

Des paralysies corticales du membre supérieur monoplégies brachiales ...

Contributors

Decaisne, Gaston.
Augustus Long Health Sciences Library

Publication/Creation

Paris : Baillière, 1879.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/prqq9zwm>

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Augustus C. Long Health Sciences Library at Columbia University and Columbia University Libraries/Information Services, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the the Augustus C. Long Health Sciences Library at Columbia University and Columbia University. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD



HX64155960

RC418 .D35

Des paralyties corti

J. A. McBride

John G. Curtis

RECAP

DES

PARALYSIES CORTICALES

DU MEMBRE SUPÉRIEUR

MONOPLÉGIES BRACHIALES

PAR

Le Dr. Gaston DECAISNE,

Ancien interne titulaire des hôpitaux de Paris,
Médaille de Bronze de l'Assistance publique,
Membre fondateur de la Société clinique de Paris.

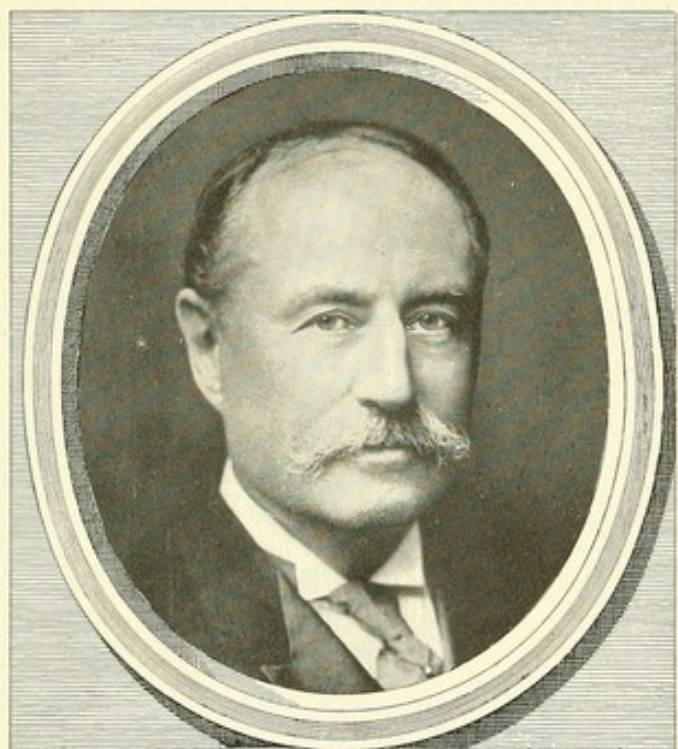
COLUMBIA UNIVERSITY
DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY
COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS
437 WEST FIFTY NINTH STREET
NEW YORK

PARIS

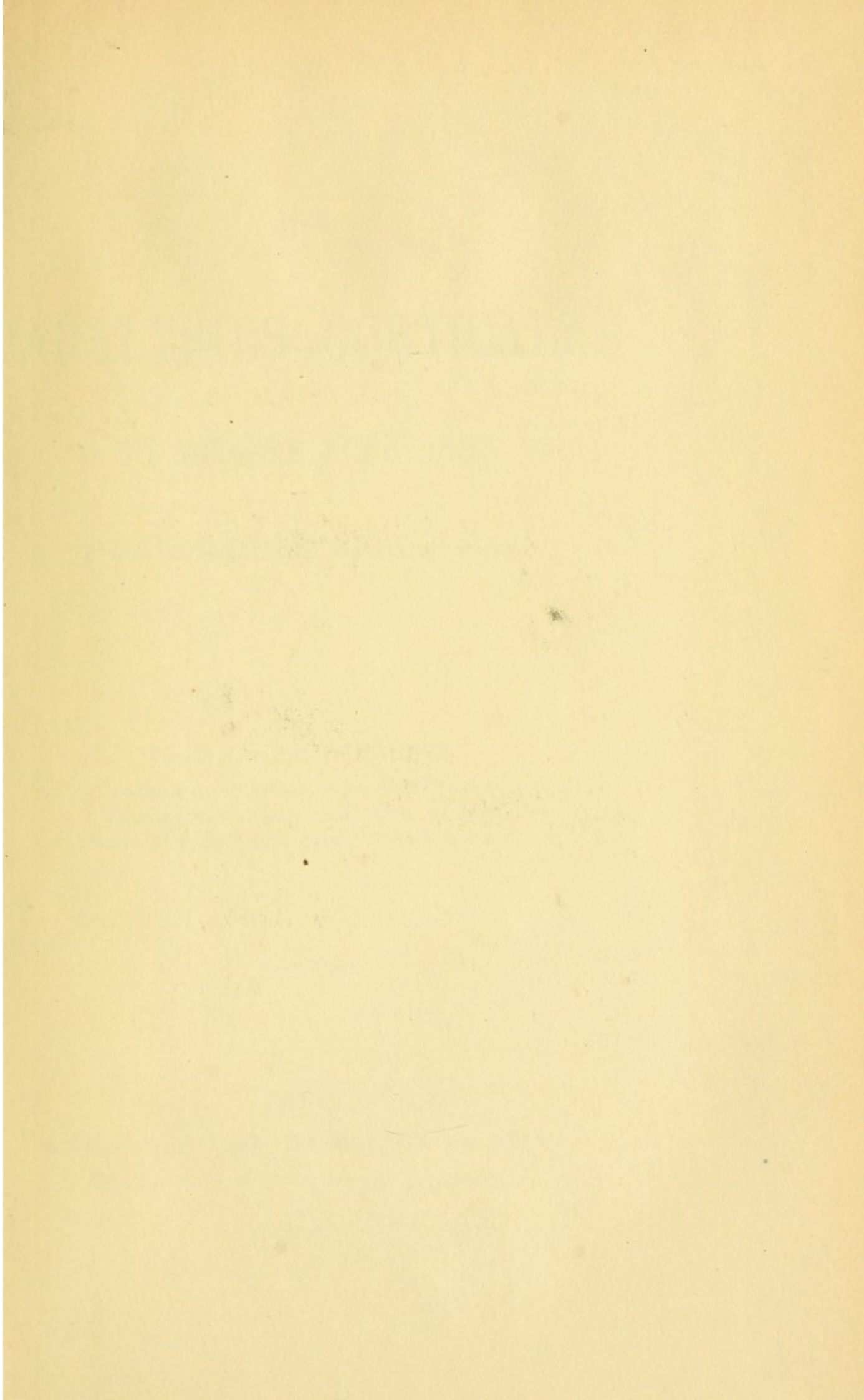
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS


Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain.

—
1879



COLUMBIA UNIVERSITY
DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY
THE JOHN G. CURTIS LIBRARY



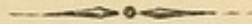


Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

DES
PARALYSIES CORTICALES
DU MEMBRE SUPÉRIEUR
MONOPLÉGIES BRACHIALES

PAR

Le D^r Gaston DECAISNE,
Ancien interne titulaire des hôpitaux de Paris,
Médaille de Bronze de l'Assistance publique,
Membre fondateur de la Société clinique de Paris.



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain.

—
1879

UNIVERSITY OF MICHIGAN
LIBRARY

From Curtis collection

RC 418
D 35

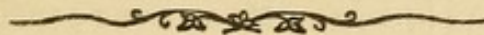
Arto

DES

PARALYSIES CORTICALES

DU MEMBRE SUPÉRIEUR

(**Monoplégies brachiales**)



INTRODUCTION.

Les localisations cérébrales ont été, depuis ces dernières années, l'objet de nombreux travaux, dont l'intérêt n'a fait que s'accroître de jour en jour, et cela surtout à partir du moment où la chirurgie a cherché à appliquer les notions acquises à l'opération du trépan. Ce n'est pas à ce dernier point de vue qu'a été conçu notre travail. S'il est, en effet, utile pour le chirurgien d'être en possession de données suffisantes pour le guider dans cette grave opération et lui indiquer les régions et les points sur lesquels doit porter l'instrument, il n'est pas moins précieux pour le clinicien d'être en état de déterminer à l'avance si une paralysie est d'origine centrale ou corticale et, dans ce dernier cas, de pouvoir estimer approximativement l'étendue de la lésion. Sous le rapport du pronostic et du traitement, l'importance de cette détermination ne saurait échapper à personne.

C'est à ce point de vue clinique que nous nous sommes surtout placé. Ayant eu l'occasion, pendant le cours de notre internat, d'observer à l'hôpital de la Charité plusieurs cas de monoplégie brachiale, nous avons pensé qu'il y aurait quelque utilité à les relater en détail et à les grouper en les rapprochant d'autres observations que nous avons rassemblées. A notre sens, c'est là la seule méthode qui puisse aider à l'élucidation d'un sujet encore bien imparfaitement connu. Nous aurions voulu apporter des documents personnels plus nombreux, mais il nous a bien fallu nous contenter de ce qui s'est présenté à notre observation.

Quelque incomplet toutefois que soit forcément ce modeste travail, nous le soumettons avec confiance au lecteur. A défaut d'autre mérite, il a tout au moins celui d'être exempt de parti pris et d'être une reproduction exacte et sincère des faits.

DIVISION DU SUJET.

Un premier chapitre est consacré à une étude rapide de la disposition et de la structure des circonvolutions cérébrales. Nous y avons joint une figure schématique qui permet au lecteur de se rendre facilement compte du siège des lésions décrites dans nos observations.

Dans une seconde partie nous résumons les principales théories relatives aux localisations cérébrales en général, au centre moteur du bras en particulier.

Un troisième chapitre a trait à l'anatomie pathologique et à l'étiologie.

Dans la quatrième partie nous traçons un tableau général de l'ensemble des manifestations symptomatiques des monoplégies brachiales d'origine corticale.

Enfin nous terminons par quelques considérations sur le pronostic et le diagnostic, et par les conclusions qu'il nous paraît légitime de déduire de l'examen attentif des faits.

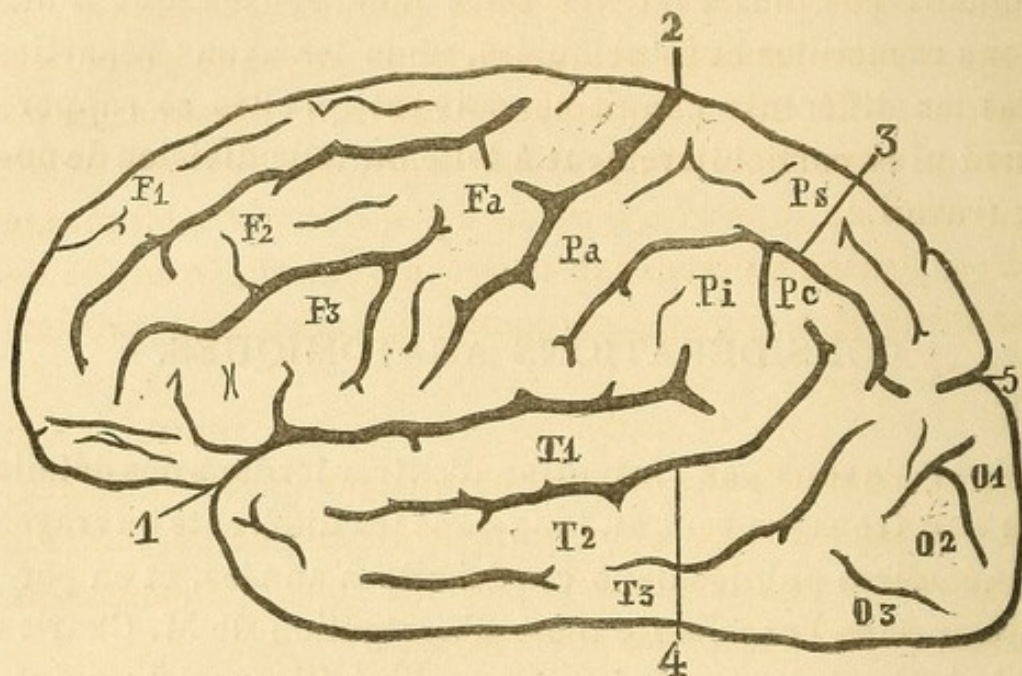
Quant aux observations assez nombreuses que nous avons recueillies et rassemblées, nous les avons réparties dans les différents chapitres, suivant qu'elles se rapportaient plus particulièrement à telle ou telle division de notre travail.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans des détails que l'on trouvera tout au long dans les différents ouvrages et mémoires publiés dans ces dernières années, et en particulier dans l'excellente thèse d'agrégation de M. Charles Richet. Cependant, pour faciliter l'intelligence du sujet, nous croyons utile de jeter un coup d'œil sur la topographie des circonvolutions, sur leur structure, enfin sur leur rôle physiologique.

Les circonvolutions cérébrales, qui se pressent à la surface du cerveau, sont, comme l'a dit M. le professeur Sappey, des saillies cylindroïdes et flexueuses dont la disposition rappelle assez bien, au premier aspect, celle des circonvolutions de l'intestin grêle. Pendant bien longtemps on a nié toute constance dans leur arrangement et leur agencement réciproque, et ce n'est que depuis ces dernières années qu'on reconnaît qu'elles sont soumises à une loi constante, du moins dans leur disposition générale. Remarquables par leur nombre et par leurs sinuosités multiples chez l'homme, elles donnent à l'écorce cérébrale une surface de beaucoup supérieure à celle qu'elle atteint chez les animaux.

Avec M. Charles Richet on peut diviser chaque hémisphère cérébral de l'homme en quatre parties distinctes. Sur un plan antérieur est placé le lobe frontal. Le plan moyen



Hémisphère cérébral vu par sa surface externe.

(Schéma emprunté à la thèse d'agrégation de M. Charles Richet).

1. Scissure de Sylvius. — 2. Scissure de Rolando. — 3. Sillon inter-pariétal. — 4. Sillon parallèle. — 5. Scissure occipitale. — F₁, F₂, F₃. Circonvolutions frontales. — Fa. Frontale ascendante. — Pa. Pariétale ascendante. — Pi. Lobule pariétal inférieur. — Ps. Lobule pariétal supérieur. — Pc. Pli courbe. — O₁, O₂, O₃. Circonvolutions occipitales. — T₁, T₂, T₃. Circonvolutions temporales.

est constitué en haut par le lobe pariétal, en bas par le lobe sphénoïdal. Enfin, le plan postérieur est occupé par le lobe occipital. D'autres lobes d'une importance secondaire, tels que le lobe olfactif, le lobe de l'hippocampe, le lobe de l'insula, le lobe du corps calleux et le lobe triangulaire ne doivent pas nous occuper ici.

Le lobe frontal et le lobe pariétal sont séparés l'un de l'autre par la scissure de Rolando. La scissure de Sylvius sépare le lobe temporal des lobes frontal et pariétal. Le lobe

frontal est formé de trois circonvolutions qui sont, en allant de haut en bas, la *première frontale* ou *frontale supérieure*, la *deuxième frontale* ou *frontale moyenne*, enfin la *troisième frontale* ou *frontale inférieure*. En arrière de ces trois circonvolutions, obliquement et presque perpendiculairement à leur direction se trouve la *frontale ascendante* ou circonvolution *prérolandique*, qui limite en avant la scissure de Rolando. C'est de cette frontale ascendante que paraissent naître les trois circonvolutions frontales ci-dessus décrites, qui en sont comme des prolongements antérieurs.

De l'autre côté, le sillon de Rolando est limité par la *pariétale ascendante* ou circonvolution *post rolandique*. Celle-ci est parallèle à la frontale ascendante, à laquelle elle se réunit au niveau de la face interne de l'hémisphère pour constituer le *lobule paracentral*.

Le lobe temporal ou sphénoïdal se subdivise en trois circonvolutions connues sous le nom de *première*, *deuxième* et *troisième temporale*, en allant de haut en bas. La première est séparée du lobe fronto-pariétal par la *scissure de Sylvius*. Entre la première et la seconde est le *sillon parallèle* qui se termine en arrière dans une région du lobe pariétal qui a reçu le nom de *lobule du pli courbe*.

Quant au lobe pariétal, il est partagé en deux parties par le *sillon interpariétal*. De là la formation d'un *lobule pariétal supérieur*, et d'un *lobule pariétal inférieur*.

Le lobe occipital, de même que les lobes frontal et temporal, comprend trois circonvolutions divisées en *première* ou *supérieure*, *seconde* ou *moyenne*, *troisième* ou *inférieure*.

La description qui précède s'applique à la face externe ou convexe du cerveau. Si maintenant nous examinons sa face interne, beaucoup plus simple, nous y trouvons d'abord la *circonvolution du corps calleux* qui se recourbe aux extré-

mités de celui-ci. Au-dessus est la *scissure calloso-marginale*. Au-dessus de cette scissure et en avant on voit la *face interne de la première frontale*; en arrière se trouve le *lobule paracentral*, lequel, ainsi que nous l'avons déjà dit, n'est autre chose que la réunion des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante. En arrière du lobule paracentral et de la terminaison de la scissure calloso-marginale est le *lobule quadrilatère*, appelé aussi *avant-coin*. Plus en arrière on trouve la *scissure perpendiculaire interne*, au-dessous de laquelle est le lobule triangulaire appelé *coin*, lequel est séparé du lobe occipital par la *scissure calcarine*.

Ce court résumé de la topographie des circonvolutions cérébrales, que chacun peut se représenter facilement par un schéma des plus simples, est parfaitement suffisant pour donner une idée très-exacte du siège et de l'étendue des différentes lésions que l'on peut observer.

Au point de vue de leur structure intime, les circonvolutions cérébrales sont constituées par une couche grise enveloppant un faisceau de fibres blanches. D'après Baillarger, la couche grise est elle-même décomposable en six couches secondaires disposées de la manière suivante, en partant de la périphérie : 1° couche blanche; — 2° couche grise; — 3° couche blanche; — 4° couche grise; — 5° couche blanche; — 6° couche grise.

D'après Meynert et Lewis il n'y aurait que cinq couches.

Pour tout concilier, M. Mathias Duval admet cinq à six couches, selon qu'on réunit ou qu'on sépare la cinquième et la sixième couche de Baillarger.

Ces différentes couches, quel que soit d'ailleurs le nombre qu'on leur assigne, renferment quatre variétés d'éléments figurés, à savoir : les cellules pyramidales, les cellules

géantes, les cellules fusiformes et les myélocytes. (Ri-
chet.)

Les *cellules pyramidales*, plus nombreuses que les autres, sont, en général, petites et difficiles à découvrir. Elles sont munies de prolongements ramifiés fins et pâles. Parmi ces prolongements, bien étudiés par Pouchet et Tourneux, il en est qui se recourbent en arrière (prolongement pyramidal de Meynert). D'autres naissent de tous les côtés de la cellule, perpendiculairement ou obliquement à son axe. D'autres, enfin, naissent de la base de la cellule (prolongement basal de Meynert). La forme générale de ces cellules est celle de pyramides ou de triangles dont la base repose sur la substance blanche et dont la pointe regarde la périphérie. Quant à la terminaison de leurs prolongements, elle est très-difficile à préciser, malgré les travaux de Golgi, Luys, Besser, Arndt, etc. M. Richet admet avec Gerlach et Boll qu'ils s'anastomosent de manière à former un réseau très-fin, analogue au réseau nerveux des cornes de la moelle.

Les *cellules géantes*, bien décrites par Betz, et dont le diamètre peut aller jusqu'à cinquante millièmes de millimètre, paraissent être plus abondantes au niveau des régions motrices et semblent douées d'une action spéciale sur la motilité. M. Richet pense qu'elles sont très-analogues aux cellules pyramidales, dont elles ne diffèrent que par leur volume beaucoup plus considérable.

Les *myélocytes* abondent surtout dans les dernières couches de l'écorce. Ce sont de véritables noyaux de cellules que l'on considère généralement comme des cellules nerveuses embryonnaires.

Les *cellules fusiformes* sont le plus souvent bipolaires. L'un de leurs prolongements se dirige vers la surface des

circonvolutions, tandis que l'autre est tourné du côté central.

Entre tous les éléments dont nous venons de parler se trouve une matière amorphe ou finement granuleuse décrite par M. Robin. Signalons encore les prolongements fibrillaires des cellules nerveuses, enfin les vaisseaux entourés d'une gaine lymphatique.

Quant à la substance blanche, elle est composée de cylindres axes entourés de myéline. D'après Gerlach, les fibres nerveuses pénétreraient dans la substance grise en perdant leur myéline et formeraient un réseau fibrillaire très-fin, riche en anastomoses et allant aboutir aux prolongements cellulaires. Pour Kölliker, toutes les fibres ne pénétreraient pas directement dans la substance grise; certaines d'entre elles longeraient l'écorce du cerveau en formant des sortes d'anses.

La circulation des circonvolutions cérébrales a été l'objet de travaux importants, parmi lesquels nous citerons en première ligne ceux de MM. Duret et Cadiat. Le premier de ces auteurs a confirmé, par ses belles injections, l'existence d'une infinité de petits rameaux qui, partis de la pie-mère, tombent perpendiculairement dans la substance cérébrale. Parmi ces artères terminales, les unes, plus larges et plus volumineuses, traversent la couche grise pour se rendre dans la substance blanche, les autres, plus petites, véritables artères corticales, beaucoup plus nombreuses que les premières, paraissent se distribuer uniquement à la couche grise. Elles forment un réseau anastomotique très-riche, auquel correspondent des arborisations semblables de la pie-mère.

Les veines sont également de deux sortes. Les veines *médullaires*, correspondant aux artères de la substance blanche, ne suivent pas exactement le trajet de celles-ci;

elles communiquent, suivant M. Duret, avec les veines de Galien. Quant aux veines *corticales*, elles sont plus volumineuses et moins nombreuses que les artères correspondantes.

Une question fort intéressante et encore controversée est celle de l'indépendance relative des différents territoires vasculaires de l'écorce cérébrale. D'après MM. Duret et Charcot, il y aurait indépendance complète entre le système vasculaire de la région corticale et celui de la région centrale. Bien qu'ayant une origine commune, ils ne communiqueraient sur aucun point. Bien plus, les divisions du système cortical ne communiqueraient entre elles que par des capillaires très-ténus. Ainsi, l'artère cérébrale antérieure serait presque exclusivement dévolue aux lobes frontaux ; l'artère sylvienne aux circonvolutions de la scissure de Rolando ; la cérébrale postérieure aux lobes occipitaux. M. Cadiat ne partage pas cette opinion exclusive, ou plutôt, pour parler plus exactement, il admet des anastomoses plus larges que celles que décrit M. Duret. L'observation suivante, de M. Poulin, semblerait plaider en faveur de cette dernière hypothèse.

OBSERVATION I.

Oblitération par embolie d'une branche de l'artère sylvienne se rendant aux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. — Monoplégie brachiale transitoire. — Rétablissement de la fonction au bout de deux jours.

Par A. Poulin, interne des hôpitaux.

(Société anatomique, séance du 13 décembre 1878).

Le malade qui fait le sujet de cette observation a succombé le 17 décembre 1877, dans le service de M. Blachez, à l'hôpital Necker.

A l'autopsie on trouva l'écorce cérébrale intacte. Aucun point de ramollissement superficiel au niveau des circonvolutions motri-

ces. En soulevant la partie antérieure du lobe sphénoïdal, du côté droit, on aperçoit l'artère sylvienne se divisant tout d'abord en deux branches, l'une postérieure, l'autre antérieure.

La branche postérieure fournit des rameaux aux circonvolutions sphénoïdales. De la branche antérieure on voit naître deux rameaux qui se portent à la face inférieure du lobe frontal et à la troisième circonvolution frontale. Puis l'artère se bifurque. L'une des branches de bifurcation se porte au fond de la scissure de Sylvius vers le pli courbe; l'autre gagne le sillon rolandique et là se divise en deux rameaux pour les circonvolutions pré — et post-rolandiques. Or, juste au niveau de l'éperon qui résulte de la bifurcation de l'artère on voit un caillot blanc remplissant le calibre du vaisseau et se prolongeant dans les deux branches de bifurcation: celle qui va gagner le sillon de Rolando et celle qui se dirige vers le pli courbe.

Telle est la seule lésion qu'on puisse constater sur ce cerveau.

Le cœur contenait des caillots blancs, mais évidemment récents; les poumons présentaient des cavernules nombreuses et étaient remplis de tubercules caséeux.

Voici maintenant les symptômes qui avaient été constatés pendant la vie :

10 décembre. Le malade présente des signes cavitaires aux deux sommets. Affaiblissement extrême dans la matinée. Il veut boire et prend son verre de la main gauche, mais brusquement il le lâche et le bras retombe inerte sur le lit.

Depuis ce moment, paralysie *complète* du bras gauche, sans contracture, *sans anesthésie*. Les pulsations de la radiale et de l'humérale sont normales. Il n'y a rien du côté de la jambe. Pas de paralysie faciale.

Le 11. Même état.

Le 12. Le malade peut faire quelques mouvements, mais avec difficulté; flexion et extension de l'avant-bras sur le bras et du bras sur le tronc. Tout mouvement de la main et des doigts est impossible.

Le 14. Les mouvements sont revenus également dans la main.

Le 17. Le malade succombe aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

Réflexions de l'auteur de l'observation. — Ce fait peut

venir s'ajouter à tous ceux qui prouvent déjà l'existence des centres moteurs des membres au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. La circulation est brusquement interrompue au niveau de ces circonvolutions ; la fonction cesse subitement, il y a une paralysie complète. Puis les *anastomoses avec les territoires vasculaires voisins* permettent le rétablissement de la circulation avant que la mortification des éléments nerveux ait eu le temps de se produire, et les mouvements renaissent dans le membre paralysé.

On sait que les recherches de M. Duret ont établi que les anastomoses entre les territoires vasculaires sont peu nombreuses ; cependant elles sont suffisantes pour que la circulation puisse se rétablir. S'il n'y a pas eu de paralysie du membre inférieur chez ce malade, c'est que vraisemblablement la pariétale ascendante recevait quelques vaisseaux d'une autre branche artérielle.

On ne peut invoquer ici la suppléance d'une autre partie de l'écorce, puisqu'il n'y avait pas de lésions des circonvolutions motrices. Il y a eu manifestement anémie brusque, puis rétablissement de la circulation, grâce aux anastomoses qui existent entre les territoires vasculaires.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES.

Ce n'est guère que depuis les recherches de Fritsch et Hitzig, en 1870, que la question des localisations cérébrales est réellement entrée dans le domaine scientifique. Ce n'est pas que des tentatives dans ce sens n'aient déjà été faites auparavant, mais, pour la plupart, elles étaient restées à l'état de lettre morte. N'oublions pas, cependant, que dès 1825 Bouillaud annonçait la localisation du lan-

gage dans les lobes frontaux du cerveau, en même temps que Desmoulins et Calmeil appelaient l'attention sur le rôle des circonvolutions dans les manifestations intellectuelles. En 1861, Broca plaçait définitivement la faculté du langage dans la circonvolution qui porte son nom. Mais, encore une fois, tout était encore à faire en ce qui touche l'influence de l'écorce cérébrale sur la motilité et la sensibilité. Ce n'est qu'à dater de Fritch et Hitzig, bientôt suivis par Ferrier, Franck, Charcot, Pitres, Carville, Duret, Landouzy et bien d'autres, que la question est entrée dans une nouvelle phase plus féconde en résultats positifs. Nous n'avons pas à nous occuper ici d'un historique qui a été maintes fois retracé beaucoup mieux que nous ne saurions le faire. Nous devons nous en tenir à notre sujet, tel que nous l'avons délimité plus haut.

Dans un remarquable article paru dans la *Revue des Sciences médicales* du 15 janvier 1879, M. Rendu a résumé de la façon la plus claire la théorie de Ferrier. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire ici textuellement ses paroles :

« Pour Ferrier, dit-il, les couches corticales de substance grise représentent une série de centres ayant leur fonctionnement spécial et leur rôle défini, nullement comparables entre eux par conséquent, quoique se confondant sous une apparence commune. De chacun de ces petits centres partent une série de fibres qui aboutissent finalement aux tractus de la base de l'encéphale, représentés par les pédoncules cérébraux, et vont transmettre ainsi de l'encéphale à la moelle, ou réciproquement, les impulsions motrices et les impressions sensibles. Sur le trajet de ces faisceaux conducteurs se placent des ganglions intermédiaires, qui, pour les faisceaux antérieurs, constituent les corps striés, pour les postérieurs la couche optique. La

destruction expérimentale de l'un de ces ganglions, le corps strié par exemple, détermine absolument les mêmes troubles fonctionnels que la section de la partie antérieure de la capsule interne. L'impulsion motrice partirait du centre cortical périphérique; le corps strié aurait pour rôle spécial de réveiller, d'organiser, d'amplifier peut-être cette impulsion, de manière à supprimer en partie l'action de la volonté consciente pour y substituer une sorte d'automatisme inconscient. En d'autres termes, le corps strié servirait à coordonner et à harmoniser une foule d'impressions motrices distinctes, émanées des centres dissociés des couches corticales, de façon, par exemple, que les mouvements des bras, de l'expression faciale, des membres inférieurs, etc., concourussent à une action commune, sans que la volonté eût à intervenir autrement que pour donner l'impulsion initiale. »

Cette ingénieuse théorie trouve dans la physiologie comparée un appui puissant. Plus, en effet, l'animal est élevé dans la série des êtres, plus la volonté chez lui devient prépondérante, à l'inverse de l'automatisme qui n'a plus qu'un rôle secondaire. Par contre, moins les centres moteurs volontaires auront de développement, plus les corps striés devront posséder cette puissance de coordination automatique. C'est ainsi que lorsqu'on enlève les hémisphères d'un pigeon, l'animal s'en ressent à peine et exécute sans difficulté tous les mouvements. La même opération sur un lapin ou sur un chat amène déjà une sorte de gêne et de faiblesse. Chez le chien il se produit une parésie appréciable, sinon une hémiplegie vraie. Enfin le singe devient constamment hémiplegique. Chez ce dernier, en effet, et encore plus chez l'homme, la volonté remplace l'automatisme, et les corps striés deviennent subordonnés aux centres de l'écorce cérébrale,

Parti de là et se fondant sur de nombreuses expériences physiologiques, Ferrier a divisé la surface de l'encéphale en une série de départements circonscrits, physiologiquement distincts, les uns sensitifs et sensoriels, les autres moteurs, d'autres enfin expérimentalement négatifs, et peut-être plus spécialement en rapport avec les manifestations intellectuelles.

En général, on admet que des symptômes moteurs n'apparaissent pas à la suite de toutes les lésions de l'écorce cérébrale. En d'autres termes, la lésion de certaines régions demeure absolument sans effet sur la motilité, tandis qu'il existe une certaine zone, *zone motrice*, dont les lésions se traduisent par des paralysies plus ou moins étendues. D'après MM. Charcot et Pitres, cette zone comprend le lobule paracentral, la circonvolution frontale ascendante, la circonvolution pariétale ascendante, et peut-être aussi les pieds des circonvolutions frontales. Toutes les lésions corticales, quelle que soit leur étendue, siégeant en dehors de cette zone motrice, sont latentes au point de vue de la motilité, c'est-à-dire qu'elles ne déterminent ni paralysies, ni convulsions. Au contraire, les lésions destructives, même très-limitées, atteignant directement ou indirectement la zone motrice, provoquent nécessairement des troubles de la motilité volontaire. Si la lésion est brusque, disent MM. Charcot et Pitres, si elle détruit d'un seul coup une grande partie de la zone motrice corticale, elle donne lieu à une hémiplegie subite, flaccide, s'accompagnant plus tard de dégénération secondaires de la moelle épinière et de contracture tardive des muscles paralysés. Cette hémiplegie ressemble complètement à l'hémiplegie centrale vulgaire,

Au contraire, si la lésion est limitée à une portion restreinte de la zone motrice corticale, elle donne lieu à des

monoplégies ou à des convulsions. Au bout d'un certain temps elle peut aussi déterminer des dégénérescences secondaires de la moelle.

Voyons maintenant où Ferrier place le centre moteur du bras. Il le place au niveau *de la frontale ascendante, au point de sa jonction avec la circonvolution pariétale supérieure*. Les divers mouvements du poignet, la supination et la flexion de l'avant-bras paraîtraient être sous la dépendance d'un centre situé sur la même circonvolution, au-dessous du précédent.

Pour Hitzig, le centre moteur du membre supérieur n'est pas à la partie supérieure de la frontale ascendante, mais bien *dans sa partie moyenne*.

Enfin, suivant MM. Charcot et Pitres, ce centre siège-rait *vers le tiers moyen de cette même circonvolution*.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les observations jointes à notre travail pour se convaincre que ces localisations sont trop restreintes et qu'en réalité les monoplégies brachiales peuvent succéder à des lésions portant sur des points beaucoup plus étendus, ou même totalement différents de ceux qui ont été indiqués plus haut. Dans notre observation II, par exemple, nous voyons les lésions intéresser à la fois la frontale ascendante, la deuxième frontale, le lobule pariétal, et le lobule du pli courbe. Dans l'observation III, les lésions siègent d'une part sur la frontale ascendante, d'autre part sur la pariétale ascendante et la deuxième pariétale du côté opposé (monoplégie double).

OBSERVATION II (personnelle).

Monoplégie brachiale survenue dans le cours d'une tuberculose pulmonaire. — Rétablissement complet des fonctions du membre.

Etienne M., âgé de 54 ans, valet de chambre, entre le 1^{er} décembre 1877 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n^o 2, dans le service de M. Bourdon.

Cet homme dit n'avoir jamais fait de maladie sérieuse. Cependant il a été atteint, il y a douze ans, de fièvres intermittentes contractées dans le Morvan. Ces fièvres ont disparu au bout de quatre mois sous l'influence du sulfate de quinine. Depuis cette époque il s'était dit-il, toujours bien porté. Vers le mois d'octobre 1876 il fut pris d'une toux sèche et opiniâtre, accompagnée bientôt d'un amaigrissement rapide et d'une diminution progressive des forces. Au commencement de 1877 il se décida à entrer à l'hôpital, où il séjourna deux mois environ. Il en sortit notablement amélioré, paraît-il, mais bientôt les quintes du toux reprirent avec une intensité croissante, et la faiblesse s'accrut de plus en plus. Malgré cela cet homme, qui était très-courageux, ne voulait pas abandonner sa place, afin d'être à même de subvenir aux besoins de ses deux enfants. Lorsque nous eûmes pour la première fois l'occasion de l'examiner à Villers-sur-Mer, au mois d'août 1877, il toussait presque continuellement, et parfois l'excès de fatigue l'obligeait à se laisser tomber comme anéanti sur une chaise. Chaque soir il était en proie à un fort accès de fièvre suivi de sueurs profuses. Il vomissait au moins deux ou trois fois par jour, et pourtant il persistait à vouloir continuer son service. A cette époque, les deux poumons étaient remplis de râles sibilants et ronflants. Les deux sommets étaient mats et douloureux à la percussion, et à ce niveau l'oreille percevait un souffle mélangé de quelques râles sous-crépitants. Enfin, à bout de forces, le malade se décida à entrer de nouveau à l'hôpital le 1^{er} décembre 1877. On constatait alors les phénomènes suivants :

L'amaigrissement était extrême; la toux, opiniâtre, s'accompagnait d'une expectoration de crachats purulents. Aux deux sommets on entendait du gargouillement, et, dans toutes les autres parties du poumon, des râles sibilants et sous-crépitants. L'appétit était nul; il y avait de fréquents vomissements et des sueurs nocturnes de plus en plus abondantes. *Rien au cœur.*

Le 29 décembre, vers cinq heures du soir, le malade voulut se lever pour prendre son vase de nuit. Son voisin remarqua alors qu'il avait l'air étrange et ne paraissait plus se rendre compte de ce qu'il faisait. En effet, il s'affaissa sur lui-même et l'on fut obligé de le remettre dans son lit. Il prononçait des mots inarticulés et inintelligibles, et l'on s'aperçut bientôt que tout le côté gauche du corps était paralysé, à l'exception de la face. La jambe cependant

pouvait encore faire quelques mouvements, *mais le bras était complètement inerte*. Bien que le malade ne put articuler les mots, les mouvements de la langue s'effectuaient normalement. Du reste, l'usage de la parole revint au bout d'environ trois heures.

Dès le lendemain, la jambe avait recouvré sa motilité. Les mouvements étaient encore lents et difficiles, il est vrai, mais quarante-huit heures plus tard ils étaient redevenus tout à fait normaux. La paralysie motrice du bras subsistait tout entière.

La sensibilité était demeurée intacte.

1^{er} janvier 1878. Quatre jours après l'accident le membre supérieur commençait à effectuer quelques mouvements, mais ces mouvements se passaient uniquement dans l'articulation scapulo-humérale. Lorsqu'on invitait le malade à toucher de la main un objet qu'on lui désignait, il exécutait *par l'épaule* un mouvement de rotation de l'humérus, qui amenait la main plus ou moins près de l'endroit indiqué. Quant aux mouvements d'extension et de flexion du coude, du poignet et des doigts, ils étaient absolument nuls. Il en était de même des mouvements de pronation et de supination.

Le 2. Les mouvements du coude commençaient à reparaitre. La paralysie restait complète à l'avant-bras et à la main.

Le 3. Le malade commence à pouvoir serrer très-faiblement les objets. En même temps, on observe quelques légers mouvements de pronation et de supination.

Le 4. La motilité a fait de nouveaux progrès. Le malade dit lui-même qu'il se sent plus fort, et se réjouit de l'amélioration de son état.

Le 20. L'amélioration a continué à progresser, et aujourd'hui le malade se sert également bien de ses deux membres. *Toute trace de paralysie a disparu.*

En même temps l'état général paraît moins mauvais; les vomissements sont moins fréquents, le sommeil est plus calme et l'appétit semble renaître. Cependant l'auscultation permet de constater une destruction rapide du tissu pulmonaire, surtout à gauche où l'on entend du gargouillement du haut en bas.

1^{er} février. Le malade s'est affaibli de plus en plus. Il est fréquemment sujet à des accès d'oppression, qui se calment à peine par les ventouses et les sinapismes. Il est très-abattu, et souvent dans un état de subdelirium dont on ne le tire qu'avec peine. L'appétit, qui s'était réveillé, tend à disparaître de plus en plus. L'in-

somnie est persistante et tout présage une fin prochaine. L'auscultation révèle un accroissement rapide des excavations pulmonaires.

Le 8. On constate pour la première fois un œdème des deux mains et du pied gauche, sans trace appréciable de phlébite. Pas d'albumine dans les urines. Les accès de dyspnée se multiplient de plus en plus, et le malade succombe dans la nuit du 10 au 11 février.

Autopsie. — Les deux poumons sont remplis de cavernes et de granulations tuberculeuses. Le poumon gauche est le plus atteint. De ce côté, la plèvre très-épaissie offre des adhérences très-difficiles à détacher. On y trouve, entre autres, une énorme caverne qui remplit la presque totalité du lobe supérieur et dans laquelle nagent des débris de tissu pulmonaire.

Le cœur paraît sain, sauf quelques végétations insignifiantes au niveau de la valvule tricuspide.

Reins normaux.

Rate saine.

Foie un peu gras.

Rien d'appréciable du côté des intestins et du péritoine.

Cerveau. Au niveau de la *circonvolution frontale ascendante droite* existe une plaque de ramollissement jaune d'une longueur de 15 millimètres environ sur 6 millimètres de largeur. Cette plaque siège vers l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la circonvolution. Elle envahit l'épaisseur de celle-ci et s'étend superficiellement à la partie attenante de la *deuxième frontale*, laquelle est unie à la précédente par des adhérences fermes et résistantes. Dans toute cette zone, la pie-mère est très-adhérente et ne se détache qu'avec difficulté.

Plus en arrière on trouve une autre plaque tout à fait analogue, mesurant 20 millimètres de hauteur sur 8 millimètres de largeur, et *siégeant en partie sur le lobule pariétal, en partie sur le lobule du pli courbe.*

Aucune lésion du côté du bulbe, de la protubérance, de la couche optique et du corps strié. Les artères de la base du cerveau et l'artère sylvienne droite sont également saines.

L'examen microscopique des lésions corticales, fait par M. Cornil, a révélé les caractères que l'on trouve habituellement dans les foyers de ramollissement, à savoir :

1° Un liquide blanchâtre, analogue à l'eau de chaux.

2° Des débris de vaisseaux entourés de granulations graisseuses.

3° Des corps granuleux.

4° Des cristaux d'hématoïdine.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports. En raison de l'intégrité du cœur et de l'artère sylvienne, il est probable que le ramollissement a eu pour point de départ une coagulation sanguine sur place dans les petits vaisseaux. Mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est le rétablissement rapide de la motilité avec des altérations matérielles persistantes et irréparables. Ce résultat ne peut être attribué qu'à une suppléance des cellules voisines.

OBSERVATION III.

(de Vermeil, citée par M. Bourdon, dans son Mémoire).

Monoplégie brachiale double.

Un nommé B..., âgé de 66 ans, entre le 7 mai 1877 à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 26, dans le service de M. Labbé.

Cet homme, qui était bien portant, est tombé d'un échafaudage élevé de 4 à 5 mètres. On l'a relevé sans connaissance. Transporté à l'hôpital, il reprend ses sens une demi-heure après l'accident et répond lentement, mais clairement, à toutes les questions.

Les oreilles, les yeux, les narines, le pharynx ne présentent pas de trace d'écoulement sanguin.

A la tête, vaste plaie occupant transversalement la région fronto-pariétale gauche. De cette plaie partent deux autres solutions de continuité dirigées en avant vers le sourcil, et limitant un vaste lambeau. En le soulevant, on aperçoit les différents traits d'une fracture étoilée, dont le centre siège au-dessus du sourcil. Pas de fragments mobiles, pas de chevauchement ni d'enfoncement. Le malade n'a pas de céphalalgie; il ne souffre que des bras dans toute leur longueur; cependant ces deux membres ne présentent les traces d'aucun traumatisme, pas même de contusion. *Ils sont complètement paralysés* : les mouvements qu'on leur imprime ne sont pas douloureux.

Les membres inférieurs, au contraire, se meuvent très-librement.

La sensibilité est partout conservée.

Le soir, température 37, 8. Rétention d'urine.

Le 8. Pouls à 100. Température 39, 5. L'intelligence n'est plus aussi nette. Si l'on interpelle le malade, il ne répond que par quelques mots inintelligibles.

Les quatre membres sont immobiles, mais en pinçant la peau on obtient quelques mouvements des membres inférieurs, rien du côté des supérieurs.

La respiration est bruyante et stertoreuse.

Le soir, température 40. Les quatre membres sont contracturés. Le malade ne répond aux excitations que par un grognement.

Le 9. Même état; température 39, 8. La respiration est de plus en plus embarrassée.

Le soir, mort à 3 heures.

Autopsie. — Pas d'enfoncement des os du crâne, même de la table interne. Pas d'esquilles détachées, pas d'épanchements sanguins. Pie-mère infiltrée d'une sérosité louche; ses veines sont congestionnées.

A la surface du cerveau, on trouve deux petits foyers de ramollissement rouge, très-superficiels, de 15 millimètres de diamètre environ, situés, l'un vers la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante du côté gauche, l'autre à l'union de la circonvolution pariétale ascendante et de la deuxième circonvolution pariétale du côté droit.

La pie-mère est adhérente à la surface cérébrale au niveau de ces deux lésions et, en la détachant, on enlève une couche légère de substance grise ramollie.

Ces exemples viennent à l'appui de l'opinion émise par notre excellent maître M. Bourdon, dans un discours prononcé à l'Académie de médecine le 25 octobre 1877, à savoir :

« Que chez l'homme le centre moteur du membre supérieur occupe une zone de l'écorce cérébrale comprenant les deux circonvolutions ascendantes frontale et pariétale, ainsi

que les parties voisines, et non pas une région limitée bien circonscrite de cette zone, comme permettraient de le supposer les expériences faites sur les animaux. »

L'exemple remarquable de suppléance que nous fournit l'observation II vient encore renforcer cette supposition.

Nous devons, en terminant, signaler l'opinion de M. Brown-Séguard, qui est en entière opposition avec les précédentes. Suivant cet éminent physiologiste, il n'y aurait pas dans le cerveau de *centre aggloméré* et *circonscrit* pour aucune fonction. Il existerait, il est vrai, des cellules spéciales, des éléments distincts pour chaque fonction, mais ces cellules seraient disséminées dans toute la masse encéphalique. En un mot, il n'y aurait pas de *centres circonscrits*, mais bien des *centres diffus*. M. Brown-Séguard va même plus loin : pour lui, le cerveau est formé d'une infinité de centres réflexes, qui sont mis en jeu par une foule d'influences différentes, intrinsèques et extrinsèques. De là vient que la plupart du temps, quand on constate des phénomènes encéphaliques, c'est un autre organe que l'encéphale qui est en souffrance. A plus forte raison ne serait-on pas en mesure de conclure à l'existence d'une lésion cérébrale d'après l'ensemble des symptômes observés pendant la vie, ceux-ci pouvant être dus à une tout autre cause. Voici d'ailleurs les conclusions de M. Brown-Séguard, telles que les rapporte M. Rendu :

1° Une lésion limitée à une moitié du cerveau peut produire des symptômes de l'un ou de l'autre côté.

2° Une lésion minime, quel qu'en soit le siège, peut produire les symptômes les plus étendus et les plus violents.

3° Une lésion portant également sur les deux moitiés du cerveau, des deux côtés de la ligne médiane, peut produire

des symptômes affectant principalement ou exclusivement un seul côté du corps.

4° Des symptômes soudains peuvent dériver d'une lésion lentement progressive, et inversement.

5° Les symptômes les plus divers peuvent découler d'une lésion cérébrale à siège invariable, et réciproquement les lésions des points du cerveau les plus divers donnent lieu aux mêmes symptômes.

6° Des lésions permanentes peuvent produire des symptômes périodiques ou passagers.

7° Des symptômes d'affection cérébrale peuvent reconnaître pour origine une irritation des viscères ou des nerfs périphériques.

8° Enfin des lésions énormes peuvent exister dans toutes les régions du cerveau sans déterminer aucun symptôme.

De telles idées, si elles étaient réellement démontrées, renverseraient d'un seul coup tout l'échafaudage des localisations cérébrales. Bien plus, elles anéantiraient toutes les notions si péniblement acquises que nous possédons aujourd'hui relativement à la pathologie du système nerveux. Sans doute, parmi les aphorismes de M. Brown-Séquard, il en est dont personne ne songerait à contester l'exactitude. Chacun sait que les affections de l'estomac, de l'intestin, du foie, de tous les viscères enfin, que la présence des helminthes, que la dentition peuvent provoquer les manifestations nerveuses les plus effrayantes. On sait encore que des lésions cérébrales très-étendues peuvent rester latentes. Mais en quoi cela vient-il infirmer la doctrine des localisations ?

De ce qu'une affection de certaines portions de l'encéphale puisse rester muette en apparence, s'ensuit-il que d'autres portions, du même encéphale ne soient pas char-

gées de certaines fonctions parfaitement appréciables et déterminées? Et d'ailleurs les faits sont là. Dans toutes les observations que nous avons recueillies et parcourues, tout plaide en faveur des localisations. Quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, l'observation consciencieuse du malade sera toujours de beaucoup supérieure aux expériences sur les animaux. Ici, le physiologiste doit céder le pas au clinicien.

M. Vulpian a adopté une opinion intermédiaire à celle de Ferrier et celle de Brown-Séguard. On sait qu'en général la substance grise est inexcitable. Il est dès lors rationnel d'admettre que la substance grise encéphalique n'échappe pas à cette loi. Cependant, en répétant les expériences de Hitzig et de Ferrier, M. Vulpian a reconnu l'existence de certaines régions excitables par l'électricité et donnant lieu à des mouvements déterminés. Ce fait ne peut guère s'expliquer qu'en admettant qu'à ces régions aboutissent des fibres exclusivement motrices, en rapport intime d'une part avec l'écorce cérébrale, d'autre part avec les corps striés.

Quelle que soit d'ailleurs l'explication que l'on adopte, la théorie des localisations cérébrales nous paraît être aujourd'hui amplement démontrée. Toutefois, il est arrivé à cette théorie ce qui arrive à beaucoup de choses nouvelles. Dès son apparition, chacun a cherché à s'emparer d'elle pour en tirer des résultats qu'elle ne pouvait pas donner. C'était à qui localiserait le plus (1).

(1) Dans ses intéressantes leçons sur le *Diagnostic et la Physiologie de la méningite tuberculeuse*, M. le professeur Germain Sée s'exprime ainsi: « A côté des auteurs classiques, de jeunes médecins, imbus des idées modernes de localisation, se sont hâtés de les appliquer à l'étude de la méningite tuberculeuse. Or, la plupart de ces théories s'appuient sur les faits rares, sinon exceptionnels qui ne doivent occuper qu'un rang secondaire, et dans la séméiologie, et dans la théorie physiologique de cette maladie. »

(*Union médicale* du 15 mai 1879).

Cet enthousiasme exagéré, ces recherches précipitées, ces conclusions hâtives, loin d'éclairer la question, n'ont fait que l'obscurcir, à ce point que nous voyons les hommes les plus éminents en arriver à nier l'évidence même. Quant à nous, en présence de faits nombreux où l'on voit les mêmes phénomènes cliniques correspondre à des lésions occupant une même région, nous croyons qu'il est raisonnable d'admettre des centres. Pour les mouvements du bras en particulier l'existence d'un centre nous paraît être au-dessus de toute contestation. Seulement nous pensons qu'il convient de lui assigner des limites plus larges que celles qui lui ont été tracées jusqu'ici.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉTIOLOGIE.

Les causes des paralysies corticales du membre supérieur sont aussi nombreuses que celles de toutes les affections du système nerveux en général. Il en est de même de la nature des lésions anatomiques que nous n'avons pas à décrire ici dans tous leurs détails.

En première ligne, nous citerons l'*hémorrhagie* due à la rupture d'un ou plusieurs des petits vaisseaux si bien décrits par Duret dans les Archives de physiologie de 1874. Le réseau vasculaire des circonvolutions, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est extrêmement riche, au point que Ruysch considérait l'écorce grise comme une sorte de plexus artériel. Rien d'étonnant dès lors que des solutions de continuité puissent se produire à ce niveau sous l'influence des causes ordinaires qui président à l'hémorrhagie cérébrale la plus commune, c'est-à-dire à l'hémorrhagie opto-striée. Cependant, malgré cette prédisposition anatomique, l'hémorrhagie corticale est un fait relativement rare. En voici pourtant deux exemples, dont l'un suivi d'autopsie.

OBSERVATION IV.

(Recueillie par M. Darolles, interne des hôpitaux).

Le nommé X..., âgé de 67 ans, comptable, entre à l'hôpital de la Charité, le 5 février 1877, dans le service de M. Bourdon.

Cet homme voyait depuis longtemps sa santé décliner, ses forces diminuer graduellement. Il était sujet à de violents maux de tête; sa mémoire se perdait. Depuis deux ans, il éprouvait, par intervalles des hallucinations, des étourdissements, et ses facultés intellectuelles s'étaient affaiblies à un tel point qu'il avait été obligé d'abandonner sa profession et, par suite, de s'imposer de dures privations. Il raconte qu'il y a trois jours, il a été pris subitement d'une sensation vertigineuse qui laissa à sa suite une *perte presque absolue de la parole, avec impossibilité de faire mouvoir la langue dans aucun sens*. Il existait un léger trouble de la déglutition. Ces phénomènes morbides furent de courte durée; mais il était survenu en même temps *une paralysie de l'avant-bras et de la main du côté droit*.

Lorsqu'on l'examine, on trouve qu'il reste encore un peu de gêne de la prononciation. La main et les doigts ne peuvent exécuter le plus léger mouvement; il n'y a pas la moindre contracture.

La sensibilité est conservée.

Il n'existe aucune paralysie de la jambe droite, ni des membres du côté gauche. On constate une légère obtusion de l'ouïe; mais elle existait depuis longtemps, les autres sens ne présentant rien d'anormal.

Le cœur est hypertrophié; il existe un léger bruit de souffle au premier temps, à la pointe, et un souffle systolique rude à la base.

Les artères radiales et crurales sont dures et sinueuses.

Il y a de l'inappétence et un peu de diarrhée. Les autres appareils n'offrent pas de troubles morbides.

Mort six jours après l'entrée.

Autopsie. — *Cerveau* : La face externe de la dure-mère est un peu injectée; çà et là on observe quelques petites suffusions sanguines dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Après avoir détaché la pie-mère, on aperçoit à la *partie supérieure de la frontale ascendante gauche* un point noir de la grosseur d'un grain de chènevis. Une incision pratiquée à ce niveau met à jour

un foyer hémorrhagique récent, contenu en entier dans la substance grise, composé de sang noirâtre et n'occupant pas, tant en largeur qu'en profondeur, une étendue supérieure à 3 millimètres.

De plus, sur la partie moyenne du lobe occipital droit, la pie-mère est un peu épaissie, et laisse voir par transparence une petite plaque jaune à laquelle elle est adhérente.

Le cerveau ne présente aucune autre lésion, si ce n'est une dégénérescence athéromateuse des artères de la base.

La protubérance et le bulbe sont parfaitement intacts.

Le cœur est grasseux; son ventricule gauche est hypertrophié; les valvules mitrale et sigmoïdes sont incrustées de sels calcaires.

Les artères coronaires et l'aorte sont très-athéromateuses.

Les poumons présentent un léger degré d'emphysème limité aux bords antérieurs.

Le foie est un peu gras.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION V (personnelle).

Monoplégie brachiale droite. — Parésie de la jambe correspondante.
Paralysie faciale incomplète du même côté.

Il s'agit d'un homme de 52 ans, passementier, entré le 28 mai 1879, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, salle Saint-Charles, n° 3.

Cet homme, que nous n'avons examiné que quinze jours après son accident, nous dit n'avoir jamais été malade, sauf il y a dix-huit mois, époque à laquelle il vit se déclarer, au niveau de la face interne du genou droit, une tumeur du volume d'un œuf qui s'ouvrit en laissant échapper le pus qu'elle contenait. En ce point, en effet, on retrouve aujourd'hui une large cicatrice froncée, d'apparence suspecte, ressemblant assez bien aux cicatrices que laissent après elles les gommes syphilitiques. Toutefois, le malade nie énergiquement tout antécédent à cet égard, et il est impossible de lui découvrir ailleurs la moindre trace de syphilis. Signalons cependant un affaiblissement notable de la vue. En revanche, cet homme nous dit avoir eu pendant son enfance des croûtes abondantes dans les cheveux et des maux d'yeux, ce qui pourrait faire penser à la nature scrofuleuse de l'affection du genou.

L'aspect général du malade est celui d'un homme affaibli, presque cachectique. Cet aspect est-il dû à la syphilis ou à la scrofule ? C'est ce qu'il nous est impossible d'affirmer. L'examen des différents organes n'est pas plus concluant. Rien au cœur, ni dans les poumons, ni dans les viscères abdominaux.

Le malade raconte qu'il y a environ quinze jours, vers 7 heures et demie du soir, après avoir terminé son dîner, il voulut aller fermer sa porte qui s'était ouverte, mais il s'aperçut qu'il lui était impossible d'en saisir le bouton. En même temps son bras droit retomba inerte ; presque au même moment sa jambe fléchit et il tomba sur le sol, sans perdre absolument connaissance toutefois.

Lorsqu'on l'eut relevé, on constata une impotence absolue du bras et de la jambe du côté droit, *avec conservation complète de la sensibilité*. En même temps, il existait une paralysie de la moitié inférieure de la face ; la commissure labiale gauche était fortement attirée en haut et en dehors. La parole était embarrassée, au point que personne ne comprenait ce que le malade voulait dire. Cependant cette gêne paraît avoir porté surtout sur la motilité de la langue ; il n'y a pas eu d'aphasie à proprement parler. Dès le lendemain d'ailleurs, la parole était devenue plus facile et n'a fait que s'améliorer depuis. Il en a été de même de la motilité du membre inférieur, qui a fait des progrès de plus en plus sensibles.

Actuellement, le malade s'exprime encore avec une certaine lenteur, mais très-distinctement. Il tire très-aisément sa langue qui n'est pas déviée. Pas de déviation non plus du côté de la luvette. Les mouvements des yeux et des paupières sont absolument normaux, comme ils l'ont toujours été. Rien de particulier à noter non plus du côté des rides du front. Il ne subsiste, en somme, de la paralysie faciale qu'un léger déplacement en haut et en dehors de la commissure labiale gauche.

La jambe et la cuisse se meuvent et se fléchissent assez bien, mais avec beaucoup moins de force que du côté sain. Quant au bras, il est absolument inerte, et pour le changer de place le malade est obligé de le saisir avec la main du côté opposé. Il est impossible au malade d'exécuter avec le membre le moindre mouvement de flexion ou d'extension. L'avant-bras reste en demi-flexion sur le bras ; le poignet retombe fléchi sur l'avant-bras, comme dans la paralysie saturnine. C'est tout au plus si l'on perçoit quelques légers

mouvements du côté des doigts. *Partout la sensibilité est intacte.*

En somme, il s'agit bien là d'une monoplégie brachiale, dont l'origine corticale ne nous paraît pas douteuse si l'on tient compte de la physionomie et de la marche des accidents. Quant à la cause, l'absence de toute lésion cardiaque exclut l'idée d'une embolie; quant à la syphilis, elle nous semble, en admettant qu'elle existe réellement, n'avoir pu jouer que le rôle de cause prédisposante et non pas directe. Peut-être a-t-on affaire à une thrombose cachectique. Mais la brusquerie extrême du début nous fait plutôt pencher en faveur d'une hémorrhagie. Quoi qu'il en soit, au point de vue clinique, ce fait rentre absolument dans notre cadre.

Bien plus fréquent est le ramollissement sous toutes ses formes. Tantôt il s'agit d'une embolie consécutive à une lésion des valvules du cœur gauche; tantôt d'une thrombose artérielle liée à un état général favorable aux coagulations sanguines. D'autres fois, on a affaire à des thromboses ou à des embolies veineuses ou capillaires. Parmi les affections qui prédisposent à la thrombose, nous citerons surtout la tuberculose. La proportion suivant laquelle les phthisiques figurent dans nos observations est considérable. Quel que soit le point de départ de l'arrêt du sang, l'effet est toujours le même. Dans un point plus ou moins limité, la circulation d'une ou plusieurs circonvolutions est compromise; le tissu est privé de l'apport sanguin nécessaire à sa vitalité et à ses fonctions; d'où abolition plus ou moins durable de ces dernières.

OBSERVATION VI (résumée).

(Pierret, Société anatomique, 1874).

Parésie du bras gauche. Foyer de ramollissement à droite, à l'union de la deuxième frontale et de la frontale ascendante.

OBSERVATION VII.

Note sur un cas de monoplégie brachiale avec hémiplégie faciale incomplète. — Foyer de ramollissement rouge au milieu de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé.

Par J.-B. Gauché, interne des hôpitaux.

(Société de biologie, séance du 17 mai 1879).

P..., âgé de 41 ans, carrossier, est entré comme tuberculeux à l'hôpital Temporaire, salle Sainte-Thérèse, 22, service de M. le professeur Ball.

Le matin du 6 janvier 1879, il se réveille atteint de paralysie du membre supérieur gauche. Tandis que le bras droit et les membres inférieurs se meuvent sous l'influence de la volonté, le bras gauche, soustrait à son empire, retombe inerte quand on le soulève. En outre, les mouvements réflexes y sont abolis. Mais, quant au pincement de la peau destiné à les provoquer, le malade a dit le sentir très-nettement.

En résumé, monoplégie brachiale gauche sans anesthésie survenue subitement pendant le sommeil, tel est le phénomène nouveau.

Le soir, pneumonie du côté droit.

Le 7. On observe une hémiplégie incomplète de la face du côté gauche ; mais les signes de cette dernière ne se montrent pas aussi nettement que la paralysie du membre supérieur du même côté.

Le 9. Le malade succombe à la broncho-pneumonie.

Autopsie (10 janvier). Les viscères du tronc présentent les lésions d'une cirrhose du foie et d'une broncho-pneumonie tuberculeuse.

Cavité crânienne. Si la surface de l'hémisphère cérébral gauche, dépouillé de la pie-mère, se montre saine dans toute son étendue, il n'en est plus de même pour l'hémisphère droit. Celui-ci offre, au niveau de la circonvolution frontale ascendante, une zone de

teinte rosée, molle au toucher, tranchant bien nettement et par sa coloration et par sa consistance, sur les caractères de même ordre du reste de la couche corticale (aspect blanc grisâtre et dureté relative). Le siège de la lésion peut être ainsi exactement déterminé : Moitié postérieure de la quatrième frontale dans son tiers moyen. Pour plus de précision, elle est comprise dans l'intervalle des deux prolongements partant du pied de la première et de la deuxième frontale. En arrière, le ramollissement rouge s'étend non-seulement à la partie voisine du sillon de Rolando, mais encore à la face antéro-externe correspondante à la pariétale ascendante, opposée au pied du lobule pariétal supérieur.

Après macération prolongée dans l'alcool, deux coupes verticales et parallèles à la scissure rolandique, passant par l'axe des circonvolutions marginales, ont permis de tracer les limites antéro-postérieures de la lésion au niveau du centre ovale. Or, il a été facile de constater que celle-ci atteint à peine à la surface de la coupe frontale, tandis qu'elle dépasse légèrement celle de la coupe pariétale. Ces mêmes sections transversales ont fait reconnaître l'intégrité des noyaux centraux.

Les limites latérales ne sont autres que celles du faisceau frontal moyen, ou mieux fronto-pariétal moyen ou segment du centre ovale sous-jacent au tiers moyen de la frontale et de la pariétale ascendante. Enfin, sur ce faisceau la limite est formée par le sommet même de la circonvolution frontale.

Conclusion de l'auteur : Le point lésé correspond assez bien au centre moteur des mouvements du bras et en particulier du biceps. Il serait plus difficile de lui assigner la motilité faciale.

Quant à l'artère nourricière du territoire atteint de ramollissement, elle n'est autre que la deuxième branche sylvienne ou artère pariétale antérieure, avec participation de la troisième ou pariétale moyenne (Duret).

OBSERVATION VIII.

Affection aortique. — Aphasie. — Monoplégie (bras droit).

Par H. Stackler, interne des hôpitaux.

(Société anatomique, séance du 13 décembre 1878).

R. L..., 50 ans, journalière, entre le 2 novembre 1878 dans le service de M. Dujardin-Baumetz, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, lit n° 17.

Elle offre des signes certains d'alcoolisme (tremblement, pituites, etc.). Elle fait du reste des aveux à ce sujet. Il y a un an et demi elle tomba dans la rue, perdit connaissance ; à la suite de cette attaque, ses membres supérieur et inférieur du côté droit s'affaiblirent, et sa parole demeura embarrassée.

Elle entre actuellement dans notre service pour des douleurs du ventre, des reins, et pour des pertes abondantes. A l'examen de l'utérus, nous constatons un cancer du col.

L'état de la malade est le suivant : Poumons sains ; cœur légèrement hypertrophié ; à la pointe, souffle systolique peu intense ; à la base, sur le trajet de l'aorte, souffle systolique rude, se prolongeant dans les vaisseaux, et souffle diastolique moins net. Point de signes de tumeur : ni matité, ni expansion, ni battements. Le souffle systolique de la base s'entend dans les trois premiers espaces intercostaux du côté gauche et dans les quatre premiers espaces intercostaux du côté droit. L'artère radiale du côté droit est nettement sentie et athéromateuse ; à gauche, c'est à peine si de temps en temps une très-faible pulsation frappe le doigt.

Le foie paraît normal. Constipation habituelle. Les envies d'uriner sont fréquentes. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

État des membres : Dans les deux membres du côté gauche, la motilité et la sensibilité sont intactes.

Le membre inférieur droit est capable de quelques mouvements ; mais il ne peut vaincre la moindre résistance. Il offre une *hyperesthésie* très-notable au toucher, au pincer et à la température.

Membre supérieur droit. Hyperesthésie. Les doigts sont fléchis sur la main, la main sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras. Ce membre est incapable de tout mouvement. Quand, de force, on étend ses différents segments, on fait souffrir la malade ; et, dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils reprennent leur position de flexion habituelle. Point d'amaigrissement du côté malade.

La malade a perdu la mémoire de beaucoup de mots. Ainsi, il lui a fallu deux jours pour retrouver le nom de son enfant. Sa parole est lente, saccadée, difficilement comprise. Elle dit un mot pour un autre.

Diagnostic. — 1^o Aortite chronique ; insuffisance et rétrécissement ; lésions empiétant sur l'origine de la sous-clavière gauche ; 2^o Consécutivement à cette maladie, embolie ayant gagné l'hémi-

sphère du côté gauche et produisant les phénomènes paralytiques indiqués.

Le 11 décembre. La malade meurt d'accidents urémiques.

Autopsie. — Epithélioma de l'utérus. Poumons congestionnés à la base et emphysémateux.

Cœur et aorte. — Cœur pesant 350 grammes; paroi épaissie. Pas de lésions valvulaires. Aorte dilatée au niveau de la crosse; plaques nombreuses, les unes dures, les autres ramollies. On n'en retrouve pas dans l'aorte ascendante, ni dans les principaux troncs artériels.

Reins. — Le rein gauche est un peu congestionné. Sur le rein droit, la capsule s'enlève très-difficilement en plusieurs points; la substance corticale est diminuée de volume, sa surface est unie.

Cerveau. — Les méninges sont congestionnées, surtout celles de l'hémisphère gauche; en arrière et en bas, congestion plus considérable. Point d'épanchement; les méninges s'enlèvent assez facilement, sauf sur l'hémisphère gauche; au niveau des lésions indiquées plus loin.

L'hémisphère gauche, en avant, paraît affaissé. Il est, en effet, diminué dans son diamètre vertical de toute la hauteur de la troisième circonvolution frontale qui, dans ses trois quarts postérieurs, a disparu. C'est à peine si l'on en retrouve dans ces points quelques débris; à sa place, on voit une substance molle, jaunâtre qui empiète, mais à peine (1 millimètre 1/2 à 2 millimètres), sur la deuxième circonvolution frontale, au niveau de son extrémité postérieure. *La frontale ascendante est saine.*

Coupe pédiculo-frontale : Sur cette coupe, la troisième circonvolution frontale, le lobule de l'insula, une parcelle de la deuxième frontale (2 centimètres au plus) dans ses points de contact avec la troisième frontale, le faisceau pédiculo-frontal inférieur du centre ovale, le faisceau pédiculo-frontal moyen (sauf dans son quart supéro-interne), une partie du noyau lenticulaire, sont occupés par une substance molle, de couleur jaunâtre. La circonvolution frontale moyenne est saine sauf dans le petit point indiqué; il en est de même de la frontale supérieure et du faisceau pédiculo-frontal supérieur. Sur une coupe frontale, on retrouve les altérations précédemment indiquées, dans les mêmes rapports, quoique moins prononcées. Sur toute coupe postérieure à la coupe frontale, le cerveau paraît sain.

En résumé : affection aortique, embolie consécutive, aphasie, paralysie du membre supérieur droit ; diminution des forces dans le membre inférieur droit ; hyperesthésie dans ces deux membres.

Lésions : Elles sont situées en avant du sillon de Rolando ; en arrière de ce sillon, le cerveau est sain ; l'hémisphère droit est complètement sain.

Le ramollissement occupe la troisième frontale gauche, un point de la deuxième, le lobule de l'insula, la capsule externe, le faisceau pédiculo-frontal inférieur, une partie du faisceau pédiculo-frontal moyen et du noyau lenticulaire.

OBSERVATION IX.

Alcoolisme. — Athérome artériel. — Troubles intellectuels. — Troubles moteurs limités au bras droit. — Ischémie cérébrale pariétale gauche par thrombose, suite d'athérome.

(Communiquée par M. Landouzy, médecin des hôpitaux). Résumée.

La nommée G..., ménagère, âgée de 52 ans, entre le 30 avril 1878 dans le service de M. Hardy, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, lit n° 11.

Sa mère est morte aliénée. Son père a succombé à une maladie inconnue.

A l'âge de 11 ans, elle a eu, dit-elle, une maladie dont elle ignore le nom, et qui l'a retenue dix-sept jours au lit. Elle a ensuite souffert d'accidents chloro-anémiques, dont elle n'a été débarrassée que vers l'âge de 18 ans. Elle avoue des *habitudes alcooliques invétérées*.

Il y a six ans, à la suite de la perte d'une petite fille morte de rougeole, son intelligence est restée profondément atteinte pendant six mois. Il y a un mois et demi, dit-elle, elle eut des querelles de ménage, et son mari la mit dans une maison de santé.

Douze jours avant son entrée à l'hôpital, elle se sentit mal à son aise. Elle avait de temps en temps de la fièvre avec frissons le long de la colonne vertébrale, et chaleur qui lui montait à la tête. La jambe droite lui paraissait toujours froide. Cet état dura quatre jours. Le cinquième jour, elle se coucha fort tard, comme d'habitude, car elle dormait fort peu. Après trois heures de repos, elle se leva, pour dégourdir sa jambe qui lui paraissait morte. A peine

eut-elle mis le pied à terre qu'elle se laissa tomber. Elle ne perdit pas connaissance, mais son mari fut obligé de la relever. Tout le côté droit du corps était paralysé.

La paralysie de la jambe n'est restée complète que très-peu de temps, cinq minutes environ. Le bras, au contraire, est tel qu'il était au moment de la chute.

A son entrée à l'hôpital, cette femme se plaint de céphalalgie et de douleurs abdominales. Elle sent fréquemment des rougeurs lui monter au visage. Elle est très-irritable et se plaint vivement de son mari.

L'occlusion des paupières est parfaite, mais les plis du front sont beaucoup plus accusés à gauche qu'à droite. On constate en même temps une légère déviation en dehors et en haut de la commissure labiale gauche.

La langue tirée hors de la bouche est déviée vers la droite et recouverte de l'enduit caractéristique de l'embarras gastrique.

Le bras est fléchi à angle droit, mais il n'y a pas de contracture. Seulement, la paralysie semble porter de préférence sur les extenseurs,

Les muscles de l'épaule ne sont pas atteints, et la malade peut encore soulever le bras. Ce sont aussi ces muscles qui empêchent le bras de retomber inerte, lorsqu'on le soulève.

La main est inerte. Les doigts sont demi-fléchis.

La jambe droite est un peu plus faible que la gauche. Cependant la malade peut la soulever dans son lit et même la maintenir un instant en l'air. Mais la marche est impossible.

La parole est un peu embarrassée. L'insomnie est complète. L'agitation est extrême. La malade se plaint continuellement et se croit persécutée par tout le monde. La mémoire est très-affaiblie.

Les bruits du cœur sont rudes à la base, au premier et au second temps. Les artères sont athéromateuses, ce qui fait supposer l'athérome des orifices du cœur.

En somme, on porte le diagnostic de périencéphalite diffuse, avec endoartérite préexistante, thrombose d'un rameau périphérique de la sylvienne gauche, et paralysie corticale droite.

Dès le 13 mai, l'amélioration est déjà très-marquée. Depuis trois ou quatre jours, la malade marche seule, quoiqu'encore avec hésitation et en titubant. Quant au bras, c'est à peine si elle peut le

soulever. La main ne peut encore marquer un seul degré ou dynamomètre.

La céphalalgie a beaucoup diminué, et le délire a disparu.

Le 17 mai, la malade se plaint de douleur à la région hépatique. En même temps des phénomènes d'embarras gastrique réapparaissent. On la purge. *Le bras va beaucoup mieux*, et la main peut se porter à la tête et vers la bouche. La malade peut même serrer un peu les doigts.

Le 27 mai, il reste un peu de raideur de l'articulation du coude, avec douleur légère. L'épaule correspondante est douloureuse aussi.

Le 7 juin, la malade part pour le Vésinet. La force est loin d'être revenue, mais il y a une grande amélioration, et la main donne 15 au dynamomètre.

OBSERVATION X.

(Thèse de Landouzy. — Résumée. — Citée dans la thèse de Mallebay).

Homme de 31 ans, arthritique, atteint de fièvre. Pupilles dilatées, changement de caractère, céphalalgie frontale excessive, vomissements.

Au bout de quelques semaines, aphasie intermittente, à laquelle succède *un affaiblissement assez prononcé du membre supérieur droit*. Plus tard et assez rapidement hémiplegie complète.

Autopsie. Pie-mère épaisse, adhérente au niveau des circonvolutions fronto-pariétales. Quelques noyaux tuberculeux disséminés vers les circonvolutions sphénoïdales; exsudats à la base du cerveau. Sur des coupes, on constate que la substance corticale, au fond de la scissure de Sylvius, au niveau de l'insula, est ramollie.

Ce ramollissement diffus pénètre profondément et envahit même le noyau extra-ventriculaire, dans sa partie postérieure.

A côté de l'hémorragie et du ramollissement, se placent tout naturellement les lésions inflammatoires des enveloppes cérébrales, la méningite commune, la méningite tuberculeuse, la méningite suppurée et la pachyméningite.

OBSERVATION XI.

(Raymond. Société de biologie, 1876).

Paralysie limitée au bras droit. Granulations tuberculeuses volumineuses sur le lobe cérébral gauche. Au niveau des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes existe de la méningite suppurée avec tubercules. Ceux-ci deviennent surtout abondants, en approchant du lobe paracentral.

OBSERVATION XII.

(de Landouzy, Thèse d'Augé, 1878).

Il entre dans le service de M. Hardy un phthisique qui s'était réveillé un matin avec un sentiment de faiblesse dans le bras droit. On constate une impotence presque complète du membre, un certain degré d'hémiplégie faciale inférieure et de l'embarras de la parole. Aucune altération d'ailleurs dans l'intelligence. Ces symptômes ne firent qu'augmenter graduellement; il s'y ajouta de la fièvre et un malaise général. La paralysie augmenta en étendue et en intensité, et cet homme succomba dans le coma.

A l'autopsie, on trouva une plaque de tuberculose méningée, occupant le fond du sillon de Rolando et la face postérieure et antérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

OBSERVATION XIII.

Paralysie des muscles innervés par le radial droit. — Paralysie complète du bras droit; hémiplégie faciale droite. — Méningite et ramollissement de la région pariétale gauche.

(Troisier. Bulletin de la Société anatomique, 1872, p. 262).

Résumée.

L..., 45 ans, entré le 29 avril 1872, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Eloi, lit n° 32, service de M. Lancereaux.

Ce malade est atteint de phthisie tuberculeuse et de péritonite chronique.

Le 13 mai, agitation continuelle et divagation.

Le 17, on remarque une *paralysie complète des extenseurs de la main, des radiaux et du long supinateur du côté droit*. Le malade peut soulever le membre supérieur. Contractilité électrique conservée. Léger œdème.

Le 18. *Paralysie complète du bras droit, sensibilité conservée*. Hémiplegie faciale droite inférieure. Rien à signaler du côté des yeux. Le membre inférieur droit n'est pas paralysé. Mort dans la nuit.

Autopsie. Stase sanguine dans toutes les veines et veinules des circonvolutions. Les méninges de la face convexe des hémisphères cérébraux sont congestionnées et épaissies. L'épaississement est plus prononcé au niveau des anfractuosités.

Sur la surface convexe de l'hémisphère gauche, immédiatement en arrière de la troisième circonvolution frontale, il existe, dans une étendue de 7 à 8 centimètres carrés, une hyperémie des méninges plus accusée que dans les autres points; et l'on aperçoit à ce niveau des granulations grises en assez grande quantité, dont quelques-unes réunies fortement en petit groupe mamelonné grisâtre.

Un peu au-dessous de ce point, en arrière de la circonvolution marginale postérieure, les méninges sont intimement adhérentes au fond d'une anfruosité. Elles présentent dans leur épaisseur, qui atteint 1 à 2 millimètres, des nodules caséux, de la grosseur d'un grain de millet et des granulations de petite dimension.

La substance grise des deux circonvolutions qui forment l'anfruosité au fond de laquelle les membranes sont adhérentes, est le siège d'un piqueté hémorragique abondant (hémorragie dans les gaines vasculaires).

La substance blanche, qui est un peu envahie par l'apoplexie capillaire, offre une teinte jaunâtre dans une épaisseur de quelques millimètres. On trouve deux autres petits foyers d'apoplexie capillaire dans le reste de l'hémisphère gauche, l'un un peu en arrière de celui qui vient d'être décrit, l'autre sur la face interne du lobe supérieur du cerveau. La substance grise des circonvolutions adhère aux méninges ainsi enflammées et est un peu ramollie dans sa partie superficielle.

Artérite et caillots de fibrine granuleux dans les artérioles correspondantes.

Viennent ensuite les tumeurs cérébrales diverses. Dans quelques observations, on trouve qu'un *foyer tuberculeux*, souvent des dimensions les plus exigües, a suffi à déterminer une paralysie limitée à un bras. Citons encore les tumeurs vasculaires, les anévrysmes miliaires, les kystes hydatiques, le cancer, les productions syphilitiques, les sarcomes, les psammomes, les gliomes, etc.

OBSERVATION XIV.

(H. Jackson, cité par Bernhard, *Archiv. fur Psychiatrie*, IV, p. 713).
Thèse de Lépine et thèse de Mallebay).

Tuberculeux de 22 ans, chez lequel on observait, de temps à autre, des mouvements spontanés ayant pour siège l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, en même temps qu'une sensation d'engourdissement partait du bras pour envahir tout le corps. De temps à autre, il y avait, en outre, perte de connaissance. Dans le cerveau, on trouva un tubercule arrondi, du volume d'une noisette, qui avait pour siège la substance grise de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale droite.

Dans ce cas, il s'agissait surtout d'attaques épileptiformes. Cependant, il y avait en même temps un certain degré d'affaiblissement du membre.

D'ailleurs, l'observation est intéressante au point de vue de la localisation de la lésion.

OBSERVATION XV.

(de Mahot. Société anatomique, 15 décembre 1876, citée
par Bourdon).

A la suite d'une attaque apoplectiforme subite avec perte de connaissance et convulsions violentes, un homme de 48 ans conserve une monoplégie du membre supérieur droit. Trois semaines après, il entre à l'hôpital, où l'on observe plusieurs attaques convulsives, les unes étendues à tout le côté droit du corps (face et

membres), les autres presque exclusivement limitées au bras et à l'avant-bras du côté droit.

A l'autopsie, on trouve *un gliome* du volume d'un œuf de pigeon, siégeant au niveau du tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante du côté gauche.

OBSERVATION XVI.

(Berdinel et Delotte. Fr. méd., 1878. Société anatomique, p. 503, citée par Mallebay).

C... (Pauline), âgée de 46 ans, journalière, est entrée le 21 février 1878, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Proust, salle Sainte-Marie, n° 29. Il y a un mois, cette femme fut prise d'une bronchite intense, et en même temps se montrèrent des vomissements survenant surtout le matin, vomissements alimentaires d'abord, bilieux un peu plus tard. Il s'y joignit bientôt un peu d'affaiblissement dans la main gauche; la préhension devenait difficile. Le lendemain, l'affaiblissement augmenta; le troisième jour, *l'extension des doigts était devenue absolument impossible*; la flexion seule pouvait se produire, mais incomplète. Le quatrième jour, *inertie complète du poignet, de la main et des doigts*. Pas de phénomènes céphaliques. L'état tendant à s'aggraver, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

C'est surtout sur l'état du bras que cette femme appelle notre attention. *Sa main est complètement inerte*; elle tombe verticalement si la malade étend son bras dans la position horizontale. *Immobilité absolue des doigts*; le pouce est immobile comme les autres, et tout mouvement d'opposition est devenu impossible. Les muscles des bras ne paraissent pas atteints: l'avant-bras se fléchit et s'étend sur le bras sans aucune difficulté, et la malade résiste, aussi bien à droite qu'à gauche, à l'extension forcée. Aucun trouble de la motilité dans les membres inférieurs. A peine quelques vertiges et une légère titubation, si la malade se retourne brusquement.

Aucune déviation de la bouche à l'état de repos ou de mouvement. La langue n'est ni déviée, ni tremblante. La vue est bonne.

Les paupières sont aussi mobiles d'un côté que de l'autre. *La sensibilité n'est altérée dans aucun de ses modes*, pas plus dans la partie paralysée que dans les autres points du corps. Pas de four-

millements, ni de douleur spontanée dans les mains. Les muscles se contractent bien sous l'influence de l'électricité.

Les deux mains n'offrent pas un volume égal : celui de la main paralysée est moindre ; la malade ne peut dire si cette différence a existé avant le début des accidents. Sur la main gauche, la peau est plus lisse, mais la coloration est normale. La malade accuse une sensation de chaleur plus vive dans la partie paralysée ; le thermomètre donne, au contraire, une élévation d'un dixième de degré pour la main saine. Aucune trace d'athérome ; aucun symptôme d'atteinte syphilitique, etc.

Plus tard, surviennent une déviation de la bouche du côté droit, une céphalalgie du même côté, de la dilatation de la pupille gauche ; les mouvements du bras et de la jambe gauche sont plus difficiles. La peau de la main gauche est le siège d'une desquamation furfuracée.

L'hémiplégie gauche devient complète *tant pour la motilité que pour la sensibilité*. Rien à droite.

Coma et mort le 31 mai dans la nuit.

Autopsie. — *Cerveau* : Les méninges sont congestionnées, non adhérentes. Après les avoir enlevées, on trouve la *circonvolution frontale ascendante très-hyperthrophée dans ses deux tiers inférieurs*. A sa partie moyenne, elle offre une largeur de quatre centimètres et demi.

Elle a repoussé en arrière la circonvolution pariétale qui est très-amincie et s'avance comme une valvule sur la partie la plus reculée de la frontale. La substance corticale de la frontale ascendante présente une coloration rouge lie de vin, sans perte de substance à la superficie. Sur ce fond livide se détachent quelques points d'un rouge plus intense, entourés de quelques tractus jaunâtres. L'encéphale ne présente pas d'autres lésions superficielles.

Sur une coupe faite parallèlement à la direction de la frontale ascendante, et passant par son milieu, on trouve que *tous les faisceaux frontaux moyens sont détruits par une tumeur*, cette production est dans son centre d'une couleur rouge lie de vin uniforme, et de la grosseur d'une noix. Elle est entourée d'une couche jaunâtre de ramollissement d'un millimètre d'épaisseur environ. Elle s'étend jusqu'à trois millimètres du noyau lenticulaire qu'elle n'atteint pas. Les centres ne sont en rien intéressés.

Cette tumeur, qui paraît facilement énucléable, s'étend dans le

sens antéro-postérieur jusqu'aux limites de la circonvolution frontale ascendante et ne touche en rien aux autres circonvolutions frontales. En arrière, elle s'étend à travers la circonvolution pariétale ascendante jusqu'à la limite du lobule pariétal. Sur une coupe passant par le pied des circonvolutions pariétales, on trouve deux autres tumeurs de même nature, du volume d'un œuf de pigeon : l'une siège dans la partie supérieure du lobule pariétal supérieur, et est recouverte par une mince couche de substance grise qui paraît intacte ; l'autre siège dans le lobe sphénoïdal et détruit la partie moyenne du faisceau sphénoïdal.

Cette observation est surtout intéressante en raison de l'étendue considérable des lésions.

Outre les affections dont nous venons de rapporter quelques exemples, et qui sont du ressort de la pathologie interne, il ne faut pas perdre de vue les *traumatismes* sur lesquels l'attention a été récemment appelée par les travaux de MM. Gosselin, Lucas - Championnière, Terrillon, etc..... Signalons en particulier les plaies de tête, les contusions, et les fractures du crâne ou de la face.

OBSERVATION XVII.

(de Hitzig. Archiv. fur Psychiatrie, volume III, p. 231).

Citée par Bourdon.

A la suite d'un coup de feu reçu sur le côté droit de la tête ne paraissant avoir intéressé que les téguments, un individu éprouva subitement une céphalalgie violente du côté droit. Peu après, survinrent, sans perte de connaissance, des convulsions dans le domaine du nerf facial gauche, puis dans les fléchisseurs des doigts de la main du même côté et de la moitié gauche de la langue. Dans la journée, cet accès convulsif se répéta. Trois jours après, on observa une dépression des facultés intellectuelles et une parésie des muscles innervés par le rameau inférieur du facial, avec déviation de la langue à gauche, et de la luette à droite.

Le blessé eut encore du côté de la face plusieurs accès convulsifs, pendant lesquels il pouvait marcher et se servir de sa main

droite sans difficulté. Au contraire, *les mouvements du membre supérieur gauche étaient très-limités.*

Autopsie. — Au niveau de la plaie des téguments, une lamelle osseuse, ayant les dimensions d'une lentille, s'est détachée de la table interne et a perforé la dure-mère; en ce point, le cerveau présente un abcès à la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante, immédiatement au-devant du sillon de Rolando. La substance cérébrale est ramollie autour de l'abcès.

OBSERVATION XVIII.

(de Huguenin, citée par Grasset).

Paralysie du bras gauche consécutive à un coup de fleuret qui avait pénétré par la cavité orbitaire et avait perforé la substance corticale, au point de jonction des première et deuxième circonvolutions frontales.

OBSERVATION XIX.

(de Bide, Progrès médical, 1878).

Un homme, âgé de 48 ans, entre dans le service de M. Tillaux le 16 décembre. Contusion de la tête. Enfoncement et fracture du crâne à 3 centimètres en arrière de la ligne auriculaire, à 10 centimètres au-dessus de l'oreille du côté gauche.

Deux jours après, *paralysie limitée au membre supérieur droit*, marquée surtout dans les extenseurs. Pas de troubles de la sensibilité. Un peu de paralysie faciale.

Plus tard, érysipèle.

Le 22. Crises épileptiformes; diminution de la paralysie.

Le 23. Paralysie complète du membre supérieur, laquelle disparaît en deux heures.

Le 24. On enlève des esquilles. Nouvelles attaques temporaires de paralysie du bras, semblables aux précédentes.

Plus tard, hébétude, troubles intellectuels. Mort.

Autopsie. — Enfoncement du pariétal; adhérences de la dure-mère et de la pie-mère. Au dessous, *abcès dans le lobule pariétal supérieur et le pli courbe*, ne paraissant pas intéresser la pariétale ascendante. Cette circonvolution est cependant lésée sur des coupes transversales.

OBSERVATION XX.

(de Gelpke. Revue des sciences médicales, t. IX, p. 667).

Citée par Mallebay.

Après un coup de pied de cheval sur le temporal, paralysie et perte de la sensibilité de l'avant-bras. Plus tard, paralysie du bras et un peu d'hémiplégie faciale. Trois jours après, paralysie de la jambe gauche.

On débride et on évacue une abondante collection de pus, avec une petite quantité de pulpe cérébrale.

Le lendemain, coma et mort.

La lésion siégeait sur le temporal droit, à 5 centimètres au-dessus du conduit auditif externe et à son niveau.

OBSERVATION XXI.

Plaie par coup de sabre du cuir chevelu, du crâne et de l'encéphale.
Monoplégie brachiale gauche temporaire.

(d'Achintre. Gazette des hôpitaux des 24 et 26 juin 1879).

Résumée.

Le 18 février 1878, un soldat du train des équipages, âgé de 25 ans, eut une dispute avec un de ses camarades. Ce dernier, devenu furieux, lui asséna un vigoureux coup de sabre sur le côté droit de la tête.

Le blessé ne perdit pas connaissance et eut même la force de faire un trajet de 6 kilomètres pour rentrer se coucher. Ce n'est que le lendemain, à 9 heures du matin, qu'il se présenta à la visite de l'hôpital militaire.

Là, il raconta qu'il était tombé accidentellement sur une pierre tranchante, et persista, malgré les objections, à soutenir ce récit.

La plaie porte les caractères manifestes d'une plaie par instrument tranchant. Elle est située sur le côté du crâne, s'étendant depuis le vertex jusqu'à la partie supérieure de l'oreille droite, ayant une longueur de 13 centimètres $1/2$, et un écartement de 4 centimètres au milieu. Le cuir chevelu est nettement tranché. Le crâne est fendu dans toute l'étendue de la plaie; la section osseuse comprend le pariétal et le sommet de la portion écailleuse du temporal;

elle est nette, sans enfoncement ni fracture; quelques petites esquilles en frangent seulement les bords.

A travers l'écartement osseux s'écoule un peu de sang mêlé à de la matière cérébrale, et l'on perçoit nettement des battements et des glouglous dus aux mouvements rythmés de la masse encéphalique. Pas de souffrance vive, pas d'hémorrhagie, pas de troubles sensoriels ni intellectuels.

Le bras gauche est incomplètement paralysé du mouvement.

Le soir, la paralysie du bras gauche se complète : le malade ne peut plus le mouvoir et le sent à peine.

Le 20 février. La sensibilité du bras est encore manifeste, quoique obtuse. Le blessé ne peut soulever le membre, mais il produit quelques mouvements limités des doigts. Rien du côté de la jambe.

Le 23. Quelques mouvements spasmodiques douloureux dans le membre paralysé.

Le 25. Hernie d'une portion du cerveau de la grosseur d'une forte noisette. On la sectionne avec des ciseaux.

A partir de ce moment, hyperesthésie notable dans le membre paralysé.

Le 16 mars. La paralysie semble tendre rapidement vers la guérison. Les mouvements reviennent à l'épaule, au bras, à l'avant-bras, mais ils sont encore limités et difficiles. La flexion des doigts n'est pas complète, et le blessé ne peut serrer efficacement.

Le 8 avril. Tous les mouvements sont possibles, mais encore limités. La plaie n'a plus que 8 centimètres 1/2. On extrait encore un séquestre mobile. Le lendemain, extraction d'un autre séquestre.

La mensuration révèle une atrophie notable du membre paralysé. Si on le compare au membre sain, on trouve pour l'épaule une différence de volume en moins de 3 centimètres, pour le bras une différence de 1 centimètre, pour l'avant-bras une différence de 1 centimètre, 3.

Le 13 mai. La plaie est complètement cicatrisée, sauf quatre fistulettes qui donnent un peu de pus aux deux extrémités et au milieu de la cicatrice. Ces fistules se ferment à la suite de l'extraction de nouveaux séquestres.

Grâce à l'électrisation, l'atrophie du membre a sensiblement diminué.

Le 22 juillet. Le malade part en congé de convalescence. Il est complètement guéri. Son bras a recouvré ses mouvements et toute sa sensibilité : il ne lui reste plus qu'un peu de faiblesse.

En raison de la marche relativement bénigne des accidents et de la localisation des troubles moteurs à un seul membre, cette observation est l'une des plus intéressantes qui aient jamais figuré dans l'histoire des monoplégies brachiales.

Rappelons enfin les cas d'atrophie cérébrale consécutive aux amputations. C'est ainsi que MM. Chuquet et Duguet ont constaté l'atrophie du tiers supérieur de la pariétale ascendante et du lobe paracentral du côté opposé à une amputation de bras. MM. Clauzel de Boyer et Féré ont rapporté des faits semblables.

SYMPTOMATOLOGIE.

La marche des paralysies corticales du membre supérieur varie suivant les causes qui en ont été le point de départ. Lorsqu'elles succèdent à un traumatisme, il est évident que leur début est masqué par les autres phénomènes plus généraux qui se rapportent à la commotion éprouvée par le blessé. Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long, variable suivant les cas, qu'il devient possible de délimiter exactement le domaine de la paralysie.

Il en est tout autrement quand les troubles moteurs se rattachent à une hémorragie ou à un ramollissement, ce qui est le cas le plus fréquent. Lorsque, en effet, le foyer est limité, lorsqu'il n'intéresse qu'une surface peu étendue de l'écorce, l'observation devient beaucoup plus facile, et la description se trouve simplifiée.

Comme pour tout ce qui se rattache aux lésions du système nerveux, la symptomatologie est variable à l'infini et il serait très-difficile de rencontrer deux malades se ressemblant absolument. Tantôt la paralysie est d'emblée limitée à un groupe musculaire distinct, tantôt elle envahit la totalité du membre pour disparaître rapidement en certains points, et se localiser d'une façon définitive ou temporaire sur d'autres. Nous allons essayer de retracer ici, d'après nos propres observations, la manière dont les choses se passent le plus habituellement.

En général, il n'y a pas d'*ictus apoplectique* à proprement parler. Sans doute, la scène s'ouvre le plus souvent par des phénomènes cérébraux plus ou moins intenses, mais qui n'acquièrent jamais la violence que l'on observe dans les paralysies centrales. Voici cependant une observation qui fait exception à cette règle générale, ce qui s'explique peut-être par le siège particulier de la lésion.

OBSERVATION XXII.

(de Landouzy. Bulletin de la Soc. anat., juin 1879. Résumée).

Attaque apoplectique. — Chute. — Coma. — Hémiplegie droite d'abord. — Monoplégie brachiale droite ensuite. — Athérome généralisé. — Foyer fissuré (thrombose) de la capsule externe.

Le nommé X..., âgé de 88 ans, passementier, entre le 30 juin 1878 dans le service de M. Hardy, à la Charité, salle Saint-Charles, lit n° 3.

Ce malade assistait aux vêpres dans la journée, à l'église Saint-Sulpice, et y était tombé tout à coup comme foudroyé. Transporté à la Charité, il y arriva sans connaissance, en résolution à peu près complète. A la fin de la soirée, il reprit quelque peu ses sens. Le lendemain, la connaissance est encore incomplète. Ce n'est que péniblement et lentement que le malade répond aux questions qui lui sont adressées. Il raconte en partie ce qui lui est arrivé hier

jusqu'au moment où il est tombé. Voici les principaux symptômes qu'il présente :

Obnubilation et retard de la sensibilité générale, peut-être plus marquée à droite qu'à gauche. Rien du côté des sens spéciaux.

Pas d'hémiplégie faciale, en dépit d'une légère asymétrie due à l'absence des dents d'un côté. *Paralysie complète, flasque des membres supérieur et inférieur droits.*

Embarras de la parole dû à l'état d'obnubilation intellectuelle d'une part, à un bégaiement congénital de l'autre. Absolument rien qui ressemble à de l'aphasie.

Céphalalgie gauche peu intense, mais constante.

Etat général bon. Appétit. Sommeil obtenu seulement par les opiacés.

Arc sénile des plus prononcés. Radiales dures et sinueuses. Bruit un peu rapeux au premier temps et à la base.

3 juillet. Mouvements ébauchés dans le membre inférieur droit. Sensibilité générale moins obtuse et surtout moins retardée.

Le 5. Mouvements dans le membre inférieur droit. *Immobilité complète du membre supérieur*, qui reste flasque et non douloureux.

Le 7. La motilité est complètement revenue dans le membre inférieur. Le bras reste toujours immobile. Le malade est dans le décubitus dorsal, vivant de la vie végétative, sans grandes manifestations intellectuelles. Tendence au larmolement.

Le 15. Un érythème fessier apparu depuis quelques jours est remplacé par une eschare peu profonde, plutôt sèche que sanieuse et suppurante.

Même flaccidité et immobilité du membre supérieur droit. Le malade va en dépérissant de plus en plus et s'éteint le 24 août.

A l'autopsie faite 24 heures après la mort, on trouve des lésions d'athérome généralisé et une légère congestion des lobes inférieurs des poumons. Les reins présentent une néphrite interstitielle en évolution, avec productions kystiques.

Du côté de la tête, on constate des adhérences considérables de la dure-mère au niveau de la suture lambdoïde.

Les méninges ont un aspect normal, à part de nombreuses petites plaques blanc jaunâtre, irrégulièrement disséminées sur les vaisseaux de la base. La décortication est facile, et les circonvolutions ne présentent aucune altération apparente.

L'hémisphère droit est absolument sain.

Dans l'hémisphère gauche, on trouve au niveau de la coupe pariétale un foyer allongé, étroit, en forme de fente, à grand diamètre perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur de l'hémisphère, à base inférieure, à sommet supérieur. Ce foyer au niveau duquel la pulpe cérébrale est ramollie, ressemble à un foyer de ramollissement par ischémie. Il se continue jusqu'au niveau du plan postérieur de la coupe pédiculo-pariétale. En ce point, il a même coloration, même aspect général, avec cette différence pourtant que sa hauteur est moindre.

En résumé, foyer fissuré traversant de part en part les régions correspondant aux coupes *pariétale* (capsule externe, avant-mur et partie externe du noyau lenticulaire) et *pédiculo-pariétale*. Ce foyer semble résulter d'une thrombose par athérome de l'artère lenticulo-striée.

Le plus souvent le malade éprouve un vertige; il chancelle, tombe même, mais en conservant une idée plus ou moins nette de ce qui se fait et se dit autour de lui. Souvent il existe en même temps un embarras passager de la parole lié probablement à une congestion momentanée de la circonvolution de Broca. Chose remarquable, c'est la jambe qui attire le plus souvent l'attention du malade. Il se sent défaillir et ne s'aperçoit généralement de l'impuissance motrice du bras qu'au bout d'un temps relativement assez long. Certains individus, frappés de leur attaque le soir, ne constatent que le lendemain qu'ils sont hors d'état de remuer les doigts. Encore une fois, ce caractère n'est pas constant, mais il nous a frappé dans plusieurs cas.

OBSERVATION XXIII (Personnelle.)

Monoplégie brachiale. — Parésie de la jambe du même côté.
Troubles oculaires.

Le nommé L..., employé de commerce, âgé de 38 ans, entré le 11 juillet 1878 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, salle Saint-Louis, n° 9.

Rien à noter dans les antécédents de famille, pas de maladie antérieure. Pas même la moindre indisposition.

Le malade nie tout antécédent syphilitique, mais il avoue s'être livré à de violents excès alcooliques.

Dans les premiers jours du mois de janvier dernier, il fut pris de rhumatisme articulaire. Toutes les articulations des membres furent alternativement malades. Traité successivement par le salicylate de soude et le sulfate de quinine, il resta deux mois au lit.

Depuis lors, il n'a jamais recouvré complètement la santé. Les articulations tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes sont restées le siège de vives douleurs qui apparaissent de temps à autre en même temps qu'un certain gonflement au niveau des chevilles. Néanmoins le malade avait pu reprendre sa place d'employé aux écritures dans la Compagnie des transports parisiens.

Le 8 juillet 1878, étant en train de se promener avec des amis, le soir après son travail, il sentit tout à coup sa jambe gauche fléchir. Il tomba; il fallut le relever, et l'on constata que la motilité était abolie dans tout le côté gauche du corps.

Il n'y avait eu ni perte de connaissance, ni même le plus léger étourdissement.

A son entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants.

Le bras, l'avant-bras et la main gauches sont complètement inertes. Le membre inférieur correspondant est considérablement affaibli; néanmoins, il peut exécuter quelques mouvements de répétition et de circumduction limités. La sensibilité dans tous ces points est seulement *légèrement émoussée*.

La parole est embarrassée, mais il n'existe aucune déviation de la langue et de la luette,

La commissure labiale gauche est légèrement abaissée; ce symptôme s'exagère, lorsque le malade parle et rit.

La vision est affaiblie à droite. Il y a de la diplopie. Les yeux ont une expression étrange, qui s'explique par les troubles fonctionnels suivants des muscles oculo-moteurs. En effet, il existe :

- 1° Une paralysie du droit externe du côté gauche;
- 2° Une paralysie du droit interne du côté droit;
- 3° Enfin une paralysie des deux droits supérieurs et des petits obliques.

Pas d'inégalité des pupilles.

Les artères ne sont pas athéromateuses, mais au cœur il existe un prolongement très-net du premier temps à la pointe.

Le malade, dont il est question dans cette observation, est encore aujourd'hui à l'hôpital.

Son état ne s'est guère amélioré. Il marche cependant, mais avec une peine extrême. Les mouvements du bras sont revenus en partie, mais sont encore des plus difficiles et des plus pénibles. De plus, ce membre est le siège d'une contracture permanente, qui fait soupçonner des lésions irréparables. Du côté des yeux l'amélioration est beaucoup plus sensible : il y a là un progrès réel dont le malade se rend compte lui-même. Quoi qu'il en soit, il est certain que chez cet homme la lésion a dépassé les limites du centre moteur du bras.

OBSERVATION XXIV (Personnelle).

Monoplégie brachiale. — Hémiplegie consécutive.

Le nommé X..., âgé de 50 ans, cordonnier, entre le 9 mai 1878 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, salle Saint-Louis, lit n° 17.

Pas de maladie antérieure. Le malade avoue boire deux litres et demi par jour, ce qui fait présumer qu'il en boit bien davantage. Il avoue aussi s'enivrer *quelquefois*. Son nez et ses pommettes sont d'ailleurs d'un rouge violacé suspect.

Le 27 février, étant en train de travailler, il sent tout à coup *son pouce et son petit doigt gauches devenir froids et inertes*, alors que les autres doigts conservent parfaitement le mouvement et la sensibilité. Cet état dura huit heures et disparut subitement, comme il était venu. Le malade n'avait fait aucun traitement ; il s'était borné à quelques légères frictions alcooliques, et avait repris son travail comme d'habitude.

Trois jours après, étant en train de prendre son repas, il fut frappé de *paralysie de tout le membre supérieur gauche*. C'est dans cet état qu'il se décida à entrer à l'hôpital, le 9 mai 1878.

A cette date, *le bras, l'avant-bras et la main gauche* sont absolument inertes et incapables du plus léger mouvement.

En même temps, *la sensibilité est demeurée intacte.*

Rien au cœur. Les artères sont flexueuses et athéromateuses. Aucun trouble appréciable du côté des autres organes.

Le 29 mai, en se levant, le malade fut pris tout au coup d'un étourdissement et se laissa tomber à terre. On le releva. Il n'avait pas perdu connaissance, mais sa parole était embarrassée. Cet embarras se prolongea pendant quelques heures après l'accident, pour disparaître ensuite. Mais on s'aperçut bien vite que la paralysie motrice n'était plus limitée au bras gauche et qu'elle avait gagné aussi la jambe du même côté. Dans toutes les parties paralysées, *la sensibilité était toujours intacte.*

En même temps et du même côté existe une paralysie faciale limitée à la moitié inférieure de la face. Tandis que la commissure labiale gauche est abaissée, les yeux sont intacts et les rides du front ne sont effacées ni d'un côté, ni de l'autre.

Ce malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours du mois d'août. Son état ne s'était modifié en quoi que ce soit.

Chez cet homme, il est évident que les lésions, d'abord limitées au centre du membre supérieur, se sont ensuite étendues plus loin.

OBSERVATION XXV.

(de Mallebay. Thèse 1878). Résumée.

Un employé au télégraphe, âgé de 33 ans, entre à l'hôpital Temporaire le 29 mai 1878, dans le service de M. Grancher, salle Sainte-Thérèse, n° 28.

Il raconte que, depuis quelques années, il tousse tous les hivers, et que, depuis quelque temps, il a de la fièvre, des sueurs nocturnes et un amaigrissement rapide. A l'auscultation, on trouve tous les signes d'une caverne au sommet droit et d'une induration pulmonaire au sommet gauche. Il n'y a pas de tuberculeux dans sa famille, mais il dit avoir beaucoup abusé des liqueurs alcooliques.

Le 5 mai 1878, le malade se coucha aussi bien portant que d'ha-

bitude, sans s'être exposé au froid, ni s'être couché ou appuyé sur son bras gauche. Le lendemain, 6 mai, en se levant il constata qu'il ne pouvait plus se servir de sa main gauche, *qui était plus grosse et plus chaude que celle du côté opposé*. Dès ce moment aussi, il aurait eu des fourmillements dans la main et, de temps en temps, de petits tremblements. Tous ces symptômes seraient survenus assez brusquement, sans céphalalgie, sans troubles antérieurs. Le malade dit seulement avoir eu quelque temps avant des bourdonnements d'oreille plus forts peut-être du côté droit que du côté de la lésion paralytique. Enfin, fait plus important, le malade avait depuis assez longtemps et surtout le matin, des vomissements peu pénibles et assez irréguliers.

L'examen fait le 20 mai et les jours suivants montre que la main est pendante. Elle tombe verticalement, lorsque le malade étend son bras dans la position horizontale. Les doigts sont à demi-fléchis, et il lui est impossible de les relever. Il n'y a pas cependant de contracture, et on peut très-facilement étendre la main et les doigts sans éprouver de résistance appréciable. Tous les doigts sont également fléchis, hormis le pouce qui est simplement en adduction légère dans la paume de la main.

Le malade serre avec assez de force, presque autant que du côté opposé, et cela quelle que soit la position donnée au membre. Quelques mouvements, la flexion de l'avant-bras sur le bras, et la pronation, sont parfaits. L'avant-bras peut triompher de résistances à peu près égales des deux côtés. Seule, la supination est gênée. Enfin, tous les mouvements de l'épaule et du bras sont intacts.

La main est de temps à autre le siège de tremblements d'ensemble survenant par accès durant quelques instants et disparaissant ensuite. C'est la main dans son ensemble, et non chacun des doigts, qui se trouve agitée par ces secousses.

La température, prise trois fois dans les deux mains, a toujours donné une différence en faveur de la main gauche. Cette différence n'a jamais excédé quatre à cinq dixièmes de degré.

Il existe en même temps un œdème peu marqué du membre, ne dépassant pas l'avant bras.

Il y a des fourmillements dans la main, mais *la peau a conservé sa sensibilité normale.*

Rien du côté des autres organes. Intelligence intacte. Vue bonne. Parole facile. Pas de tremblement de la langue, ni de déviation de

la commissure labiale. Pas de troubles des mouvements oculaires. Rien du côté des membres inférieurs.

La paralysie est restée à peu près égale jusqu'au 15 juin. A ce moment, on constate que le malade peut volontairement étendre l'index, et, quelques jours après le médius.

Le 25 juin, il n'y a plus de demi-flexion des doigts à l'état de repos. Tous les mouvements volontaires des doigts sont possibles, quoique évidemment plus faibles que ceux du côté opposé. Il y a un peu d'atrophie du membre.

Le malade quitte l'hôpital le 1^{er} juillet.

M. Mallebay admet qu'il s'agissait là d'une lésion tuberculeuse corticale. Par analogie et par comparaison avec plusieurs de nos observations, nous serions plutôt disposé à admettre une thrombose.

OBSERVATION XXVI.

Note sur un cas de paralysie des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras liée à une lésion siégeant sur le sillon de Rolando.

Par Maurice Raynaud.

(Société anatomique. Progrès médical, 1876).

Un tuberculeux âgé de 30 ans entre à l'hôpital trois jours avant sa mort. Le soir, il se sentit pris d'une faiblesse du membre supérieur gauche. Cette faiblesse, qui occupait principalement l'avant-bras, alla en augmentant les jours suivants, jusqu'à la mort du malade qui survint trois jours après.

Voici le résultat de l'examen attentif qui fut fait de cette paralysie le jour même où ce malade mourut. Il avait encore sa pleine connaissance et se prêtait volontiers à l'examen :

OEdème notable de l'avant-bras et de la main gauche (côté paralysé). Rien de semblable du côté opposé. Les deux membres inférieurs sont infiltrés. Faiblesse du membre supérieur gauche, beaucoup plus accusée à l'avant-bras qu'au bras.

Ainsi le mouvement d'adduction du bras (deltoïde), ceux de flexion et d'extension de l'avant bras sur le bras (biceps et triceps brachial)

se font avec facilité, quoique avec une énergie certainement moindre que du côté sain.

A l'avant-bras, *paralysie absolue des extenseurs*. La main est tombante et le malade essaie vainement de la relever. Le muscle long supinateur participe à cette paralysie. On croirait donc avoir affaire à une paralysie du nerf radial. Mais il y a aussi faiblesse des fléchisseurs. Le malade serre très-incomplètement la main qu'on lui présente, même lorsqu'en relevant fortement la main dans l'extension sur l'avant-bras on neutralise l'effet des muscles antagonistes. La contractilité électro-musculaire est conservée.

Il n'existe *aucune modification de la sensibilité du membre malade*. Il n'y a pas même de sentiment subjectif d'engourdissement. Il n'y a pas même de trace d'hémiplégie faciale, ni de paralysie du membre inférieur gauche. Il n'y a pas davantage apparence de céphalalgie. Pas le moindre trouble de la parole. On ne constate ni perte de la mémoire, ni désordre du côté de l'intelligence. En un mot, malgré une recherche attentive, on ne trouve, en ce qui concerne les fonctions du système nerveux, rien autre chose que la paralysie motrice, localisée comme il vient d'être dit. Nous avons donc affaire à une monoplégie, celle-ci même extrêmement limitée, puisqu'elle a son siège, de beaucoup plus marqué, dans les muscles extenseurs de l'avant-bras gauche.

Autopsie. — Les méninges sont absolument saines; il n'existe aucune apparence d'hyperémie cérébrale généralisée. Une fois la pie-mère enlevée, on découvre du côté droit une lésion corticale extrêmement circonscrite. Disons tout de suite que c'est bien elle qui doit être considérée comme la cause de la paralysie. Car, d'une part, on ne trouve rien à signaler du côté des corps opto-striés; d'autre part, le renflement cervical de la moelle et les racines qui en émergent ont fait l'objet d'un examen attentif qui a montré ces parties dans un état d'intégrité complète.

La lésion siège dans le sillon de Rolando, à 5 cent. et demi du bord supérieur et interne de l'hémisphère droit, à la hauteur de la base de la deuxième circonvolution frontale. En ce point, on trouve, au fond du sillon de Rolando, un petit tubercule gros comme un grain de millet, qui plonge dans la substance corticale et adhère à la face profonde de la pie-mère légèrement soulevée à ce niveau. Autour de ce tubercule existe une zone de ramollissement rouge caractérisé par un pointillé hémorragique très-confluent (apoplexie

capillaire). Examiné à sa surface, ce foyer présente une hauteur d'environ un centimètre : il occupe *la partie la plus reculée de la circonvolution frontale ascendante, et va s'enfonçant obliquement de haut en bas et d'avant en arrière dans le sillon de Rolando.*

Lorsqu'on pratique une coupe horizontale du cerveau passant à la moitié de la hauteur du foyer, et qu'on examine la surface inférieure de la section, on trouve qu'à ce niveau le foyer occupe exactement la substance corticale de la lèvre postérieure du sillon de Rolando, dans toute la portion de cette lèvre qui est accolée à celle du côté opposé. En d'autres termes, *c'est la substance grise de la circonvolution pariétale ascendante qui se trouve seule envahie par la lésion.* Celle-ci n'affleure pas tout à fait à la surface externe de la circonvolution, on la voit empiéter légèrement sur la substance blanche. Il existe, en outre, à un demi-centimètre en dedans du fond du sillon, un petit foyer indépendant de ramollissement rouge, de la longueur d'un pois, situé en pleine substance blanche.

OBSERVATION XXVII.

Faiblesse dans les trois premiers doigts de la main droite ; attaques épileptiques ; injection pie-mérienne de l'hémisphère gauche au contact d'une lamelle osseuse.

(De Hahn. Archives gén. de méd., 1849, t. XX).

Citée dans la thèse de Landouzy et dans celle de Mallebay. Résumée.

Un jeune homme de vingt ans, non syphilitique ni scrofuleux, fut pris d'une diarrhée qu'il voulut couper en mangeant des myrtilles. Il en mangea une si grande quantité qu'il eut une indigestion. Le lendemain, 11 août, perte d'appétit, mal de tête, *faiblesse dans les trois premiers doigts de la main droite*, ce qui l'empêchait de se boutonner et d'écrire. Il fut pris bientôt d'attaques épileptiformes avec délire furieux. Deux heures après, il était couché tranquillement les yeux ouverts, les pupilles contractées également, et ne donnant aucun signe d'intelligence.

Les mouvements spontanés, effectués avec une égale facilité des deux côtés, ne permettaient pas d'admettre une hémiplégie, quoiqu'il y eût paralysie incomplète des trois premiers doigts de la main droite.

Jusqu'au 25, il se porta assez bien, tout en ayant toujours de la faiblesse des doigts.

Le 26, violente attaque épileptique. Mort trois jours après.

Autopsie. — Une lamelle osseuse, à surface rugueuse, s'était formée dans les mailles de la pie-mère, immédiatement à côté du sinus longitudinal, vers son tiers postérieur. Rien à droite, mais, à gauche, il y avait à quelque distance de la lamelle osseuse, une portion de la substance corticale épaissie et remarquable par une couleur jaunâtre très-différente de la couleur grise. Cette portion avait environ deux pouces de longueur sur un pouce de largeur. La substance blanche était intacte.

OBSERVATION XXVIII.

(d'Hippolyte Martin. Progrès médical, 1877).

Citée par Bourdon et Mallebay. Résumée.

Un asthmatique éprouve vers le mois de juin 1876, une paralysie du membre supérieur sans troubles intellectuels. Il entre six mois après dans le service de M. Lancereaux pour une bronchite emphysemateuse.

La bouche est déviée à droite; la commissure labiale gauche paraît moins forte et retient difficilement la pipe.

Les mouvements de l'épaule et de l'avant-bras du même côté ont repris une partie de leur force et de leur étendue. Le malade porte très-bien, malgré une résistance assez considérable, sa main à la tête, et exécute des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Mais la main gauche est très-faible en comparaison de la droite. *Le malade se sert avec peine des trois premiers doigts de la main.* Il a au contraire une force vraiment grande dans l'annulaire et l'auriculaire. La faiblesse siège donc principalement dans le domaine du nerf médian. Le malade éprouve, en outre, des fourmillements fréquents dans les trois premiers doigts, et même à la face externe du quatrième. Il a, du reste, parfaitement conscience de la faiblesse de sa main, dont il est très-incommodé.

Mort dans un accès d'asthme.

Autopsie. — Cerveau œdématié; pas d'altération des méninges, ni de l'hémisphère gauche. A droite, *la circonvolution pariétale ascendante*, dans le cinquième environ de sa portion inférieure, est recouverte d'une pulpe jaunâtre et ramollie, formée aux dépens de la substance grise. Cette lésion écarte les lèvres du sillon de Ro-

lando et se prolonge, sans discontinuer, dans l'étendue de ce sillon qu'elle tapisse entièrement dans sa moitié inférieure, envahissant ainsi la circonvolution frontale ascendante jusqu'au niveau de la deuxième frontale. La profondeur de la lésion est de un centimètre.

Peu à peu les phénomènes généraux se dissipent. La langue, lorsqu'elle a été atteinte, recouvre ses fonctions ; et, si le centre moteur du bras a été seul réellement intéressé, on peut suivre l'évolution de la monoplégie brachiale dans tous ses détails et dans toutes ses phases.

Ce qui frappe tout d'abord dans ce genre de paralysie, c'est *la conservation de la sensibilité*. Lorsqu'elle est atteinte, ce n'est généralement que dans les premiers moments ; et encore n'est-elle le plus souvent qu'émoussée. Lorsqu'elle est plus gravement compromise, ce qui arrive exceptionnellement, cela tient uniquement à une extension plus grande des lésions. Dans la plupart des cas, lorsque le premier *choc* s'est dissipé, le malade perçoit la moindre piquûre et le moindre contact. La sensibilité au froid et à la chaleur est également intacte.

La température du membre ne subit pas non plus de modification, du moins chez l'immense majorité des sujets, contrairement à ce qui a lieu pour les paralysies centrales.

Le plus souvent, la paralysie est incomplète et se borne à un simple affaiblissement, à une *parésie* du membre.

Fréquemment aussi, même après avoir été d'emblée générale, elle quitte certains groupes musculaires, pour se fixer plus ou moins longtemps sur d'autres. Tantôt alors elle se localise sur les fléchisseurs ou les extenseurs (plus souvent chez ces derniers), tantôt elle reste bornée à un segment du membre, avant-bras, poignet, ou doigts. Inversement, elle peut n'occuper d'abord que certains mus-

cles, puis gagner progressivement les autres, elle peut même s'étendre plus loin que le membre primitivement affecté. C'est dans ces cas que l'on voit la monoplégie se transformer en hémiplégie.

En général, ces paralysies sont *transitoires*, et l'on est réellement surpris de la rapidité avec laquelle se rétablissent parfois les fonctions. Habituellement lorsque l'impuissance motrice a intéressé la totalité du membre, ce sont les mouvements de l'épaule qui réapparaissent les premiers. Viennent ensuite les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras, les mouvements de supination et de pronation, enfin les mouvements d'extension et de flexion du poignet et des doigts.

Les troubles trophiques sont rares. Il y en a pourtant des exemples.

La face participe quelquefois à la paralysie, mais d'une façon temporaire et dans sa moitié inférieure seulement. Lorsque sa partie supérieure est atteinte, les lésions sont plus étendues, et l'on n'a plus affaire à une monoplégie brachiale proprement dite.

OBSERVATION XXIX.

(de Cruveilhier. Atlas, liv. XX, pl. 4). Citée par Bourdon).

Une femme de 75 ans est prise subitement de paralysie de la langue, et d'hémiplégie faciale inférieure. *Le bras droit perd le mouvement et devient rigide*, tandis que le gauche n'est nullement atteint. Rien aux membres inférieurs. Intelligence intacte.

Autopsie. — Ramollissement rouge de la substance grise sur l'hémisphère gauche. Cette lésion, d'environ deux centimètres sur quatre, occupe le tiers inférieur du sillon de Rolando, en empiétant sur les circonvolutions voisines, mais principalement sur la pariétale ascendante qu'elle recouvre dans toute sa largeur. Dans plusieurs points, elle pénètre jusqu'à la substance blanche.

OBSERVATION XXX.

(de Demongeot de Confevron). Citée par Bourdon.

Dans le cours d'une méningite tuberculeuse, un enfant de 8 ans, qui n'avait d'abord présenté des mouvements convulsifs que dans les yeux et les muscles de la face, fut pris au vingtième jour, de convulsions, puis de paralysie du bras droit, *sans abolition complète de la sensibilité*.

Autopsie. — Granulations tuberculeuses en grand nombre et volumineuses sur la face interne de l'hémisphère gauche et particulièrement *au niveau du lobule paracentral*. La substance cérébrale qui est contiguë aux tubercules est rose et ramollie.

Tout le reste du cerveau paraît sain.

OBSERVATION XXXI.

(de Cotard. Thèse de Paris, 1868). Citée par Bourdon.

Une femme de 71 ans a été prise de convulsions suivies de paralysie du membre supérieur gauche, à l'âge de 2 ans, à l'occasion d'une variole. Le membre est resté atrophié, contracturé, avec doigts fléchis dans la paume de la main. Jamais de déviation des traits ni de la langue. Cette femme qui était intelligente, mourut d'une bronchite.

Autopsie. — L'hémisphère droit paraît un peu plus petit que le gauche. Il pèse 475 grammes, et celui-ci 540. En arrière de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando, il existe une dépression étendue longitudinalement jusque dans le lobe occipital, en suivant la direction de la scinure interhémisphérique, et présentant cinq centimètres de long sur un de large. Les circonvolutions y ont complètement disparu.

OBSERVATION XXXII.

(de Dieulafoy. Gazette des hôpitaux, 1868). Citée par Bourdon.

Une femme de 60 ans entre dans le service de Denonvilliers pour une hernie crurale étranglée.

Le matin du jour où l'opération devait être pratiquée, la ma-

lade, après avoir passé une bonne nuit, causait comme à l'ordinaire. Tout à coup, ses idées paraissent moins nettes, sa parole devient moins facile, et la bouche se dévie fortement à gauche : « Monsieur, dit-elle à l'interne, je ne sais ce que j'éprouve ; je sens que mon bras devient bien lourd ; voyez, c'est à peine si je peux remuer les doigts. »

La paralysie est limitée à la partie inférieure de la face à droite, et au bras du même côté ; elle ne fut même complète dans ce dernier que le soir. *Conservation de la sensibilité.* Vers midi, la peau du front commença à se plisser du côté gauche, tandis qu'elle prenait à droite un aspect lisse. Le lendemain matin, un peu de délire, puis perte de connaissance, et mort dans la soirée.

Autopsie. — Pour toute altération cérébrale, on trouve un foyer hémorragique du volume d'une noisette et autour duquel la substance corticale est ramollie et légèrement colorée. Cette lésion avait pour siège *la circonvolution frontale ascendante* ; le sang y était plutôt disséminé que collecté. Les artères de la base étaient athéromateuses.

OBSERVATION XXXIII.

(de Legendre. Citée dans la thèse de Landouzy).

Un enfant de 4 ans est pris brusquement le 15 mars de céphalalgie frontale, de somnolence et de vomissements.

Le 23 mars. Injection de la face. Depuis hier, la tête est un peu inclinée vers l'épaule droite. Céphalalgie frontale. La motilité et la sensibilité du bras gauche paraissent diminuées.

Le 24. La motilité du bras gauche est moins marquée qu'hier.

Convulsions cloniques envahissant brusquement toute la moitié gauche du corps. Côté droit immobile et en résolution.

Autopsie. — Au niveau de la convexité du cerveau, les mailles de la pie-mère sont infiltrées d'une petite quantité de sérosité. En outre, *vers le milieu de la convexité de l'hémisphère droit*, à trois travers de doigt de la grande scissure interlobaire, petite masse arrondie, du volume d'un gros pois. Ce noyau, de nature tuberculeuse, s'est logé, d'un côté dans la substance corticale, tandis que de l'autre il a soulevé la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde adhérant dans ce point au feuillet pariétal. Sur trois ou quatre points de la convexité des deux hémisphères, on voit également,

au-dessous de l'arachnoïde, quelques petites plaques amorphes, semblables au noyau tuberculeux précédemment décrit. Substance corticale, d'un gris fortement rosé, un peu molle. En écartant les anfractuosités, on trouve des granulations disséminées çà et là, et des parcelles de substance grise légèrement ramollie.

OBSERVATION XXXIV.

(de Charpentier. Citée dans la thèse de Landouzy. Résumée).

Mouvements convulsifs ; monoplégie convulsive brachiale droite ; paralysie du bras droit ; convulsions du bras droit ; tête inclinée à droite ; encéphalite tuberculeuse et adhérences des méninges prédominant à gauche.

J. M., 2 ans, entrée à l'hôpital des Enfants, le 15 janvier 1824.

Le 29, assoupissement, perte de connaissance. L'après-midi, agitation et mouvements convulsifs. Tête renversée en arrière. Le bras droit se meut brusquement par secousses qui se succèdent rapidement. Enfin insensible. Les convulsions ne tardent pas à cesser. Le bras droit paraît paralysé.

Le 30, la malade se plaint et crie. Agitation persistante toute la journée et la nuit. Les mouvements ont reparu, ainsi que la sensibilité.

Le 31, matin : Convulsions très-violentes dans le bras droit et la mâchoire. Les convulsions se prolongent toute la nuit.

1^{er} février : cris perçants. Dilatation des pupilles. Tête inclinée à droite. Peu de sensibilité de la peau, surtout à gauche.

Le 2, mort dans la nuit.

Autopsie. — Le tissu sous-arachnoïdien qui recouvre le tiers postérieur du cerveau, sur le côté de la ligne médiane, est infiltré de pus concrét. Dans ce point, épaissement et adhérences des membranes à la substance corticale ramollie qu'elles entraînent avec elles. Dans les circonvolutions, la pie-mère est recouverte de pus et forme une espèce de noyau d'une consistance presque lardacée, de 2 lignes d'épaisseur. Les substances corticale et médullaire qui l'entourent sont réduites en une bouillie rougeâtre. *Ce ramollissement est surtout prononcé à gauche, où il s'étend jusqu'au corps calleux et à la paroi supérieure du ventricule. La voûte à trois piliers, le septum lucidum, les couches optiques et les corps striés sont fermes.*

La marche des monoplégies brachiales ne varie pas moins que leur symptomatologie initiale. Il est évident que, si elles dépendent d'une lésion très-superficielle ou d'un trouble physiologique passager (congestion, anémie), elles se dissipent rapidement sans laisser de traces. Au contraire, quand les lésions sont permanentes, il y a des chances pour que la paralysie subsiste jusqu'à la mort. Celle-ci est le plus souvent le résultat de l'affection générale, dont la lésion cérébrale n'est que la conséquence.

Mais, même avec des lésions permanentes, la motilité peut se rétablir par le fait *de la suppléance des cellules voisines du siège de la lésion*. L'observation II, nous fournit une preuve éclatante de cette vérité. Nous y voyons, en effet, un malade frappé subitement de monoplégie brachiale, recouvrer en fort peu de temps la totalité des fonctions de son membre. Et l'autopsie révèle l'existence de lésions irréparables, dont le début remontait évidemment à l'origine des accidents paralytiques. Or, un foyer de ramollissement jaune n'a jamais été et ne sera jamais à même de remplir les fonctions du groupe de cellules nerveuses auquel il s'est substitué; il n'est pas de physiologiste qui oserait soutenir le contraire. Force est donc d'admettre que les cellules voisines des lésions peuvent se substituer fonctionnellement aux cellules atrophiées et disparues. Cela démontre une fois de plus que le centre moteur du bras est beaucoup plus étendu que ne l'ont supposé MM. Charcot et Pitres, et la plupart des auteurs avec eux. On a comparé avec juste raison ce qui se passe ici avec ce qui a lieu pour le poumon, dont toutes les alvéoles ne fonctionnent pas simultanément, certaines d'entre elles servant de réserve pour les cas où quelques-unes deviennent imperméables. Nous préférons cette interprétation à celle de Ferrier, qui fait intervenir les corps striés. D'après

lui, ce sont eux qui seraient chargés de suppléer au défaut de fonctionnement des circonvolutions : l'automatisme reprendrait alors le pas sur les impulsions volontaires. La première explication nous paraît beaucoup plus simple, beaucoup plus naturelle, et mieux en rapport avec la variabilité du siège des lésions.

PRONOSTIC.

Le pronostic des paralysies corticales du membre supérieur ressort tout naturellement des pages qui précèdent. Il dépend, d'une part de l'étendue de la lésion, d'autre part de l'affection initiale qui a été la cause première des désordres cérébraux.

Si la lésion est très-limitée, s'il s'agit d'une thrombose, d'une embolie ou d'une hémorragie n'intéressant qu'un territoire vasculaire restreint, si en même temps l'affection est purement locale, la guérison est la règle et arrive en fort peu de temps.

Si, au contraire, la destruction est assez étendue pour dépasser les limites des groupes cellulaires susceptibles de suppléer les cellules détruites, la paralysie sera irrémédiable. Le cerveau restera pour jamais privé d'action sur le membre intéressé.

Même avec une lésion très-limitée, le pronostic peut être des plus fâcheux. Mais alors il emprunte sa gravité à la maladie première. C'est ce qui arrive pour les tuberculeux, les cancéreux, les individus atteints d'une affection cardiaque, ou victimes d'un violent traumatisme de la face ou du crâne.

Par contre, des altérations syphilitiques très-étendues pourront être heureusement modifiées par le traitement spécifique.

En somme, il n'y a rien de général à dire sur l'évolution d'une monoplégie brachiale. Tout dépend de la cause première. Mais, par elle-même, une lésion corticale a toujours un pronostic beaucoup plus favorable qu'une lésion centrale.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic comprend plusieurs questions.

Tout d'abord, étant donnée une monoplégie brachiale, la lésion est-elle réellement corticale ?

On a donné comme caractère principal des paralysies corticales celui d'être *circonscrites et limitées à un groupe musculaire*. Dans son intéressant travail sur les *localisations dans les maladies cérébrales*, M. Grasset paraît attacher beaucoup d'importance à ce fait. Sans doute, cela est vrai dans beaucoup de cas ; plusieurs des observations que nous avons rapportées le prouvent. Mais ce caractère est loin d'être constant ; et d'autres observations, non moins démonstratives, établissent que la motilité du bras peut être abolie, ou tout au moins compromise dans sa totalité. Nous avons donc là affaire à un signe, qui, tout en ayant une importance réelle, n'a pas cependant une valeur absolue.

Les paralysies corticales sont souvent *incomplètes*. Comme nous l'avons dit plus haut, ce sont plutôt en général des affaiblissements, des parésies, bien plus que des paralysies véritables. Ce second caractère a une importance incontestable. Cependant il existe des faits (et nous en avons cité), dans lesquels la motilité a été complètement détruite.

Nous avons vu aussi que le plus souvent ces monoplégies brachiales étaient *transitoires, fugaces, passagères*, et

disparaissaient rapidement. Souvent aussi, ainsi que le fait remarquer M. Grasset, *le début est progressif*. Limitée d'abord à un groupe musculaire, la paralysie peut ainsi envahir tout un membre, tout un côté du corps.

La *conservation de la sensibilité* dans les monoplégies brachiales constitue un signe de premier ordre en faveur d'une lésion corticale. L'anesthésie, au contraire, est un indice presque certain de lésion centrale.

On peut en juger par l'observation suivante, dans laquelle la marche ultérieure des accidents vient corroborer cette manière de voir, bien qu'il n'y ait pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXV (Personnelle).

Hémi-parésie gauche. — Hémianesthésie.

Le nommé F., âgé de 46 ans, homme de peine, entre le 1^{er} août 1878, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, salle Saint-Louis, lit n° 7.

Cet homme prétend n'avoir jamais eu aucune maladie antérieure. Il dit n'avoir jamais fait d'excès alcooliques ou autres. Pas de trace de syphilis.

Dans la nuit du 27 ou 28 juillet, il se réveilla en proie à de vives douleurs de tête, et fut bientôt pris d'une agitation très-violente. Il se leva, parcourut sa chambre de long en large, renversant tous les objets qu'il rencontrait, et se recoucha tout courbaturé.

Le lendemain matin, il lui fut impossible de se lever, sans l'aide de sa femme. Sa jambe gauche fléchissait sous lui. Le bras du même côté avait peine à se mouvoir. Il essaya de travailler, mais fut obligé de se remettre au lit. Quelques heures plus tard, la paralysie était encore plus complète.

A son entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants :

Le malade ne peut pas marcher à cause de la faiblesse de la jambe gauche, mais il peut remuer cette jambe dans le lit. Il meut également son bras dans tous les sens, mais *il serre très-faiblement les objets* et ne peut les soulever, pour peu qu'ils soient lourds ou volumineux.

La motilité de la face ne paraît pas atteinte.

En revanche, la *sensibilité est complètement abolie* dans toute la moitié du corps. On peut impunément traverser la peau avec une épingle, sans que le malade accuse la moindre sensation douloureuse.

Pas de trouble de la parole.

La vision est profondément compromise. Le malade ne peut ni lire, ni distinguer aucun objet. Il entrevoit cependant vaguement les choses et les personnes qui l'entourent. Les mouvements des globes oculaires paraissent normaux.

Rien à noter du côté des pupilles. L'examen ophthalmoscopique ne fait rien découvrir, si ce n'est une légère teinte blanchâtre de la papille droite.

Rien au cœur, ni dans les autres viscères.

Chez ce malade, dont nous avons cité l'observation, pour la comparer aux précédentes, la sensibilité était abolie. De plus, les troubles du côté de la vue devaient faire penser à une lésion dépassant les limites de la zone motrice du bras. Malgré l'absence apparente d'antécédents syphilitiques, on a administré l'iodure de potassium à la dose de deux grammes par jour. Ce traitement a paru partiellement réussir. La vision s'est améliorée. La sensibilité et la motilité ont commencé à reparaître. Mais le malade a quitté l'hôpital et nous l'avons perdu de vue.

En somme, dans ce fait, dont la physionomie diffère notablement de celle des observations précédentes, la lésion n'était fort probablement pas purement corticale.

Les monoplégies brachiales ne s'accompagnent généralement pas de modifications de la *température* du membre. L'une des observations précédentes cependant (obs. XXV) fait exception à cette règle.

Il résulte des recherches de M. Landouzy que ces paralysies ne s'accompagneraient pas non plus de troubles tro-

phiques, du moins en général. Mais ici encore il y a des exceptions.

Dans certains cas où la paralysie est très-limitée, on pourrait songer à une altération d'un nerf. Mais alors un élément diagnostique important serait fourni par l'électrisation qui, par sa réaction, témoignerait de la qualité cérébrale de la paralysie (Landouzy). M. Landouzy fait d'ailleurs remarquer qu'en pratique la faradisation ne sera pas nécessaire ; car, si fréquemment la dissociation symptomatique est assez étroite pour faire songer d'abord à une lésion périphérique (à une lésion de nerf), la paralysie ne reste pas circonscrite, et gagne les muscles voisins et les divers segments des membres.

Une fois le diagnostic de monoplégie corticale du bras bien établi, il reste à faire le diagnostic de la cause. C'est alors qu'il faut explorer avec soin tous les organes, et en particulier le cœur et les vaisseaux. Mais, quelque soin qu'on apporte à son investigation, il arrive trop souvent que l'on reste indécis et incertain touchant la véritable origine du mal. Lorsqu'il en est ainsi, et même en l'absence d'antécédents bien nets, on fera bien d'essayer le traitement antisyphilitique, qui a servi plus d'une fois et comme moyen de diagnostic et comme moyen de traitement.

CONCLUSIONS.

1° Il existe, sur chaque hémisphère cérébral, un centre qui préside à la motilité du membre supérieur du côté opposé ;

2° Ce centre, plus étendu qu'on ne l'a généralement admis jusqu'ici, comprend non-seulement la frontale et la pariétale ascendantes, mais encore une partie plus ou moins grande des circonvolutions frontales et pariétales voisines. Il n'occupe donc pas une région bien circonscrite, et ses limites réelles nous échappent dans l'état actuel de la science ;

3° Lorsqu'une lésion vient compromettre la texture d'une portion plus ou moins grande de cette zone, la motilité peut se rétablir par le fait des cellules voisines, dont l'activité fonctionnelle est accrue, et vient ainsi remédier à l'insuffisance des cellules détruites.

4° Lorsque le tissu n'est pas détruit, mais lorsqu'il est simplement ischémié, la fonction se rétablit encore plus rapidement, grâce aux anastomoses peu nombreuses, mais réelles, qui relient entre eux les différents territoires vasculaires ;

5° Les caractères principaux des paralysies corticales du membre supérieur sont les suivants :

a. Elles n'occupent généralement pas la totalité du membre, mais se portent sur un ou plusieurs groupes musculaires ;

b. Elles sont le plus souvent incomplètes. Ce sont des parésies plutôt que des paralysies vraies ;

c. Elles ne s'accompagnent pas de perte de la sensibilité ;

d. Les modifications de la température et les troubles trophiques sont rares.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Principaux ouvrages à consulter.

- BOURDON (Hipp.). — Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres. Paris, G. Masson, éditeur, 1877.
- BITOT. — Essai de topographie cérébrale. Paris, 1878, V. Adrien Delahaye, éditeurs.
- CARVILLE et DURET. — Sur les fonctions des hémisphères cérébraux.
- CHARCOT. — Leçons sur les localisations cérébrales. Progrès médical, 1875.
- CHARCOT et PITRES. — Contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères cérébraux. Observations relatives aux paralysies et aux convulsions d'origine cérébrale. Revue mensuelle, 1877.
- CLAUZEL DE BOYER. — Etudes cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux. Paris, 1879, V. Adrien Delahaye, éditeur.
- DURET. — Note sur la circulation cérébrale chez quelques animaux. Corrélation des régions motrices et des territoires vasculaires, Indépendance des divisions physiologiques et de la lobulation. Gazette médicale, 1877.
- DUVAL (Mathias). — Article NERFS du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris 1877, tom. XXIII, p. 406.
- FERRIER. — Les fonctions du cerveau, traduit de l'Anglais par H.-C. de Varigny. Paris, 1878, Germer-Baillière et C^o, libraire-éditeur.
- GALL. — Sur les fonctions du cerveau. Paris, 1825.
- GRASSET. — Des localisations dans les maladies cérébrales. Paris, 1878 V. A. Delahaye, lib. éditeur.
- HAMMOND. — Traité des maladies du système nerveux, traduit de l'Anglais par Labadie-Lagrave. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils, lib. éditeurs.

- LANDOUZY. — Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils, lib. éd.
- MALLEBAY. — Des paralysies partielles du membre supérieur, d'origine corticale. Paris, 1878.
- POZZI. — Art. Circonvolutions cérébrales. Dict. encyclopédique.
- RAMES. — Aperçu sur le fonctionnement du système nerveux. Paris, 1878, G. Masson, lib. édit.
- RENDU. — Des paralysies dans la méningite tuberculeuse. Paris, 1873.
- RENDU. — Des localisations cérébrales corticales. Revue des sciences médicales, 15 janvier 1879.
- RICHEL (Charles). — Structure des circonvolutions cérébrales (anatomie et physiologie). Thèse d'agrégation. Paris, 1878, Germer-Baillière et C^e, lib. édit.
- VULPIAN. — Leçons recueillies par Bochefontaine. Journal de l'Ecole de médecine, juillet 1876.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
Division du sujet.....	6
Considérations anatomiques.....	7
Considérations physiologiques.....	15
Anatomie pathologique et Étiologie.....	28
Symptomatologie.....	49
Pronostic.....	67
Diagnostic.....	68
Conclusions.....	72
Index bibliographique.....	73

DES NOUVELLES PUBLICATIONS

DE LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain, à Paris.

TRAITÉ
DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

COMPRENANT

LES MALADIES DU CERVEAU, LES MALADIES DE LA MOELLE ET DE SES ENVELOPPES
LES AFFECTIONS CÉRÉBRO-SPINALES,
LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUES
ET LES MALADIES TOXIQUES DU SYSTÈME NERVEUX,

Par **W. HAMMOND**

Professeur de maladies mentales et nerveuses à l'Université de New-York.

TRADUCTION FRANÇAISE, AUGMENTÉE DE NOTES ET D'UN APPENDICE

PAR LE D^r F. LABADIE-LAGRAVE

Lauréat des hôpitaux, de la Faculté de médecine et de l'Académie de médecine.

1 vol. gr. in-8, XXIV-1278 pages, avec 116 fig. — Cartonné 22 fr.

TRAITÉ CLINIQUE
DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Par **E. LEYDEN**

Professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin.

TRADUIT AVEC LE CONCOURS DE L'AUTEUR

PAR LES D^{rs} E. RICHARD ET CH. VIRY

Médecins majors des hôpitaux militaires.

1 vol. gr. in-8 de 850 pages. — 14 fr.

TRAITÉ
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS

Par le D^r **AUGUSTE VOISIN**

Médecin de la Salpêtrière.

1 vol. gr. in-8 avec 14 pl. lithographiées, coloriées, graphiques et tracés. — 20 fr.

OUVRAGES SUR LE SYSTÈME NERVEUX,

LES MALADIES NERVEUSES, LES MALADIES MENTALES, ETC.

- ALLIX (J.)**. Curation de l'aliénation mentale. Paris, 1867, gr. in-8, 32 p. 60 c.
ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. Journal de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, destiné particulièrement à recueillir tous les documents relatifs à la science des rapports du physique et du moral, à l'aliénation mentale et à la médecine légale des aliénés. — Collection complète 1843 à 1877, 55 vol. in-8. 400 fr.
 — Tables des années 1843 à 1866, 1 vol. in-8. 5 fr.
ARCHAMBAULT. Note sur la suppression des quartiers de gâteaux dans les asiles d'aliénés. Paris, 1853, in-8 de 31 pages. 75 c.
AZAM. De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes. Bordeaux, 1858, in-8 de 52 pages. 1 fr. 25
BACH (J.-A.). De l'anatomie pathologique des différentes espèces de goîtres, du traitement préservatif et curatif. Paris, 1855, in-4 de 130 pages et 1 planche. 2 fr. 50
BAILLARGER (J.). Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau. Paris, 1840, in-4 de 42 pages avec 2 planches lithographiées. 1 fr. 50 c.
 — Des hallucinations. Des causes qui les produisent, et des maladies qu'elles caractérisent. Paris, 1846, in-4 de 245 pages. 5 fr.
BARADUC. Etudes théoriques et pratiques des affections nerveuses. Paris, 1850, in-8 de 292 pages. 4 fr. 50 c.
BARBASTE. De l'homicide et de l'anthropophagie. Paris, 1856, in-8 de 584 pag. 7 fr. 50
BAZIN. Du système nerveux, de la vie animale et de la vie végétative. Paris, 1841, in-4, avec 6 planches. Au lieu de 8 fr. 3 fr.
BERGERET (L.-F.-E.). De l'abus des boissons alcooliques, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société. Moyens de modérer les ravages de l'ivrognerie. Paris, 1870, in-12 de VIII-380 pages. 2 fr.

- BELL (Ch.). The Anatomy of the Brain. London, 1802, in-4, avec 12 pl. coloriées. 10 fr.
- BERNARD (Cl.). Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. Paris, 1858, 2 vol. in-8, avec figures. 14 fr.
- BERTRAND. Traité du suicide. In-8. 5 fr.
- BESNARD. Réflexions critiques sur l'ouvrage de M. Broussais : De l'irritation et de la folie. Paris, 1829, in-8, 52 p. 1 fr.
- L'entendement humain mis à découvert. Paris, 1820, in-12. 1 fr. 50 c.
- Doctrine de M. Gall, son orthodoxie philosophique. Paris, 1831, in-8, 336 p. 2 fr.
- BOTTET. Programme et plan pour la construction de l'Asile public des aliénés du Rhône. Lyon, 1847, in-8, 31 pages, 1 plan. 1 fr. 25 c.
- BOUGHUT. Du nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses, 2^e édition. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de VIII-406 pages. 6 fr.
- BOURNEVILLE. Socrate était-il fou? Réponse à M. Bailly. Paris, 1864, in-8, 16 p. 75 c.
- BRACHET. Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionnaire, et sur leur application à la pathologie. *Deuxième édition*. Paris, 1837, in-8. (7 fr.) 3 fr.
- BRIERRE DE BOISMONT (A.). Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés. Paris, 1845, in-4. 3 fr. 50 c.
- De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. Paris, 1847, in-4 de 62 pages. 1 fr. 50 c.
- BROUSSAIS. Cours de phrénologie. Paris, 1836, in-8 de 850 pages. *Au lieu de* 9 fr. 4 fr. 50 c.
- BROWN-SÉQUARD (E.). Propriétés et fonctions de la moelle épinière. Rapport sur quelques expériences de M. Brown-Séguard, par M. Paul Broca. Paris, 1856, in-8. 1 fr.
- BURLUREAUX (Ch.). Considérations sur le siège, la nature, les causes de la folie paralytique. 1874, grand in-8 de 91 pages. 2 fr.
- CABANIS (P.-G.). Rapports du physique et du moral de l'homme, et Lettre sur les causes premières, avec une Table analytique, par Destutt de Tracy. *Huitième édition*, augmentée de notes, et précédée d'une Notice historique et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis, par L. Peisse. Paris, 1844, in-8 de 780 pages. 6 fr.
- CALVEIL. Traité des maladies inflammatoires du cerveau, ou Histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou périencéphalite chronique diffuse à l'état simple ou compliqué, du ramollissement cérébral local aigu et chronique, de l'hémorrhagie cérébrale localisée récente ou non récente. 2 vol. in-8 de chacun plus de 700 pages. 17 fr.
- De la folie, considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au XIX^e siècle; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois, et régné dans les monastères. Exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu. Paris, 1845, 2 vol. in-8. 14 fr.
- De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris, 1823, in-8. 6 fr. 50 c.
- CARRIÈRE. Du traitement rationnel de la congestion et de l'apoplexie par les alcalins, et en particulier par le bicarbonate de soude. Paris, 1854, in-8 de 32 pages. 1 fr. 25 c.
- CASTEL. Exposition des attributs du système nerveux, réfutation de la doctrine de Ch. Bell, et explication des phénomènes de la paralysie, 2^e édit. Paris, 1845, in-8. *Au lieu de* 5 fr. 1 fr.
- CAZAUVIEILH. Du suicide, de l'aliénation mentale, et des crimes contre les personnes. comparés dans leurs rapports réciproques. Paris, 1840, in-8. *Au lieu de* 5 fr. 2 fr. 50 c.
- CERISE (L.). Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux et des maladies qui sont un effet consécutif de cette surexcitation. Paris, 1841, 1 vol. in-4 de 170 pages. 3 fr.
- CHAIROU (E.). Études cliniques sur l'hystérie. Paris, 1870, in-8 de 143 pages. 3 fr.
- CHARCELLAY. Rapport statistique sur les aliénés et les enfants trouvés de l'hospice général de Tours. Tours, 1842, in-4 de 97 pages. 2 fr.
- CHARPENTIER. De la nature et du traitement de la maladie dite hydrocéphale aiguë, deuxième édition. Paris, 1837, in-8. 3 fr.
- CHENEAU (P.). Recherches sur le traitement de l'épilepsie (haut mal, mal caduc, massacré, etc.). Paris, 1849, in-8 de 54 pages. 1 fr. 50 c.
- COLLINEAU. Analyse physiologique de l'entendement humain. 1843, in-8. (7 fr.) 1 fr. 50 c.
- CORLIEU (A.). Études sur les causes de la mélancolie. Paris, 1861, in-8, 56 pag. 1 fr. 25 c.
- COSSY (J.). Recherches sur le délire aigu des épileptiques (manie intermittente, manie avec fureur), pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de la folie. Paris, 1854, in-8, 96 p. 2 fr.
- CROS (Antoine). Les fonctions supérieures du système nerveux. Recherche des conditions organiques et dynamiques de la pensée. Paris, 1875, 1 vol. gr. in-8 de 540 pages. 8 fr.
- Table des matières.* — Livre I^{er}. La sensation. — Livre II. Division de la sensibilité. — Livre III. La sensibilité impressible et les fonctions du système nerveux périphérique. — Livre IV. La sensibilité conceptive

et les fonctions des centres nerveux supérieurs. — Livre V. La sensibilité affective et les fonctions du système nerveux ganglionnaire. — Livre VI. Théorie physiologique de la pensée. — Livre VII. La puissance de coordination supérieure.

- DAGONNET.** Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales, suivi des considérations pratiques sur l'administration des asiles d'aliénés. Paris, 1877, 1 vol. in-8 de VIII-792 pages, avec 8 planches en photoglyptie, représentant 33 types d'aliénés, accompagné d'une carte statistique des établissements d'aliénés de la France, cartonné. 16 fr.
- Asiles d'aliénés. Loi sur les aliénés. Paris, 1865, in-8 de 32 pages. 1 fr.
- Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. Paris, 1870, in-8 de 74 p. 2 fr.
- De la stupeur dans les maladies mentales et de l'affection désignée sous le nom de stupidité. Paris, 1872, in-8 de 76 pages. 2 fr.
- De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale. 1873, in-8 de 111 pag. 2 fr. 50
- Folie morale et folie intellectuelle, considérations générales et classification. Paris, 1877, in-8, 36 pages. 1 fr.
- DARDE.** Du délire des actes dans la paralysie générale avec observations recueillies au bureau central d'admission de Sainte-Anne. 1874, gr. in-8, 41 pages. 2 fr.
- DEMARQUAY et GIRAUD - TEULON.** Recherches sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux. Paris, 1860, in-8 de 56 pages. 1 fr. 50 c.
- DESMAISONS.** Des asiles d'aliénés en Espagne. Paris, 1859, in-8, x-176 pages. 4 fr.
- DESMOULINS (A.).** Anatomie du système nerveux des animaux à vertèbres, appliquée à la physiologie et à la zoologie. Paris, 1825, 2 vol. in-8, atlas in-4. 10 fr.
- DESPRÉS (A.).** De la peine de mort au point de vue physiologique. Paris, 1870, in-8, 36 pages. 1 fr. 50 c.
- DUBOIS (d'Amiens).** Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie. Paris, 1837, in-8. Au lieu de 7 fr. 50 c. 2 fr.
- DUCHENNE (G.-B.) [de Boulogne].** Anatomie microscopique du système nerveux. Paris, 1865, gr. in-8, 14 p., avec 4 pl. 3 fr.
- DUJARDIN-BEAUMETZ et EVRARD.** Note historique et physiologique sur le supplice de la guillotine. Paris, 1870, in-8 de 26 pages. 1 fr.
- DU MESNIL.** Les jeunes détenus à la Roquette et dans les colonies agricoles, par O. du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes. Paris, 1866, in-8 de 104 p. 2 fr. 50
- DURAND (de Lunel).** Nouvelle théorie de l'action nerveuse, et des principaux phénomènes de la vie. avec supplément. Paris, 1843-1845, in-8. 4 fr.
- DURAND (J.-P.) (de Gros).** De l'hérédité dans l'épilepsie. Paris, 1868, in-8, 15 pages. 75 c.
- ESQUIROL.** Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, 1838, 2 forts vol. in-8, avec un atlas de 27 pl. gravées. 20 fr.
- Maison de Charenton. Inaug. de sa statue. Paris, 1862. In-8 de 56 p. avec portrait. 1 fr. 25
- FALRET (J.-P.).** Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, leçons cliniques et considérations générales. Paris, 1864, 1 v. in-8 de LXX-796 p., avec un plan de l'asile d'Illebenau. 11 fr.
- Du suicide et de l'hypochondrie. Paris, 1822, in-8. (10 fr.) 6 fr.
- Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés. Paris, 1837, in-8, 84 p. (2 fr.) 1 fr.
- Du délire. Paris, 1839, gr. in-8, 50 p. 2 fr. 50 c.
- De l'enseignement clinique des maladies mentales. Paris, 1850, in-8. 2 fr.
- Visite à l'établissement d'aliénés d'Illebenau, et considérations générales sur les asiles d'aliénés. Paris, 1845, in-8, 96 pages avec 1 pl. 2 fr. 50
- FALRET (J.).** Congestion apoplectiforme et épilepsie. Paris, 1861, in-8, 20 pages. 75 c.
- Folie paralytique et diverses paralysies générales. Paris, 1853, in-4. 3 fr. 50
- La colonie d'aliénés de Gheel. Paris, 1862, in-8 de 40 pages. 1 fr.
- Notice sur les asiles d'aliénés de la Hollande. Paris, 1862, in-8 de 20 pages. 1 fr.
- Des divers modes de l'assistance publique applicables aux aliénés. Paris, 1865, in-8, 32 pages. 1 fr.
- Des aliénés dangereux et des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. Paris, 1869, in-8, 50 pages. 2 fr.
- FERRIER (A.).** Introduction à l'étude philosophique et pratique de la phrénologie. Bruxelles, 1845, in-8 de 73 pages et 1 pl. col. 2 fr.
- FERRUS (G.).** Des aliénés. Paris, 1834, in-8, 315 pages avec planches et tableaux. 6 fr.
- De l'expatriation pénitentiaire. Paris, 1855, in-8. 3 fr.
- FEUCHTERSLEBEN (E. de).** Hygiène de l'âme; traduit de l'allemand sur la *vingt-quatrième édition*, par le docteur Schlesinger-Rahier. 3^e édition, précédée d'Études biographiques et littéraires. Paris, 1870, 1 vol. in-18 de 284 pages. 2 fr. 50
- FLOURENS (P.).** Recherches sur les fonctions et les propriétés du système nerveux dans les animaux vertébrés. *Deuxième édition.* Paris, 1842, in-8 de 516 pages. 3 fr.

- FOISSAC (P.)** Hygiène philosophique de l'âme, 2^e édition revue et augmentée. Paris, 1863, in-8 de 571 pages. 7 fr. 50 c.
- FOUILLOUX.** Recherches sur la nature et le traitement de la danse de Saint-Guy. Lyon, 1847, in-8 de 125 pages. *Au lieu de* 2 fr. 1 fr.
- FOVILLE fils (Ach.)**. Les aliénés. Étude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables. Paris, 1870, in-8 de 208 pages. 3 fr.
- Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. Paris, 1871, in-4, 120 pages. 4 fr.
- Historique du délire des grandeurs. Paris, 1871, in-8 de 55 pages. 1 fr. 50 c.
- Démence. 1872. In-8 de 28 pages. 1 fr. 25
- FOTSCHER.** Descriptio medullæ spinalis ejusque nervorum. Erlangæ, 1788, in-folio avec 2 planches. 4 fr.
- GALL et SPURZHEIM.** Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier. Paris, 1810-1819, 4 v. in-fol. de texte et atlas in-fol. de 100 pl. Cart. 150 fr.
- Le même, 4 vol. in-4 et atlas in-folio de 100 planches. 100 fr.
- Recherches sur le système nerveux en général, et sur celui du cerveau en particulier. Paris, 1809, in-4, fig., br. 5 fr.
- GAMA.** Traité des plaies de tête et de l'encéphalite. 2^e édit. Paris, 1835, in-8. 2 fr. 50
- GEORGET.** De la folie; son siège, ses symptômes, ses causes, sa marche et sa terminaison. Paris, 1820, 1 vol. in-8 de 511 pages. 6 fr.
- GINTRAC (E.)**. Mémoire sur l'influence de l'hérédité, sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. Paris, 1845, in-4, 189 pages. 3 fr. 50 c.
- GIRARD (H.)**. Études pratiques sur les maladies nerveuses et mentales, accompagnées de tableaux statistiques, suivies du Rapport à M. le préfet de la Seine sur les aliénés traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, et des Considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés. 1 vol. in-8 de 423 pages. 12 fr.
- Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques. Paris, 1841, in-8. *Au lieu de* 2 fr. 50 c.
- Compte administratif, statistique et moral sur le service des aliénés du département de l'Yonne. Auxerre, 1846, in-8. 3 fr.
- GOSSE.** Essai sur les déformations artificielles du crâne. Paris, 1855, in-8 de 160 pages avec 7 planches. 4 fr.
- GUARDIA (J.-M.)**. De l'étude de la folie. Paris, 1861, in-8 de 32 pages. 1 fr.
- HAMMOND.** Traité pratique des maladies nerveuses, traduit par le docteur Labadie-Lagrave. Paris, 1879, in-8 de 278 pages, avec 116 figures. 22 fr.
- HERMEL.** Recherches sur le traitement de l'aliénation mentale. Paris, 1856, in-8, 150 pages. — Sur la distinction à établir entre l'aliénation mentale et la folie. Paris, 1856, in-8 de 20 pages. 2 fr. 50 c.
- HERPIN (Th.)**. Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* Paris, 1852, in-8 de 600 pages. 7 fr. 50 c.
- Des accès incomplets d'épilepsie. Paris, 1867, in-8, 207 pages. 3 fr. 50
- Illenau.** Geschichte, Bau, inneres Leben, Statut, Hausordnung und finanzielle Zustände der Anstalt Illenau. Karlsruhe, 1865, in-8 avec atlas de 24 planches, in-folio. 25 fr.
- JAHN.** Du traitement homœopathique des affections nerveuses et des maladies mentales. Paris, 1854, in-12. 6 fr.
- JOBERT (de Lamballe)**. Études sur le système nerveux. Paris, 1838, 2 vol. in-8. 6 fr.
- JOIRE (A.)**. Mémoire statistique sur l'asile d'aliénés de Lomelet près Lille. Paris, 1852, in-8. *Au lieu de* 1 fr. 50 c. 50 c.
- JORET.** De la folie dans le régime pénitentiaire. Paris, 1849, in-4 de 88 pages. 2 fr. 50 c.
- JOSAT.** Recherches historiques sur l'épilepsie. Paris, 1856, in-8. 2 fr.
- JOURNAL DE MÉDECINE MENTALE**, par A. DELASIAUVE. Paris, 1861-1870, 10 vol. in-8, br. et rel. 40 fr.
- KRAUSS et TELGMANN.** Des anomalies nerveuses, trad. de l'allemand par M. de la Harpe. Paris, 1869, in-8 de 80 pages. 2 fr.
- LABITTE (G.)**. Rapport statistique sur le service médical de l'asile privé (des aliénés) de Clermont (Oise). 1851, in-4. 2 fr.
- De la colonie de Fitz-James, succursale de l'asile privé d'aliénés de Clermont (Oise), considérée au point de vue de son organisation administrative et médicale. Paris, 1861, in-4, 35 pages avec 2 planches. 4 fr.
- De l'assistance des aliénés. Paris, 1865, in-8 de 29 pages. 1 fr.
- LACASSAGNE (M.)**. Des phénomènes psychologiques, avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. Paris, 1869, in-4, 72 p. 2 fr. 50

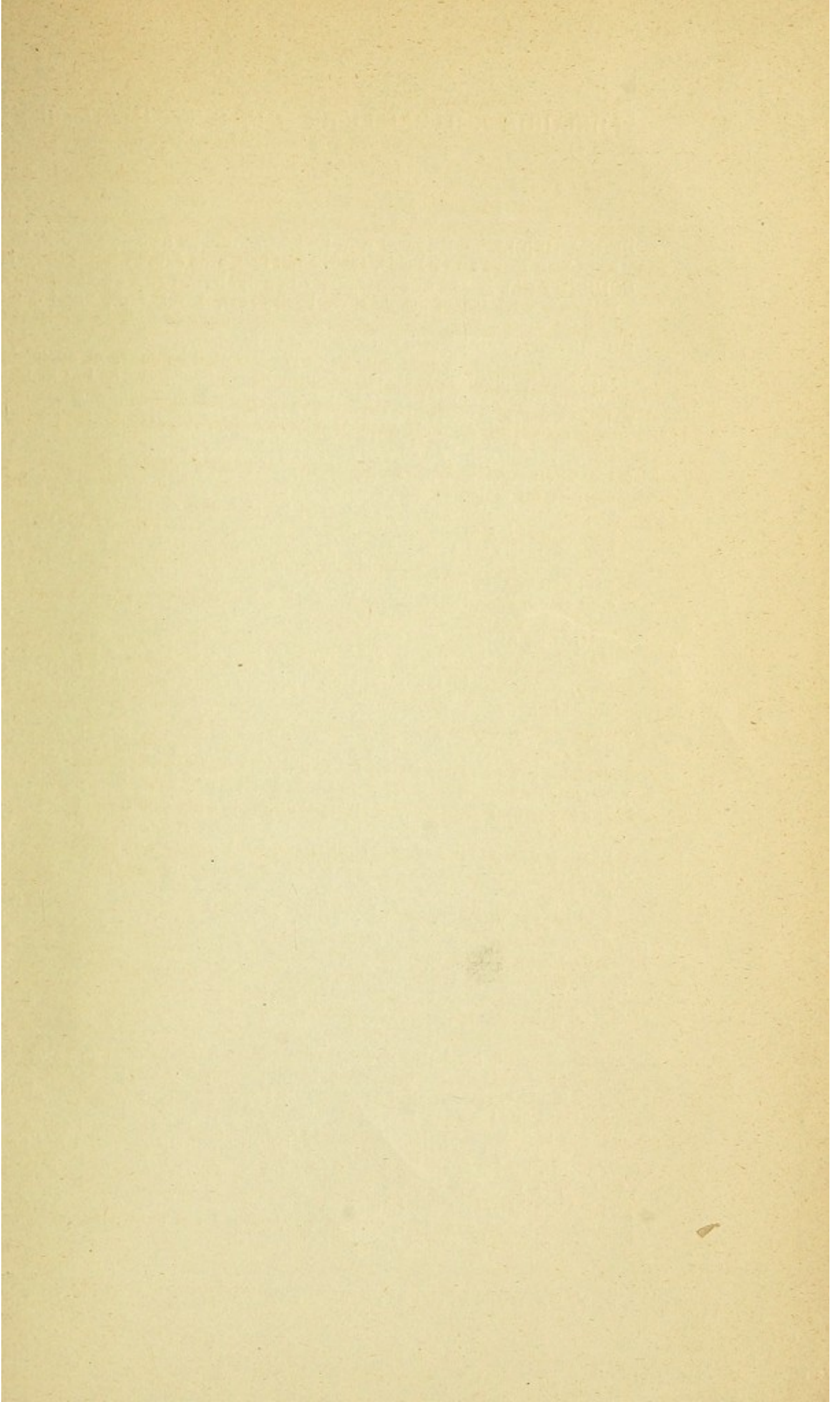
- LAMARE-PICQUOT (F.-V.).** Recherches nouvelles sur l'apoplexie cérébrale; ses causes, ses prodromes, nouveau moyen préservatif et curatif. Paris, 1860, in-8. 1 fr. 25 c.
- LANDOUZY (H.).** Traité de l'hystérie. Paris, 1846, in-8. 7 fr.
- LANDOUZY (L.).** Contributions à l'étude des convulsions et paralysies, liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. Paris, 1876, in-8, 248 pages avec 2 planches. 5 fr.
- LEFEBVRE-DURUFLÉ.** Rapport présenté au conseil général du département de l'Eure, au nom de la commission des aliénés. Evreux, 1839, in-8 avec 4 planches représentant des hospices d'aliénés en France et en Angleterre. *Au lieu de* 3 fr. 50 c. 1 fr.
- LEGRAND DU SAULLE.** Des actes commis par les épileptiques. Paris, 1877, in-8, 18 p. 1 fr.
- LELUT.** L'Amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des hallucinations. Paris, 1846. in-8 avec *fac-simile* de l'écriture de Pascal. 6 fr.
- Du démon de Socrate, spécimen d'une application de la médecine psychologique à celle de l'histoire. *Nouvelle édition.* Paris, 1856, in-18. 3 fr. 50 c.
- De l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux, ou Examen de cette question : Les animaux carnassiers ou féroces ont-ils, à l'endroit des tempes, le cerveau, et par suite le crâne, plus large proportionnellement à sa longueur que ne l'ont les animaux d'une nature opposée? Paris, 1838, in-8. *Au lieu de* 2 fr. 50 c. 50 c.
- Qu'est-ce que la phrénologie? ou essai sur la signification et la valeur des systèmes de physiologie en général et de celui de Gall en particulier. Paris, 1836, 1 vol. in-8 de 438 pages. 6 fr.
- LÉPINE (R.).** De l'hémiplégie pneumonique. Paris, 1870, in-8 de 39 pages. 1 fr. 25
- LETIÉVANT.** Traité des sections nerveuses, Physiologie, pathologie, indications, procédés opératoires. Paris, 1873, 1 vol. in-8 de xxviii-548 pages, avec 20 fig. intercalées dans le texte. 8 fr.
- LEURET (F.).** Du traitement moral de la folie. Paris, 1840, in-8. 6 fr.
- Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie. Paris, 1846, in-8. 2 fr. 50 c.
- LEURET et P. GRATIOLET.** Anatomie comparée du système nerveux, considéré dans ses rapports avec l'intelligence. Paris, 1839-1857. Ouvrage complet, 2 vol. in-8, avec atlas in-folio de 32 planches dessinées d'après nature, et gravées avec le plus grand soin. Figures noires. 48 fr.
- Le même. Figures coloriées. 96 fr.
- LEURET et MITIVIÉ.** De la fréquence du pouls chez les aliénés. Paris, 1832, in-8 de 90 pages avec 1 pl. 1 fr. 50 c.
- LISLE (E.).** Du suicide. Paris, 1856, in-8. 7 fr.
- LOBSTEIN.** De nervi sympathici humani fabrica, usu et morbis commentatio anatomico-physiologica. Parisiis, 1823, in-4, avec 10 planches. 6 fr.
- LOISEAU (Gust.).** Quelques mots sur l'épilepsie. Paris, 1861, in-4 de 27 pages. 1 fr.
- LORRY.** De melancholia et morbis melancholicis. Paris, 1765, 2 vol. in-8. 7 fr.
- LUCAS.** Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux, avec l'application méthodique des lois de la procréation au traitement général des affections dont elle est le principe. Paris, 1847. 1850, 2 forts vol. in-8. 16 fr.
- LUNIER (L.).** Compte rendu du service médical de l'asile départemental d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher) pour l'année 1863. 1864, in-8 de 119 pages. 2 fr.
- Des aliénés, des divers modes de traitement et d'assistance qui leur sont applicables. Paris, 1865, in-8 de 24 pages. 1 fr. 25.
- Recherches sur la paralysie générale progressive. Paris, 1849, in-8. 2 fr. 50 c.
- LUYS (J.).** Iconographie photographique des centres nerveux. Paris, 1873, 2 vol. in-4, comprenant 71 planches photographiques et 68 schémas, et 86 pages de texte descriptif et explicatif. — Cartonné. 150 fr.
- Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies, 1 vol. gr. in-8 de 660 pages, avec un atlas de 40 planches dessinées d'après nature par l'auteur, et lithographiées par LÉVELLÉ. Fig. noires. 35 fr.
- Le même, Figures coloriées. 70 fr.
- Études de physiologie et de pathologie cérébrales des actions réflexes du cerveau dans les conditions normales et morbides de leurs manifestations. 1874, in-8, avec 2 pl. 5 fr.
- Leçons sur la structure et les maladies du système nerveux, recueillies par J. DAVE, interne du service. Paris, 1875, in-8 de 80 pages avec une planche et une annexe. 3 fr.
- MACLOUGHLIN (D.).** Consultation médico-légale sur quelques signes de paralysies vraies et sur leur valeur relative. 2^e édition, Paris, 1845, in-8. 2 fr. 50 c.
- MAGENDIE.** Mémoire sur quelques découvertes récentes relatives aux fonctions du système nerveux. Paris, 1823, in-8. *Au lieu de* 1 fr. 50 c. 50 c.

- MANEC.** Anatomie analytique. Tableau représentant l'axe cérébro-spinal chez l'homme. Paris, 1829, planche et texte grand in-fol. 1 fr. 50 c.
- MARC.** De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. Paris, 1840, 2 vol. in-8. *Au lieu de* 15 fr. 5 fr.
- MARCÉ (L.-V.).** De l'état mental dans la chorée. Paris, 1860, in-4 de 38 pages, 1 fr. 50 c.
- De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale. Paris, 1864, in-8 de 32 pages avec 2 planches. 2 fr.
- Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet. Paris, 1858, 1 vol. in-8. 6 fr.
- Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile, et sur les différences qui la sépare de la paralysie générale. Paris, 1863, in-8 de 72 pages. 2 fr.
- Des altérations de la sensibilité. Paris, 1860, in-8 de 111 pages. 2 fr. 50 c.
- MARFAING (Ernest).** De l'alcoolisme considéré dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Paris, 1875, in-8 de 81 pages. 2 fr.
- MESNET (E.).** Étude médico-physiologique sur l'homme dit le Sauvage du Var. Paris, 1865, in-8 de 32 pages avec portrait. 1 fr. 50 c.
- MICHÉA (F.).** Du siège, de la nature intime, du symptôme et du diagnostic de l'hypochondrie. Paris, 1843, in-4 de 81 pages. 2 fr. 50 c.
- Des hallucinations, de leurs causes et des maladies qu'elles caractérisent. Paris, 1846, in-4 de 32 pages. 1 fr.
- MONGERI (Louis).** Notice statistique sur l'asile des aliénés Solimani, à Constantinople. 1867, in-8 de 58 pages. 3 fr.
- MONTANÉ (Louis).** Étude anatomique du crâne dans les microcéphales. Paris, 1874, gr. in-8 de 80 pages, 6 planches. 3 fr. 50 c.
- MOREAU (J.) (de Tours).** De l'étiologie de l'épilepsie et des indications que l'étude des causes peut fournir. Paris, 1864, 1 vol. in-4 de 175 pages (6 fr.). 4 fr.
- MOREL (B.-A.).** Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ses variétés maladives. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* 1857, 1 vol. in-8 de 700 pages et Atlas de 12 planches in-4. 12 fr.
- Mélanges d'anthropologie pathologique et de médecine mentale. Swedenborg, sa vie, ses écrits, leur influence sur son siècle, ou coup d'œil sur le délire religieux. Rouen, 1859, in-8 de 64 pages. 2 fr.
- Le procès Chorinski. Études médico-légales. Rouen, 1868, 32 pages. 1 fr.
- Souvenirs scientifiques d'un voyage dans le midi de la France et dans la Savoie, Rouen, 1860, in-8, 27 pages. 1 fr.
- MOREL (B.-A.) et FAURET (Jules).** Consultation médico-légale sur l'état mental de Jeanson, accusé d'incendie et de meurtre. Paris, 1869, in-8 de 110 pages. 2 fr.
- MOTET (A.).** Les aliénés devant la loi. Paris, 1856, in-8 de 48 pages. 1 fr.
- De la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux et de les placer, soit dans les exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles. Paris, 1865, in-8 de 22 pages. 1 fr.
- Éloge de Morel. Paris, 1874, in-8 de 36 pages. 1 fr. 25 c.
- MUNDY (J.).** Sur les divers modes de l'assistance publique appliquée aux aliénés. Paris, 1865, in-4 de 60 pages. 1 fr.
- NIEPCE (B.).** Traité du goître et du crétinisme. Paris, 1851-1852, 2 vol. in-8. 9 fr.
- PAIN (A.).** De la statistique en matière d'aliénation mentale. De l'hygiène morale de la folie appliquée dans les grands asiles d'aliénés. Paris, 1861, in-8 de 16 pages. 50 c.
- Des divers modes de l'assistance publique appliquée aux aliénés. Paris, 1865, in-8 de 65 pages. 1 fr. 50 c.
- PARCHAPPE.** Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies. Paris, 1836-1838, 2 parties in-8. *Au lieu de* 7 fr. 3 fr. 50 c.
- PARENT et MARTINET.** Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde cérébrale et spinale. Paris, 1821, in-8. *Au lieu de* 7 fr. 50 c. 3 fr.
- PARIGOT.** Tableau analytique des maladies mentales. Gand, 1854, in-8 oblong. 2 fr.
- PETIT (A.).** Mémoire sur le traitement de l'aliénation mentale. Paris, 1843, in-8. 1 fr. 50 c.
- PHILIPS (A.-J.-P.).** Electro-dynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit et de la matière démontrées par des expériences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux. Paris, 1855, in-8. 7 fr.
- Cours théorique et pratique du braidisme ou hypnotisme nerveux. Paris, 1860, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.
- Principes des propriétés organoleptiques. Influence réciproque de la pensée, de la sensation et des mouvements végétatifs, Paris, 1862, in-8, 32 pages. 1 fr.
- PHRENOLOGICAL Journal (the) and Miscellany.** Edinburgh. 1823-1847. 20 v. in-8. rel. 120 fr.

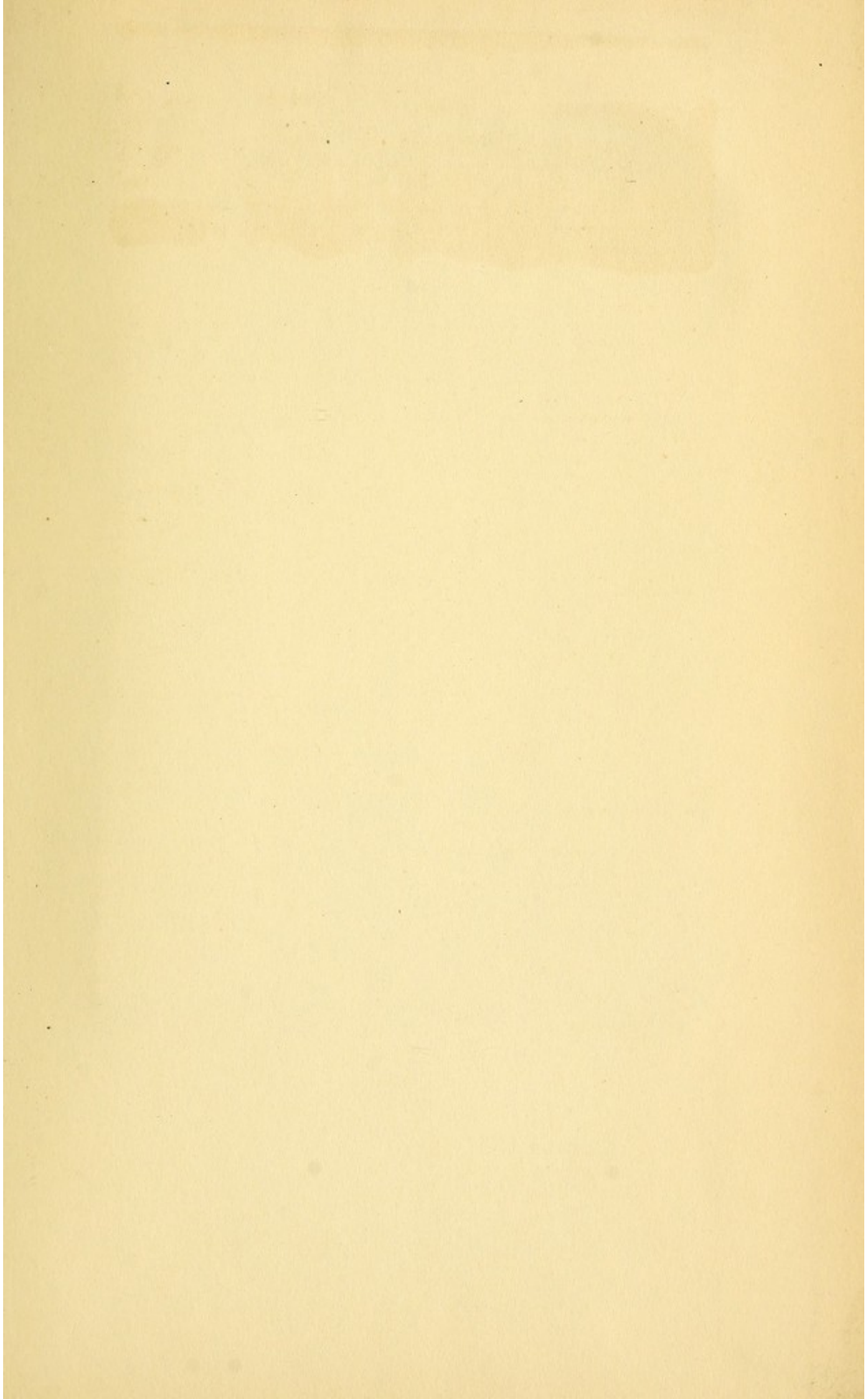
- PINEL (Cas.).** Du traitement de l'aliénation mentale aiguë en général, et principalement par les bains tièdes prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête. Paris, 1856, in-4. 5 fr.
 — De la monomanie. Paris, 1856, in-8 de 86 pages. 2 fr.
- PINEL (S.).** Recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sur les altérations de l'encéphale. Paris, 1821, in-8 de 21 pages. 1 fr. 25 c.
- PIORRY.** État mental dans la chorée. Paris, 1859, in-8 de 7 pages. 50 c.
- POINCARÉ.** Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux. 3 vol. in-8. 18 fr.
 — Séparément, le tome III. Paris, 1876, 1 vol. in-8 de 550 pages, avec figures. 8 fr.
- PORTAL (A.).** Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie. 1811, in-8. 3 fr.
 — Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie. Paris, 1827, in-8. 3 fr.
- POTERIN DU MOTEL.** Études sur la mélancolie et sur le traitement moral de cette maladie. Paris, 1859, in-4. 3 fr.
- PUEL (T.).** De la catalepsie. Paris, 1856, 1 vol. in-4 de 118 pages. 3 fr. 50 c.
- REMAK.** Galvanothérapie, ou De l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires, 1860, 1 vol. in-8, xx-467 p. 3 fr.
- RENAUDIN.** Notice statistique sur les aliénés du département du Bas-Rhin. Strasbourg, 1841, in-8. 2 fr.
 — Etudes médico-psychologiques sur l'aliénation mentale. 1854, in-8 de 812 pages. 12 fr.
- REVOLAT (F.-B.).** Aperçu statistique et nosographique de l'asile des aliénés de Bordeaux. Bordeaux, 1846, in-4 de 44 pages. 2 fr. 50 c.
- REYNAUD-LACROZE (Ch.).** De la névrite et de la périnévrite optiques considérées dans leurs rapports avec les maladies cérébrales. Paris, 1870, in-8 de 72 pages. 2 fr.
- RIBES (F.).** Exposé sommaire des recherches faites sur quelques parties du cerveau. Paris, 1839, in-8. 1 fr.
- RIGAL (A.).** Causes et pathogénie des névralgies. Paris, 1872. In-8 de 70 p. 2 fr.
- RITTI (Ant.).** Théorie physiologique de l'hallucination. Paris, 1874, in-8 de 75 pages. 2 fr.
- ROLANDO (L.).** Osservazioni sul cervelletto. Turin, 1823, in-4, avec 3 planches. 3 fr.
 — Della struttura degli emisferi cerebrali. Turin, 1829, in-4, avec 10 planches. 6 fr.
 — Ricerche anatomiche sulla struttura del midollo spinale. Torino, 1824, in-8, avec 5 planches. 3 fr.
- ROTH.** Histoire de la musculation irrésistible ou de la chorée épidémique. Paris, 1850. in-8. 3 fr. 50 c.
- ROUSSEL.** Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres. Ouvrage couronné par l'Institut de France. Paris, 1866, in-8 de 656 pages. 3 fr.
- RUFZ et DE LUPPE.** Mémoire sur la maison des aliénés de Saint-Pierre-Martinique. Paris, 1856, in-8 de 56 pages. 1 fr. 25 c.
- SAINT-LAGER (J.).** Études sur les causes du crétinisme et du goître endémique. Paris, 1867-1868, 2 vol. gr. in-8. 7 fr.
 — Séparément, 2^e partie. 2 fr.
- SARLANDIÈRE.** Traité du système nerveux dans l'état actuel de la science. Paris, 1840. in-8, avec 6 pl. 9 fr.
 — Examen critique de la classification des facultés cérébrales adoptée par Gall et Spurzheim. et des dénominations imposées à ces facultés. Paris, 1833, in-8, avec fig. 1 fr. 50 c.
- SCHNEPF (B.).** Des aberrations du sentiment. Paris, 1855, in-4. 1 fr. 50 c.
- SÉE (Germain).** De la chorée, rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives. Paris, 1850, in-4, 154 pages. 3 fr. 50 c.
- SEGUIN (Ed.).** Traitement moral, hygiène et éducation des idiots, et des autres enfants, arriérés ou retardés dans leurs développements, agités de mouvements involontaires, débiles, muets, nonsourds, bègues, etc. Paris, 1846, 1 vol. in-12 de 750 pages. 6 fr.
- SEMERIE (E.).** Des symptômes intellectuels de la folie. Paris, 1867, in-8, 104 p. 2 fr.
- SIMON (Max).** Du vertige nerveux et de son traitement. Paris, 1858, in-4, 150 p. 3 fr.
- SIMON (P.-M.).** Hygiène de l'esprit au point de vue pratique, de la préservation des maladies mentales et nerveuses. Paris, 1877, in-18, x-152 pages. 2 fr.
- SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE de Paris.** Séance annuelle de 1841-1842. Paris, 1843, in-8. 2 fr.
 — (Journal de la). Paris, 1832-1835. Collection complète, 3 vol. in-8. 15 fr.
- SPURZHEIM.** Observations sur la phrénologie, ou la connaissance de l'homme moral et intellectuel, fondée sur les fonctions du système nerveux. Paris, 1818, in-8, fig. 7 fr.
- SWAN (J.).** La névrologie, ou Description anatomique des nerfs du corps humain, traduit de l'anglais, avec des additions, par le docteur E. CHASSAIGNAC. Paris, 1838, in-4, avec 25 planches, cartonné. 24 fr.

- TARDIEU (A.)**. Étude médico-légale sur la folie. Paris, 1872, 1 vol. in-8, xxii-610 pages. avec quinze fac-simile d'écriture d'aliénés. 7 fr.
- TIEDEMANN (F.)**. Anatomie du cerveau, traduit de l'allemand par A.-J.-L. Jourdan, 1823, 1 vol. in-8 avec 14 pl. 3 fr.
- TOPINARD (Paul)**. De l'ataxie locomotrice, et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive. Paris, 1863, in-8 de 570 pages. 8 fr.
- TOULMOUCHE (A.)**. Recherches médico-légales sur les lésions du crâne et de l'organe qu'il renferme. Paris, 1860, in-8, 20 pages. 75 c.
- TOURDES**. Du goître à Strasbourg et dans le département du Bas-Rhin. Strasbourg, 1854, in-8 de 72 pages. 1 fr. 50 c.
- TRÉLAT**. Recherches historiques sur la folie. Paris, 1839, in-8. 3 fr.
- TURCK (L.)**. Nouveau Mémoire sur la nature et le traitement de la folie. Paris, 1862, in-12. 75 c.
- L'École aliéniste française, l'isolement des fous dans les asiles. Insuffisance de la protection que la loi accorde à l'aliéné. Paris, 1864, in-12. 75 c.
- VALENTIN (G.)**. Traité de névrologie. Paris, 1843, in-8, avec fig. 4 fr.
- VALLEIX**. Traité des névralgies, ou affections douloureuses des nerfs. Paris, 1841, in-8 de 720 pages. 8 fr.
- VICQ D'AZYR**. Traité d'anatomie et de physiologie du cerveau. Paris, 1786, in-fol. avec 35 planches coloriées. 30 fr.
- VIMONT**. Traité de phrénologie humaine et comparée. Paris, 1835, 2 vol. in-4 accompagnés d'un magnifique atlas in-folio de 134 planches contenant plus de 700 figures. 150 fr.
- VINGTRINIER**. Opinion sur la question de la prédominance des causes morales ou physiques dans la production de la folie. Rouen, 1841, in-8. 1 fr.
- Du goître endémique dans le département de la Seine-Inférieure et de l'étiologie de cette maladie. Rouen, 1854, in-8 de 80 pages. 1 fr. 50 c.
- VIRENQUE**. De la perte de la sensibilité générale et spéciale d'un côté du corps (hémianesthésie), et de ses relations avec certaines lésions des centres opto-striés. Paris, 1874, in-8 de 40 pages, avec une planche. 1 fr.
- VOISIN (Aug.)**. Traité de la paralysie générale des aliénés. Paris, 1879, 1 vol. gr. in-8, avec 15 planches lithographiées et coloriées. 20 fr.
- De la méningo-myélite occasionnée par le froid. Paris, 1865, in-8, 31 pages. 1 fr.
- Contribution à la thérapeutique de l'épilepsie par les préparations de cuivre et de zinc; maintien des guérisons depuis dix ans et plus. In-8° de 15 pages. 75 c.
- VOISIN (Aug.)** et **LIOUVILLE (H.)**. Études sur le curare. Paris, 1866, in-8, 17 p. avec figures et 2 tableaux. 1 fr. 25 c.
- VOISIN (F.)**. Des causes morales et physiques des maladies mentales et de quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, la nymphomanie, le satyriasis. Paris, 1826, in-8. 7 fr.
- De l'homme animal. Paris, 1839, in-8. 3 fr.
- Études sur la nature de l'homme. Quelles sont ses facultés, quel en est le nom, quel en est le nombre, quel en doit être l'emploi? Tome I : De l'homme considéré dans ses facultés morales. — Tome II : De l'homme considéré sous le rapport des facultés qu'il partage avec les animaux. — Tome III : De l'homme considéré dans ses facultés intellectuelles, industrielles, artistiques et perceptives. Paris, 1862-67, 3 vol. in-8. 22 fr. 50 c.
- Études sur la nature de l'homme. Du droit d'exercice et d'application de toutes les facultés de la tête humaine. Instincts conservateurs, sentiments moraux, facultés intellectuelles, industrielles, artistiques et perceptives. Paris, 1870, 1 vol. gr. in-8 de xii-177 pag. 3 fr. 50
- De l'identité de quelques-unes des causes du suicide, du crime et des maladies mentales. Paris, 1872, in-8 de 19 pages. 1 fr.
- Mémoire en faveur de l'abolition de la peine de mort. Paris, 1870, in-8 de 20 p. 1 fr.
- WARLOMONT**. Louise Lateau. Rapport médical sur la stigmatisée de Bois d'Haine, fait à l'Académie royale de médecine de Belgique, au nom d'une commission, par le docteur WARLOMONT, membre titulaire. Bruxelles et Paris, 1876, in-8 de 200 pages. 4 fr.
- WOLKOFF (S. DE)**. Quelques considérations en réponse à l'examen de la phrénologie de M. Flourens. Paris, 1846, in-8. Au lieu de 50 c. 25 c.
- ZAMBACO**. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1862, 1 v. in-8 de 596 p. 7 fr.

Le Gérant : H. BAILLIÈRE.



- BERNARD (Cl.). — **Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux.** Paris, 1858. 2 vol. in-8, avec figures. 14 fr.
- BOUCHUT (E.). — **Du nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses.** *Deuxième édition.* Paris, 1877, 1 vol. in-8, VIII-408 pages. 6 fr.
- DUCHENNE (G.-B.). — **Physiologie des mouvements,** démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique, et applicable à l'étude des paralysies et des déformations. Paris, 1867, 1 vol. in-8 de XVI-872 pages, avec 101 figures. 14 fr.
- DUCHENNE (G.B.). — **De l'électrisation localisée** et de son application à la pathologie et à la thérapeutique. *Troisième édition,* entièrement refondue, Paris, 1872. 1 vol. in-8 avec 279 fig. et 3 pl. noires et coloriées. 18 fr.
- HAMMOND (W.). — **Traité des maladies du système nerveux,** comprenant les maladies du cerveau, les maladies de la moelle et de ses enveloppes, les affections cérébro-spinales, les maladies du système nerveux périphérique et les maladies toxiques du système nerveux, par W. HAMMOND, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de New-York. Traduction française augmentée de Notes et d'un Appendice, par le Dr F. LABADIE-LAGRAVE, ancien interne, lauréat des hôpitaux, de la Faculté de médecine et de l'Académie de médecine, 1 vol. gr. in-8, XXIV-1278 pages, avec 116 figures, cart. 22 fr.
- HUGUENIN (G.). — **Anatomie des centres nerveux,** par le professeur G. HUGUENIN (de Zurich). Traduit par le Dr TH. KELLER, directeur de l'établissement hydrotherapique des Champs-Élysées, annoté par le Dr Mathias DUVAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8, XV-368 pages avec 149 figures. 8 fr.
- LETIÉVANT. — **Traité des sections nerveuses,** physiologie pathologique, indications, procédés opératoires, par le Dr LETIÉVANT, chirurgien des hôpitaux de Lyon. Paris, 1873. 1 vol. in-8 avec 20 figures. 8 fr.
- LEYDEN (E.). — **Traité clinique des maladies de la moelle épinière,** par E. LEYDEN, professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin, traduit avec le concours de l'auteur, par les Drs Eugène RICHARD et Charles VIRY, médecins-majors des hôpitaux militaires. 1 vol. gr. in-8, de 850 p. 14 fr.
- LUYS (J.-B.). — **Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies,** par J.-B. LUYS, médecin de l'hôpital de la Salpêtrière, lauréat de l'Académie de médecine et de l'Institut. Paris, 1865. 1 vol. grand in-8 de 600 pages avec atlas de 40 pl. lithographiées et texte explicatif. Fig. noires. 35 fr.
LE MÊME, figures coloriées. 70 fr.
- POINCARÉ. — **Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux,** par le Dr POINCARÉ, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Nancy. 1873-1876, 3 vol. in-8 de 508 pages avec figures. 18 fr.
— Séparément le tome III. *Le système nerveux périphérique* au point de vue normal et pathologique. Paris, 1876, in-8, 600 pages avec fig. 8 fr.
- REMAK. — **Galvanothérapie,** ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires, par Robert REMAK, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Berlin. Traduit de l'allemand par le Dr A. MORPAIN, avec les additions de l'auteur. Paris, 1860. 1 vol. in-8 de 467 pages. 7 fr.
- VOISIN (A.). — **Traité de la paralysie générale des aliénés,** par le Dr Auguste VOISIN, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. 1 vol. grand in-8, XVI-540 pages avec 14 planches dessinées d'après nature, lithographiées et coloriées, graphiques et fac-simile. 20 fr.



RC418

D35

Decaisne

Des paralysies corticales du

RC418

D35

