20, 21, 36, 37, 47, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102.</p> <p><i>Appareil de Sayre</i> pour la suspension, 33; — vu en place, 34, 35.</p> <p><i>Bas-relief</i> en terre cuite de l'hôpital de Pistoia, par Lucca Della Robia, 48; — tumulaire en marbre de Verrochio, 50.</p> <p><i>Épilepsie</i> (durillon dont la pression provoque l'accès d'—), 61.</p> <p><i>Épileptiques</i> (état des forces et tremblements chez les — après les attaques), 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.</p> <p><i>Femme malade</i> (la) par Jan Steen, 52.</p> <p><i>Kessier</i> (pli), 62.</p> <p><i>Hystérie</i> (champs visuels dans l'—), 40, 41,</p> | <p>46; (schémas de sensibilité dans l'—), 38, 39, 42, 43, 44, 45, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 70, 71, 77, 78.</p> <p><i>Hystérique</i> (atrophie musculaire — de la main), 72, 73, 74, 75, 76; attaque — 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91; contracture — 59, 60; courbe des excréments dans le sommeil — 79, 80.</p> <p><i>Médecin de village</i> (le) par A. Brauwer, 51.</p> <p><i>Mélancolie cataleptique</i> (phlyctènes dans un cas de —) 22; tracés, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32.</p> <p><i>Saignée</i> (la) miniature, 49.</p> <p><i>Troubles nerveux</i> (d'une forme particulière de —) 1, 2, 3, 4.</p> <p><i>Syringomyélie</i> (schémas de sensibilité dans la —), 81, 82, 83, 84, 85, 86.</p> |
|--|---|
-

TABLE DES MATIÈRES

- Acromégalie*, par Marie, 45, 96, 139, 189, 224, 327.
- Dermographie* (la —), par Ch. Féré et H. Lamy, 283.
- Epilepsie* (sur un cas — dont les accès se multiplient sous l'influence d'excitations périphériques), par Féré, 214.
- Epileptique* (Anomalie des organes génitaux et du sens génital chez un —), par Féré et Perruchet, 130.
- Epileptiques* (note sur l'état des forces et sur les tremblements chez les — après les attaques), par Féré, 38 ; (note sur une anomalie musculaire chez deux —), par Féré, 192.
- Eruption eczémateuse* (deux cas d'— provoquée par le borax), par Féré et Lamy, 305.
- Fessier* (note sur le pli —), par P. Richer, 220.
- Goitre exophtalmique* (contributions à l'étude de la nutrition dans l'état normal et dans la fièvre du —), par Gilles de la Tourette et Cathelineau, 306.
- Hystérie* (contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'—, atrophie musculaire et œdème), par Gilles de la Tourette et Dutil, 251 ; (l'— dans l'armée allemande), par Gilles de la Tourette, 318.
- Hystérique* (considérations sur la courbe des excréments dans l'attaque de sommeil —), par Gilles de la Tourette et Cathelineau, 290 (observation de contracture — guérie subitement après une durée de deux années), par P. Richer, 208.
- Hystériques* (gonflement du cou chez les —), par P. Richer, 17 ; (superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les —), par Gilles de la Tourette, 107, 170.
- Hystéro-épileptiques* (des contractures spontanées et provoquées de la langue chez les —), par Laufenauer, 203.
- Malades* (les — dans l'art), par Charcot et Richer, 146.
- Mélancolie cataleptique* (une observation de), par Ségla et Besançon, 65.
- Mesmer* (documents satiriques sur —), par Gilles de la Tourette, 59, 103.
- Miracle* (le — opéré sur Marie-Anne Couronneau, le 13 juin 1731), par Gilles de la Tourette, 241.
- Paralysie agitante* (sur un cas de — à forme hémiplegique avec attitude anormale de la tête et du tronc (extension), par Dutil, 165.
- Paralysie générale* (faits pour servir à l'histoire des troubles trophiques dans la — des aliénés), par Féré, 155.
- Pascal* (le masque de), par Gilles de la Tourette, 196.
- Rachis* (des suites éloignées des traumatismes de la moelle en particulier dans les fractures du —), par Tuffier et Halion, 21.
- Suspension* (de la —, dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux), par Charcot, 81 ; (de la technique à suivre dans le traitement par la — de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux), par Gilles de la Tourette, 85.
- Troubles nerveux* (d'une forme particulière de — des extrémités supérieures), par Blocq, 1.
- Syringomyélie* (un cas de —), par Gilles de la Tourette et Ziegelmann, 311.

TABLE DES AUTEURS

Bezançon, 65.	Lamy, 283, 305.
Blocq, 1.	Laufenauer, 203.
Cathelineau, 290, 306.	Marie, 45, 96, 139, 189, 224, 327.
Chareot, 81, 146.	Perruchet, 139,
Dutil, 165, 251.	Richer (Paul), 17, 146, 208, 220.
Féré, 38, 92, 130, 155, 214, 283, 305.	Séglas, 65.
Gilles de la Tourette, 59, 85, 103, 107, 170,	Tuffier, 21.
196, 241, 251, 290, 306, 311, 318.	Zaguelmann, 311.
Hallion, 21.	
