

Traité de pathologie iatrique ou médicale et de médecine pratique ... / par P.A. Piorry.

Contributors

Piorry, P. A. (Pierre Adolphe), 1794-1879
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Paris : Pourchet; J.-B. Baillière, 1841-1851.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/rerd2p3b>

Provider

Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh.

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.

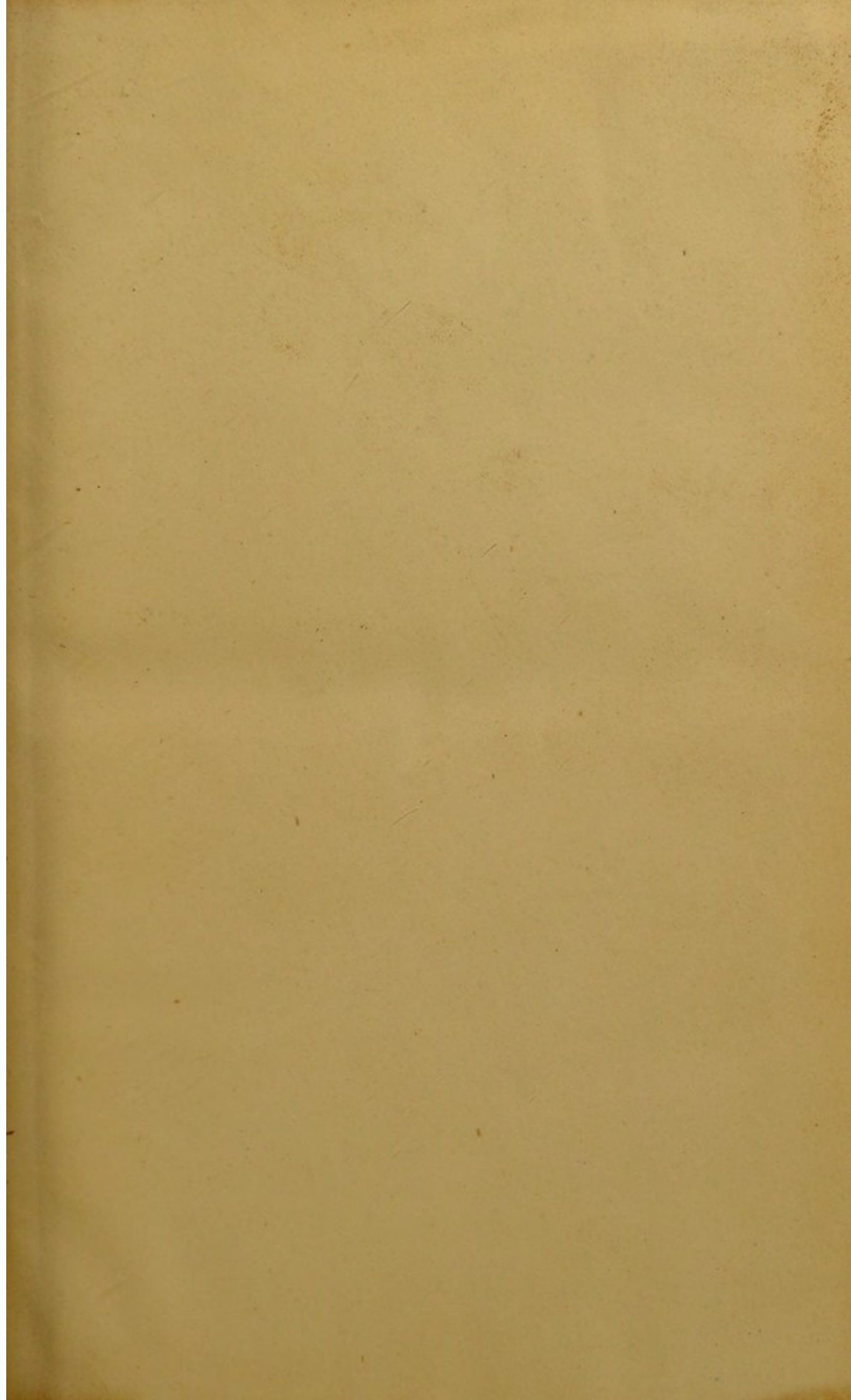


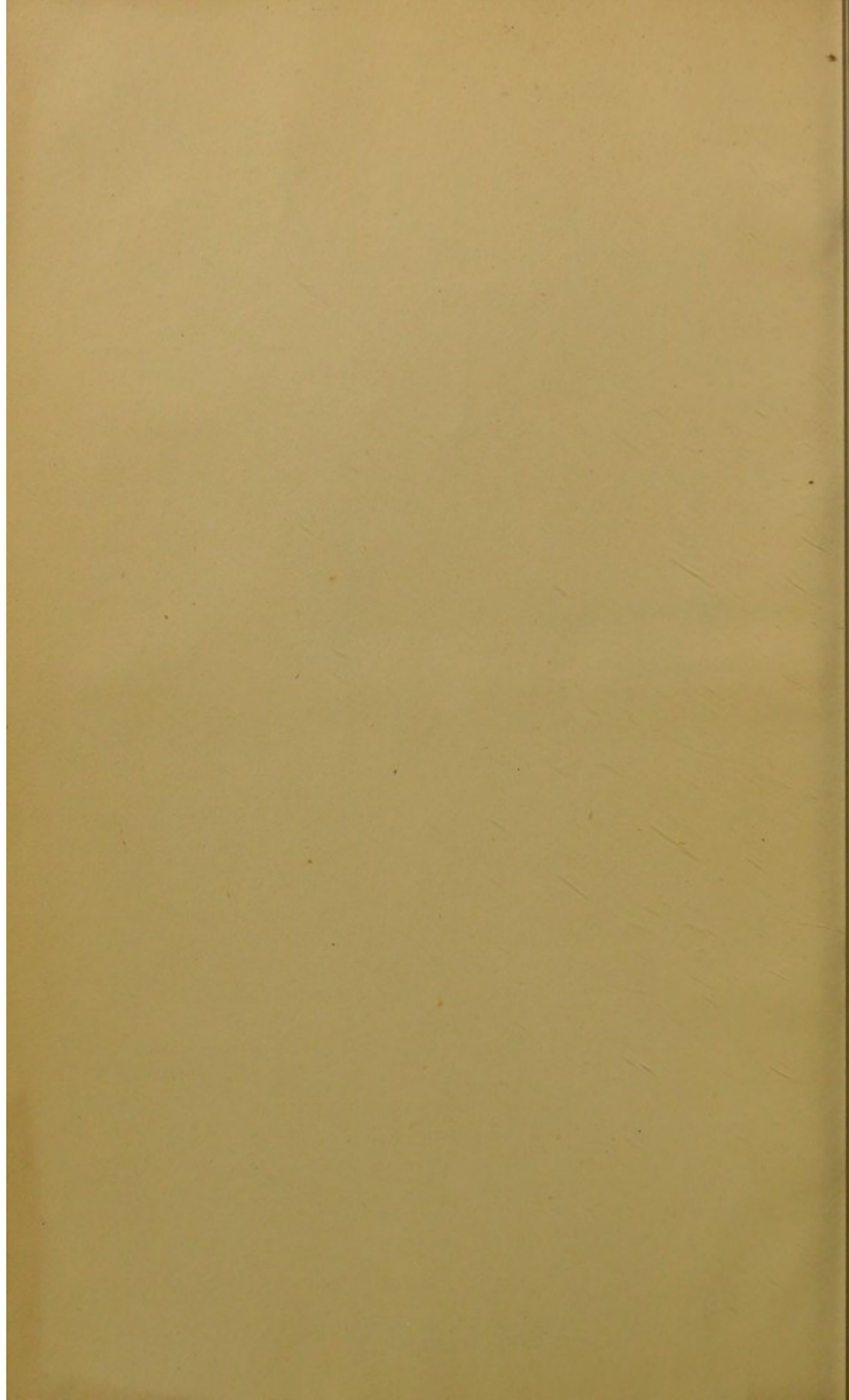
Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

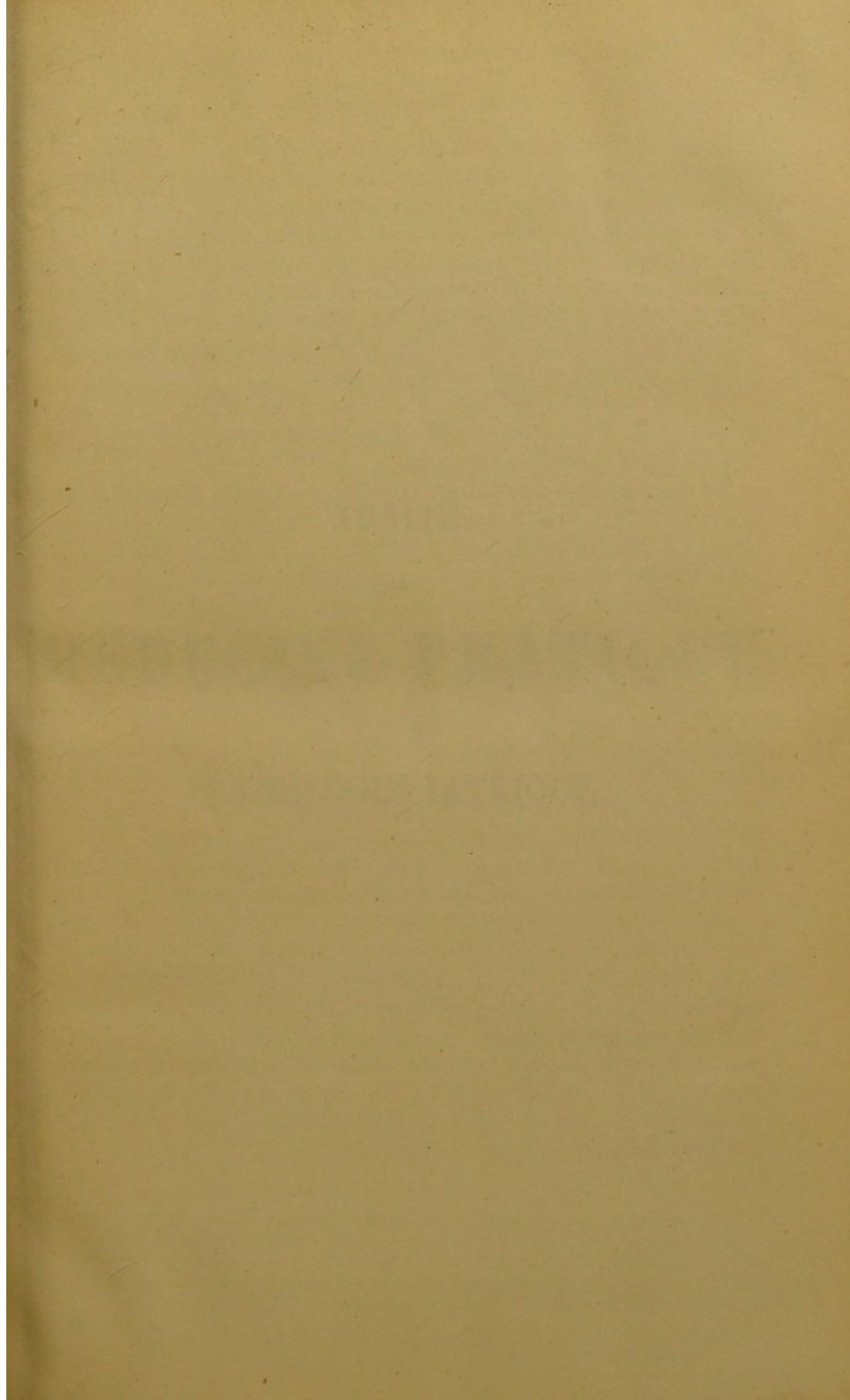


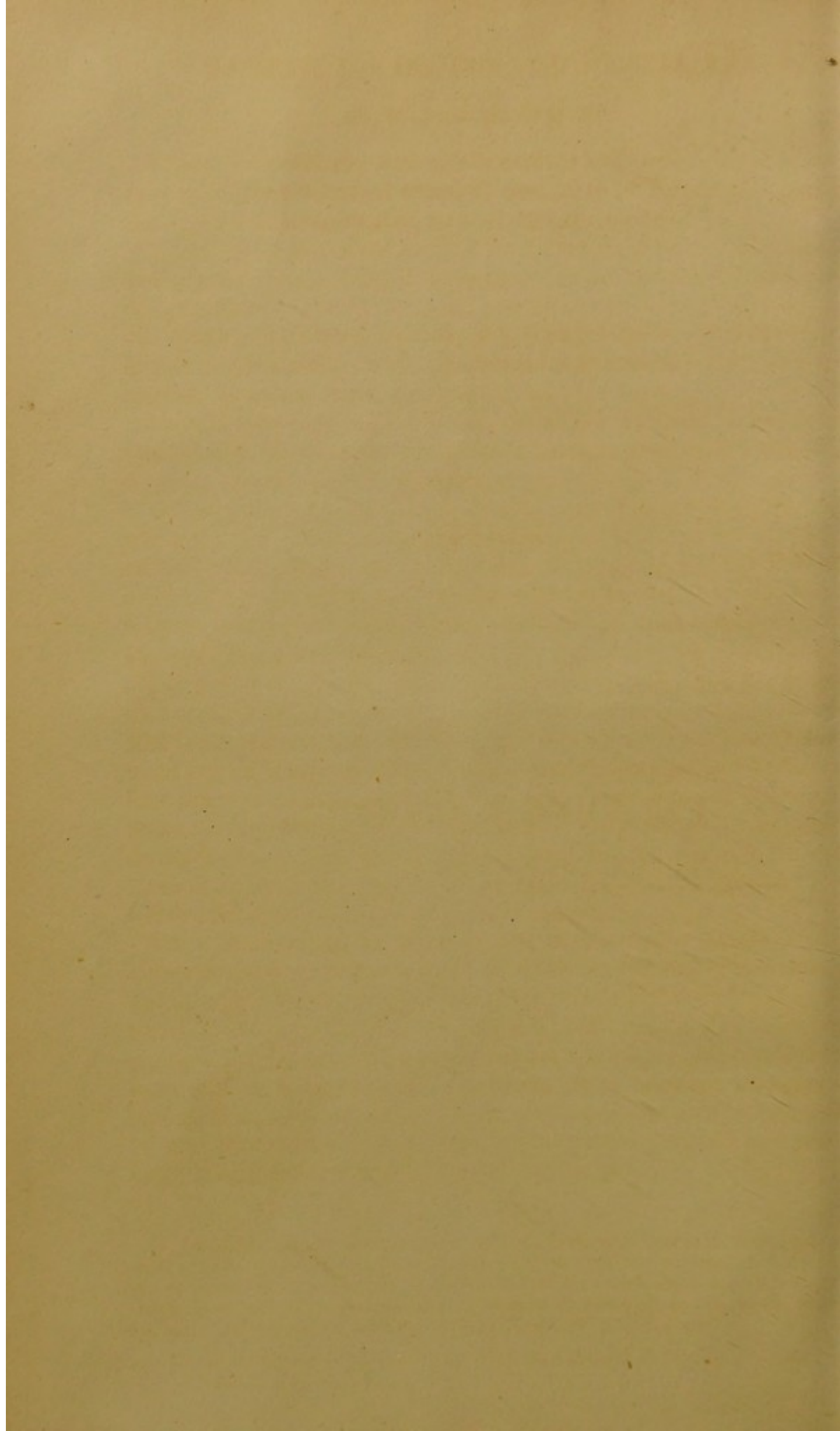
L. 5. 28 ~~✱ ✱~~
(b)

R5H360









DOCTRINE DES ORGANOPATHIES COMPLEXES

OU SYNORGANOPATHISME.

L'idée de la maladie considérée comme *une unité* à laquelle on opposerait un traitement *unitaire*, une sorte de recette changeant à jour ou à septenaire fixe, ne peut être maintenue.

Il faut *au lit du malade* étudier les différents états pathologiques des organes, états dont il est impossible de former des groupes désignés sous le nom de maladie, parce que sur chacun des malades dits atteints de la *même maladie*, il y a impossibilité de trouver le même nombre d'états organopathiques avec le même ordre de succession, le même degré d'intensité, etc.

En vain dira-t-on qu'il y a une maladie principale, il est trop évident que, sur le même individu, la maladie principale d'aujourd'hui ne sera pas celle de demain.

On est donc forcé de laisser de côté ces *maladies* complexes qui n'ont rien de précis, comme le prouvent les tableaux des complications tracés par les auteurs à propos de chacune d'elles ! Il faut aussi oublier les noms qui les représentent. Ces noms le plus souvent ne sont en rien synonymes de ceux qui sont consacrés par l'onomisme pathologique (1).

Les états pathologiques des organes doivent être isolément étudiés et simultanément considérés ; ils ont chacun leur cause dont il faut tenir compte, leur diagnose que l'on doit établir, leur traitement but de la science du médecin. Il faut rechercher leur nombre, leur degré d'intensité, et en même temps leur filiation, leurs influences réciproques, afin de détruire ceux qui parfois sont le point de départ des autres, quand cela est possible ; car souvent on est forcé d'attaquer les organopathies consécutives sans pouvoir atteindre l'état morbide primitif qui les cause.

Ces organopathies ou organies ont besoin d'être nommées par des mots qui les expriment telles qu'on les conçoit dans l'état actuel de la science. Voilà pourquoi il faut une nomenclature nouvelle qui n'est pas une pure fantaisie, un simple désir de soumettre à la forme grecque les dénominations des groupes complexes dits *maladies*, mais qui est la conséquence nécessaire de la doctrine des synorganies. Si les mots adoptés par M. Piorry paraissent être insuffisants ou mal choisis, on leur en substituera d'autres ; mais il faut toujours les composer d'après les mêmes principes.

(1) La réflexion suivante a été faite par M. le docteur Calvo, médecin qui a suivi assidûment la clinique de M. Piorry : « Pour exprimer par un mot des idées qui se rapportent à des choses multiples, il faut bien qu'il entre dans la composition de ce mot des particules en rapport avec les éléments de ces choses. Il en est ainsi arrivé pour les termes usités en onomisme pathologique. »

(Extrait des leçons de M. Piorry, par M. Duclos (Henri), docteur en médecine, à Rouen, l'un de ses élèves.)

BIBLIOTH.
COLL. REG.
MED. EDIN.

TRAITÉ

DE

MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

PATHOLOGIE IATRIQUE OU MÉDICALE,

COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR

P. A. PIORRY,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE TOURS, DE BOULOGNE, DE GOETTINGUE,
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE MADRID,
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SUÈDE, D'ATHÈNES,
DE LA SOCIÉTÉ ROYALE ET IMPÉRIALE DES MÉDECINS DE VIENNE,
MEMBRE HONORAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE KHARKOFF, ETC.

TOME VIII.

MONOGRAPHIES OU SPÉCIALITÉS.

TOME VII.

OMMOPATHIES ou OMMIES. Maladies des yeux.
OTOPATHIES ou OTHIES. Maladies des oreilles.
NÉVROSYSTÉMIES. Maladies du système nerveux.
NÉVROPATHIES ou NÉVRIES. Maladies des nerfs.
NÉVRAXOPATHIES ou NEVRAXIES. Maladies des centres nerveux.
MYOSIPATHIES ou MYOSIES. Maladies des muscles.
SYNDESMOPATHIES ou SYNDESMIES. Maladies du tissu fibreux.
OSTÉOPATHIES ou OSTÉIES. Maladies des os.
ARTHROPATHIES ou ARTHRIES. Maladies des articulations.
PHONOPATHIES ou PHONIES. Maladies de la voix et de la parole.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE, RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1850

NOMENCLATURE ORGANO-PATHOLOGIQUE

OU ONOMISME PATHOLOGIQUE (1).

| PARTICULES que l'on place avant ou quelquefois après le corps du mot. | SIGNIFICATION dans la nomenclature. | NOM de L'ORGANE, du liquide, etc. | SIGNIFICATION dans la nomenclature. | PARTICULES finales ou désinences. | SIGNIFICATION des PARTICULES FINALES dans la nomenclature. |
|---|---|---|---|--|--|
| hyper..... | degré élevé. | organo..... | organe. | isme..... | action régulière. |
| hypo..... | faible degré. | hëmo..... | sang. | pathie **** | souffrance, affection. |
| pan..... | partout. | cardio..... | cœur. | topie..... | lien, siège. |
| poly..... | en grand nombre. | pneumo..... | poumon. | celie..... | tumeur. |
| mono..... | un seul. | pleuro..... | plèvre. | morphie..... | forme. |
| a, au..... | absence de. | gastro..... | estomac. | trophie..... | volume, texture. |
| nomo..... | nomal. | entéro..... | intestin. | mégalie ou | |
| dys..... | action difficile. | iléo..... | iléon. | macrosie.. | grosseur ou longueur. |
| dynamo..... | force. | hépat..... | foie. | microsie.. | petitesse. |
| océo..... | aigu, rapide. | spléno..... | rate. | sténosie.... | resserrement, coar- |
| chrono..... | chronique. | néphro..... | rein. | | tation. |
| hydro..... | eau, sérosité. | utéro..... | matrice. | ectasie **** | dilatation, extension. |
| aero..... | air, gaz. | ovaro..... | ovaire. | sclérosie... | induration. |
| oxi..... | oxigène. | péritono... | péritoine. | malaxie..... | ramollissement. |
| chalibo..... | fer. | encéphalo... | encéphale. | traumie..... | blesseure, plaie. |
| hëmo..... | sang. | névraxo..... | axe nerveux. | diastasie... | écartement. |
| udo..... | sueur. | myélo..... | moëlle. | clisie..... | rupture, fracture. |
| lipo..... | graisse. | méningo... | méninge, mèm- | trypie..... | trou, perforation. |
| choli..... | bile. | | brane. | emphraxie.. | obstruction, embarras |
| uro..... | urine. | rhino..... | nez. | hémie ou ëmie | congestion sanguine. |
| siala..... | salive. | angio..... | vaisseaux. | hématosie... | hématoë. |
| blen..... | mucosité. | adëno..... | glande. | ite..... | inflammation. |
| galacto, galo. | lait. | ophthalmo et | | crinie..... | sécrétion. |
| scor..... | fèces. | ommo**... | œil. | rhagie..... | écoulement de sang. |
| plastico, plasto | plastique, fibrineux | blépharo..... | paupière. | rhée..... | écoulement de liquides |
| pyo..... | pus. | oto..... | oreille. | | blancs. |
| toxico ou toxi | poison. | arthro..... | articulation. | aphrosie... | écume. |
| septico..... | septique. | ostéo..... | os. | kystie..... | kyste. |
| litho..... | piëre, calcul. | myo..... | muscle. | elcosie..... | ulcère. |
| helmintho... | ver. | ethmo..... | tissu cellulaire. | ostëie..... | os. |
| zoo..... | animal. | phlébo..... | veine. | lithie..... | concrétion. |
| phyto..... | végétal. | phlébartéro. | artère pulmonaire | phymie..... | tubercules. |
| chromo..... | couleur. | angioloëco. | vaisseau lymphat- | spëie..... | caverne (Bally). |
| dëxio..... | droit. | | tique. | syphiosie... | syphilis. |
| aricëro..... | gauche. | angiaïro.... | conduit de l'air. | agrie..... | goutte. |
| mëta..... | changement. | angibrëmo. | tube digestif. | hëmatoïdie. | hëmatoïde, érectile. |
| ëndo..... | intérieur. | angicholo... | vaisseaux biliaires | mëlanosie... | mëlanose. |
| përi..... | à l'ëntour. | cysticholo... | vésicule biliaire. | scirrhosie... | squirre. |
| cleïtro..... | cloison. | angiosialo... | conduit salivaire. | encëphaloïdie | encëphaloïde. |
| stoma..... | ouverture, bouche. | angiuro..... | voies urinaires. | nervie..... | action nerveuse. |
| bromo..... | aliment. | angiospermo. | voies spermatique | pallie..... | vibration, oscillation. |
| iose..... | virus. | angiove..... | vaisseau de l'œuf. | algie..... | douleur. |
| ëliosie..... | miasme des marais | angiodycrë. | appareil lacrymal. | myosie..... | action musculaire, |
| miasmo..... | miasme. | organopso ** | appareil de la vi- | | myotilité. |
| rubio..... | rougeole. | | sion. | dynamie... | puissance. |
| scarlo..... | scarlatine. | orgacouso** | appareil de l'au- | sihënie..... | force. |
| lëprio..... | lëpre. | | dition. | loïmie..... | peste en général. |
| boysiosie.... | virus vaccin. | ëlythro..... | vagin. | nëcrosie.... | mort partielle. |
| cyno..... | chien. | ëmbryo..... | embryon. | | |
| mytilo..... | moule. | diaphro..... | diaphragme. | | |
| | | dermo..... | derme. | | |
| | | chorio..... | chorion. | | |
| | | thëlo..... | papille. | | |
| | | tricho..... | poil. | | |
| | | spiloso..... | tache. | | |
| | | psycho..... | intelligence. | | |

** Voyez pour les noms des divers organes qui font partie du névraxe le n° 11521 du *Traité de médecine pratique*.

*** Voyez pour les noms des diverses parties de l'appareil de la vision le n. 11401 du *Traité de médecine pratique*.

**** Voyez pour les noms des diverses parties de l'appareil auditif le n. 11476 du *Traité de médecine pratique*.

***** pathie ou par abréviation ie (souffrance, affection).

***** asie, par abréviation d'ectasie (dilatation).

Quand deux voyelles ou deux syllabes se touchent, et que, sans altérer le sens, on peut en supprimer une, il est bon de le faire. — Exemples : gastrentërite pour gastro-entërite; sialadënie pour sialo-adënie; hëpatie pour hëpatopathie; përitonie pour përitonipathie; anomorphie pour anomomorphie, etc. — On placera la lettre H devant isme, ëmie, ite, algie, etc., pour en faire les subjonctifs : action régulière, congestion, inflammation, douleur, etc.; de la même façon que l'on met une H devant ëmorrhagie pour en faire hëmorrhagie.

TRAITÉ

DE

MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

PATHOLOGIE IATRIQUE.

ORGANOPSIES OU ORGANOPSOPATHIES (1),

MALADIES DE L'APPAREIL DE LA VISION.

CHAPITRE PREMIER.

OPHTALMOPATHIES, OMMOPATHIES OU OMMIES (2), MALADIES DE L'OEIL.

Nomenclature ophtalmologique.

11392. La nomenclature des maladies des yeux, assemblage monstrueux de mots latins ou grecs, semble avoir été faite tout exprès pour que la théorie et la pratique des ophtalmopathies devinssent une sorte de mythe compris seulement par quelques initiés. — Ce langage dépourvu de toute méthode, de toute coordination d'idées, est le plus souvent inintelligible. A ceux qui blâment les éléments si simples, si clairs de l'onomapathologie ; à ceux qui reprochent à la nomenclature des expressions quelquefois composées de plusieurs syllabes, il convient de rappeler l'interminable série des termes usités pour désigner les affections nombreuses dont l'œil et ses annexes sont susceptibles ; ce n'est pas que le grec ait manqué dans la logomachie ophtalmologique, les mots : *épiphora*, *néphélion*, *trichiasis*, *glauçôme*, *hypopion*, *ægilops*, *anchilops*, *ptérygion*, *onyxis*, *ectropion*, *entropion*, *chémosis*, *mydriase*, *amaurose*, etc., etc., sont évidemment de source hellénique ; mais ce qui a fait surtout défaut dans de tels mots, c'est une signification fixe et anatomique :

(1) Organopse, appareil de la vision, ὄψις, ὥς, vue.

(2) Omme, œil ; ὄμμα, ομματος, œil (Aristote).

versement par dessus (épiphora), nuage (néphélion), couleur verdâtre (glaucomé), aile (ptérygion), etc., ne sont point des locutions capables de spécifier le moins du monde les lésions anatomiques de l'œil qu'elles sont appelées à désigner.

11393. Un assez grand nombre d'autres termes ophtalmologiques désignent seulement des phénomènes dont il serait difficile de préciser la cause organique. Exemple : héméralogie, nyctalopie (vue de jour et de nuit), diplopie (vue double), ambliopie (vue faible), etc.; évidemment de tels mots ont été composés d'après la série d'idées qui a présidé à l'onomapathologie; nous n'avons pas inventé la nomenclature organopathologique; nous avons seulement étendu, systématisé pour la science entière, le langage significatif que l'on avait trouvé partiellement utile. Ici comme ailleurs, nous avons fait justice de mots absurdes. — Ces termes latin-gaulois : orgeolet, nuage, taie, exophtalmie, albugo, etc., seront avantageusement rayés du vocabulaire propre aux maladies des yeux. — Si le mot cataracte se rattachait au moins à un seul état organopathique, on pourrait encore le conserver (au risque cependant que de mauvais plaisants vinssent à demander si la cataracte de l'œil ressemble à celles des grands fleuves); mais l'obscurcissement de la membrane cristalline n'est pas le moins du monde dû à la même lésion qu'un défaut de transparence dans le cristallin; et l'état blanchâtre de celui-ci n'est pas produit par une circonstance organique identique avec celle qui donne lieu à la teinte noire de cet organe ou à son ramollissement blanc. — La plupart des mots usités en ophtalmologie expriment l'idée fautive d'une unité morbide contre laquelle on pourrait utilement employer un remède spécial; et, par exemple, à coup sûr l'amaurose ou goutte sereine, n'est pas une maladie, mais bien le résultat de lésions diverses, réclamant chacune un traitement particulier.

11394. Il faut donc absolument sortir, pour l'ophtalmologie comme pour la science médicale en général, du langage énigmatique et barbare dont on a surchargé la pathologie; l'addition de quelques éléments au très-court vocabulaire de la nomenclature permettra d'appliquer celle-ci aux lésions nombreuses dont l'œil peut être le siège.

Noms anatomiques nouveaux des diverses parties constituantes de l'œil.

11395. Les dénominations anatomiques actuellement assignées à l'œil et à ses parties constituantes sont trop longues et ont souvent une consonnance gallo-latine trop marquée pour pouvoir se prêter à la

composition des éléments puisés dans la langue hellénique. Rien ne choque plus le bon goût que de donner le nom hybride de conjonctivite à l'inflammation de la membrane qui tapisse la face antérieure de l'œil et postérieure des paupières; s'il fallait surtout ajouter au mot conjonctive les particules : *êmie*, *trophie*, *célie*, *malaxie*, etc., cela deviendrait tout à fait dissonant; d'un autre côté l'élément sclérosie a trop de ressemblance avec sclérotique (membrane fibreuse de l'œil) pour que l'on n'évite pas d'employer l'une ou l'autre de ces expressions. Or, il est préférable de conserver le mot sclérosie qui se rapporte à une idée générale que l'adjectif sclérotique qui désigne seulement un objet de détail en anatomie. Les mots *rétine*, *crystallin*, *corps vitré*, *humeur aqueuse*, etc., ne se prêtent pas davantage à une application utile de la nomenclature générale. Ces graves raisons nous ont conduit à dénommer autrement qu'on ne le fait les diverses parties constituantes de l'œil : conformément à la méthode que nous avons jusqu'à présent suivie, nous choisirons autant que possible des expressions grecques déjà scientifiquement usitées, courtes, euphoniques et propres à entrer facilement dans la composition de mots complexes. Voici les termes que nous adoptons :

11396. *Omma* (œil), déjà employé en histoire naturelle (car les lépidoptères dits *argus* ont reçu le nom de *polyommates* ou à plusieurs yeux). D'ailleurs le mot *ophthalmo* est trop long pour se prêter au mécanisme de la nomenclature; de plus *ophtalmie*, dans le langage médical reçu, est rapporté à l'inflammation de la conjonctive et cela très à tort; car il devrait seulement signifier maladie de l'œil, et si nous l'adoptons dans ce dernier sens il arriverait que les autres médecins ne le feraient pas; de là une ambiguïté et une confusion de langage que nous voulons avant tout éviter. Ainsi en onomopathologie, *ommie* ou *ommopathie* désigne une souffrance de l'œil; *ommisme*, l'action régulière de l'œil; *ommismie*, une altération morbide dans l'action de l'œil; *ommémie*, *ommite*, etc., une congestion sanguine, une inflammation du même organe, etc.

11397. L'ensemble de l'appareil lachrymal recevra le nom d'*angiodycrè*; l'organe formateur des larmes celui d'*adénodycrè*; les vaisseaux, les conduits lacrymaux seront désignés par le mot : *micrangiodycrè*; le canal nasal par celui de *rhynangiodycrè*; le sac lachrymal sera désigné par *cystidycrè*.

11398. La conjonctive portera le nom de *proomme* au devant de

l'œil); la sclérotique celui de *periomme* (autour de l'œil); la choroïde celui d'*endomme* (au dedans de l'œil); la rétine, le nom de *ménynévromme* (membrane nerveuse de l'œil); la cornée conservera le nom de *kérate* (malgré la dureté de sa prononciation, ce mot est généralement usité). L'iris recevra le nom de *cleitromme* (cloison de l'œil), et la pupille celui de *trypomme* (trou de l'œil); les procès ciliaires seront en onomopathologie les *opisocleitrommes* (derrière la cloison de l'œil). Le corps ciliaire sera appelé *péricleitromme*, l'humeur aqueuse sera désignée par l'expression *hydromme* (eau de l'œil); le cristallin par celui de *crysalle*; le corps vitré sera le *hyalomme* (verre de l'œil); le nerf optique ne pourra être appelé autrement que *névromme*, et les nerfs de l'iris *névrocleitrommes*; la membrane de l'humeur aqueuse sera le *périhydromme*, celle du cristallin le *perichrysalle*; celle du corps vitré le *meninhyalomme*, etc.

11399. En ajoutant à ces noms anatomiques, soit les divers antécédents, soit les désinences variées de la nomenclature, on arrivera à dénommer de la manière la plus exacte les nombreuses lésions organiques dont peuvent être le siège les organes qui constituent l'appareil de la vision; celui-ci dans son ensemble peut être appelé *organopse*, terme dont nous nous sommes servi dans le titre de cette partie de notre ouvrage.

11400. Pour compléter la série des mots indispensables à la détermination précise des lésions soit de l'œil soit de ses annexes, il est utile d'adopter certains mots déjà usités et qui désignent des symptômes dont la cause anatomique est difficile à dénommer; tels que *diaphane*, *myopie*, *presbytie*, *héméralopie*, *nyctalopie*, etc.

Tableau de la nomenclature des lésions de l'œil.

11401. En adoptant les idées précédentes, rien n'est plus facile que de présenter le tableau anatomique physiologique et pathologique des organopsies :

TABLEAU DES ORGANOPSIES

(MALADIES DES ORGANES DE LA VISION.)

| | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|
| Organopse..... | (appareil de la vision). | isme. |
| Angiodycré..... | (appareil lacrymal). | ie (pathie). |
| Adenodycre..... | (glande lacrymale). | diaphanie, etc. |
| Angiodycré..... | vaisseaux lachrymaux. | |
| Cystidycré..... | sac lachrymal. | La plupart des désinences |
| Angiorhinodycre..... | canal nasal. | de la nomenclature (p. 2) |
| Omme..... | œil. | jointes aux mots précé- |

| | | |
|----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Proomme..... | conjonctive. | dents désignent avec pré- |
| Periomme..... | sclérotique. | cision les nombreuses lé- |
| Endomme..... | choroïde. | sions anatomiques de |
| Menynévromme..... | rétilne. | l'œil. |
| Kerato..... | cornée. | |
| Cleytromme..... | iris. | |
| Trypomme..... | pupille. | |
| Pericleytromme..... | corps ciliaire. | |
| Opisocleytromme..... | procès ciliaire. | |
| Hydromme..... | humeur aqueuse. | |
| Perihydromme..... | membrane de l'humeur aqueuse. | |
| Hyalomme..... | corps vitré. | |
| Méninhyalomme..... | membrane du corps vitré. | |
| Crysalle..... | crystallin. | |
| Pericrysalle..... | capsule cristalline. | |
| Névromme..... | nerf optique. | |
| Nevrocleytromme..... | nerfs de l'iris. | |

Applications de la nomenclature aux affections de l'œil.

11402. Il serait trop long de passer en revue les affections soit de l'œil, soit de ses annexes, à l'effet d'exposer tous les mots nouveaux destinés à remplacer par des expressions anatomiques et significatives la logomachie ophtalmologique. Citons seulement quelques exemples de ces mots : les *taies* seront des *akératodiaphanies* en rapport avec des lésions anatomiques variées (keratite ou inflammation de la cornée ; *plastikératie* ou fibrine déposée dans la cornée ; périhydrommie, ou affection de la membrane de l'humeur aqueuse ; *pyokératie* ou altération de la cornée par le pus, etc.). — La *cataracte* sera tantôt une *achrysallodiaphanie*, tantôt une *adiaphanie perichrysallique*. Celles-ci pouvant être les résultats de diverses lésions anatomiques parmi lesquelles il faut compter : l'anomotrophie cristallique en rapport avec l'âge, dans certains cas peut-être, une angios-ténosie cristallique (rétrécissement des vaisseaux du cristallin) ; une cristallite, une pyocristallie (pas dans la capsule cristalline) ; diverses péricristallies (affections de la membrane cristalline). — La cataracte noire sera une cristallomélanie, en rapport possible avec une hémorrhagie ancienne dans le cristallin ou sa membrane. — La cataracte laiteuse sera probablement bien exprimée par le mot cristallomalaxie, etc. — L'amaurose recevra le nom d'anevrommesthésie en rapport tantôt avec une névrommie (affection du nerf optique), tantôt avec une encéphalie (lésion du cerveau), tantôt avec une anévrommie (état pathologique ayant pour siège la rétine), etc.

Utilité pratique des dénominations qui viennent d'être exposées.

11403. *Il ne s'agit pas dans tout ce qui précède de mots, mais bien de questions éminemment doctrinales et pratiques.* On a jusqu'à présent étudié comme des maladies : les taies, la cataracte, l'amaurose, etc.; or, les considérant comme des unités morbides, on a cherché à les combattre par des médicaments spéciaux; on a agi ainsi quand les symptômes : obscurcissement de la cornée, opacité du cristallin, abolition dans la sensibilité optique, étaient ou pouvaient être chacun le résultat de lésion très-diverses et exigeant un traitement fort dissemblable. En ophtalmologie comme dans tous les autres points de la médecine pratique on a mis presque constamment les effets fonctionels à la place des causes organiques. Il en est résulté les conséquences pratiques les plus déplorables. C'est inutilement que, pour remédier à de tels abus, on a établi les divisions dans les taies, dans les cataractes, les amauroses, etc., et cela en ajoutant des épithètes à chacune des variétés que l'on en admettait : l'idée primitive de la maladie unitaire n'en subsistait pas moins, et elle entraînait toujours avec elle la funeste tendance de rechercher un remède spécial contre un mal que l'on supposait le même, alors qu'il était le résultat des lésions les plus dissemblables.

Considérations générales sur les diverses espèces d'ophtalmies admises par les auteurs.

11404. Un mot encore sur les ommies considérées en général. — On a admis comme des variétés d'*ophtalmies*, de *kératites*, d'*amaurose*, etc., les espèces : *rhumatisme*, *scrophuleuse*, *scorbutique*, *dartreuse*, *syphilitique*, etc.; la plupart de ces distinctions ont été fondées sur des suppositions tout à fait gratuites. On ne peut douter que le syphiliose (n° 4614) appliqué sur l'œil ne cause : tantôt une proommite (inflammation de la conjonctive); tantôt des syphelcosies; il est encore évident que le lèpriose (n° 11147), l'hippiose (n° 11197), etc., peuvent donner lieu à des ommies; il faut, au lit du malade, tenir compte de tels faits; car il est urgent de détruire, alors qu'il est possible de le faire, la cause virulente qui entretient le mal, et de traiter ensuite l'affection oculaire considérée indépendamment de cette cause; quant à l'existence d'un agent rhumatismal ou d'un vice scrophuleux, d'un élément dartreux, etc., supposés les agents producteurs d'*ophtalmies*, nous avons assez fait voir ailleurs (nos 1140, 1168) que l'admission de telles entités morbides n'est pas en pathologie générale logiquement possible (n° 1140, 1168), et que l'on ne peut

l'adopter en pathomologie (pathologie de l'œil). — D'ailleurs où en est-on arrivé avec ces subtiles distinctions? à trouver que la sclérotique est surtout enflammée dans l'ophtalmie rhumastismale; que la conjonctive et les bulbes des poils sont chroniquement affectés dans l'ophtalmie scrophuleuse, etc., et que le traitement diffère dans ces divers cas. Eh bien! adoptez de tels faits, mais, en le faisant, donnez-vous garde de songer aux vices scrophuleux et rhumatismal qui, n'étant que des suppositions, ne peuvent servir de guide à une pratique judicieuse.

Étude spéciale et médicale de quelques ommies.

11405. Ici se termineraient les considérations relatives aux maladies des yeux qui rentreraient essentiellement dans le cadre de cet ouvrage; car on est convenu de rapporter à la chirurgie l'étude détaillée des ommopathies. — Nous ferons cependant ici quelques annotations sur divers points pratiques de l'ophtalmologie, et nous reproduirons deux mémoires publiés par nous depuis plusieurs années. L'un d'entre eux contient des documents qui nous paraissent utiles sur une affection de la conjonctive et des paupières qui a régné épidémiquement après le choléra de 1832; l'autre traite d'une affection névropathique appelée depuis longtemps par nous *irisalgie*, et dont l'œil est à coup sûr le point de départ. Nous prions le lecteur de lire avec attention ce travail, parce que l'histoire de l'irisalgie que nous appellerons à l'avenir *ommonévrie périasiatique* ou *péricectasique* servira peut-être à éclaircir plus d'un point obscur des affections auxquelles on a donné le nom de névroses.

CHAPITRE II.

ANNOTATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS DES YEUX ET DE LEURS ANNEXES.

Compression extérieure remédiant à une tumeur lachrymale.

11406. Dans un cas de cystodycrectasie (dilatation du sac lachrymal) existant depuis plusieurs semaines, dans lequel existait une fluctuation évidente, et où il y avait un écoulement habituel de larmes, nous exécutâmes sur cette tumeur une pression énergique dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, et par conséquent dans la direction du *rhinangiodycere* (canal nasal). La partie saillante s'af-

faissa ; la malade sentit couler un liquide dans la fosse nasale correspondante. Le lendemain la cystodyrectasie était de nouveau apparente ; nous recommandâmes à cette dame de renouveler plusieurs jours de semblables pressions, et nous fûmes assez heureux pour voir les accidents se dissiper complètement en moins d'un mois. Dix ans après, nous avons revu cette personne, et la guérison avait été solide ; évidemment il avait existé ici, dans le canal nasal, un obstacle au cours des larmes, obstacle surmonté ensuite par la pression.

Traitement de certains accidents qui suivent l'opération de la fistule lachrymale.

11407. Dans les jours qui suivent immédiatement l'opération de la fistule lachrymale, lorsque la canule de Foubert, modifiée par Dupuytren, a été placée, il arrive parfois que la tumeur continue à être saillante, que la plaie ne se cicatrise pas, et que des larmes mêlées de pus continuent à s'écouler de temps en temps par l'ouverture extérieure. Or, nous avons vu, dans des cas pareils, les chirurgiens les plus habiles prescrire des applications styptiques, astringentes, etc. En vérité il est temps que l'on fasse justice dans des cas pareils, de ces médicaments illusoires ! N'est-il pas évident que dans les cas précités il s'agit seulement d'une oblitération ou d'une emphraxie de la canule soit par le sang qui s'est écoulé lors de l'opération, soit encore par le pus, qui se sont endurcis dans ce canal artificiel. Que peuvent faire ici les médicaments dont on se sert ? En général, il est vrai, les larmes dissolvent peu à peu ces concrétions et leur cours se rétablit ; mais les seules choses raisonnables à tenter dans de semblables circonstances consistent : 1° à exécuter des pressions sur la tumeur pour forcer les liquides contenus à se diriger vers le conduit métallique ; 2° à faire exécuter par le malade un renflement énergique, alors que les narines et la bouche sont fermées, d'où résulte une sorte d'aspiration des liquides indurés contenus dans la canule ; 3° à introduire par la plaie non encore cicatrisée, soit un stylet qui débouche le conduit, soit l'extrémité d'une seringue qui serve à y pratiquer des injections.

Annotations pratiques relatives aux blépharommites ou inflammations de la conjonctive.

11408. Un grand nombre d'ophtalmologistes, bien que s'étant fort peu inquiétés de la question de savoir ce qu'étaient le rhumatisme, le scrophule ou les dartres, ont, comme nous l'avons vu (n° 11404), admis des espèces d'ophtalmies fondées sur l'influence étiologique attribuée à de telles causes. Or, l'*ophtalmie simple* des au-

teurs est une *proommite*; l'*ophtalmie* dite *scrophuleuse* comprend diverses lésions, telles que des hémies, des ites, des elcosies, des anomotrophies, soit de la conjonctive, soit des autres parties constituant de l'œil, et se manifestant chez des enfants, des adolescents, des femmes dont l'organisation est peu énergique, et dont le cœur débile ne donne pas une énergie suffisante à la circulation lymphatique. L'*ophtalmie* dite *rhumatisme* n'est autre chose que la phlegmasie de la sclérotique ou *périommite*, qui malheureusement s'étend souvent à l'iris, et coïncide en général avec les lésions variées des autres parties du système fibreux. — Admettre sous le nom d'*ophtalmie* dartreuse une inflammation de l'œil, ce serait supposer l'existence d'un *vice dartreux* qui présiderait à des dermies très-variées, et cela alors que les dermopathologistes ont considéré l'existence de ce vice comme entièrement hypothétique.

11409. Il importe bien autrement de savoir : quel est le siège des diverses affections phlegmasiques de l'œil ; de rechercher si la conjonctive elle-même, si la sclérotique, si la cornée sont affectées ; de déterminer si les trichadènes (n° 10661), les liposadènes (n° 10662) bléphariques, sont ou non malades, etc. Le traitement en effet repose en très-grande partie sur de tels documents et non pas sur des spéculations en rapport avec les idées que l'on s'est forgées sur les vices rhumatismal, scrophuleux ou dartreux.

Proommites consécutives à l'action de divers virus et à la présence de corps étrangers.

11410. Certaines proommites sont évidemment causées par des virus ; il en est ainsi des ophtalmies produites par le siphyllose (n° 11404), par le contact du pus de l'iosurétrite, par l'hippiose (n°s 11404, 5092), etc. On doit tenir compte de l'influence exercée par ces agents, car de telles influences modifient puissamment la thérapie des affections de l'œil.

Causes mécaniques et causes variées des proommites et dont il est urgent de tenir compte en pratique.

11411. Dans toute *proommite* il est urgent d'examiner avec un soin extrême les surfaces en contact de la conjonctive, et surtout les points où cette membrane se replie, pour recouvrir l'œil d'une part, et les paupières de l'autre. Parfois on y trouve de très-petits corps étrangers, des particules métalliques, des fragments de charbons, comme il en arrive chez les personnes qui, ayant voyagé en chemin de fer, ont été exposées au courant d'air entraînant la fumée. Il suffit

de la moindre tumeur, et d'une saillie formée par une glandule ou par une veinule dilatée sur les surfaces en contact de la membrane muqueuse de l'œil, pour que l'ophtalmie persiste, et lorsque de telles causes continuent à agir, on ne guérit pas l'*ophtalmie* par des médicaments ou par des applications quelles qu'elles soient, mais bien par des moyens chirurgicaux dirigés contre ces causes mécaniques. — On en peut dire autant, soit de légères ulcérations de la cornée, surtout alors que leurs bords saillants causent de vives douleurs, et entretiennent la phlegmasie de la conjonctive ; soit des cils déviés et dirigés vers le globe de l'œil (*trichiasis* des auteurs). — S'il arrive encore que les paupières se trouvent écartées l'une de l'autre, si la conjonctive reste en contact habituel avec l'air, il en résulte le dessèchement et la phlegmasie consécutive de cette membrane. — La destruction des cils, résultat fréquent de trichadénites des paupières, est encore une cause matérielle de proommite ; en effet, le contact fréquent avec la conjonctive, soit de l'air, soit des corpuscules étrangers, est alors une cause très-ordinaire de phlegmasies. — Les phlebemphraxies (n° 2427), les phlebectasies (n° 2427) conjonctiviques sont encore des causes anatomiques possibles de proommites.

11412. Les travaux excessifs de cabinet, l'action de regarder fixement des corps lumineux, conduisant à tenir longtemps de suite les paupières ouvertes, provoquent aussi, d'une manière tout à fait matérielle, le développement des phlegmasies de l'œil et des paupières.

Proommites liées à des odontopathies.

11413. Lorsque l'on tient un compte suffisant de l'action possible de ces causes physiques et mécaniques, on arrive le plus souvent à trouver que les proommites rapportées par les auteurs aux prétendus vices dont il a été parlé (n° 11404), sont dues à des agents matériels tout à fait appréciables. Ajoutons même que la carie ou que la pousse d'une dent peut aussi donner lieu à des inflammations de la conjonctive. Dès les premiers temps de notre pratique médicale, nous avons même fait un Mémoire, qui a été depuis égaré, et dans lequel un grand nombre de faits où il s'agissait de l'influence des odontopathies sur les ommies (affections des yeux) avaient été réunis. Il avait le plus souvent suffi de remédier dans ces cas à l'affection dentaire pour voir se dissiper la phlegmasie oculaire. On sait aussi que chez les très-jeunes enfants la conjonctivite est souvent liée au travail de la dentition.

11414. Les proommites persistant pendant un temps qui dépasse celui où durent les phlegmasies en général (de 1 à 8 jours), surtout lorsqu'elles résistent aux moyens ordinaires, sont presque toujours entretenues par l'action de quelque circonstance physique et mécanique de la nature de celles qui viennent d'être énumérées; elles peuvent l'être aussi par quelque état organique fort peu connu, sans doute, mais à coup sûr matériel, et qui, agissant sur la circulation de la conjonctive, trouble cette circulation, et est produite par : le syphiliose (n° 11404); le virus de l'iosurètrite (n° 11211); le septiciose (n° 4787); l'hippiose (n° 11404); le lépriose (n° 11404); etc. C'est la manière dont le mal s'est déclaré, c'est sa marche, ce sont les circonstances commémoratives, les lésions coïncidentes, et certains caractères spéciaux de ce mal, c'est parfois encore l'insuccès des médications ordinaires, le tout rapproché des résultats heureux obtenus de l'action propre à certains spécifiques, qui peuvent éclairer la difficile diagnose d'un grand nombre de phlegmasies ophtalmiques. Ainsi, le premier soin dans la curation de toute proommite, ou même de toute ommopathie, est de s'enquérir minutieusement si des agents physiques ou mécaniques, ou des causes virulentes, ont présidé à leur développement ou les entretiennent. C'est là le point culminant dans l'étude et dans le traitement des maladies des yeux. Une telle proposition, qui nous paraît être d'une vérité incontestable, suffit pour prouver que l'ophtalmologie n'est pas une branche à part de la médecine ou de la chirurgie, et que le meilleur spécialiste, alors qu'il s'agira des affections de l'œil, sera le médecin ou le chirurgien le plus largement instruit et le plus adroit.

MOYEN MÉCANIQUE TRÈS-SIMPLE DE REMÉDIER A DIVERSES LÉSIONS DE LA CONJONCTIVE.

11415. Les principales circonstances anatomiques qui entretiennent les proommites sont les suivantes : 1° l'air vient à chaque instant pendant la veille frapper la surface oculaire de la conjonctive; le seul moment où il n'en arrive pas ainsi, est celui où les paupières se rapprochent pendant de très-courts instants. Les larmes, en effet, ont pour usage, d'établir sur le proomme (conjonctive) une couche liquide qui prévienne le contact direct du fluide atmosphérique, et qui favorise les glissements des deux surfaces muqueuses en rapport. Toutes les fois que les paupières restent entr'ouvertes longtemps de suite, et que le produit de la sécrétion lachrymale n'est pas répandu sur la conjonctive, une proommite se déclare. Cela arrive lors d'une anervismie des muscles palpébraux (orbiculaire et

releveur), lors d'une hypémie (n° 3814), ou d'une anhydrémie (n° 3878), ayant hypodynamisé (affaibli) l'organisme à un degré prononcé; — 2° le contact incessant de la lumière exaspère infiniment la proommite (surtout lorsque cette phlegmasie de la conjonctive a causé la congestion, ou une hypernervisme, soit de la rétine, soit de l'iris, ou encore lorsque la kérate (cornée transparente) est enflammée ou ulcérée); — 3° les mouvements des paupières sur le globe de l'œil causent des frottements entre des parties enflammées (dont quelques points sont souvent plus saillants par suite d'angiectasies ou d'engorgements partiels), sont surtout les causes de vives douleurs, et de la persistance du mal. Ainsi : contact de l'air, dessèchement des surfaces, action de la lumière, clignotement, telles sont les quatre circonstances matérielles qui sont les plus aptes à entretenir la proommite. — En maintenant les paupières fermées et immobiles, on peut éviter l'action de telles causes. Aussi voit-on fréquemment le matin l'œil atteint de proommite être moins rouge et moins douloureux que le soir. Seulement il arrive parfois que lors du réveil, du mucus puriforme ou purulent est contenu entre les paupières; d'autres fois ce mucus se dessèche en formant des blennolithes (concrétions de mucus), ou des pyolithes qui collent les cils entre eux, et il en résulte de très-graves inconvénients, soit pour l'œil lui-même, soit pour la conservation des poils palpébraux. — En tenant constamment fermé l'œil malade, et en évacuant de temps en temps les larmes, le mucus et le pus qui s'accumulent dans le sillon que laissent entre eux le globe oculaire et les paupières rapprochées, on évite les circonstances fâcheuses dont il vient d'être fait mention. Pour obtenir l'occlusion habituelle des replis palpébraux on peut employer divers moyens, tels que : des applications de compresses trempées dans une liqueur dite émolliente; de la charpie, du coton, ou mieux de l'agaric, soutenus par quelques tours de bande exerçant une légère compression. Malheureusement, celle-ci, dans plus d'un cas, cause des douleurs et exaspère le mal. D'ailleurs, la chaleur que ces bandages causent sur l'œil a souvent de l'inconvénient. L'appareil très-simple que voici remplit exactement les indications précédentes.

11416. Une pièce de taffetas ichthyocollé est découpée de façon à former une bandelette dont la largeur est de cinq à huit millimètres, et dont la longueur est celle de la paupière supérieure (à peu près trois centimètres cinq millimètres). Trois bandelettes, dont une

moyenne, et deux autres latérales, de la largeur de cinq millimètres, séparées l'une de l'autre d'à peu près un centimètre, sont conservées sur le bord inférieur de la bande dont il s'agit, et se réunissent à quinze millimètres plus bas avec le bout supérieur d'une autre bande analogue à celle qui vient d'être décrite. Il reste alors entre les bandelettes un espace vide, qui donne à tout l'appareil l'aspect d'une petite compresse fenêtrée présentant deux larges ouvertures carrées séparées au milieu par la bandelette moyenne.

11417. La bande supérieure étant parfaitement imbibée d'eau tiède est appliquée sur la région de la paupière d'en haut la plus voisine du rebord palpébral, et de façon à ce que les bandelettes que l'on a laissées sécher, soient tournées par en bas. Lorsque l'agglutination du taffetas ichthyocollé est parfaite, et pour cela il faut attendre au moins quelques minutes, on mouille avec le plus grand soin la bande inférieure ; puis, on maintient la paupière supérieure abaissée, on applique et l'on agglutine de la manière la plus exacte cette bande inférieure sur la joue ; de cette façon, les bandelettes qui réunissent les bandes, tirent en bas le rebord palpébral supérieur, qui, au moment où le dessèchement complet de l'appareil est opéré, se trouve invariablement fixé sur le rebord palpébral inférieur.

11418. L'application du petit appareil qui vient d'être indiqué est loin d'être aussi facile que l'on pourrait le croire. — De la dextérité, beaucoup de patience *et de temps* permettent seuls d'obtenir un dessèchement complet des pièces de taffetas ichthyocollé. — Chez les individus dont les téguments palpébraux sont très-ridés, la plaque supérieure est très-difficile à placer. — Dans ce cas, en effet, la peau des paupières doublée d'un tissu cellulaire très-lâche, est seule tirée par en bas, tandis que les muscles palpébraux ne cessent point d'exécuter des mouvements d'élévation et d'abaissement. — Pour éviter cet inconvénient, il faut que la plaque de taffetas supérieure soit appliquée principalement et presque exclusivement sur cette partie très-mince et adhérente des téguments, qui se trouve située immédiatement au-dessus de l'implantation des cils supérieurs. — Il est encore urgent que la bande ou plaque supérieure n'ait pas trop d'étendue, et qu'elle ne déborde pas l'espace qui est en rapport avec le globe de l'œil ; s'il n'en était pas ainsi, de la gêne pour le malade en serait la conséquence. — Les espaces conservés entre les bandelettes doivent avoir une certaine largeur, et cela à l'effet, soit de pouvoir facilement décoller les cils agglutinés, soit d'évacuer les

liquides accumulés entre les bords juxtaposés des paupières. — Un des grands avantages de l'appareil dont il s'agit est en effet de permettre un semblable soin dont l'importance est souvent telle, que dans bien des cas de proommites varioliques ou autres, la stagnation, et l'accumulation de liquides purulents ou virulents entre les paupières et le globe de l'œil sont les circonstances les plus propres à déterminer des kératélcosies (n° 11401), des akératodiaphanies (n° 11401), et par conséquent la perte de la vue. — Il est donc urgent, dans toute proommite variolique ou virulente, de laver les paupières avec le plus grand soin, de faire dissoudre avec l'eau tiède et de l'huile, les croûtes qui s'y forment (n° 10949), et d'écarter de temps en temps les rebords palpébraux (1). Une telle pratique est, pour les malades, beaucoup plus utile que ne le sont les innombrables *collyres* que d'ordinaire l'on emploie dans des cas pareils.

11419. Pour rendre les bandelettes appliquées entre les bandes (n° 11416), plus molles au toucher, on pourrait enlever la couche d'ichthyocolle qui les recouvre. Il serait encore possible d'y substituer un ruban de soie très-étroit, ou des fils que l'on fixerait d'une manière quelconque aux plaques de taffetas ichthyocollé, soit supérieure, soit inférieure.

Emploi de bandelettes de collodion. — Applications pratiques de l'appareil blépharostatique.

11420. La découverte du collodion et de ses applications pratiques permet de placer un appareil du même genre avec beaucoup plus de facilité, c'est-à-dire qu'au lieu de se servir du taffetas ichthyocollé on agglutinera des pièces d'un tissu mince de soie sur l'une et sur l'autre paupière au moyen du coton dissous dans l'éther. A l'aide de ce procédé, l'un des plus grands inconvénients attachés à l'emploi du moyen précédent, c'est-à-dire le détachement de l'appareil par les larmes, est évité. — Nous croyons que la connaissance des propriétés du collodion rendra plus fréquent l'emploi de l'appareil blépharostatique.

11421. Dans plusieurs cas de proommites qui, malgré l'emploi d'un grand nombre de médicaments, s'étaient longtemps prolongées, nous avons pratiquement tiré le plus grand parti du moyen qui vient d'être décrit. — Il en est arrivé ainsi lorsque des inégalités produites par des dilatations vasculaires existant sur les faces contiguës

(1) Voyez le traitement des trichadenities (n° 10892).

de la conjonctive entretenaient la phlegmasie. *En 24 heures nous avons vu se calmer et en 48 heures se guérir des proommites qui duraient depuis des semaines.* Presque toujours l'application de l'appareil blépharostatique soulage au moins les malades. — Ce n'est pas seulement dans les phlegmasies de la conjonctive que l'emploi de ce procédé est indiqué. Il doit principalement convenir à la suite de l'opération de la cataracte par kératomie (incision de la cornée); dans un tel cas, l'immobilité de la paupière est en effet l'un des principaux moyens de traitement; pour l'obtenir, on se sert en général de corps mous appliqués sur l'œil opéré, et maintenus par un bandage. Celui-ci entretient une chaleur vive, cause une compression qui n'est pas sans inconvénient, et ne permet pas de savoir quel est, au-dessous, l'état des parties. Nos plaques *blépharostatiques* n'ont en rien de tels inconvénients; elles s'opposent aux mouvements dangereux qui résulteraient des frottements exercés sur la plaie de la cornée lors du clignotement, par la face palpébrale de la conjonctive. — Des considérations du même genre sont applicables au traitement consécutif à l'abaissement de la cataracte, à la perforation artificielle de l'iris, et à la plupart des opérations que peuvent exiger les lésions de la cornée ou de la conjonctive.

Annotations relatives à quelques points de la thérapie des proommites (ophtalmies).

— Collyres avec le sulfate de zinc.

11422. Sous l'influence d'excès d'étude, de nuits passées à lire, de l'éclat d'une lumière vive agissant longtemps de suite, survient parfois une rougeur assez vive à la caroncule lachrymale et qui ne tarde pas à s'étendre sur toute la surface de l'œil et des paupières; cette très-légère phlegmasie qui dure souvent d'une manière indéfinie, est accompagnée d'un prurit extrême. Elle peut s'étendre à des parties de l'œil plus profondes, et se compliquer d'états anatomiques plus graves. En conséquence, il faut aussi promptement que possible l'arrêter dans sa marche. La plupart des moyens employés pour s'y opposer échouent. Atteint de cette indisposition depuis plusieurs jours, nous nous en sommes débarrassé en vingt-quatre heures en instillant le soir entre les paupières, ainsi que me l'avait conseillé mon ami le docteur Robert, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, une goutte d'un collyre composé avec : Eau de rivière, 25 grammes; sulfate de zinc, 5 centigrammes. Or, depuis ce temps il nous est arrivé maintes fois d'obtenir de l'emploi de collyre et sur des personnes atteintes de la même affection, un résultat très-

avantageux. La médication dont il s'agit ne réussit pas à beaucoup près d'une manière aussi marquée dans les cas de proommites plus graves et dues à d'autres causes.

Évacuations sanguines, dérivatifs, etc., employés contre la proommite.

11423. C'est exclusivement dans les proommites très-intenses et accompagnées de panhyperémie (n° 3783) ou d'hémite (n° 1078), que nous avons vu dans la proommite les saignées générales avoir de l'efficacité; des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées, faites aux tempes, à la région malaire, nous ont paru dans plus d'un cas aigu calmer les accidents et faire même dissiper l'ophtalmite. Nous rejetons comme douloureuse et comme dangereuse l'apposition de quelques sangsues sur les faces externe ou interne de la conjonctive palpébrale; de petites ulcérations succèdent parfois aux morsures qu'elles font, et des ecchymoses plus ou moins considérables s'étendant au loin dans le tissu cellulaire blépharique sont les conséquences presque inévitables de ces applications de sangsues. On ne conçoit pas, en vérité, comment il se fait que certains praticiens dans les cas d'hémorrhagies *ethmobléphariques* (dans le tissu cellulaire palpébral) développées à la suite d'un coup ou d'une chute, fassent apposer des sangsues sur les paupières. Non-seulement en agissant ainsi ils n'évacuent pas, comme ils se proposent de le faire, le sang épanché dans le tissu cellulaire, mais encore ils déterminent des hémorrhagies nouvelles. Il suffit de voir une fois les ecchymoses qui ont lieu à la suite des saignées locales faites sur les paupières pour prouver l'exactitude de la proposition précédente.

11424. Longtemps, dans notre pratique, nous fondant sur les conseils d'Ambroise Paré, et sur les opinions émises par des physiologistes et des pathologistes modernes, nous avons appliqué à la nuque, et cela dans l'intention de guérir des proommites chroniques, des vésicatoires et des sétons. L'expérience de trente années de pratique ne nous a pas fait voir qu'il existât une *sympathie* dont la thérapie pût tirer parti entre l'œil et les téguments de la partie postérieure du cou. Dans de tels cas des vésicatoires volants appliqués à la tempe ou derrière le pavillon de l'oreille ont eu plus d'avantage que l'emploi des moyens précédents.

Hémorrhagies bléphariques.

11425. Trop souvent on a vu avoir recours à des évacuations sanguines locales et à une médication antiphlogistique pour remédier

à des taches très-rouges, nettement circonscrites et plus ou moins larges, qui s'étaient tout à coup développées dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, à la suite d'un effort musculaire ou respiratoire, et cela principalement chez des individus panhypérémiques, ou dont la circulation était languissante. Ce sont là des conséquences d'angioclasies (ruptures vasculaires) qui réclament plutôt des applications astringentes que des émollients.

MÉMOIRE SUR LA SEPTIPROOMMITE (1)

OU

OPHTALMIE PALPÉBRALE ÉPIDÉMIQUE, OBSERVÉE A LA CLINIQUE
DE LA PITIÉ AU MOIS D'AOUT 1832 (2).

11426. Reil est sans doute l'un de ceux qui ont le mieux étudié l'ophtalmie dite glanduleuse. Il a décrit avec soin les granulations et les végétations des paupières, qui, au rapport de Wetch, avaient été désignées par Rhasès sous le nom de sycosis ou de *trichoma*. Reil pense que cette phlegmasie peut être la source du coryza et de maladies des voies lacrymales; il note l'ectropion comme une de ses conséquences, et cherche à tracer, dans un parallèle bien fait, les différences qui séparent les ophtalmies membraneuses des ophtalmies glanduleuses,

11427. Bruant et Savarési décrivirent avec soin les symptômes de l'ophtalmie d'Égypte (ophtalmie catarrhale des Allemands), déjà étudiée par Prosper Alpin. Après les expéditions anglaise et française en Égypte, lorsqu'une proommite grave et puriforme se manifesta, les travaux se succédèrent, et l'on s'occupa avec soin des causes, des symptômes, du caractère, du traitement de ce mal. Mongiardini, Edmonstone, Scarpa, Beer, Wetch, Travers, Guillié, Weller, Samuel Cooper, Mackensie, etc., publièrent des travaux sur ce sujet, et la question de la contagion surtout éleva une polémique active.

(1) Ce mot, bien qu'un peu long, exprime très-bien ce fait pour nous avéré : que la proommite ici décrite, est due à une cause septique en rapport avec l'encombrement.

(2) Nous reproduirons ici, sauf quelques suppressions peu importantes, ce mémoire publié par nous en 1832 dans la clinique médicale de la Pitié. Par conséquent, les travaux publiés depuis sur ce sujet n'y sont pas mentionnés.

Étiologie.

11428. La maison de refuge, élevée par les soins éclairés de M. Debelleye, reçut deux cent cinquante orphelins dont les parents avaient été victimes du choléra. Les murs en avaient été récemment blanchis, la propreté y régnait. Des tanneries étaient situées au voisinage; les exhalaisons de fosses d'aisance s'y faisaient sentir; les enfants *en grand nombre* dans leurs dortoirs, jouaient souvent dans une cour; enfin des insectes nombreux et des éruptions teigneuses faisaient, chez plusieurs d'entre eux, du cuir chevelu un centre de fluxion. Sous l'empire de ces circonstances, et lorsque ces enfants avaient été mouillés par une averse, tous, à l'exception d'un seul, furent successivement atteints par une proommite dont nous allons tracer les caractères principaux.

11429. Quelques médecins ont attribué le mal à du sable fin que les enfants se seraient jeté dans les yeux, et rappellent ainsi la théorie de Prosper Alpin sur la cause de l'ophtalmie d'Égypte, ou les expériences de Savarési, qui, ayant introduit de l'argile en poudre entre les paupières de quelques chiens, vit se manifester l'ophtalmie, tandis qu'elle n'eut pas lieu lorsque ce fut du nitre qu'il instilla. Mais il s'en faut de beaucoup que tous les enfants de la maison de refuge aient été soumis à cette cause dont l'effet ne peut être que momentané, et plusieurs d'entre eux furent malades ultérieurement et dans des lieux où il n'y avait pas de sable auquel la maladie pût être attribuée. — D'autres en ont accusé les murs teints en blanc, et on a cité un fait de ce genre dans lequel l'ophtalmie se manifestait toutes les fois qu'on renouvelait cette couche blanche; or, ce n'était pas l'organe même de la vision qui devenait malade, mais bien la conjonctive, et l'on ne voit pas comment la vue d'un corps blanc pourrait déterminer cette phlegmasie. Si les Lapons dans leurs neiges, si les Égyptiens au milieu de leurs sables brillants, sont atteints de proommite, il y a pour eux bien d'autres causes de cette maladie, et les huttes enfumées des uns, le défaut de soins hygiéniques chez les autres, doivent aussi être comptés pour quelque chose. Le contact de la lumière n'a pas été plus défavorable pour les enfants que nous avons eus à soigner que l'obscurité à laquelle ils ont été soumis. — Quelques personnes ont cru que l'odeur des fosses d'aisance aurait pu occasionner chez les enfants de la maison de refuge quelque chose d'analogue à la mitte des vidangeurs; mais rien ne prouve la réalité de cette assertion. — Quant aux pleurs

fréquents, ils étaient bien propres à favoriser le développement de la maladie, et à en aggraver les symptômes, mais non à les produire.

— Il nous a semblé un moment que la démangeaison produite par les insectes dans le cuir chevelu (n° 11343), avait pu déterminer l'irritation de celui-ci ; que la sécrétion de fluides irritants en avait été la conséquence, et que ceux-ci, portés ensuite sur la conjonctive par les doigts des enfants, avaient pu occasionner la proommite ; mais cette supposition est loin de satisfaire l'esprit, et il faut rapporter à une loi plus générale le développement de cette épidémie.

11430. C'est surtout dans les grands rassemblements d'hommes que l'on a vu régner la proommite sous forme épidémique. C'est ce qui arriva en Égypte dans les divisions où l'observèrent Bruant et Savarési. Wetch, sur un bataillon de 700 hommes, vit 633 cas de cette affection ; c'est dans le 6^e régiment de ligne italien que Scarpa l'observa ; Mongiardini attribue son apparition en Italie à l'arrivée d'un bâtiment qui portait des prisonniers français. Lorsque plusieurs hommes vivent ensemble dans un air malsain, dit Beer, on voit l'ophthalmie suppurative aiguë de la conjonctive survenir même chez ceux qui sont doués de la plus forte constitution. Samuel Cooper partage cette opinion, et Guillié fait mention de deux équipages venant de la côte d'Afrique, dans lesquels les nègres qui occupèrent la cale, puis les marins eux-mêmes furent atteints par l'ophthalmie épidémique. Au moment du départ, aucun des individus qui s'embarquèrent n'avait été malade. C'est dans les grands établissements consacrés aux enfants que se voit surtout l'affection dont il s'agit, affection que MM. Guersant et Moreau ont souvent observée dans leur service.

11431. Ainsi, la circonstance qui fait que le millet revêt une forme septicémique (n° 5002), que la bronchite et l'amygdalite prennent les caractères du croup épidémique (n° 6395) ou de l'angine couenneuse (n° 7870), que l'entérite se complique d'accidents funestes (n° 8000), que le choléra se présente avec le plus haut caractère de gravité (n° 5045) ; cette circonstance qui détermine le typhus, l'encombrement, enfin, ou l'habitation dans un local resserré dont l'air n'est pas renouvelé, sont aussi les conditions capitales sous l'empire desquelles se développe la *septiproommite*.

11432. Des faits nombreux ont prouvé que l'ophthalmie dite catarrhale étant une fois développée sous l'influence septique, le mucopus appliqué sur l'œil d'un autre individu, peut déterminer le

même mal. Ceci n'est point un objet de discussion pour celle qui suit l'iosurétrite. Chaussier vit un cas où le pus de l'un des yeux, porté dans ceux d'une autre personne, y occasionna la même maladie. Astruc et Martens avaient déjà observé des faits du même genre. — Il est vrai que Roux, Graëfe, et Samuel Cooper lui-même, n'ont pas vu en France l'ophthalmie se communiquer de soldats à d'autres soldats. Edmonstone a observé que le mucopus déposé dans les yeux fait déclarer la maladie. Mac-Grégor parle, entre autres faits, d'une nourrice qui perdit un œil pour avoir fait sauter entre ses paupières, et en injectant les yeux de son enfant, une certaine quantité de liquide. MM. Guersant et Guillié ayant appliqué de la mucosité purulente, formée par la conjonctive malade, sur les yeux d'enfants aveugles, mais où il n'y avait pas d'autres maladies des paupières ou du globe oculaire, la septiprooommite se communiqua. Il n'y a que Mackensie, chirurgien militaire anglais, cité dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal*, qui se soit appliqué impunément sur les yeux du pus formé dans l'*ophthalmie catarrhale*.

11433. Cette affection peut-elle se communiquer à distance ? La plupart des auteurs le nient. Mac-Grégor fait observer que la contagion n'a lieu que dans des rapports intimes entre les individus, et si les nourrices qu'il a citées contractèrent la maladie, il n'en fut pas ainsi des infirmiers qui soignaient les enfants. A la Pitié, nous n'avons qu'un seul fait à citer. Une fille de service qui passa deux ou trois nuits dans la salle où couchaient nos petits enfants fut atteinte de septiprooommite. L'air y avait été mal renouvelé, et l'odeur de cette pièce infectait. Du reste, cette femme fut assez promptement guérie. Il en sera parlé plus tard à l'occasion du traitement. Y a-t-il eu ici contact du pus ? C'est ce qu'il n'est pas possible de dire. On peut expliquer ce fait tout aussi bien par l'*infection* (n° 1262) que par la *contagion* (n° 1258). Il paraît aussi que plusieurs enfants de l'école Cochin qui communiquèrent avec les orphelins affectés du même mal furent eux-mêmes atteints, et MM. Bouvier et Boutin m'ont assuré que plusieurs infirmières à l'hôpital des Bons-Hommes en ont aussi été frappées ; une des religieuses de cet établissement a même perdu la vue à la suite de cette affection ainsi communiquée.

11434. Les symptômes de la septiprooommite, étudiés sur quatorze sujets, ont été les suivants : — Au début : rougeur, chaleur légère, et douleur de la conjonctive palpébrale, sensation d'un corps étranger qui porte l'enfant à se frotter l'œil ; photophobie. Le len-

demain, rougeur plus vive, tuméfaction marquée de la paupière supérieure, qui, présentant à l'extérieur une teinte assez semblable à celle de la thélodermite périasiatique (érysipèle), mais cependant plus foncée, pâlit un peu sous la pression du doigt; larmolement involontaire, rougeur de la membrane pituitaire du côté correspondant. Les cils sont déjà agglutinés le matin par une humeur devenue concrète et d'une apparence jaunâtre. Cependant, les jours suivants, la paupière supérieure se tuméfie de plus en plus, et acquiert le volume d'une amande; la tumeur finit au sourcil. La conjonctive est soulevée par le tissu cellulaire palpébral œdémateux; quelquefois elle forme un bourrelet qui se renverse au dehors, et forme alors un ectropion assez facile à réduire, mais qui bientôt se reproduit; la paupière supérieure s'abaisse, et recouvre l'inférieure; les cils de celle-ci sont couchés en bas, et le pli que la paupière supérieure fait ordinairement au-dessous de l'arcade orbitaire, et qui facilite les mouvements, est effacé et remplacé par une tuméfaction considérable. Alors l'enfant ne peut plus relever cette paupière, qui, toujours abaissée, s'accôle d'une manière de plus en plus intime avec la peau de la paupière inférieure. Pour parvenir à détacher ces parties, les petites malades ouvrent la bouche, penchent leur tête en avant, contractent les muscles de la face, d'où résulte l'abaissement des ailes du nez et des commissures des lèvres: de là un facies tout à fait spécial et bizarre.

11435. Lorsque cette maladie est parvenue à ce degré, ce qui a lieu en peu de jours, si l'on vient à imbiber la matière qui réunit les paupières et à détacher les cils qui les unissent, des larmes et de la mucosité puriforme s'échappent en assez grande quantité pour imiter le liquide qui s'écoule d'un abcès que l'on vient d'ouvrir. Cette évacuation soulage les enfants, et les mouvements de l'œil deviennent moins difficiles.

11436. L'apparence du liquide formé varie suivant l'époque de la journée où on l'examine, et suivant le temps pendant lequel il est renfermé entre l'œil et ses enveloppes. Le matin et lorsqu'il a longtemps séjourné, il est semblable à du pus; dans les circonstances opposées, il est plus clair (n° 433). Par la fosse nasale correspondante à l'œil malade, il s'écoule un fluide semblable, qui probablement vient des voies lacrymales. Lorsque l'on parvient à ouvrir l'œil, on voit souvent de la mucosité concrète déposée à la surface de la cornée transparente; mais elle n'y adhère pas, et le moindre mouvement des paupières suffit pour l'en détacher. La quantité de

cette humeur varie suivant le degré de la maladie, la constitution des sujets et les soins que l'on prend des malades. Déposé sur un linge, le liquide en se desséchant forme une tache jaunâtre entourée d'une aréole plus blanche. En s'écoulant sur la joue et en se desséchant, ce fluide produit des croûtes furfuracées; rarement existe-t-il au-dessous de légères excoriations.

11437. La conjonctive oculaire est bien moins affectée que celle des paupières; la rougeur légère qui s'y fait remarquer est plus intense loin de la cornée qu'auprès d'elle, et forme un cercle qui lui est concentrique. Il est rare qu'il y ait *chémosis*. Dès le commencement de la maladie, la cornée est toujours saine. Plus tard il n'en est malheureusement pas ainsi chez tous les sujets. Lorsque la paupière supérieure reste longtemps très-tuméfiée et forme un *ectropion* volumineux, la cornée transparente s'altère évidemment de dehors en dedans; ses lames extérieures se ramollissent d'abord, semblent se séparer les unes des autres comme les feuillets d'un vieux livre. Il arrive enfin un moment où, la cornée se perforant, l'humeur aqueuse s'écoule, l'iris vient faire hernie au dehors et constituer une saillie remarquable, recouverte bientôt d'une membrane accidentelle qui se forme à sa surface. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet. — D'abord la conjonctive est lisse et unie. Plus tard on y distingue au grand jour des granulations, et, chez quelques sujets, celles-ci se fendillent davantage, grossissent, occupent les points divers de la conjonctive palpébrale, viennent se replier sur le globe de l'œil, et présentent divers végétations décrites par les auteurs, et à la présence desquelles ils attribuent l'opiniâtreté de cette maladie. — C'est très-lentement, et après des semaines, que les paupières reviennent à leur volume normal. Longtemps elles restent rouges. La plupart de nos petites malades sont sorties dans un assez bon état, mais il restait encore de la rougeur aux paupières. Il paraît que dans d'autres cas, on a vu cette rougeur se continuer durant plusieurs mois.

11438. Telle est la marche de la maladie dans son état de simplicité; elle peut se compliquer d'irisite, et dans ce cas : douleurs au sourcil, difficulté à supporter la lumière, déformation de l'iris, changements dans sa coloration, et *vomissements*. Nous ne pensons pas qu'il y ait eu dans notre service d'irisite bien marquée. Seulement une infirmière a éprouvé des douleurs dans l'œil lui-même; mais il faut remarquer qu'on avait irrité dans ce cas la conjonctive avec du vin.

11439. Divers états organopathiques ont co-existé; il y a eu plusieurs cas de rougeole et de variole; la marche de l'ophtalmie n'en a pas été modifiée. Dans une variodermite, treize jours s'écoulèrent entre l'éruption des boutons et la complète dessiccation, et la septiproommite continua sa marche comme à l'ordinaire. A peine fut-elle modifiée par la cautérisation avec l'azotate d'argent de boutons varioleux développés sur le limbe des paupières inférieures; une petite fille de trois ans, qui paraissait à son entrée très-bien portante, eut la rougeole, toussa, fut atteinte d'entérorrhée, dépérit; ses yeux ne se guérèrent pas, la cornée d'un côté se perfora; à la mort, on trouva d'innombrables tubercules dans les poumons.

11440. M. Bourjot-Saint-Hilaire a consigné, dans le *Journal Hebdomadaire*, le résultat de cette nécroscopie. Ce médecin et moi, nous avons disséqué les yeux avec beaucoup de soin, et nous avons fait les remarques suivantes: — 1° *Paupières.* Pendant la vie, elles étaient d'un rouge vif, tuméfiées; la supérieure surtout présentait du développement; des granulations ou plutôt des végétations très-apparentes s'y faisaient remarquer. Après la mort, elles sont pâles, ont peu de volume; à peine y distingue-t-on, en les regardant à contre-jour, des inégalités qui les rendent, sur quelques points, assez semblables à du velours. Les glandes de Meibomius sont à l'état normal, et l'on ne voit nulle part de cryptes muqueux hypertrophiés. La glande lacrymale est plus volumineuse qu'à l'ordinaire. — 2° *Oeil droit.* Dans un cercle inégalement dessiné de la largeur de deux lignes, les lames antérieures de la cornée ont éprouvé une perte de substance; cette perforation est moins étendue dans les lames plus profondes, et finit par pénétrer dans la chambre antérieure de l'œil par une ouverture d'une ligne. A travers celle-ci s'est échappé l'iris, dont la pupille est oblitérée, et qui, suivant M. Bourjot-Saint-Hilaire, est recouverte de la membrane de Descemet, et, suivant moi, d'une membrane de nouvelle formation. On ne peut guère, en effet, concevoir la hernie de l'iris sans la sortie de l'humeur aqueuse. Les lames de la cornée semblent exfoliées, comme les auteurs en ont fait mention. Quelques taches grisâtres observées sur la face postérieure de l'iris ont été regardées comme des membranes accidentelles par M. Bourjot-Saint-Hilaire. Il n'y a ni pus, ni aucune altération dans les autres parties de l'œil; partout où la perforation n'a pas lieu, la cornée a conservé sa transparence. — 3° *Oeil gauche.* Précisément sur le même point de la cornée, et sur celui qui est le plus saillant, on re-

marque une perte de substance à peu près de la même largeur qu'à droite. Mais ici les couches kératiques les plus profondes sont conservées; il y a aussi une exfoliation remarquable, et les lames semblent se dédoubler. Partout ailleurs la cornée est intacte et transparente. L'iris et les autres milieux de l'œil paraissent exempts de toute lésion. — 4° Rien de remarquable dans les conduits des larmes et dans les fosses nasales.

11441. Deux autres petites filles portaient une perforation semblable de la cornée et une hernie de l'iris analogue à celle de l'œil droit de la petite pneumophymique.

11442. *Annotations pathogéniques.* — 1° L'occlusion des paupières est le résultat de l'immobilité de ces voiles membraneux, et de la dessiccation de l'humeur de Meibomius et des larmes. Les inconvénients qui peuvent en résulter sont grands. D'une part, les liquides, en s'accumulant entre les paupières et l'œil, peuvent irriter ces parties, comme le fait le pus relativement aux parois d'un abcès, et, de l'autre, ces fluides, forcés de s'échapper par les voies des larmes, enflamment ces canaux, les obstruent et sont la cause d'affections soit des conduits lacrymaux, soit des fosses nasales. Aussi est-il à remarquer que c'est toujours du côté de l'œil malade que la rhinoméninge est le plus enflammée.

11443. La kératrotrypie (perforation de la cornée), qui évidemment s'opère de dehors en dedans, semble se développer ici sous l'influence d'une triple cause organique. Les fluides situés entre les deux lames de la conjonctive peuvent ramollir la cornée; la pression occasionnée par l'ectropion doit rendre ce ramollissement plus marqué; enfin les mouvements d'élévation et d'abaissement de la paupière tuméfiée, ou du globe de l'œil lui-même contre cette tumeur palpébrale, peuvent contribuer à produire cet effet. Aussi voit-on la partie plus saillante de la cornée être le siège de la perte de substance et de la perforation. On sait en effet que l'inflammation se déclare là où des tissus exercent les uns sur les autres une pression anormale, et surtout dans les points où ces parties frottent les unes les autres.

11444. L'enfant chez lequel les deux cornées se sont perforées totalement ou partiellement a été le seul qui portât des tubercules. Ce fait mérite d'être rapproché du ramollissement de l'estomac si fréquent chez les pneumophymiques.

11445. A quelle espèce de proommite rapporterons-nous le mal

que nous décrivons? Les divisions des Allemands sur ce sujet sont loin de satisfaire l'esprit. Il n'est pas une seule inflammation des membranes muqueuses qui, si elle dure, ne s'étende point aux follicules. Ceux-ci ne sont, à vrai dire, qu'une extension de la membrane, qu'un repli de plus qui multiplie sa surface (n° 10662). La distinction de l'ophtalmie en villeuse et en glanduleuse ne paraîtra fondée que pour ceux qui concevront que les cryptes s'enflamment indépendamment de la membrane elle-même. Certes, l'ophtalmie dont il s'agit se rapporte bien à l'inflammation suppurative de Beer, ou à l'ophtalmie catarrhale des auteurs, ou à l'ophtalmie glanduleuse de Reil. Eh bien! dans les yeux que nous avons disséqués avec tant de soin, dans ceux des enfants que nous avons examinés scrupuleusement pendant la vie, nous n'avons pas vu que les glandes de Meibomius ou d'autres fussent plus malades que la membrane. Cherchons-nous à classer cette proommite dans les ophtalmies d'Égypte, ou des nouveau nés, dans les ophtalmies blénorrhagiques? etc. Contentons-nous de décrire les phénomènes, et de dire : qu'il s'agit ici d'une inflammation de la conjonctive marquée surtout dans la paupière supérieure qui s'hypertrophie, et qu'un flux abondant de mucosités puriformes ne tarde pas à l'accompagner; admettons aussi comme un fait : que l'encombrement, s'il ne la produit exclusivement, lui donne au moins de la gravité, et lui imprime peut-être le caractère contagieux. Le mot septiproommite exprime nettement notre opinion sur la nature de ce mal.

11446. Thérapie. — Certains auteurs prescrivent les antiphlogistiques; ils croient que l'inflammation est le résultat d'une action augmentée des vaisseaux; d'autres blâment l'emploi de ces moyens, parce qu'ils admettent, avec Wilson Philip, qu'il y a stagnation du sang. D'une part, Peach veut que les saignées soient portées jusqu'à la syncope; de l'autre, Assalini les regarde comme très-contraires. Reil, prescrivant d'abord des soins hygiéniques, conseille ensuite des antiphlogistiques; les innombrables formules de médicaments qu'il donne ensuite, en quatre-vingts pages, déparent son travail. Savarési ne regarde comme sthéniques que les inflammations du bulbe de l'œil, et traite, en conséquence, les autres variétés du mal avec l'esprit-de-vin, le safran, les savonneux, le sulfate de zinc, le vinaigre, l'eau-de-vie et le muriate de soude. Il dit cependant que, dans l'ophtalmie d'Égypte qu'il a soignée, sur mille malades, il n'y avait eu qu'un aveugle et deux borgnes. Scarpa se loue principale-

ment, dans l'ophtalmie puriforme des enfants, d'injections faites avec l'eau de plantin, unie à un peu de camphre, de vitriol et de bol d'Arménie. La plupart des auteurs insistent surtout, avec Beer, Wetch, Weller, etc., sur des collyres astringents, et s'accordent presque tous à parler de la nécessité où l'on se trouve de détruire les granulations ou les végétations de la conjonctive, que les uns veulent attaquer par de légers astringents, que d'autres, avec Saint-Yves, traitent par la cautérisation, et que d'autres encore, avec Travers, combattent par l'excision. — Dans le traitement de la septiproommite, nous avons eu égard aux indications suivantes :

1^o Éloigner les causes qui favorisent le plus le développement du mal.

11446. Les enfants ont été isolés autant que possible; la ventilation a été faite le jour et la nuit, et l'on a évité les courants d'air froid sur les yeux malades. Malheureusement le matin l'odeur de la salle était encore fétide. — Huit enfants furent placés dans une des moitiés de la salle dont les croisées avaient été fermées avec des rideaux et où régnait l'obscurité. Aucune influence heureuse de cette précaution ne se fit remarquer, et dès lors on cessa d'y avoir recours. — On évita le plus possible que les petits malades communiquassent entre eux; on prescrivit surtout de ne jamais laver les yeux des uns avec des linges ou de l'eau qui auraient servi à d'autres. — On coupa les cheveux. Les insectes furent détruits par des soins de propreté et par des onctions avec un quart de gros d'onguent mercuriel. Les croûtes teigneuses furent pansées avec des cataplasmes de farine de graine de lin et d'eau de guimauve. — On recommanda d'éviter autant que possible de faire pleurer les enfants, et de leur laisser porter les mains vers les yeux. — Plusieurs malades qui n'avaient pas été vaccinés furent soumis à cette opération à l'occasion d'une variole qui se manifesta. — Le régime fut doux, lacté, médiocrement sévère, et l'abstinence ne fut prescrite que dans le cas de complication.

2^o Combattre l'inflammation de l'œil.

11447. Pour cela on fit des lotions avec l'eau pure, avec la décoction de guimauve, de mélilot, etc.; quelquefois on y ajouta une certaine quantité d'opium. On appliqua sur l'œil des cataplasmes entre deux linges et recouverts de taffetas gommé. Malheureusement les enfants ne voulaient pas les souffrir. Des compresses fines trempées dans l'eau de guimauve et recouvertes de taffetas gommé ne furent guère plus utiles. Dans deux cas on s'est bien trouvé d'un cataplasme de

pulpe de carottes. — Nous eûmes recours à des applications répétées de deux à six sangsues à la tempe ou au-dessous de l'oreille. Ces saignées locales réussirent chez un adulte et n'eurent pas de succès chez les enfants. Il est vrai qu'elles avaient été ordinairement prescrites dans des cas graves. Cependant, chez un jeune enfant où elles furent employées dès le début, le résultat de ce moyen ne fut pas plus avantageux. Une saignée pratiquée sur la plus âgée de ces petites filles, qui avait douze ans, n'eut aucune efficacité. — Les onctions avec l'onguent mercuriel ne produisirent dans un cas qu'une amélioration momentanée : l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, étendus d'eau, n'eurent pas plus d'efficacité. — Chez l'infirmière (n° 11433), les applications de gros vin sur l'œil semblèrent un moment entraver la marche de la maladie commençante ; mais l'œil devint très-sensible à la lumière, la conjonctive oculaire rougit, le sourcil devint douloureux. On craignit une iridite ; ce moyen fut remplacé par des évacuations sanguines locales au voisinage de l'œil, par un cataplasme de carottes ; le mieux fut rapide, et la malade ne tarda pas à guérir. — La cautérisation avec l'azotate d'argent produisit de la douleur, mais n'abrégea pas la durée du mal. — Les pédiluves, les vésicatoires à la nuque n'ont eu aucun effet sensible. — L'épidémie de choléra nous empêcha d'avoir recours à des purgatifs. — Ainsi il nous fut impossible d'enrayer d'une manière quelconque, dans treize cas sur quatorze, la marche de l'inflammation.

3° Empêcher l'agglutination des paupières et prévenir l'accumulation du mucus et des larmes entre elles et le globe oculaire.

11448. Des onctions avec le cérat et des lotions fréquentes avec l'eau de guimauve produisirent cet effet. Il a fallu quelquefois beaucoup de temps pour parvenir à opérer le décollement des paupières et pour faire voir comment il fallait s'y prendre pour l'obtenir. C'est ici qu'on peut voir combien le traitement pratiqué sur des masses de malades vaut moins que celui qui se fait sur des individus isolés. En ville on serait toujours parvenu au résultat qu'on cherchait. Ici, malgré les soins assidus de la sœur et des infirmières, comme il y avait treize enfants à soigner, on n'arrive presque jamais à ce résultat, et le matin, à la visite, les paupières étaient toujours collées. — Les injections avec l'eau de guimauve et avec l'eau distillée préconisées par Scarpa, et que Weller croyait rendre bien actives en y ajoutant des quantités minimales de sulfate de zinc, ont causé beaucoup de rougeur, beaucoup d'irritation, et n'ont pu être supportées.

Aussitôt que les enfants se doutaient qu'on allait faire les injections, ils pleuraient si fort qu'il fallait en différer l'emploi.

4° Remédier au gonflement œdémateux des paupières et à l'*ectropion* qui en est la conséquence.

11449. La compression, que je n'ai vue indiquée par aucun auteur, partout où elle a été bien faite a eu d'excellents résultats ; du jour au lendemain la tumeur a diminué ou disparu. C'est au moins sur douze yeux que ce moyen a été suivi de ces heureux effets. Il avait déjà réussi à faire dissiper l'hydrémie blépharique, avant l'éruption varioleuse, chez l'enfant qui en fut atteint. Sur une petite Allemande qui souffrait tellement qu'elle se couchait toujours la face appuyée sur l'oreiller, la compression réussit en vingt-quatre heures à faire dissiper l'œdème palpébral. Il y avait quinze jours que celui-ci subsistait et que l'on n'avait pu voir l'œil. Cet enfant ne se laissa comprimer que lorsque sa mère, passant les nuits auprès d'elle, obtint que la compression fût exécutée. L'un des yeux fut conservé, l'autre avait une perforation de la cornée et une procidence de l'iris qui datait évidemment d'un temps bien antérieur à celui où la compression avait été employée. Nous n'avons pas eu à reprocher d'accidents à l'emploi de ce moyen. La petite fille qui mourut pneumophymique et perdit les deux yeux ne l'avait pas subie, et il en fut ainsi d'un autre cas où existait aussi une procidence de l'iris. — Pour que cette compression réussisse, il faut qu'elle soit bien faite. M. Putégnat, de Lunéville, qui a rempli avec beaucoup de zèle les fonctions de chef de clinique, l'a exécutée sous mes yeux, et d'après mes conseils, de la manière suivante : une compresse fenêtrée, enduite de cérat, par-dessus de la charpie fine, puis quelques compresses imbibées d'eau de guimauve, du taffetas gommé pour en prévenir le dessèchement, furent appliqués sur l'œil malade, et quelques tours de bande furent ensuite placés autour de la tête ; on chercha à diriger la compression de bas en haut, en prenant, autant que possible, l'arcade orbitaire comme point d'appui pour agir sur la paupière supérieure, et en ne comprimant que légèrement sur l'œil d'avant en arrière. — Cette compression pourrait-elle favoriser l'écoulement des humeurs de l'œil, lorsqu'il existe une perforation de la cornée ? Non sans doute, puisque l'action du bandage soutiendrait au contraire la partie antérieure du globe oculaire.

3° Prévenir la perforation de la cornée.

11450. D'après les considérations précédentes, le point capital

pour y parvenir est de guérir l'ectropion, et la compression paraît être un des meilleurs moyens que l'on puisse proposer dans cette intention. D'ailleurs s'il se manifestait une iridite ou une inflammation aiguë de l'œil lui-même, la médecine antiphlogistique serait exécutée avec plus d'énergie. Hors ces cas, éviter les mouvements du globe de l'œil et des paupières paraîtrait indiqué; et sous ce rapport encore la compression de l'œil doit être une chose utile. — Il serait bien à désirer de savoir quel est sur les malades l'état actuel de la cornée au-dessous des paupières infiltrées, mais on n'y parvient qu'avec une peine extrême. La douceur et la persuasion sont encore les meilleurs moyens pour faire écarter ces voiles membraneux. En effet, on ne peut ouvrir les yeux avec les doigts; les instruments destinés à relever les paupières font beaucoup souffrir, quelquefois saigner, et souvent ne font rien voir. Les pleurs et les accès de colère qui suivent leur application peuvent avoir les plus fâcheux effets: souvent par des mouvements volontaires exécutés par les malades on obtient l'ouverture de l'œil, que le chirurgien ne pouvait auparavant opérer.

6° Remédier aux complications ou synorganies.

11451. Ici nous avons eu à combattre des varicelles, une variole compliquée d'ulcérations de la glotte. Chez cette malade, la voix est voilée depuis ce temps; plusieurs rougeoles, quelques éruptions anormales. Il y a eu aussi plusieurs bronchites, et quelques angibrômies. Ce n'est pas le lieu de nous étendre sur ce sujet. Disons encore que ces affections n'ont eu aucune influence sur la marche de la maladie.

7° Faut-il détruire les végétations proommitiques avec les caustiques.

11452. Nous n'avons pas eu besoin de le faire, et nous croyons que le plus souvent cela est inutile. Rappelons-nous encore que chez la petite fille qui a succombé, et chez laquelle, pendant la vie, les végétations étaient si apparentes, on ne trouva rien à la mort: donc en dissipant l'inflammation, cette tuméfaction vasculaire peut se détruire.

Résumé des résultats du traitement précédent.

11453. Sur les vingt-huit yeux malades, il y a eu trois perforations complètes de la cornée avec procidence de l'iris, et c'était dans les cas où l'ectropion avait été très-volumineux. Deux ulcérations superficielles et extérieures de la cornée sont survenues. Tout porte à croire que tous les enfants cités précédemment et qui ont survécu, n'auront

pas entièrement perdu la vue. Dans tous les autres cas, l'œil a été conservé. Plusieurs petites filles sont sorties de l'hôpital dans un état très-voisin de la guérison, et ont conservé seulement un peu de rougeur des paupières et un très-léger écoulement. Quatre d'entre elles qui restèrent à l'hôpital ont été complètement guéries.

Indications en rapport avec la présence des matières virulentes et septiques.

11454. Une indication capitale dans le traitement de la septiproommite serait d'annihiler l'agent iosique (virulent) qui entretient le mal; mais on ne connaît pas plus de moyens pour y parvenir que dans toute phlegmasie dont un modificateur septique constitue la cause spéciale (septicophlébite (n° 3596), iléospilosie septicémique (n° 8019)), etc. Le mercure, les chlorures, les iodures, sont dans de tels cas à peu près inutiles. Peut-être, comme pour les dermonécrosies (n°s 4833, 7989, 11389), pourrait-on tirer quelque parti de l'eau créosotée. Les seuls moyens actuellement connus de s'opposer aux effets spécifiques du mal sont d'enlever avec soin par de nombreux lavages les liquides iosipyoïques (virulent et purulent) qui, se formant entre les deux lames de la conjonctive, peuvent à coup sûr entretenir la lésion; car ils ont la funeste propriété de communiquer le mal à des conjonctives saines (n° 11433), laisser dans la septiproommite du pus contagieux entre les paupières et l'œil, ou dans le phymosis, permettre qu'il séjourne entre le gland et le prépuce, c'est, nous semble-t-il, commettre une faute pratique de la plus haute gravité (1).

Proommites consécutives à la thélodermite périasique, aux variosommites, etc.

11455. Les ophtalmologistes n'ont pas étudié avec soin, parce que leurs études spéciales ne pouvaient guère les conduire à s'en occuper, les abcès des paupières et de l'orbite, les altérations du nerf optique, et partant, les troubles de la vision consécutifs à la thélodermite périasique. Nous avons assez traité ailleurs de ce sujet intéressant pour n'y pas revenir ici (n° 10768). Il serait bon aussi qu'ils étudiassent avec soin les variosommites (inflammations de l'œil causées par la variole) (n° 10768).

(1) De nombreux faits postérieurs à la publication de ce mémoire, démontrent les avantages très-grands dans le traitement de la septiproommite, des instillations avec la dissolution d'azotate d'argent ou des attouchements avec ce caustique.

CHAPITRE III.

OMMONÉVRIES.

Maladies nerveuses des yeux.

11456. Si nous avons à étudier en détail les nombreuses affections de l'œil dans lesquelles les symptômes principaux consistent dans l'exagération, la diminution, la perversion, l'abolition des actions sensoriales et motrices dont l'appareil de la vision est le siège, il faudrait donner à cet article des proportions indéfinies, et complètement rentrer dans l'ophtalmologie proprement dite. Nous nous bornerons encore à présenter ici quelques réflexions pratiques.

Corpuscules noirs mobiles aperçus dans l'espace : *imagination*s de maître Jean.

11457. D'abord il ne faut pas considérer comme une affection névropathique le trouble de la vision que voici : lorsque certaines gens regardent un corps blanc ou très-éclairé, ils aperçoivent de petits corps noirs qui se portent de haut en bas, tombent en quelques instants de la partie la plus élevée du champ de la vision à sa région la plus basse. Toutes les fois que ces personnes élèvent la tête, le même phénomène se renouvelle. C'est là ce que maître Jean appelait *des imaginations*, tandis que rien n'est moins imaginaire qu'un semblable fait. Les bons ouvrages d'ophtalmologie font mention de cet accident, et Demours en a donné une explication très-plausible. Il croit que les corpuscules noirs existent en effet dans l'œil ; qu'ils sont contenus dans l'humeur aqueuse ; que *probablement* ils consistent en des particules détachées de l'enduit choroïdien. — Ces particules, grossies par le cristallin, viendraient alors se peindre sur la rétine. — Il est fort possible que ces particules soient contenues dans le liquide de la capsule cristalline ; il se peut encore que les explications qui précèdent ne soient pas fondées ; mais il est vrai que les troubles de la vision dont il s'agit ne sont pas des affections nerveuses ; qu'elles n'ont pas de gravité, et qu'elles n'ont rien de commun avec le début d'un anévrysme optique (amaurose). — Un grand nombre de praticiens ne connaissent pas les phénomènes dont il s'agit. Nous avons vu des élèves, des malades consulter des chirurgiens de premier ordre, des ophtalmologistes justement renommés, se désespérer,

croyant, d'après les opinions qu'on leur avait émises, qu'ils étaient atteints d'une goutte sereine commençante. Nous avons eu souvent beaucoup de peine à les rassurer, et nous n'y sommes souvent parvenus qu'en leur faisant lire dans l'ouvrage de Demours la petite annotation qui a rapport aux imaginations de maître Jean. Nous avons revu un grand nombre d'années plus tard plusieurs des personnes dont il vient d'être parlé : elles éprouvaient toujours les mêmes accidents ; mais leur vue n'était pas moins bonne qu'à l'époque où nous leur avons donné les premiers conseils. La théorie de Demours relativement à la cause des imaginations de maître Jean est vraie (1).

Lésions physiques de l'œil considérées par les auteurs comme nerveuses.

11458. Un grand nombre de troubles dans la vision considérés comme nerveux peuvent dépendre de lésions physiques et matérielles. Il en est ainsi des faits suivants : une augmentation dans la proportion des liquides contenus dans l'œil pourra, en faisant saillir la cornée, causer une *myopie* momentanée ; la diminution dans la quantité de ces mêmes liquides occasionnera un certain degré de *presbytie*. — La pupille accidentellement dilatée augmentera la sensibilité de l'œil et rendra la vue moins nette. — Le rétrécissement de cette ouverture produira un effet contraire. — La contraction de l'un des muscles droits détournant un œil de l'axe de la vision donnera lieu à une diplopie momentanée, etc., etc.

Héméralopie ; nyctalopie ; hipernervismie optique.

11459. Dans certains cas, l'œil est beaucoup plus ou beaucoup moins sensible à l'action de la lumière que cela ne devrait être ; tantôt les malades peuvent distinguer seulement au grand jour des objets qu'en santé ils verraient à un jour de beaucoup moins fort ; ailleurs ils aperçoivent, même pendant la nuit, des corps que normalement ils ne distinguaient qu'au moyen d'une clarté beaucoup

(1) Nous sommes d'autant plus porté à la croire telle, que nous avons vu plusieurs fois sur nous-même des corps étrangers très-petits, suspendu dans les larmes, donner lieu à des accidents pareils qui se dissipaient tout aussitôt que l'on frottait l'œil et que l'on déplaçait le liquide qui recouvrait la cornée. Le seul moyen de remédier aux corpuscules flottants, serait de vider par une très-petite ponction la cornée de l'humeur aqueuse altérée quelle contiendrait, et qui, renouvelée, serait plus limpide ; mais, en vérité, il faut s'abstenir d'une opération qui ne serait pas sans gravité alors qu'elle serait destinée à remédier à une incommodité de peu d'importance.

plus vive. — Le premier état a reçu le nom d'héméralopie, le second celui de nyctalopie. — D'autres fois, l'action de la lumière produit dans l'œil de très-vives douleurs (photophobie), qui parfois se développent soit spontanément sous l'influence de diverses lésions matérielles de l'appareil optique, soit par suite de pressions, de frictions, etc., exécutées sur le globe oculaire. Il arrive encore qu'une névralgie se propage de la cinquième paire et s'étend à l'œil, etc.

11460. Dans des cas bien plus malheureux l'action sensoriale du nerf optique et de la rétine est diminuée ou anéantie. C'est là ce que l'on a désigné sous les noms de goutte sereine, d'amaurose (*ἀμαυρός*, obscur), d'ambliopie (*ἀμβλύνειν*, émousser, et *ὄψις*, vision), etc. D'autres fois encore cette action est pervertie; ce sont de tels états que l'onmapathologie désigne sous les noms d'hyponervisme, ou d'hypesthésie optique (diminution dans l'action ou dans la sensibilité du nerf optique), d'anervisme, ou d'anesthésie optique (abolition dans l'action ou dans la sensibilité du même nerf), hétéronervisme ou hétéresthésie optique (troubles dans l'action et dans la sensibilité dont il vient d'être parlé).

11461. La diminution, l'abolition, les aberrations survenues dans l'action du nerf spécial de la vision ne tiennent certainement pas à une modification primitive de l'agent inconnu de l'innervation. Ici comme ailleurs, lorsque cette innervation est altérée, c'est qu'il a existé quelque modification organique et matérielle qui a été la cause d'un tel trouble. Il ne s'agit donc pas de traiter une maladie dite goutte sereine, amaurose, ambliopie, anesthésie optique, etc.; mais de rechercher quelle est la circonstance anatomique qui a donné lieu à ces modifications survenues dans la sensation de la vue. En un mot ce n'est pas une altération dans la *sensibilité optique* qu'il s'agit de combattre; mais bien la lésion moléculaire de l'appareil nerveux qui met obstacle à l'accomplissement régulier de l'action névroptique. Ces vérités sont incontestables, et cependant la presque universalité des écrits publiés sur les névropathies ou sur l'amaurose, contiennent des doctrines inverses, mentionnent sans cesse des lésions de sensibilité et des moyens dirigés contre *cette force*, ou *cette propriété vitale*. Il a fallu bien du temps pour que l'on sortît des idées abstraites des écoles vitalistes dont Stalh, Barthez et Bichat furent les chefs.

Difficulté de déterminer les causes organiques des troubles survenus dans la sensibilité optique.

11462. Il a été infiniment plus facile d'avoir égard, dans la pathologie et le traitement des altérations névropathiques de l'œil, aux hypothèses en rapport avec les troubles primitifs de la sensibilité, qu'aux résultats de l'investigation organique. C'est en effet avec une peine extrême que l'on arrive à découvrir la lésion anatomique qui donne lieu aux altérations qui surviennent dans l'ommonervisme, (action régulière des nerfs de l'œil). Pour prouver l'exactitude de cette proposition, il suffit d'énoncer les faits suivants : La rétine, lors de l'action brusque d'une lumière vive, est le siège d'éblouissements. — Lorsque l'on vient de fixer un corps blanc ou brillant de vives couleurs, on voit se dessiner sur les autres corps, ou même dans l'œil, dès que les paupières sont fermées, des images dont la forme représente la circonscription des objets que l'on venait de regarder. — A la suite d'excès dans le travail de cabinet, la vue s'affaiblit momentanément. — L'éclair frappe parfois de cécité, sans laisser de traces appréciables de son action, etc. Or, dans tous ces cas, ce n'est pas la sensibilité qui est diminuée, troublée, pervertie ; ce sont des modifications matérielles très-subtiles sans doute, qui ont lieu dans la trame délicate de l'appareil névroptique ; que si l'examen de l'œil, pendant la vie, que si la nécroorganoscopie, même perfectionnée au moyen du microscope, n'y ont pas fait découvrir de lésions, il faut se rappeler que la structure des nerfs, et surtout de la rétine, est tellement fine et délicate, que des altérations fort graves peuvent y exister sans que leur présence soit appréciable. D'ailleurs, on n'a pas fait sur ce sujet assez de recherches pour que l'on soit en droit de croire avoir découvert tout ce qu'il est possible de reconnaître ; ce n'est pas sur ces faits dont la pathogénie est obscure, qu'il convient de s'appuyer pour arriver à comprendre *la nature* de l'anopticonervisme, mais bien sur les cas, de beaucoup plus nombreux, où l'on trouve, soit pendant la vie, soit après la mort, des lésions organiques telles qu'elles expliquent de reste les troubles nerveux observés.

Lésions matérielles appréciables causant l'anervisme optique ; cas remarquable d'anervisme dans la moitié de la rétine.

11463. Tantôt ceux-ci ont leur siège dans l'œil lui-même, et peuvent dépendre d'une atrophie ou d'une hétérotrophie de la rétine ; la vue des albinos est faible, parce que l'enduit noir de la choroïde manque, et, certes, c'est là une lésion matérielle. Dans la presbytie,

on voit mal et de loin, parce que la forme du milieu de l'œil est telle, que le plan sur lequel se dessine l'image est trop rapproché du cristallin et de la cornée. Des lésions momentanées ou persistantes des rameaux de la cinquième paire peuvent quelquefois, comme nous le verrons ailleurs, déterminer des troubles dans l'opticonervisme.

11464. Ailleurs, c'est le nerf optique lui-même qui se trouve atrophié, hétérotrophié, comprimé, enflammé, désorganisé, etc. Il se peut faire qu'il reçoive moins de sang, que par suite de phlébies variées, la circulation s'y fasse mal; enfin, toute autre circonstance matérielle ayant son siège entre la rétine, qui reçoit l'impression, et le cerveau, centre de la perception, interrompra la transmission de l'agent névrique et causera l'anervismie optique. Ces diverses altérations organiques peuvent se développer : dans l'orbite; dans le lieu qui correspond à l'entrecroisement des nerfs optiques; dans la portion beaucoup plus étendue de ces nerfs située entre la selle turcique et les tubercules quadrijumeaux.

11465. Enfin, de très-nombreuses altérations organiques survenues dans les points de l'encéphale en rapport avec la perception visuelle (et ces points ont à coup sûr une influence extrême sur les phénomènes qui touchent le plus à la vue), sont aptes à déterminer l'anervismie optique. — La destruction des tubercules quadrijumeaux et des parties qui les entourent, par la nécrosie, ou par des malaxies en rapport soit avec des sténosies artérielles ou phlébiques des vaisseaux qui se rendent à ces organes, soit encore avec les effets d'agents délétères spéciaux; la destruction ou la compression produite par le développement de carcinies, de phymies ou d'hydatidies; la phlegmasie, l'hémorrhagie des centres optiques dans l'encéphale, etc., sont des causes positives d'anervismie, ou au moins d'hétéronervismie optique (1).

(1) Un homme de cinquante à soixante ans fut subitement atteint d'une anervismie absolue de la moitié droite de la rétine du côté droit, tandis que la moitié gauche de cette membrane était dans l'état de santé. Les objets situés à gauche du malade, lorsque la tête n'était pas tournée dans cette direction, n'étaient pas aperçus; ceux qui se trouvaient à droite étaient au contraire très-bien distingués; une ligne perpendiculaire limitait à la ligne médiane l'image observée. Plusieurs années après, M. X. présentait encore les mêmes symptômes. La rapidité avec laquelle les accidents se prononcèrent, l'anervismie absolue qui se déclara, l'incurabilité du mal, nous portent à penser qu'il s'est agi chez M. X. d'une hémorrhagie

11466. Les circonstances matérielles et évidentes qui viennent d'être énumérées (n° 11462) conduisent à se rendre compte par des conditions tout à fait organiques, de deux catégories d'anervismies optiques, dont les unes sont le résultat d'anomémies, et les autres sont liées à un état névropathique dont le point de départ est parfois ailleurs que dans l'appareil névroptique.

Dysnervismies optiques consécutives à diverses anomémies.

11467. Dans l'hypémie (n° 3839) la vue est ordinairement faible. Aussi, les *éblouissements* sont-ils souvent les premiers symptômes de l'anémie encéphalique, anencéphalémie ou syncope. Beaucoup de gens croient que les saignées répétées diminuent l'action névroptique; cela est vrai de ce qui a lieu dans les premiers moments, et parfois même dans les premiers jours qui suivent les pertes de sang; mais lorsque celles-ci peuvent être réparées, comme il en arrive quand l'angibrôme, l'angiaire, fonctionnent convenablement, quand de la nourriture est donnée, et que les déperditions de fluides ne continuent pas, alors, disons-nous, la vue se rétablit avec promptitude, et en raison de la manière dont l'hémogénie s'accomplit. — La panhyperémie est elle-même suivie de troubles dans l'action névroptique, et ces troubles consistent : tantôt dans une diminution momentanée de l'action optique; tantôt dans les sensations de corps lumineux ou rouges, d'étincelles, et que l'on voit paraître surtout alors que la tête est tenue quelques moments abaissée. — L'hypoxémie a souvent pour symptômes des troubles très-marqués de la vue, et les malheureux qui succombent à la suite du défaut d'oxygénation du sang, résultat de la présence de l'écume dans l'angiaire (n° 5967), se plaignent souvent, durant les instants ou même les heures qui précèdent la mort, d'y voir avec une extrême difficulté, et à travers un nuage. — Le public même n'ignore pas que l'ingestion de l'alcool, l'inspiration de l'acide carbonique, causent souvent la diplopie, des éblouissements, des vertiges, etc. Ces états persistent tant que l'action de cet agent délétère a lieu. La belladonne non-seulement dilate et déforme la pupille, d'où résultent des troubles dans la vue, mais encore donne lieu à des accidents névroptiques semblables aux précédents. Il en est ainsi de la jusquiame, de l'opium, et d'une foule d'autres narcotiques, et même

opérée à droite dans la partie centrale du système nerveux, vers les tubercules quadrijumeaux.

de la quinine dissoute, soit dans l'acide sulfurique, soit dans l'alcool. Ainsi les toxémies dans une foule de cas aigus, par suite sans doute des modifications déterminées dans le tissu nerveux par un sang contenant des substances vénéneuses, donnent lieu à des accidents anervismiques, dysnervismiques du sens de la vue, accidents tout à fait du même genre que ceux étudiés par les auteurs sous le nom d'amaurose.

Anomonervismies primitives ou consécutives de l'œil.

11468. D'autres phénomènes, prenant leur source parfois dans les nerfs de l'œil eux-mêmes, parfois dans l'angiove ou même dans d'autres parties du névrosystème, se déclarent primitivement ou consécutivement dans l'appareil de la vision. Nous voulons parler de l'éblouissement observable dans la migraine ophthalmique, de l'anervismie optique de cause névrangiovique (amaurose hystérique), et des accidents névrommiques de l'épilepsie.

11469. Les considérations qui se rapportent à de tels états nerveux ne peuvent être isolées de l'étude des névropathies prosectasi-ques à laquelle nous nous livrerons bientôt. Nous verrons alors que la théorie de ces phénomènes repose en grande partie sur la connaissance d'un état névrique (névropathie ou oscillation nerveuse) dont l'œil est le siège, état auquel nous avons donné dans d'autres temps le nom d'irisalgie (Traité de diagnostic, n° 3025).

11470. Nous terminons donc ici ces considérations générales sur les névrommies; et elles suffiront, du moins nous l'espérons, pour faire voir que l'histoire des névropathies de l'œil est liée à celle d'une infinité d'autres états pathologiques; qu'en conséquence, l'étude de l'ommopathologie ne peut être spéciale, et exige une étude sérieuse des lésions du corps humain, considérées dans leur ensemble.

Lésions variées des yeux étudiées dans diverses parties de cet ouvrage.

11471. Divers documents relatifs à des lésions des paupières et des yeux ont été établis dans d'autres parties de cet ouvrage. Dans ce nombre il faut compter : — 1° Les résultats de la plessimétrie dans les cas d'aérethmie (emphysème) des paupières, due soit à la fracture de l'os unguis, soit à une rupture de l'angiodycere consécutive à des efforts d'expiration (n° 10630). — 2° Les soins qu'il convient de donner aux maladies des trichadènes (n° 10878, 10893), soins qui conviennent tout aussi bien alors qu'il s'agit des follicules acés de *Meibomius* que dans les affections du même genre, dont le

dermépierane est le siège (n° 10894). — 3° L'étude des phlegmasies et des pyoïtes, qui, consécutivement à la thélodermite périectasique, ou érysipèle de la tête, se déclarent dans le tissu cellulaire des paupières et de l'orbite (n° 10768), états pathologiques des plus graves, et en général peu connus. — 4° Les considérations relatives aux proommites rubiosiques (symptomatiques de la rougeole) (n° 11084), et variosiques (dont la cause est le virus variolique); cette dernière mérite surtout une attention spéciale à cause de sa gravité et du traitement perturbateur par lequel notre excellent ami M. le docteur Serres a proposé de la combattre (n° 11037). — 6° L'indication de diverses lésions dont l'œil devient le siège consécutivement à l'action du léproïse (poison de la lèpre). — 7° L'étude détaillée de l'irisalgie ou migraine ophthalmique, dont l'histoire sera largement traitée lorsque nous aurons à nous occuper des névries auxquelles les auteurs ont donné le nom de névroses.

Cas remarquable de cataracte mobile. — Nausées, vomissements, suites d'irisopathies.

11472. Tels sont les principaux sujets dont nous avons à parler à l'occasion de l'étude des ommies; seulement nous avons encore quelques additions à y faire qui ne nous paraissent pas dénuées d'intérêt. L'une d'elles se rapporte à un fait remarquable observé sur un jeune littérateur atteint d'une cataracte (crystalline adaphanique) qui datait de l'enfance. Tout à coup le cristallin se détacha du lieu où il est ordinairement fixé, et devint tellement libre dans les chambres antérieure et postérieure de l'œil, qu'à l'occasion du moindre mouvement il pénétrait à travers la pupille immédiatement derrière le kérate (cornée transparente); un moment après le cristallin retombait derrière les corps ciliaires. Nous conseillâmes d'inciser immédiatement la cornée transparente. Un ophthalmologiste distingué ne fut pas de cet avis. Il voulut confier à la résorption le soin de faire disparaître le cristallin. Les jours suivants, le corps devenu étranger irrita l'œil, y causa des douleurs, et une iridite en fut la conséquence. Le cas devint tellement grave, qu'une consultation provoquée par les parents décida que l'extraction était le seul moyen qui pût sauver l'œil, au moins quant à sa forme, car avant cet accident la rétine avait perdu la sensibilité optique. L'opération fut pratiquée; elle n'offrit rien de remarquable; le malade guérit, mais ne récupéra pas la vue.

11473. Il est un fait physiologique fort important à noter pour

l'intelligence de certains phénomènes névrotiques. C'est que les lésions matérielles de l'iris provoquent fréquemment la nausée et le vomissement; on observe un tel fait dans l'opération de la cataracte : soit lorsque les instruments touchent le ligament ciliaire et le cléytromme (iris); soit alors que dans l'opération de la pupille artificielle, on incise ou l'on détache l'iris; soit encore lors de certaines phlegmasies de cette cloison méningomyosique (membraneuse et musculaire). C'est sans doute par suite de connexions entre le ligament ciliaire, la cinquième, la huitième paire, et les nerfs ganglionnaires, qu'un semblable effet est produit. Quoi qu'il en soit, nous tirerons parti de la connaissance de ce fait lorsque nous chercherons à établir la pathogénie de l'iridalgie.

Excitation de l'œil par une lumière vive, employée thérapeutiquement dans l'anervisme optique.

11474. Enfin, nous avons essayé dans un cas, mais avec un succès fort incomplet, de l'emploi d'un moyen fort rationnel d'agir sur la rétine, de manière à y rappeler l'action névromique. — La lumière est le stimulant naturel de l'appareil de la vision; c'est bien plutôt sur cet agent que sur l'électricité qu'il faut compter pour exciter la rétine; dans cette pensée, nous avons dirigé vers la pupille, et pendant plusieurs minutes, à différentes fois un faisceau de rayons lumineux très-intense; celui-ci était obtenu en concentrant, à l'aide d'une forte lentille, la lumière très-vive d'une lampe Carcel. Il s'agissait d'une anopticonervisme absolue (goutte sereine), et datant de longues années; le malheureux qui en était atteint, parvint, après quelques séances, à distinguer, du côté où le faisceau lumineux était porté, un peu de clarté. L'iris reprit en partie son mouvement, et la pupille se resserra sous l'influence de ce moyen, tandis qu' auparavant elle était immobile. Cet homme, dont le caractère était fort difficile, ne voulut pas continuer un traitement si simple, et dont les premiers résultats devaient lui donner quelque espoir (1).

(1) On trouvera dans notre Traité de diagnostic, du n° 2943 au n° 3084, des considérations fort étendues auxquelles nous nous sommes livré, soit sur la diagnose, soit sur la pathologie des états pathologiques dont l'appareil de la vision est susceptible.

CHAPITRE IV.

ORGANACousties. — Maladies de l'appareil de l'audition (1).

OTOPATHIES ou OTIES. — Maladies des oreilles.

Nomenclature. Vices des mots usités en pathologie otique.

11475. La plupart des questions relatives aux dénominations qu'il convient d'assigner aux ommies (n° 11392), se rapportent entièrement aux otopathies ou oties, c'est-à-dire aux affections nombreuses des oreilles. Pour ces dernières, comme pour les lésions de l'œil, c'est la même confusion d'idées et de choses; de symptômes, et d'état organiques; c'est la même logomachie, c'est cette réunion absurde de grec, de latin, de français; c'est cette absence presque complète de toute notion organopathologique. — On a, par exemple, nommée *oreillons* des phlegmasies occupant principalement la peau, le tissu cellulaire des régions voisines de l'oreille, et non pas cet organe lui-même; le nom d'otite a été appliqué aux inflammations de toutes les parties constituantes de l'appareil auditif, et cela le plus souvent sans les distinguer, en raison des divers organes intéressés. — Quand on a voulu le faire, il a fallu se servir d'adjectifs dont la source latine était fort peu en harmonie avec le mot grec auquel on l'accollait; exemple : otite externe; otite moyenne; otite interne. On mentionnait bien un écoulement que l'on appelait otorrhée; mais on ne séparait pas les uns des autres les états organopathiques auxquels ces écoulements étaient liés; c'est-à-dire que l'on se bornait à indiquer le symptôme sans remonter le moins du monde à son point de départ organique, point de départ qui devait guider la pratique. — Aucun nom spécial n'était appliqué aux affections nombreuses dont les organes pouvaient être le siège : la membrane du tambour, les osselets, les cellules mastoïdiennes, les cavités labyrinthiques, le limaçon, le nerf spécial de l'ouïe, etc.; tandis que l'on n'avait pas craint de dénommer *pétro salpyngo staphylin*, un petit muscle faisant partie du bouquet anatomique de Riolan, et cela, parce qu'il s'attache à l'os pierreux ou rocher, à la trompe d'Eustachi, et au voile du palais; on n'avait même pas songé à

(1) D'ἀκοή, ἡς, ouïe.

donner un nom aux affections dont cette trompe peut être atteinte. — En revanche, les modifications nombreuses que la sensation acoustique peut présenter avaient chacune leur dénomination propre : dans le *tintouin*, il s'agissait de bourdonnements, de tintements, de vibrations sonores, plus ou moins analogues aux bruits d'une cloche ou de l'air pénétrant dans un coquillage. Ces sensations fort incommodes persistant pendant l'exercice de l'audition, rendent les sons confus, et gênent infiniment les malades. — Ailleurs un *affaiblissement de l'ouïe* a reçu le nom grec de *dysécie*, tandis que la perte absolue de la sensation dont il s'agit a été appelée *cophose*, ou surdité, et que *paracousie* a servi à exprimer une audition incomplète, etc.

Onomopathologie appliquée aux otopathies.

11476. L'onomopathologie permet encore ici : soit de remplacer le vieux langage par des mots euphoniques et précis ; soit de combler les innombrables lacunes qui existent dans la nomenclature actuelle des maladies de l'oreille ; soit enfin d'harmoniser les dénominations assignées à celles-ci avec les autres parties de la langue médicale. Pour y parvenir, il suffit de donner aux diverses parties de l'appareil auditif des noms qui, d'origine grecque, puissent entrer comme éléments dans la composition des mots exprimant (au moyen de l'addition des désinences et des antécédents onomopathologiques) les divers états morbides dont les parties constituantes de l'appareil auditif sont le siège. Le tableau suivant fera voir qu'il est assez facile de faire rentrer les otopathies dans l'étude générale de la pathologie.

Oto..... oreille considérée en général, appareil auditif.

Otisme..... fonction de l'oreille.

Otecto..... oreille externe.

Ectangioto..... conduit auditif externe.

Concho..... pavillon.

Tympano..... tambour, oreille moyenne.

Menintympano..... membrane du tambour.

Salpyngo..... trompe d'Eustache.

Microsteoto..... osselets de l'ouïe.

Ethmosteoto..... cellules mastoïdiennes.

Endangioto ou endioto..... oreille interne.

Conchylio..... limaçon.

Hydroto..... liquide de Cotugno.

Nevroto..... Nerf de l'oreille.

Il suffit d'ajouter à ces noms organiques les désinences *ies*, *sténosies*, *emphraxies*,

rhagie, ites, pyies, elcosies, nervie, etc., ou les antécédents hyper, hypo, dys, etc., de la nomenclature pour désigner la plupart des lésions de l'oreille.

11477. Nous n'avons pas l'intention, dans cet ouvrage, de traiter des otopathies avec détail ; non-seulement la plupart de celles-ci sont considérées par les auteurs comme appartenant principalement aux affections chirurgicales, mais encore elles sont malheureusement tombées dans le domaine des spécialités. Ce n'est pas qu'il y ait encore ici quelque chose de fondé dans toutes ces divisions professionnelles : à part le cathétérisme de la trompe d'Eustache, que la plupart des opérateurs ne pratiquent que dans des cas fort rares ; à part la perforation artificielle de la membrane du tambour ; à part l'ouverture de certains abcès auriculaires, les affections de l'oreille n'exigent pas le secours de la main, et en vérité il n'y a pas tant de difficulté à apprendre à sonder le conduit auditif interne, ou à y faire des injections, pour que cela exige l'habileté d'un spécialiste.

Généralités sur les organacousties ou otopathies.

11178. Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas d'étudier en détail les nombreuses lésions dont les organes de l'ouïe sont susceptibles. Ici, comme nous l'avons fait pour les ommies, nous indiquerons seulement quelques points pratiques peu connus, et quelques recherches auxquelles nous nous sommes particulièrement livré.

CHAPITRE V.

ANNOTATIONS PRATIQUES SUR LES OTOPATHIES.

Conchites ou phlegmasies du pavillon de l'oreille. Petit appareil destiné à protéger contre la pression le pavillon enflammé.

11479. D'abord, l'inflammation du pavillon de l'oreille, la conchite, est assez fréquente, et ordinairement les plus vives douleurs l'accompagnent. — Des circonstances matérielles en sont fréquemment les causes ; de ce nombre sont surtout les petites ulcérations auxquelles donnent lieu la présence et le poids des *boucles d'oreilles*. Le pourtour de la petite ouverture pratiquée pour suspendre ces bijoux, s'enflamme, suppure et devient souvent le point de départ de la thélodermite périectasique (n° 10767). — D'autres fois, la conchite est produite par des liposadénites (n° 10872), des trichadénites (n° 10877), des *ethmodermites* (n° 10635, 10935) variées. — Il suffit de la

pression du pavillon par une coiffure, ou par le poids de la tête, pour donner lieu à cet état pathologique, qui lui-même revêt divers caractères dont la gravité s'accroît de beaucoup lorsque le septiose (agent septique) réunit son action à celle de ces causes mécaniques, etc., etc. — D'autres fois la conchite est le résultat de la propagation au pavillon auriculaire de thélodermites périasiatiques. — Dans tous les cas précédents, il faut non-seulement combattre les accidents phlegmasiques par des moyens locaux et généraux appropriés (n° 11423), mais on doit surtout éviter l'action des agents mécaniques qui entretiennent le mal. — Ainsi, on enlèvera les boucles d'oreilles qui blessent, et l'on fera en sorte que les corps extérieurs ne touchent pas au pavillon enflammé. Le moyen d'obtenir ce résultat est des plus simples (n° 10954); *il consiste à découper des rondelles de compresses superposées, dont l'ouverture centrale présente une largeur suffisante pour loger le pavillon enflammé.* L'épaisseur de ces compresses doit être telle, qu'appliquées sur les téguments qui entourent la conque, elles dépassent largement la hauteur de celle-ci. L'appareil dont il s'agit, d'une exécution très-facile, évite aux malades de grandes souffrances. — On calme ainsi l'intensité de cette phlegmasie, en faisant reposer la tête sur le côté opposé à celui où le mal a son siège. — Dans les cas où une thélodermite de la face tend à se propager vers l'oreille, ou encore lorsque la conchite offre le caractère périasiatique, et paraît devoir envahir, soit le cuir chevelu et la face, soit la région orbitaire (n° 10767), on applique avec un grand succès tout à l'entour de la région auriculaire, et sur la peau encore saine, un vésicatoire découpé circulairement.

Dermite de la face interne de la conque.

11480. Très-souvent la peau mince qui est la continuation du derme épicroanien, vient se replier pour recouvrir la face interne et postérieure du pavillon, s'enflamme, et comme l'air se renouvelle difficilement entre l'oreille et le cuir chevelu qui se trouvent en contact, il ne s'y fait pas d'évaporation; alors, l'humeur de la perspiration, devenue d'ailleurs plus abondante par suite de la phlegmasie, s'accumule et s'altère; elle ramollit et irrite le derme, et il en résulte une dermie très-rebelle, et parfois même la formation de pus, de dermelcosies, ou même de ganglionites plus ou moins graves (n° 3726). Les liens que les enfants et que les femmes portent autour de la tête, par cela même qu'ils appliquent plus immédiatement

le pavillon auriculaire sur les téguments, augmentent encore le mal. On remédie à cet état pathologique, non pas avec l'application de charpie, de feuilles de poirée, de linges fins enduits de beurre, de cérat, etc. (moyens généralement employés ici d'une manière banale), mais bien : 1° En tenant écartées l'une de l'autre les surfaces qui se touchent, de façon à ce que l'air puisse y avoir accès ; 2° en maintenant, par des lotions répétées avec l'eau fraîche, une extrême propreté dans ces parties ; 3° en évitant que les malades portent des coiffures serrées ; 4° en recouvrant de taffetas ichthyocollé, ou de collodium, ou encore en touchant avec l'azotate d'argent, les petites excoriations qui viennent à se former sur ces parties.

Utilité de l'exploration des conduits auditifs et de l'organe de l'ouïe.

11481. Nous avons exposé avec beaucoup de soin, dans le Traité de diagnostic, des considérations étendues relatives à l'exploration du conduit auditif externe (n° 3089). Nous rappellerons seulement cette idée émise au n° 4012 de ce traité, d'appliquer, à l'aide d'un instrument particulier, la plessimétrie à la diagnose des lésions nombreuses dont l'oreille moyenne est susceptible. Malheureusement l'occasion d'avoir recours à ce mode d'investigation ne s'est pas présentée.

Blenolithes du conduit auditif externe causant la surdité. — Accidents produits par la section des poils de ce même conduit.

11482. Au point de vue pratique et toutes les fois qu'il s'agit d'une otopathie, l'examen du conduit auditif externe doit être le premier soin. Mais il en est surtout ainsi lorsqu'il s'agit de troubles dans la sensation acoustique ; le premier devoir est alors de rechercher s'il n'existe pas dans le conduit auditif externe quelque lésion matérielle qui donne lieu à la diminution, à la cessation ou aux aberrations de l'ouïe. Sur les vieillards, et parfois même chez les individus plus jeunes, le produit muqueux et sébacé des glandules ectangiotiques (de l'oreille externe) forment des concrétions volumineuses qui, bouchant partiellement ou complètement ce conduit, donnent lieu à la *dysécie*, à la *paracousie*, au *tintouin*, à la *cophose*. Il suffit de ramollir par des injections alternativement aqueuses, huileuses et savonneuses, les blenolithes (concrétions muqueuses) dont il s'agit, et d'enlever avec une curette ou des pinces la masse qu'elles forment, pour dissiper les prétendus *accidents nerveux* dont un grand nombre de praticiens accusent souvent les organes de

l'ouïe. Ailleurs, chez de jeunes sujets, un polype fongueux est la circonstance matérielle qui met obstacle à la transmission des vibrations sonores, et lorsque l'on en débarrasse les malades par l'arrachement, la ligature, etc., on leur rend l'intégrité de la sensation accoustique, etc.

11483. Les poils qui, chez des gens dont le système pileux est très-développé, existent en quantité souvent considérable dans le conduit auditif externe, ont pour ce canal une utilité du même genre : que les cils pour l'œil, que les productions pileuses pour les narines, etc. Lorsqu'ils viennent à être coupés ou arrachés, parfois les téguments voisins s'enflamment ; la phlegmasie peut se propager, et nous avons vu survenir à la suite de leur section des troubles graves dans l'audition (tintouin, dysécie), qui pouvaient être dus à une souffrance de l'oreille moyenne ou des cavités labyrinthiques elles-mêmes, consécutive à l'altération du derme ectangiotique.

Diaphragmes membraneux et tendus placés dans le conduit auditif à l'effet d'augmenter l'intensité des sons.

11484. On a employé des cornets acoustiques de toute forme et de toutes dimensions, à l'effet d'augmenter l'intensité des sons et de rendre ainsi à l'ouïe une partie de son énergie. L'emploi de ces moyens est très-judicieux et fondé sur la connaissance de faits physiques et d'expérimentations devenues vulgaires. Moins ces corps ont de volume, moins ils sont apparents (pourvu toutefois qu'ils renforcent convenablement les sons), et plus ils sont convenables. Depuis longtemps nous avons pensé à faire ici l'application de diaphragmes formés par des membranes sèches, minces, tendues, propres enfin à augmenter l'intensité des vibrations sonores. Il suffirait, en effet, de placer dans l'ectangiotie (conduit auditif externe) une membrane pareille fixée et tendue sur un cercle métallique plus ou moins fort, et cela au moyen d'un mécanisme quel qu'il soit, pour ajouter en quelque sorte une membrane du tambour artificielle à celle qui entre dans le plan primitif de l'organisme. Peut-être résulterait-il de cette application une augmentation dans la force du son, et partant moins de dureté dans l'ouïe. Nous avouons, du reste, n'avoir pas trouvé l'occasion de mettre cette pratique à exécution.

Écoulements muqueux et purulents par le conduit auditif externe.

11485. Les ectangiotorrhées blenniques ou pyoïques (écoulements muqueux ou purulents par le conduit auditif externe) sont

parfois le résultat de la présence de corps étrangers, ou de polypes ayant leur siège dans quelques parties du conduit auditif externe; l'on y remédie en procédant à l'évulsion ou à la destruction de ces modificateurs. Ailleurs, ce sont des pyoïtes ou des phymo-pyoïtes qui, ayant leur siège au pourtour du conduit auditif externe, altèrent à la longue les cartilages, et occasionnent de petites fistules par lesquelles s'écoule la matière de l'écoulement. Dans un tel cas, il faut se conformer aux principes médico-chirurgicaux que voici : 1° Ne point laisser le pus ou la sanie s'accumuler dans des cavités en communication avec l'air; 2° vider ces cavités au moyen d'incisions, de la compression des parois, ou de la dilatation des ouvertures par lesquelles s'échappent les liquides, etc. Malheureusement dans des cas nombreux il arrive que des ostelcosies (caries), ayant leur siège soit dans le rocher, soit dans les cellules mastoïdiennes, entretiennent le mal. Aussi voit-on fréquemment les *otorrhées* persister pendant de nombreuses années. — *Trop souvent, surtout lorsque du sang et du pus*, constituant une sanie rougeâtre, forment la matière de l'écoulement, voit-on survenir brusquement des encéphalies, des méningencéphalies océïques (aiguës), et dont la terminaison est souvent funeste. Il est donc urgent, alors qu'il s'agit d'une otorrhée, de bien constater s'il ne s'agit pas de quelque ostéïe, et d'y remédier alors qu'il est possible de le faire.

11486. En général, les blennorrhées ectangiotiques se guérissent promptement à l'aide des moyens suivants : 1° Des soins de propreté extrême, consistant en des injections, des lotions, des bains d'eau pure ou d'huile d'amandes douces (1) portés dans le conduit auditif externe; 2° de légères cautérisations avec l'azotate d'argent solide ou en dissolution.

Diagnose de la perforation de la tympanoméninge (membrane du tambour).

11487. Dans toute ectangiotorrhée, et même dans une otie quelle qu'elle soit, il est encore urgent de constater s'il existe ou non une perforation de la membrane du tambour, car si le fait a lieu, le mal est infiniment plus grave que dans le cas contraire. Le moyen de le savoir, généralement connu et indiqué dans le Traité de diagnostic, consiste à faire momentanément fermer les narines et la bouche, et

(1) Les bains locaux du conduit auditif s'opèrent très-facilement en faisant reposer la tête du malade du côté opposé à celui où le mal a son siège. Il suffit alors de verser quelques gouttes d'un liquide dans l'ectangiotie (conduit auditif externe) pour qu'il en résulte un bain de ce conduit.

à faire pratiquer une forte expiration. Si le malade, au lieu du petit claquement de soupape qui, dans l'état sain, est alors entendu dans l'oreille, éprouve la sensation d'un gargouillement, ou si l'air s'échappe par le conduit, et produit un bruit appréciable pour le malade ou pour l'observateur (qui peut ici se servir avec avantage du stéthoscope), alors, évidemment, le tympanoméninge est perforée, et la trompe d'Eustache est libre. Ceci nous conduit à faire quelques annotations relatives aux lésions dont le tympan est le siège.

11488. Il est d'abord fort important de savoir s'il existe une libre communication entre le pharynx et l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, ou s'il est survenu des emphraxies ou des sténosies salpyngiques (obstruction, rétrécissement de la trompe d'Eustache). Or, nous venons de voir (n° 11487) qu'il suffit, dans l'état normal, de pousser avec force, et au moyen d'un violent mouvement d'expiration, pratiqué au moment où les narines et la bouche sont closes, pour que l'air, pénétrant rapidement dans le tambour, par le conduit auditif interne dans la caisse, soulève et tende brusquement la membrane du tympan, et y produise un petit bruit sec et spécial. S'il arrive, à la suite de semblables manœuvres plusieurs fois répétées, qu'un tel bruit ne se manifeste pas, il en faut conclure que le salpyng (conduit auditif interne) ne livre point passage à l'air.

Injectons d'air dans le tympan ou l'oreille moyenne.

11489. L'abord de ce fluide dans l'oreille moyenne, alors que ses parois sont sèches, et qu'il ne s'y trouve pas de liquides susceptibles de putréfaction, n'a aucun inconvénient, car il est dans le plan primitif de l'organisation qu'il y parvienne; de là vient que M. Deleau a rendu un véritable service à la science en faisant valoir l'utilité des injections d'air dans l'oreille moyenne (1).

Inconvénients et avantages des injections d'eau dans les maladies du tympan.

11490. Tout au contraire, les injections d'eau dans la caisse du tambour, telles que les pratiquaient le maître de poste de Versailles et M. Itard, sont loin de remplir les indications que l'on se proposait en les employant. De la même façon que la rhinoméninge (mem-

(1) M. le docteur Blanchet, l'un de nos élèves les plus distingués et qui se livre actuellement à des travaux très-utiles, soit sur la surdi-mutité, soit sur les états pathologiques dont les organes de l'ouïe peuvent être atteints, a, dans ces derniers temps, proposé des instruments avantageux pour le cathétérisme du salpyng (trompe d'Eustache), instruments qu'il n'entre pas dans notre plan de décrire.

brane pituitaire) se trouve fort mal du contact non-seulement de l'eau, mais même de l'humidité (n° 5741), de la même façon la cavité de l'oreille moyenne et de la trompe sont altérées par la présence de liquides introduits dans la cavité. Les injections de substances huileuses ou mucilagineuses dans le tympan ont encore des inconvénients bien plus grands; car ces mêmes substances ne sont point susceptibles d'une absorption complète, et les parties solides qu'elles tiennent en dissolution, séjournant dans les parties où on les porte, peuvent y agir comme des corps étrangers, et y occasionner des accidents plus ou moins fâcheux. De telles médications pouvaient être rationnellement proposées alors que l'on rapportait à *l'irritation la plupart des maladies*, et lorsque l'on attribuait à plusieurs médicaments dits émollients, adoucissants ou antiphlogistiques (la guimauve, la gomme, etc.), une action spéciale contre l'état phlegmasique. De nos jours, où l'on étudie plutôt les lésions réelles des organes que les entités morbides auxquelles on croyait devoir les rapporter, on pense que les agents pharmaceutiques dont il s'agit calment les phénomènes dits inflammatoires, surtout parce qu'en vertu de leur viscosité, ils retiennent, plus que d'autres, l'eau entre leurs molécules constituantes, et ramollissent ainsi les tissus qu'ils touchent.

11491. D'après ce qui vient d'être dit (n° 11490), nous condamnons en général les injections aqueuses par la trompe dans l'oreille moyenne. Toutefois, s'il arrivait que des liquides puriformes ou putréfiés vinssent à séjourner dans la caisse du tambour; si en même temps le salpyngé était libre, on conçoit que des injections d'eau pourraient y être pratiquées avec utilité. Que l'on ne vienne pas nous dire ici que la trompe tympanique est trop étroite pour livrer passage à des liquides, l'expérience la plus simple, celle dont il a été parlé au n° 11488, prouverait qu'il est facile de faire pénétrer de l'air dans l'oreille moyenne, et l'on ne voit comment des fluides élastiques pénétreraient dans cette cavité, tandis que des liquides ne parviendraient pas.

Insufflation et aspiration de l'air dans le tympan au moyen des mouvements respirateurs. Comparaison entre les sinus et les cavités de l'oreille.

11492. Non-seulement on peut, au moyen de l'expiration, faire arriver l'air par le salpyngé dans l'oreille moyenne, mais encore on parvient à l'en faire sortir par une véritable aspiration. — *Au point de vue anatomique, la caisse est un sinus rhinique, ou un appendice des*

fosses nasales. Comme ces sinus, elle reçoit de l'air; comme eux, elle communique avec les cavités olfactives; comme eux, elle est en quelque sorte annexée à l'angiaire (appareil respiratoire); elle constitue en quelque sorte une cellule pulmonaire; mais qui a pour fonction spéciale de servir à l'audition, tandis que les anfractuosités nasales sont affectées à l'olfaction; les cellules mastoïdiennes rendent même ici les analogies plus évidentes, et permettent mieux de comparer aux vacuoles du poumon les cavernules nombreuses creusées dans l'épaisseur du rocher. Or, rien n'est plus facile que de porter jusqu'à son dernier terme cette comparaison, et que de faire en quelque sorte *respirer* le tympan. Voici comment: Si, comme il a été dit (n° 11488), l'on fait pratiquer à un homme sain, les narines et la bouche étant fermées, une forte expiration ou un violent effort, l'air entre par la trompe dans la caisse; si l'on tient encore clos le nez et l'ouverture orale, et si l'on fait exécuter alors une forte inspiration, l'air est attiré de l'oreille moyenne vers le pharynx, et par conséquent s'échappe du tympan. En exécutant ces diverses manœuvres, les petits bruits que la membrane du tambour, alternativement tendue et relâchée, fait entendre ne laissent pas de doute sur l'entrée et la sortie successives de l'air.

Respiration artificielle de l'oreille moyenne rendant brusquement l'ouïe à un homme sourd depuis quelques jours.

11493. Or, cette pénétration et cette sortie de respiration artificielle pratiquée dans les cavités de l'oreille moyenne a remplacé pour nous, dans maintes circonstances, les injections aériques au moyen du cathétérisme salpyngien. Soit qu'il s'agisse de savoir si la trompe est libre (n° 11488), soit qu'il se présente des indications thérapeutiques de pratiquer l'insufflation du tambour à l'effet de détruire des salpyngemphraxies (obstructions de la trompe d'Eustache), ou de renouveler le fluide élastique contenu dans l'oreille moyenne, nous faisons pratiquer plusieurs fois de suite les manœuvres dont il vient d'être parlé, et nous pourrions citer plusieurs faits remarquables à l'appui de cette proposition; mais parmi ceux-ci nous choisissons le suivant, recueilli à l'hôpital de la Pitié vers le mois de janvier 1848: Un employé préposé à mettre de l'ordre parmi les malades qui se présentent à la consultation, vint se plaindre à nous que depuis la surveillance il était complètement sourd d'une oreille. Cet accident avait succédé à un mal de gorge tout d'abord accompagné de bourdonnements d'oreille. Nous inférâmes de ces faits, qu'il s'agis-

sait ici de quelque salpyngopathie qui avait mis obstacle à l'entrée de l'air ; le pharynx était encore légèrement rouge. Nous fîmes alors pratiquer devant nous à ce malade quelques expirations et quelques inspirations forcées, et cela au moment où les narines et la bouche étaient tenues closes. Pendant l'un des efforts auxquels cet homme se livra, *tout à coup* il entendit un bruit dans l'oreille malade, bruit qui lui donna la sensation d'un obstacle surmonté, et *à l'instant même l'audition fut rétablie.*

Arthrites des osselets de l'ouïe.

11494. Parmi les états pathologiques dont le tympan est le siège, il ne faut pas oublier d'indiquer les altérations dont sont susceptibles les osselets de l'ouïe parfois atteints de toutes les lésions dont les os en général peuvent être frappés. Probablement leurs articulations ne sont pas plus exemptes que les autres jointures, de phlegmasies. Ces arthrites liés à l'hémite expliqueraient certains cas où des douleurs très-vives de l'oreille se sont déclarées chez des individus atteints d'hémitarthrite (n° 4158). Toujours est-il, que dans les phlegmasies et dans les pyoïes de l'oreille moyenne, fréquemment les osselets, par suite de la destruction de leurs articulations, se détachent. Aussi lorsque la membrane du tambour est perforée, ces petits os sortent par le conduit auditif externe, en même temps que le pus et la sanie contenus dans la cavité tympanique. Il est très-utile, en diagnose, de tenir compte d'un tel fait qui a beaucoup de gravité, et qui est suivi de la perte de l'ouïe.

Lésions de l'oreille interne ou endangiote ; diagnose, thérapie.

11495. Les états organopathiques dont l'endangiote (n° 11476) peut être atteinte, sont fort peu connus, et surtout fort peu appréciables par leurs symptômes. Pour peu qu'elles aient de la gravité, elles ont pour résultats, des troubles dans l'audition, et même la perte complète de ce sens. Les diverses membranes que tapissent les cavités labyrinthiques, les corps remarquables que contiennent les canaux demi-circulaires, les organes nerveux et vasculaires du limaçon, les parois osseuses des canalicules par lesquels les nerfs et les vaisseaux passent de la cavité crânienne dans celles de l'oreille, les organes délicats qui se trouvent eux-mêmes contenus dans ces conduits osseux, peuvent être, isolément ou partiellement, lésés ; mais, attendu que les états anatomiques dont ces parties sont susceptibles ne peuvent pas, dans l'état actuel de la science, être déterminés et spécifiés pendant la vie, il est impossible dans cet ouvrage de les

décrire convenablement. — La douleur ressentie dans la région auriculaire ; les rougeurs de la peau qui correspond à cette même région ; les écoulements qui ont lieu par le conduit auditif externe, et surtout les modifications en plus ou en moins, et les aberrations dont la sensation auditive est le siège, sont les seuls documents capables, non pas de faire reconnaître le siège de telles lésions, mais au moins de le faire soupçonner.

11496. De cette imperfection dans la diagnose des endangioties (maladie de l'oreille interne), résulte que la thérapie de ces états pathologiques se réduit à peu près aux principes suivants : — 1° Combattre par des saignées générales et locales, par des bains locaux, des injections, des moyens dits dérivatifs, etc., l'état phlegmasique ; or, celui-ci se reconnaît : par la chaleur appréciable au dehors ; par les battements de la carotide sentis par le doigt de l'observateur, ou entendus par le malade, et cela avec plus d'énergie qu'à l'ordinaire ; — 2° appliquer des vésicatoires, des sétons ou des cautères près des parties malades ; — 3° avoir recours à des douches de vapeur ou de diverses substances dirigées vers les mêmes régions ; — 4° tenter l'emploi de quelques narcotiques (opium, belladone, jusquiame), administrés en injections, en cataplasmes, etc., soit dans l'ectangiote (conduit auditif externe), soit sur les téguments qui entourent l'oreille, soit enfin dans le pharynx et sous la forme de gargarismes, etc. — 5° Si l'on avait des raisons de penser que le syphiliose ait pu donner lieu à quelque tumeur du rocher, et que celle-ci ait eu pour effet les accidents observés, avoir recours aux préparations dites antisypilitiques, tels que l'hydrargyre, et surtout l'iodure de potassium qui conviendrait même dans les cas où l'ostéite temporaire ne serait pas de nature syphilitique.

Névroties et affections nerveuses de l'oreille.

11497. Les névroties (affections nerveuses de l'appareil acoustique) sont, à cause de l'obscurité qui règne dans la diagnose des otopathies en général, presque toujours confondues en pratique avec les lésions matérielles dont les parties de l'oreille, autres que les nerfs, sont le siège. Les névralgies dont la région auriculaire est parfois le siège, peuvent en fournir la preuve. L'inflammation du tympan, les pyoïtes ou les pyoïes qui y ont lieu, sont accompagnées de douleurs d'autant plus intenses que le filet nerveux, dit *corde du tambour*, doit nécessairement se trouver comprimé, altéré, enflammé par suite de telles lésions. Il en est ainsi pour la portion dure de la

septième paire dans les affections des os qui l'entourent, bien que ce nerf soit composé de filets moteurs. Les lésions dont il est le siège s'étendant probablement par delà le point de réunion qui a lieu entre ce même nerf et le filet du pentanèvre (cinquième paire), il y a lieu de penser qu'une névralgie intense peut être la suite de telles lésions anatomiques. Bien plus, la tuméfaction de la portion dure de la septième paire, la phlegmasie et l'augmentation de volume des parois osseuses ou membraneuses qui l'entourent, non-seulement causent une névralgie, mais encore une amyosthénie (paralysie du mouvement) dans les muscles auxquels ces filets nerveux viennent se distribuer.

11498. Les lésions du filet vidien, ou *corde du tambour*, qu'ils appartiennent ou non aux nerfs ganglionnaires, doivent déterminer des accidents névriques dans le tronc maxillaire inférieur, et par conséquent dans les filets dentaires. Aussi, dans la névro-dontalgie, suite fréquente du travail d'évolution des dernières molaires inférieures et surtout de la carie des autres dents de la mâchoire, se déclarent fréquemment des douleurs très-vives dans la région auriculaire.

11499. Il est fort difficile, disons mieux, il est impossible, dans l'état actuel de la science, de décider si, dans des symptômes, dits nerveux, attribués à l'oreille interne, c'est la pulpe auditive flottant dans le liquide de Cotugno, le nerf auditif lui-même, ou enfin, si c'est le point du névraxe correspondant à l'origine du névrote (nerf auditif) qui sont véritablement atteints. On peut bien, par voie d'exclusion, parvenir à déterminer qu'une affection présumée nerveuse de l'oreille, n'attaque pas la corde du tambour, ou la portion dure de la septième paire, attendu que l'on ne voit se déclarer, ni douleurs très-vives qui s'étendent vers la mâchoire inférieure, ni paralysie du mouvement du côté de la face correspondant à l'oreille malade. De là, on peut inférer que probablement l'appareil nerveux spécial au sens est seul affecté, mais il devient tout à fait impossible de préciser quel est le point de cet appareil où la lésion a son siège. Les troubles de l'audition (dysécie, paracousie, bourdonnement, sons de cloche, diminution, abolition de l'ouïe), alors que l'on ne peut constater aucune lésion matérielle de l'ectangiote ou du tambour qui leur donne lieu, peuvent tout aussi bien se rapporter au névraxe qu'au névrangiote; et les effets résultants de l'action de certaines substances mélangées avec le sang sur le système nerveux prouvent la vérité de cette assertion.

Action de la quinine, divers médicaments et de circonstances variées sur les nerfs de l'oreille.

11500. Le sulfate de quinine, pris à de hautes doses, l'alcool, l'opium, la jusquiame, la stramoine, ingérés, donnent lieu à des troubles de l'audition tout à fait semblables à ceux qui résulteraient d'une lésion propre au nerf lui-même (n° 4287); les mêmes phénomènes se produisent lors des toxémies dues à l'inspiration des gaz provenus du charbon en ignition, lors de la septicémie (n° 4710) et d'autres toxémies (nos 4287, 1111); l'hypoxémie (n° 3947) donne lieu à de semblables symptômes qui se manifestent aussi, soit lors de l'hypérémie encéphalique survenue à la suite de la position déclive de la tête, soit lors de l'hypémie (n° 3839), et au moment où après une saignée, le cerveau tenu élevé reçoit trop peu de sang. Dans tous ces cas il se peut faire, sans doute, que le nerf de l'ouïe souffre par suite des anomémies dont il vient d'être parlé; mais comme on voit survenir en même temps des phénomènes analogues du côté de la vue et des muscles, il y a lieu de croire que c'est le névraxe et non le névrote (appareil nerveux de l'ouïe) qui est affecté.

11501. Les phénomènes précédemment signalés (n° 11497), et qui tiennent dans beaucoup de cas à des lésions névriques, peuvent, comme nous l'avons vu, être les résultats d'affections organiques variées de l'ectangiote (n° 11497), du tympan (n° 11498), ou des parties solides de l'endangiote (oreille interne). Les seuls moyens, dans des cas pareils, d'éclairer jusqu'à un certain point la diagnose, c'est de constater : d'une part l'absence de lésions matérielles appréciables du conduit auditif externe et du tambour; et de l'autre, *de rechercher si les accidents présumés névropathiques dont l'oreille est le siège, n'ont pas succédé ou ne sont point liés à d'autres phénomènes névriques ayant pour sièges d'autres parties de l'appareil nerveux.*

La surdité dans les fièvres dites typhoïdes n'est pas un état névropathique ou critique.

11502. Parmi les accidents nombreux qui accompagnent la septicémie, il en est un, par exemple, que l'on a considéré comme entièrement névropathique, et dans lequel on a vu un phénomène critique et même de bon augure. Nous voulons parler de la surdité qui, assez fréquemment, se déclare dans les périodes avancées des collections symptomatiques dites *fièvres typhoïdes*. Tout nous porte à croire qu'il ne s'agit pas, le moins du monde, ici d'une névropathie, ni d'un accident dont les conséquences soient heureuses, mais bien de quelque emphraxie du salpyngé (trompe d'Eustache). C'est en

effet au moment où la langue est couverte d'enduits noirâtres, secs et épais, c'est quand le voile du palais et le pharynx en sont revêtus, que l'on voit se déclarer la dureté de l'ouïe; or, il y a lieu de croire que ces enduits s'accumulent aussi à l'orifice du salpyngé, ou dans sa cavité, et qu'ils sont les causes matérielles de la surdité alors observée; [aussi, lors de l'expulsion des mucosités épaisses et indurées dont le pharynx et la bouche sont enduits, souvent l'ouïe se rétablit d'une manière très-rapide. *Le tort des médecins jusqu'à ces derniers temps, a été presque toujours d'avoir négligé d'étudier la pathogénie des symptômes observés, avant d'en avoir recherché l'expression diagnostique.*

11503. A l'état chronique il est surtout difficile de déterminer quelles sont la cause et le siège des troubles de l'audition généralement considérés comme *nerveux* (n° 11497); nous énonçons seulement ici un fait dont la pratique ne démontrera que trop la réalité.

Névropallies ou oscillations nerveuses des organes nerveux du sens acoustique.

11504. Le sens de l'ouïe, ainsi que celui de la vue (n° 11468), est sujet à des névropathies ascendantes, analogues sous certains points à la migraine ophtalmique (n° 11469); il devient parfois le siège (ou du moins il paraît en être ainsi) de névropathies ectasiques ou progressives qui se propagent vers l'encéphale lui-même, et donnent peut-être lieu à des troubles intellectuels plus ou moins graves. Il semble que plusieurs accidents dits hystériques, ou mieux, que des névries ayant leur source primitive dans l'angiove et dans ses nerfs viennent ainsi parfois se reproduire vers l'oreille. Enfin, des troubles de l'ouïe jouent en général un rôle important dans l'invasion et la marche de certaines aliénations mentales. Ces bruits, ces voix que les malades, au début de la manie, disent entendre, bien qu'ils ne se produisent pas, ces hallucinations singulières de l'ouïe qui les tourmentent et les mettent parfois en fureur, paraissent être fréquemment liées à des lésions organiques de l'ouïe, ou à des phénomènes sensoriaux plus ou moins matériels propres à l'appareil névrotique. Nous parlerons avec détail de ces névropathies acoustiques, lors de l'étude des névraxies (maladies du système nerveux central).

Conclusion des considérations précédentes sur les maladies nerveuses de l'oreille.

11505. Dans toutes les considérations qui précèdent, il résulte que rien n'est plus obscur que le traitement des névropathies acoustiques; que sans cesse confondues comme diagnose avec des organopathies primitivement très-étrangères aux nerfs de l'ouïe, il est le

plus souvent impossible d'en établir rationnellement la curation. Malheureusement ici, comme dans la plupart des autres otopathies, on est le plus souvent réduit à l'emploi des évacuations sanguines, des vésicatoires, des douches derrière les oreilles, à l'usage des injections avec des liquides divers, etc. ; seulement, lorsque le mal a probablement pour siège les nerfs de l'ouïe, on peut utilement joindre à ces moyens, les applications narcotiques, celles d'hydrochlorate de morphine, l'usage intérieur de diverses préparations opiacées, et pour peu qu'il y ait de la périodicité dans le retour des accidents, l'administration de la quinine en dissolution. Nous avons fort peu de confiance dans l'emploi de la jusquiame, du camphre, de l'éther, et d'une foule de médicaments employés dans des cas pareils par un grand nombre de praticiens. De ce que la belladone agit si bien sur l'iris, il n'en résulte pas que cette substance ait une action thérapeutique sur les nerfs de l'ouïe. Lorsque l'on emploie des médicaments de ce genre contre les névroses, et, il faut le dire, contre la plupart des autres névroses, on n'a guère d'autres règles que le hasard, ou tout au moins que la routine faussement décorée du nom d'expérience clinique.

11506. N'oublions pas surtout que les nerfs de l'ouïe, fussent-ils malades dans les affections présumées névrosiques, il ne s'agit en rien d'altérations du fluide nerveux, ou de l'innervation considérée en dehors de l'action organique et d'une façon en quelque sorte métaphysique ; mais bien d'un trouble matériel et anatomique qui, pour ne pas être appréciable par nos moyens d'investigation, n'en est pas moins une lésion très-réelle.

NEVROSYSTÉMIES,

AFFECTIONS DE L'APPAREIL OU DU SYSTÈME NERVEUX.

CHAPITRE UNIQUE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

11507. Au point de vue organique et matériel, le système nerveux est le cachet de l'animalité ; sous le rapport moral ce même appareil constitue l'homme, ou plutôt est lié de la manière la plus intime à ce qu'il y a de plus grand et de plus beau en lui, c'est-à-

dire à l'intelligence, aux sentiments moraux et à la volonté. Le reste de l'organisation est presque exclusivement destiné, soit à le nourrir, à le faire croître et à le protéger, soit à exécuter ses ordres, soit à fournir les éléments de sa reproduction.

Coup d'œil anatomique sur le nevrosystème.

11508. Si l'on concevait par la pensée l'ensemble du système nerveux dans toute son étendue, et isolé des autres éléments organiques, on le verrait représenter l'homme dans sa disposition générale et dans sa forme propre. — Une grande masse lobulée située par en haut, terminée inférieurement par un prolongement caudiforme, *masse assez analogue pour son apparence à la figure qu'offre au microscope un zoosperme*, est la partie principale de ce vaste assemblage organique. — A l'extrémité périphérique de celui-ci, se trouvent des tissus qui sont le siège des sens, soit de relation, soit de nutrition (pulpe auditive, rétine, tissu nerveux de la rhinoméninge, de la membraue où siège le goût, théloderme; trame des organes assimilateurs où aboutissent les nerfs de la huitième paire, ou des ganglions). — D'autres filets nerveux se terminent aux fibres musculaires, et suivant que ces filets partent, soit de la masse centrale ou de son prolongement caudiforme, soit qu'ils n'en proviennent pas directement, ils y transmettent volontairement ou non l'influence motrice. — Il ne paraît pas qu'à ces extrémités périphériques il y ait de communication entre les extrémités ou plutôt parmi les anses terminales de chaque division nerveuse, fait important au point de vue de la pathogénie des névropathies (1).

11509. Entre la masse centrale et la périphérie existent des troncs nerveux au nombre : de 22 pour la base du renflement supérieur; de 16 pour le cou; de 24 pour le dos; de 16 pour les lombes; et de 12 ou 14 pour les régions sacrée et coccygienne. Ces troncs dont la moitié existe de chaque côté, se divisent en branches partagées en rameaux, puis en ramuscules, qui eux-mêmes donnent naissance à des filets de plus en plus ténus. Ces derniers se portent aux organes des sens, dans le parenchyme viscéral, ou dans les muscles placés ou non sous l'influence directe de la volonté.

(1) S'il n'en était pas ainsi on ne comprendrait pas : soit la perte partielle de la sensibilité ou de la motilité, sur les points des organes sensibles ou moteurs auxquels se distribuent des filets provenant tous d'un nerf qui vient d'être coupé, soit les paralysies partielles de la peau, de la rétine, etc., quand les tissus d'alentour ont conservé l'aptitude à sentir, etc.

11510. Sur leur trajet, les nerfs se réunissent fréquemment, ou plutôt s'accollent et semblent se confondre en formant des anastomoses, des plexus dont le volume est souvent considérable, comme il en arrive pour les plexus sciatique, brachial, lombaire, etc. De tels entrelacements formés par des troncs nés du névraxe par deux racines, l'une conductrice de l'influence motrice, l'autre chargée de transmettre l'action sensoriale, donnent naissance à des nerfs nouveaux dont chacun est constitué par des filets sortant de plusieurs des troncs qui devaient former le plexus. Dans le trajet des nerfs existent aussi de petits corps auxquels on a donné le nom de ganglions; on en trouve très-près de la moelle et qui correspondent à la racine antérieure de chaque nerf rachidien; on en rencontre dans l'orbite (ganglion ophtalmique), dans le sinus caverneux, dans la cavité crânienne, au pharynx, etc. — Ces petits corps sont en quelque sorte le commencement d'un système entier de ganglions étendus en avant et sur les côtés de la colonne vertébrale. Dans ce système, viennent se porter des filets rachidiens, et il en émane de nombreux rameaux formant avec d'autres filets des plexus nombreux et considérables qui s'entrelacent d'une manière inextricable. Les névriles provenant de ces plexus se dirigent vers les viscères, le long des vaisseaux, et s'y distribuent. Ce système ganglionnaire, ou *grand sympathique*, semble spécialement destiné aux organes nutritifs.

11511. Un gros nerf *part directement* d'un point voisin de l'extrémité supérieure du névraxe (la huitième paire ou petit sympathique), suit la direction de l'œsophage, se porte à l'estomac, fournit sur son trajet des filets et des plexus nombreux destinés au larynx, au cœur, aux poumons, etc. Il donne aussi des névriles aux entrelacements nerveux des viscères, c'est-à-dire, aux plexus du grand sympathique.

11512. Tel est l'ensemble apparent du système nerveux, dont la structure a été le sujet d'innombrables et savantes recherches dont on trouvera les principaux résultats parfaitement analysés et très-bien présentés dans un Mémoire de M. A. Retsin, qui a été couronné en 1846, par l'Université de Gand.

Structure du névrosystème.

11513. La substance nerveuse à laquelle Galien refusait une structure déterminée, a été considérée encore dans tout le dix-huitième siècle comme une pulpe, une bouillie; Bichat la rangeait presque parmi les fluides; Malpighi, dès le milieu du dix-septième siècle, la regardait déjà comme une fibre spéciale dont il avait étudié

avec soin les directions dans le cerveau. Il comparait même aux feuilles d'un chou les faisceaux, qui, suivant lui, s'épanouissaient pour former la partie supérieure des lobes cérébraux. Willis non-seulement constata l'existence des fibres ascendantes, mais encore d'autres productions analogues qui descendent le long des corps striés, des couches optiques, de la protubérance et de la moelle. Vieussens constata une disposition du même genre dans le centre ovale. Chose remarquable, ces grands travaux dont il était si facile de constater l'exactitude, furent tellement oubliés, que l'on fut très-incrédule alors que les utiles investigations de Gall et de Spurzheim démontrèrent que la structure du névraxe est de nature fibreuse. Depuis, les recherches de Reil, de Rolando, de Foville, d'Ehrenburg, de Mandl, etc., etc., ne laissèrent pas de doutes sur la structure fibrillaire de la substance blanche. — Les travaux des micrographes consacrèrent donc cette grande vérité. Suivant la plupart d'entre eux, une cellule primitive formée dans un blastème, ayant suivant divers auteurs, et notamment d'après M. Mandl, un noyau central, est l'élément primitif de la fibre dont il s'agit. Ces cellules adossées forment les fibres. Celles-ci ne sont point solides, ou ne sont pas remplies, comme on l'a dit, d'une substance consistante; mais leur centre est canaliculé, et elles contiennent un liquide renfermé dans une enveloppe membraneuse susceptible de se coaguler ou de se concréter. De cette dernière disposition résulte quelquefois la présence dans le centre de la fibre, d'une substance que l'on a prise pour un axe solide, et que l'on a désignée sous le nom de *cylinder axis*. De changements survenus ainsi dans l'enveloppe membraneuse ou dans le liquide contenu (et cela, sous l'influence des réactifs, de la dessiccation, etc.), proviennent encore des dilatations partielles et successives séparées par des rétrécissements, et qui ont fait donner par Ehrenbert à ces fibres le nom de *variqueuses*. Quoi qu'il en soit, ces éléments de la substance blanche se rencontrent dans le cerveau, le cervelet, les nerfs, et particulièrement dans ceux qui se portent directement du névraxe vers la névropériphérie.

11514. La substance grise n'est point fibreuse, mais elle est composée exclusivement, suivant Valentin : 1° de corpuscules ganglionnaires, qui seraient une cellule nerveuse développée et formée d'une enveloppe; 2° d'une matière semi-fluide et grenue, dont la couleur est jaunâtre, grisâtre ou brunâtre; 3° d'un noyau contenant une substance limpide (corpuscule gris de Mandl); les micrographes

sont loin d'être d'accord sur les formes et sur la structure de ces corpuscules qui existent, quoiqu'on ait d'abord affirmé le contraire, dans la substance grise de la moelle et des ganglions.

11515. Indépendamment de ces deux éléments : la fibre nerveuse blanche et le corpuscule, certains auteurs admettent des substances amorphes grise et blanche, des fibres organiques grises, etc. ; mais ces auteurs sont loin d'être tous d'accord sur leur existence. Se fondant sur des différences de coloration, Sæmmering avait cru reconnaître quatre espèces de substances nerveuses : la blanche, la cendrée, la jaunâtre et la noire. Si l'on voulait admettre autant de variétés de ces substances qu'il y a de teintes dans celle-ci, il faudrait en distinguer un très-grand nombre.

11516. L'hypothèse de Malpighi qui voyait dans la substance grise des organes sécréteurs dont la substance fibreuse blanche constituait le moyen d'excrétion ; la disposition entièrement vasculaire que l'on a prêtée à cette même substance grise ; la faculté que Gall attribuait à celle-ci de former la substance blanche, etc., ne sont pas d'accord avec l'observation des faits, et sont des suppositions qui ne peuvent influer sur les questions pathologiques. Il ne paraît y avoir du reste entre les substances grise et blanche qu'un rapport de contact, la blanche se trouvant tantôt en dedans, comme cela a lieu pour les hémisphères cérébraux, et ailleurs en dehors, comme il en arrive pour la moelle rachidienne. Ailleurs encore, ces deux parties du tissu nerveux sont entremêlées comme on le voit pour les couches optiques, pour la protubérance, pour certains ganglions, etc. — N'oublions pas enfin, de rappeler que M. le docteur Baillarger a démontré que la substance grise des circonvolutions était formée de trois couches distinctes et superposées.

11517. Loin d'entrer dans des détails sur la description des diverses parties du système nerveux et de leur structure spéciale, nous nous bornerons à cet aperçu général, nous réservant de rappeler plus tard, s'il le faut, certains détails anatomiques utiles pour se rendre compte des phénomènes observés.

Nouveaux noms anatomiques de diverses parties du système nerveux.

11518. Les anatomistes se sont en général fort peu occupés de choisir des termes applicables aux lésions d'organes, car la plupart d'entre eux étaient à peine médecins. Les praticiens, de leur côté, se sont fait longtemps une sorte de gloire de ne pas faire d'applications anatomiques à la pathologie. De là ces dénominations singulières :

pont de Varole, moelle allongée, éminences olivaires et pyramides, bras, cuisses de la moelle ou du cerveau, éminences *nates* et *testes*, etc. — De là ces noms celtiques ou latins auxquels on n'a pas eu le courage d'ajouter la désinence *ite* pour former les mots cervelette, moelle allongée, duremère, piemère, etc. A plus forte raison eût-il été souverainement ridicule de joindre aux noms anatomiques et barbares des organes nerveux, les désinences grecques de l'onomopathologie, et cela pour en fabriquer les mots duremèromalaxie, cervelettosclérose, etc.; par conséquent nous avons été dans la nécessité ou de modifier les termes anatomiques qui servent à désigner les diverses parties du système nerveux, ou de leur consacrer de nouveaux termes grecs, ou enfin de faire pour l'appareil cérébro-spinal une exception sous le rapport de l'onomopathologie : en adoptant ce dernier parti, nous n'eussions pas été logique, et nous eussions laissé le langage médical dans une insuffisance qui, suivant nous, aurait tourné au très-grand détriment de la pratique. — Faute de noms convenables, au moins autant que faute de notions physiopathologiques précises, une foule de lésions du système nerveux n'attirent pas spécialement l'attention des pathologistes. — Il n'y a même pas de mots spéciaux pour désigner les hémorrhagies, les ramollissements partiels, les tubercules, etc., du cervelet, de la moelle allongée, etc. — Outre le ridicule attaché à appeler arachnoïdite (inflammation de la ressemblance avec une araignée) une membrane mince et diaphane, il n'y a pas d'expression pour désigner les affections propres à la pie-mère, à la dure-mère, et les lésions aiguës de ces parties sont réunies sous la dénomination commune de méningite, etc., etc. — Il nous a donc fallu créer ici des mots anatomiques qui se prêtassent à des idées médicales; nous n'avons dénommé, du reste, que les grandes masses du système nerveux dont les lésions partielles peuvent être, jusqu'à un certain point, appréciées pendant la vie, et nous laissons à d'autres, le soin de dénommer convenablement les objets de détails, tels que les couches optiques, les corps striés, les tubercules quadrijumeaux, les olives, les pyramides, etc., etc.

11519. Les noms que nous croyons devoir proposer sont les suivants : 1° *Névrase* (axe nerveux), qui désigne très-nettement l'ensemble de l'appareil nerveux central. — 2° *céphale*, qui exprime aussi bien le cerveau qu'encéphale; car celui-ci rend seulement cette idée : *dans la tête*; or, encéphale se rapporte aussi bien au pharynx,

au sphénoïde, aux fosses nasales, etc., qu'à la masse nerveuse renfermée dans le crâne; toutes ces parties sont en effet situées dans la tête. Donner au cerveau le nom de *tête*, c'est convenablement se servir d'une figure très-usitée d'après laquelle on exprime le contenu par le contenant; et c'est représenter l'idée de ce qu'il y a de plus important dans la tête par le mot qui sert à rendre celle-ci. — 3° En admettant ce qui précède, *hemicéphale* exprime absolument la moitié du cerveau. — 4° De la même façon, *lobo-céphale* signifie un lobe cérébral que l'on spécifie exactement par les antécédents : *proto*, *deuto*, *trito*, très-propres à indiquer qu'il s'agit du premier (antérieur), du second (moyen), ou du troisième (postérieur). — 6° Les Grecs appellent le cervelet encéphalion, et d'après ce qui vient d'être dit, nous adoptons le terme *céphalion*. — 7° Le centre, ou le milieu des masses nerveuses, le grand organe à surface blanche compris d'une part entre le cerveau, les couches optiques, le cervelet, et de l'autre la partie de la moelle située au-dessous des olives et des pyramides, est très-convenablement indiqué par le mot *mésonèvre* (au milieu des nerfs). — 8° *Rachisomyèle* est une expression déjà en partie consacrée au prolongement rachidien, et l'on désignera utilement et facilement les cordons antérieurs, postérieurs, et les faisceaux latéraux de ce prolongement par : *promyèle*, *opisomyèle* et *pleuromyèle*. — 9° La substance blanche est la *leucomyèle*, et la grise, ou colorée, est la *chloromyèle*. — 10° Les noms de nombre servent à distinguer les trois membranes du cerveau; ainsi, la *protoméninge* est la dure-mère, la *deutoméninge* est l'arachnoïde, tandis que la pie-mère a reçu le nom de *tritoméninge*. — 11° Ces mêmes noms de nombre, ajoutés au mot *nèvre*, servent à distinguer les divers nerfs; exemple : *protonèvre*, *deutonèvre*, *tritonèvre*, *tétranèvre*, *pentanèvre*, *hexanèvre*, *heptanèvre*, *octonèvre*, *ennéanèvre*, *décanèvre*, etc. — 12° Les adjectifs : *céphaliques* (1), *rachidiens*, *cervicaux*, *dorsaux*, *lombaires* et *sacrés*, indiquent à quelle région appartient tel ou tel nerf désigné par un chiffre. — 13° Toutefois, les principaux nerfs des sens peuvent être désignés par des noms spéciaux en rapport avec leurs fonctions; exemples : *olfanèvre*, pour nerf olfactif; *opticonèvre*, pour nerf optique; *otonèvre*, pour nerf auditif, etc. — 14° Quelques autres nerfs ont encore reçu des noms que l'on peut conserver; c'est ainsi que l'on peut dire : *sciaticonèvre*, pour nerf sciatique; *diaphranèvre* ou *phrénèvre*, pour nerf diaphragmatique ou

(1) Nous ne voulons pas dire ici que les paires de nerfs dont ils s'agit naissent du cerveau, mais seulement qu'ils se trouvent dans la cavité du crâne.

diqués dans le tableau précédent ; nous n'étudierons avec soin que les principaux d'entre eux, et que ceux dont la connaissance est la plus importante en pratique. Avant d'entreprendre leur histoire, il faudrait peut-être se livrer à des aperçus généraux sur les actions des diverses parties dont nous allons indiquer les lésions, et noter ce que l'on sait : — 1° Sur l'analogie existante entre l'agent nerveux et le fluide électrique ; — 2° sur les grandes questions relatives aux nerfs du sentiment et du mouvement ; — 3° sur l'entrecroisement de l'influence cérébrale, d'une part, et de l'action des organes des sens ou des mouvements, de l'autre ; — 4° sur les relations présumées existantes entre les corps striés et les mouvements des extrémités inférieures, ou entre les couches optiques et les membres supérieurs ; — 5° sur le rôle que joue la substance grise ou chloromyèle, dans l'action sensoriale ou nutritive, et sur la relation qui peut exister entre la substance blanche ou leucomyèle et les mouvements ; — 6° sur les faits qui tendent à faire croire : que l'intelligence a des rapports avec la superficie des hémisphères cérébraux ; que le cer-velet influe sur l'équilibration, ou au moins sur la coordination des mouvements ; que vers le mésonèvre et particulièrement vers le pont de Varole, les pyramides et les olives se trouve en quelque sorte le nœud, le centre de la vie ; — 7° sur les faits qui font admettre : que les promyèles (cordons antérieurs de la moelle) sont liés à la motilité, et les opisomyèles à la sensibilité des parties du corps situées du même côté que chacun des cordons ; que les pleuromyèles cervicaux influent sur les mouvements respirateurs ; que la plupart des nerfs contiennent des filets réunis dont les uns président aux actions sensoriales, et les autres aux phénomènes moteurs ; que les uns prennent leur source dans les racines postérieures de la moelle, et les autres dans les racines antérieures ; que les paires nerveuses céphaliques ne font pas exception à cette règle ; — 8° sur les documents qui établissent que le sympathonèvre a pour fonctions principales de présider aux actes nutritifs, aux mouvements involontaires, etc.

11523. Enfin, peut-être devrions-nous encore nous livrer à des considérations d'un ordre plus relevé sur l'instinct et sur *l'intelligence*, sur son point de départ unique ; sur ses relations avec le névro-système ; mais la discussion de ces grandes questions physiologiques et psychiques nous conduirait beaucoup trop loin ; nous renvoyons en conséquence aux ouvrages spéciaux sur les fonctions du système nerveux. A mesure que nous aurons à traiter des diverses lésions

dont chacune des parties constituantes du névrosystème est le siège, nous aurons l'occasion de revenir sur les points physiologiques qui sont le plus liés à l'histoire de ces mêmes lésions.

Plan général de l'étude des névrosystémies (affections du système nerveux).

11524. C'est une chose fort difficile que de suivre un ordre naturel et analytique dans l'exposé des névropathies. Voulant toujours passer du connu à l'inconnu, nous étudierons d'abord (ce qui l'a été fort peu) les états pathologiques dont peuvent être le siège les terminaisons des nerfs dans les organes, terminaisons que nous désignerons dans leur ensemble sous le nom de névropériphère. Puis nous rechercherons quelles sont les altérations dont les nerfs sont susceptibles à partir de leurs extrémités dans les organes jusqu'aux centres auxquels ils se rendent. Puis nous étudierons les névraxies, soit qu'elles se rapportent au céphale, au céphalion, soit qu'elles frappent le rachisomyèle, ou les divers éléments anatomiques dont cet organe se compose. Ceci nous conduira à parler des altérations dont l'action des muscles est susceptible sous l'influence des maladies ayant leur siège dans les centres nerveux. Ce sera seulement après avoir étudié les lésions partielles de chaque grande division du système nerveux, que nous nous élèverons à la connaissance de certaines affections difficiles à comprendre, et qui semblent parcourir successivement diverses parties du névrorgane, affections auxquelles on a donné le nom de névroses, et qui sont pour nous des névropallies (oscillations nerveuses). Nous terminerons enfin nos études sur les maladies du système nerveux, par celle des troubles de l'intelligence, dont les causes anatomiques sont encore inconnues ou mal déterminées.

NÉVROPÉRIPHÉRIES,

AFFECTIONS DES EXTRÉMITÉS OU DE LA TERMINAISON DES NERFS
DANS LES ORGANES.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

11525. Nous sommes loin d'avoir les documents nécessaires pour nous prononcer sur les grandes questions que voici : Les nerfs

se terminent-ils dans les organes par des extrémités pulpeuses, par des papilles? Constituent-ils, comme le pense M. Rochoux (1) pour le névroderme, un tissu spécial, et en quelque sorte ganglionnaire, étendu sous la forme de membrane, et continu avec les papilles? Les nerfs, au contraire, forment-ils des anses comme le veulent le plus grand nombre des micrographes modernes? Existe-t-il autour des extrémités des anses supposées, une espèce d'atmosphère nerveuse qui expliquerait comment il se fait que les parties sont sensibles, bien que l'on ne découvre pas, sur le lieu même où les sensations ont lieu, de filets névriques, etc., etc.? Jusqu'à ce que l'anatomie micrographique ait décidé sur ces questions, nous devons nous en tenir aux faits pathologiques qui sont indépendants des explications physiologiques fondées sur ces considérations de structure intime. Nous nous bornerons en conséquence à présenter l'exposé général de ces faits qui d'ailleurs ont été déjà indiqués partiellement dans diverses parties de cet ouvrage. En effet, l'ordre que nous avons adopté est ici tellement logique, que les études organiques auxquelles nous nous sommes déjà livrés, nous conduisent naturellement à l'histoire des névries.

Phénomènes généralement rapportés aux terminaisons des nerfs dans les organes
névropathies cardiaques.

11526. Le cœur, avons-nous dit (n° 2161), est susceptible de

(1) Voici ce que m'écrit à ce sujet M. Rochoux :

« A mesure que les nerfs cutanés s'approchent de leur terminaison, on les voit, en se divisant successivement, augmenter de volume pris en masse, et acquérir de la fermeté, bien qu'on dise généralement le contraire. Près d'atteindre la surface interne du derme, ils communiquent par de nombreuses anastomoses. En traversant cette enveloppe, ils se *plexient* réellement, puis se terminent en formant à sa surface externe une membrane continue purement nerveuse, d'un quart de millimètre d'épaisseur, où il n'est plus possible de suivre isolément un seul filet. La surface interne de cette enveloppe adhère au derme de la manière la plus intime. Sa surface extérieure est immédiatement recouverte par le réseau muqueux qu'il est facile de séparer entièrement, et hérissée par ces innombrables papilles, de formes variées, si bien décrites par Malpighi. Comme la membrane qu'elles recouvrent, elles ont une structure purement nerveuse, c'est-à-dire qu'elles sont composées de canalicules transparents, qu'on a pris à tort pour des anses terminales. Celles-ci n'existent réellement pas.

Voilà ce qu'un examen microscopique, répété plusieurs fois, m'a constamment montré de la même manière. J'ajoute maintenant que l'extrême analogie qui existe entre les membranes muqueuses et la peau doit faire penser que les nerfs de ces membranes se comportent comme les siens.

Rochoux.

se livrer à des contractions tumultueuses, ou palpitations, qui se déclarent principalement sous l'influence de causes morales; souvent des intermittences, ou au moins des irrégularités ont lieu dans ses mouvements ou encore il cesse momentanément de battre, etc. Or, on est loin de trouver toujours par les moyens d'explorations physiques ou par l'investigation anatomique, les causes organiques d'une telle modification fonctionnelle. On a considéré de tels états pathologiques comme les conséquences d'une souffrance spéciale des nerfs du cœur, c'est-à-dire des plexus cardiaques; c'est évidemment là une hypothèse dénuée de toute preuve; car personne n'a jamais constaté la lésion de ces plexus, et nous avons vu que des cardiosténosies (n° 1646), des cardiempyraxies (n° 1852), des troubles dans la circulation pulmonaire (n° 5965); que l'hypémie (n° 3838), l'hydrémie (n° 3838), l'hypoxémie (n° 3944), les toxémies (n° 4278), certaines angiovies (n° 10314), etc., sont souvent les causes de tels phénomènes. Ailleurs, encore, ces états pathologiques, bien que névropathiques, sont le résultat d'une influence exercée par le névraxe sur l'organe central de la circulation, et ne sont pas liés à une souffrance primitive du plexus cardiaque, ou de l'élément nerveux du cœur. — Les douleurs existant dans la région cardiaque, rapportées par les auteurs à l'*angine* de poitrine (n° 2182), ont exclusivement leur siège dans les nerfs des parois thoraciques, et ne peuvent être rapportées aux cardionévries. Tout ce que l'on a dit sur les *névroses du cœur* n'est en rien prouvé. Il en est ainsi des suppositions que l'on a faites sur les spasmes des artères. Nous ne reviendrons pas : sur les opinions de Laënnec, relativement au bruit de souffle observé dans ces vaisseaux, bruit qu'il rapportait à un état nerveux (n° 2335); sur les expériences auxquelles nous nous sommes livrés dès 1827 et 1828, et dans lesquelles, injectant des liquides divers dans des tuyaux inerts, dans des artères ou dans le cœur en place, nous sommes parvenus à imiter des bruits de souffle qui, souvent, étaient presque musicaux (n° 1626); nous ne reparlerons pas des bruits de ce genre obtenus par nous en auscultant les conduits du puits artésien de Grenelle; les discussions dans lesquelles M. Bouillaud et moi nous sommes entrés, discussions dont les conclusions ont été que ces bruits ne sont pas dus à une prétendue *nervosité* des artères, mais bien à des circonstances matérielles telles, par exemple, que la mollesse des artères, la liquidité du sang, le choc des globules sanguins entre eux (hypothèse de

M. Marchal de Calvi), etc. — Dans tout ce qui précède, on ne voit pas d'états nerveux et morbides en rapport avec l'angième.

Influences des extrémités nerveuses dans les organes sur la nutrition et sur la respiration.

11527. Dire que certaines altérations dans la nutrition seraient dues à des troubles dans l'influence que les filets terminaux des nerfs exerceraient sur les fonctions des petits vaisseaux, serait avancer une hypothèse nullement fondée. — Il n'est pas douteux que sous l'influence de la huitième paire, ou du névraxe, ou des nerfs laryngés malades, il puisse se déclarer des troubles de respiration dus à des contractions spéciales et spasmodiques des thyro-arythénoïdiens, ou des autres muscles du larynx. C'est même à une semblable cause qu'il convient de rapporter le mécanisme de la toux férine (n° 6598), certaines altérations de la voix et peut-être quelques accès de dyspnée ou d'asthmes. Mais les médecins qui ont admis ces asthmes nerveux sans hésitation, ne savaient explorer les malades ni par la plessimétrie, ni par l'auscultation; ils ne pouvaient pas spécifier les cas dans lesquels la gêne de la respiration était due au refoulement du diaphragme (n° 3989), à l'accumulation de gaz dans l'estomac (n° 7517), etc., en sorte que l'existence de ces asthmes spasmodiques n'est en rien prouvée. — A plus forte raison en est-il ainsi pour cet asthme essentiel, nerveux, des auteurs, qui serait dû à ce que des *maladies spéciales aux filets nerveux du poumon* généraient l'oxémisme qui s'opère dans le parenchyme de ces organes. — On ne comprend pas comment Laënnec qui, sous le nom d'emphysème pulmonaire (n° 6658), avait si bien décrit l'aéropneumonasie (n° 6661), la bronhemphraxie (n° 5809), avait pu attribuer à un état nerveux le défaut de bruit respiratoire évidemment en rapport avec l'oblitération momentanée des bronches, ou avec une diminution dans l'action des muscles pariétaux du thorax.

Névropathies angibrômiques, hépatiques, lacrymales, salivaires, urinaires.

11528. Ce que l'on sait le mieux relativement aux névropathies angibrômiques, c'est que sous l'influence de lésions variées de la huitième paire, ou de phénomènes intellectuels et sensoriaux agissant sur le tube digestif par la médiation de ce même nerf, il se déclare divers phénomènes du côté de l'estomac, dont on ne peut reconnaître la cause anatomique (gastrismies, hypergastronervie, hypogastronervies, névrogastralgie, etc.). Ce sujet a été déjà longuement et peut-être utilement traité dans cet ouvrage (du n° 8161 à

8166); mais dans la plupart des cas qui s'y rapportent, on trouve beaucoup plus l'existence de modifications survenues dans le névraxe ou dans la huitième paire, que des affections propres aux gastronévres (nerfs de l'estomac); là, comme ailleurs, nous ne comprenons guère une souffrance des extrémités du nerf indépendante de l'organe où il se distribue. Un grand nombre de douleurs dites nerveuses, dont l'estomac est le siège, sont les symptômes : du dégagement de gaz dans ce viscère, de la contraction de ses fibres musculaires, de l'action qu'exercent sur la blennémenge gastrique les sucs acides que l'estomac contient (oxigastrie) (n° 7568), etc. Dans tous ces faits, et dans beaucoup d'autres du même genre, on ne voit pas qu'il y ait de lésion propre et spéciale aux extrémités nerveuses de l'angibrôme.

11529. En est-il ainsi de la toxenterie produite par le plomb? Nous croyons avoir prouvé que les douleurs ont lieu dans ce cas, non pas dans les parties malades du tube digestif, mais bien dans les fibres musculaires situées au-dessus des points affectés (n° 8228); quant à l'anervismie qui résulte de l'agent saturnin, il y a lieu de croire qu'elle correspond plutôt aux filets nerveux qui portent à l'angibrôme l'influence motrice, qu'au tissu nerveux qui entre dans l'organisation de celui-ci.

11530. On a admis, mais, sans preuve aucune, que les influences morales agissaient sur le parenchyme du foie, et qu'elles pouvaient donner lieu à la cholémie ou ictère. Nous avons prouvé ailleurs combien cette assertion est peu admissible. Elle serait fondée, qu'il ne s'agirait pas encore là d'un état morbide dû à une souffrance des nerfs hépatiques; mais bien de l'influence exercée par le névraxe sur les organes sécréteurs ou plutôt excréteurs de la bile.

11531. La sécrétion des larmes est à coup sûr soumise à l'influence névrrique ou névraxique, puisque certaines impressions morales l'augmentent d'une manière instantanée; mais il y a ici des nerfs spéciaux qui expliquent ce fait. On en peut dire presque autant de la formation de la salive. Ce qui s'opère, sous le rapport de l'innervation à l'état physiologique, doit avoir quelquefois lieu en maladie, mais on n'a pas de preuves qu'il en soit ainsi pour les glandes salivaires. En revanche, de la même façon qu'une excitation de la conjonctive ou de la membrane orale fait couler les larmes pour l'une, la salive pour l'autre, on voit les affections de ces parties donner lieu à une hypercrinie qui est sans doute l'effet de quelque relation nerveuse. Mais dans tout ceci, des phénomènes organiques

évidents ont lieu, et il ne s'agit point d'une souffrance primitive et isolée des extrémités périphériques des nerfs propres aux membranes ou aux glandes.

11532. La sécrétion urinaire, et par conséquent les modifications dont elle est susceptible, sont-elles sous l'influence de la moelle? On ne le sait pas. A plus forte raison ne peut-on pas, dans l'état actuel de la science, apprécier les lésions du tissu nerveux entrant dans la composition des reins et des uretères. Cependant, sous l'influence des affections lentes et douloureuses de la vessie et de l'urètre, on voit survenir un état maladif du névrosystème; mais ici les tissus qui entrent dans la composition des organes excréteurs, ainsi que leurs nerfs, sont affectés, et ce n'est pas l'élément nerveux de ces parties qui souffre isolément. Il serait difficile de dire si les douleurs qui se manifestent à l'extrémité de la verge lors des cysturies produites par un calcul ou autrement, sont dues à une souffrance des extrémités périphériques et isolée des nerfs du canal de l'urètre et du gland. Toujours est-il que l'on n'y découvre localement aucune altération de texture. Nous avons vu cette douleur exister d'une manière indéfinie sur un malade, sans qu'aucun symptôme, sans que le cathétérisme fissent découvrir de calcul, ou d'autres affections de la vessie.

Névropathies spléniques et angioviques.

11533. Les nerfs spléniques, ou si l'on veut le névrosplène, est pour nous le point de départ des phénomènes nerveux qui constituent l'accès fébrile. Nous croyons avoir mis ce fait au-dessus de toute objection sérieuse (n° 8972). Ce serait là un cas où les nerfs terminaux seraient primitivement malades et irradieraient sur le névro-système. Il en serait surtout ainsi pour les faits dans lesquels il s'agirait de névropathies spléniques reconnaissant pour point de départ des névrangiovies, et dans lesquelles on ne peut reconnaître de modifications matérielles dans le volume, dans la forme, etc., de la rate; ce cas est le cas le plus rare, et il n'est pas prouvé qu'alors même il n'y ait pas, au moins momentanément, des lésions dans le tissu splénique lui-même, considéré indépendamment de ses nerfs.

11534. L'angiove, et particulièrement les ovaires, semblent être le siège de certaines névropathies qui jouent un rôle important dans les affections générales du névrosystème, ou dans les accès dits nerveux qui affectent chez la femme les autres parties de l'organisme. Ces souffrances vagues, ressenties surtout vers l'époque menstruelle dans les régions ovariques et dans l'utérus; ces douleurs qui, si

souvent ont leur siège dans l'angiove (n° 10314), et cela sans que l'on y trouve ordinairement, pendant la vie ou après la mort, des altérations matérielles, conduiraient à penser que cet appareil est fréquemment atteint de troubles essentiellement névropathiques, c'est-à-dire affectant presque exclusivement les nerfs angioviques et surtout ovariques. Rien cependant n'est moins positif que l'existence isolée de telles lésions nerveuses. Lors de l'angiovorragisme (n° 10100), il se déclare des ovarémies, des ovarites légères dans lesquelles, à coup sûr, la trame et les vaisseaux des organes dont il s'agit ne sont pas moins affectés que l'élément névrique qui entre dans leur composition. On se rappelle tout ce qui a été dit sur le travail qui correspond à la formation et au développement de l'œuf, et ici il se passe plus d'états matériels qu'il n'en faut (n° 10101) pour expliquer les accidents nerveux qui se déclarent. Les lésions des ovaires sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit en général. Dans les circonstances physiologiques, une congestion sanguine et un état névrique réunis constituent, lors de la menstruation, les phénomènes locaux dont l'ovaire est le siège. Dans une foule de cas pathologiques, des excitations directes portées sur l'angiove, ou des impressions morales (agissant sur l'ovaire de façon à y causer un afflux de liquides et à y exagérer l'innervation) donnent lieu à des accidents névropathiques. Dans tout ceci il y a un mode d'action très-matériel. Tantôt, il est vrai, le point de *départ* est intellectuel ou instinctif, et peut devenir la cause occasionnelle de l'état névrangio-vique, et ce point de départ est en conséquence dans le névraxe; mais pour la série de phénomènes qui se passent dans l'angiove, ils sont évidemment matériels, et non pas essentiellement nerveux dans le sens généralement donné à ce mot.

11535. L'étude attentive des névropathies désignées par les auteurs sous le nom d'hystérie, la souffrance vague qui existe chez certaines femmes vers la région de l'ovaire, la reproduction successive qui se fait de névries vers les nerfs lombaires intercostaux, vers la huitième, la cinquième paire, et certaines portions du névraxe (faits que nous étudierons plus tard en détail), l'analogie qui existe entre de tels phénomènes et divers accidents névriques se manifestant dans les organes des sens, nous portent à admettre que l'ovaire est dans certains cas le siège d'une modification dans l'action de ses nerfs, d'une sorte de mouvement d'oscillation spéciale, d'une vibration rapide, susceptible de s'étendre et de se reproduire dans les

nerfs de l'angiove et même dans les autres parties du névrosystème. Bientôt nous allons voir sur quels fondements cette théorie est fondée.

Névropathies angiospermiques.

11536. Il paraît que chez certains individus très-irritables, ou qui ont beaucoup stimulé l'angiosperme, ou encore qui ont éprouvé des spermorrhées considérables ou habituelles, il se passe dans les nerfs des testicules, des vésicules séminales, etc., certains phénomènes du même genre que les précédents (n° 11534).

Névropathies dermiques.

11537. Déjà nous avons parlé de plusieurs affections dites nerveuses de la peau (n° 11361). Dans les unes (les névrodermites n° 10908), hémizona (n° 10917), acrodynie (n° 10909), il est évident que le névroderme n'est pas seul malade, et que la trame du tissu est en même temps compromise. Dans d'autres états du tégument, la lésion principale semble porter exclusivement sur l'élément nerveux de la peau. C'est ainsi que sans cause connue, ou qu'à la suite du refroidissement, alors que le derme se réchauffe, la peau devient brusquement le siège : d'un fourmillement spécial, d'une sorte de vibration bornée tantôt à un point très-circonscrit, et ailleurs s'étendant le long des nerfs qui se distribuent à la partie malade, et se reproduisant parfois sur d'autres points de l'enveloppe cutanée. Cet état pathologique est quelquefois observé à la suite soit de l'irisalgie ou migraine ophtalmique, soit des anomonervies angioiques réunies avec tant d'autres névropathies sous le nom d'hystérie. — Parmi ces derniers, se prononcent quelquefois une augmentation, une diminution ou une abolition partielle de la sensibilité cutanée (hyper, hypoadermesthésie).

11538. Certains symptômes névraxiques portent à croire que les troubles de sensation dont il vient d'être parlé sont loin d'avoir leur siège exclusif dans les nerfs du derme ; il arrive même que dans la céphalite, la céphalomalaxie, etc., on observe dans des points circonscrits des téguments une exagération extrême de la sensibilité, exagération qui devient un des caractères diagnostiques de ces lésions ; mais ailleurs, les troubles sensoriaux sont tellement limités et si développés, il y a une absence tellement absolue de tout autre accident vers la tête, le rachis, le trajet des troncs nerveux (1), qu'il

(1) Nous avons appliqué à l'étude des variations de sensibilité que la peau est susceptible de présenter dans des espaces limités, le *périgraphisme*, c'est-à-dire la méthode qui consiste à circonscrire par le dessin linéaire les parties malades ; mé-

est bien difficile de ne pas admettre que le mal a principalement son siège dans la peau. Or, dans des cas pareils, rien d'apparent dans le tégument ne fait voir de lésions soit dans les vaisseaux, soit dans la trame organique, et de plus les altérations fonctionnelles alors observées se rattachent aux actions sensoriales ; il en faut donc déduire que le névroderme est principalement et peut être exclusivement affecté. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas, dans ces mêmes cas, d'une simple modification survenue dans l'influence nerveuse, mais d'une altération matérielle qui, pour ne pas être appréciable par les sens, n'en est pas moins réelle.

11539. Les rapports que présentent les anomesthésies dermiques avec les névralgies intercostales démontrent presque la vérité

thode qui nous avait donné des résultats si importants alors qu'il s'était agi de tracer, au moyen de la plessimétrie, la forme et le volume des organes profonds. — En palpant la peau avec soin, et en y revenant à plusieurs reprises pour mieux s'assurer que l'on ne se trompe pas, on finit par constater d'une manière positive les points précis où le dermesthésisme (action sensoriale de la peau à l'état normal) est augmenté, diminué ou aboli. De cette façon et en traçant ainsi exactement tous les points où la transition entre les points malades et les parties restées saines s'opère, on obtient la limite exacte, l'étendue, la forme, le dessin des portions du derme frappées d'anomesthésie (troubles dans la sensibilité). Les applications pratiques d'un tel fait sont nombreuses et importantes. Nous nous bornerons à citer les suivantes : — Dans le cas où l'espace frappé d'anomesthésie s'élargit, diminue, le dessin que l'on a pratiqué avec soin les jours précédents, permet, au moyen de la comparaison établie avec les résultats du même genre actuellement obtenus, de juger nettement de ces variations. De là des inductions diagnostiques fort utiles relativement à la marche des accidents du névraxe dont l'anomesthésie dermique est parfois le symptôme : ces réflexions sont applicables aux variations de sensibilité dermiques qui ont lieu : dans les opisomyélies (maladies du cordon postérieur de la moelle) ; et dans la rachishydrie, la rachisorrhagie, etc. ; quelquefois l'anomesthésie dermique se porte d'un point vers un autre, et il est intéressant de déterminer jusqu'à quel point les espaces successivement compromis offrent la même dimension ou la même forme que les surfaces d'abord malades. — La délimitation exacte des points où l'anomesthésie dermique existe, peut servir à faire voir que tel tronc nerveux distribuant des filets exclusivement aux parties malades est seule affecté, etc.

Certes, on n'eût pas pensé que les études plessimétriques, en conduisant au périgraphisme, eussent été ainsi le point de départ de recherches en rapport avec la détermination d'espaces où la sensibilité est modifiée, et par conséquent à obtenir des résultats importants sous le rapport de la diagnose des névropathies ; cependant il en est arrivé ainsi. C'est que tout se tient dans les sciences, c'est que les découvertes les plus éloignées en apparence de l'étude d'une série de faits, peuvent en définitive jeter sur elles et en quelque point une lumière inattendue.

des propositions précédentes : en effet, l'on voit fréquemment les anomesthésies dermiques être les symptômes de la souffrance des nerfs intercostaux, souffrance que met en évidence la palpation pratiquée avec soin sur le trajet de ceux-ci ; or on a d'abord pensé que ces névralgies intercostales n'étaient pas liées à des états matériels et appréciables du tissu névrique ; mais depuis que les recherches de MM. Bouillaud et Beau ont prouvé qu'il existait ordinairement dans le *point de côté pleurétique*, ou dans les douleurs névropathiques des parois thoraciques, des hémies, des phlegmasies, des hypertrophies névriques ou névrilemmiques, il faut bien en déduire que les anomesthésies dermiques en rapport avec les névries intercostales, sont liées en effet à des circonstances organiques et matérielles. Toutes les analogies et toutes les inductions conduisent donc à faire admettre l'existence du même fait pour les anomesthésies dermiques qui ne sont pas symptomatiques des névries intercostales.

Névropathies des organes du goût et de l'odorat.

11540. Les nerfs du goût ne peuvent être isolés des tissus où ils ont leur siège (langue, palais, partie la plus élevée du pharynx et la plus reculée des fosses nasales), aussi est-il impossible de considérer en dehors des lésions organiques de ces tissus les souffrances spéciales de ces nerfs sensoriaux ; en somme, il n'existe pas de lésions du goût qui ne soient pas des lésions organiques ; la diminution, l'abolition de ce sens existant sur des points circonscrits des parties où il a son siège normal, sont le plus souvent liées, dans les cas très-rare où elles sont observées, à des lésions matérielles soit des nerfs qui se distribuent à ces mêmes parties, soit des régions du névraxe d'où ces nerfs proviennent. On ne voit pas dans tout ceci d'affections primitives du tissu nerveux où se passent immédiatement les phénomènes de la gustation. La plupart des anomalies que cette sensation présente, telles que goût pâteux, fade, amer, âcre, acide, salé, putride, de sang, etc., sont évidemment les résultats, non pas d'un trouble spontané de l'innervation, d'une modification dans l'influx nerveux, mais bien de la présence sur la langue, sur le palais, etc., d'enduits de substances amères, âcres, acides, salées, putrides, sanguinolentes, etc. La perte du goût des substances aromatiques est très-ordinairement le résultat d'une rhinosténosie, ou d'une emphaxie rhinique qui, mettant obstacle au passage de l'air, empêche les molécules odorantes que contiennent les aliments, de parvenir dans les fosses nasales et d'y produire la sensation qui leur est

propre. Dans tout ceci, encore une fois, il s'agit de lésions physiques de l'organe du sens, et non d'une souffrance nerveuse primitive et essentielle.

11541. Les mêmes considérations s'appliquent à l'odorat, et presque toutes les altérations pathologiques que ce sens présente sont liées : 1° à des lésions physiques de la rhinoméninge ; 2° à la présence, dans les fosses nasales, de mucus, de sang, de pus altéré ; 3° aux exhalaisons de différentes sortes qui s'élèvent vers la cavité olfactive : soit des enduits qui recouvrent la langue ou le palais, etc., soit des matières qui sont rendues par régurgitation, soit des cavités angiaires dans lesquelles s'opèrent diverses sécrétions gazeuses, ou dans lesquelles encore des liquides stagnent et s'altèrent ; on sait même que certaines substances sapides ou odorantes injectées dans les veines des animaux provoquent chez eux des actions en rapport avec des sensations semblables à celles qui auraient eu lieu si ces mêmes substances avaient été avalées ou respirées.

Cas de migraine olfactive.

11542. Un de nos confrères, M. le Dr L....y, éprouve assez fréquemment le phénomène suivant : il ressent dans la profondeur du nez, et vers la région de cette partie qui avoisine davantage le front, un sentiment d'oscillation, de fourmillement, de vibration désagréable, et qui, peu à peu, s'étend à une surface de plus en plus large. Quelques minutes après, cette sensation cesse d'avoir lieu, et alors se déclare une névralgie intense dans le front, névralgie qui est suivie de nausées et de vomissements. Le mal de tête, la gastropathie dont il s'agit dure quelquefois vingt-quatre heures. Ces phénomènes ont la plus grande analogie avec certains accidents dont nous allons parler, et dont l'œil et l'oreille sont le siège. Ils en ont aussi avec les sensations de vibration, d'oscillation, qui se déclare quelquefois dans la peau. — Il est difficile de ne pas admettre, dans le cas dont il s'agit, qu'il y ait eu primitivement une modification dans l'action sensoriale de l'élément nerveux qui entre dans la composition de la rhinoméninge. La question principale est de savoir si le nerf olfactif, ou bien des rameaux pituitaires de la cinquième paire (pentanèvre), sont affectés. Les douleurs frontales qui suivent la souffrance rhinoméningique en question, l'analogie entre ce qui a lieu ici et les accidents du même genre que l'on observe du côté de l'œil et de l'oreille, nous portent à croire que les extré-

mités périphériques de la cinquième paire sont principalement affectées.

Névropathies ommiques et acoustiques ; irisalgie ou névropathie ommique.

11543. Nous avons étudié avec soin, lors de l'histoire des altérations de sensibilité dont l'œil et l'oreille sont parfois le siège, les nombreuses modifications que l'action nerveuse est susceptible d'y présenter (n° 11459). Toutes celles qui sont les conséquences d'affections soit du névraxe (n° 11521), soit des nerfs optiques ou auditifs (n°s 11463, 11497), ne rentrent pas dans le cadre des affections névropériphériques. Nous avons fait remarquer (n°s 11458, 11497) que la plupart des anomesthésies dont la rétine ou la pulpe auditive étaient atteintes dépendaient de lésions très-matérielles, et non pas de simples troubles dans l'innervation. Seulement ces oscillations nerveuses tout à fait analogues à celles que nous avons précédemment constatées dans l'œil (n° 11469), et dans la rhinoméninge (n° 5794), ont évidemment leur siège dans les éléments nerveux de l'œil et de l'oreille. Ces phénomènes sont certainement en rapport avec quelque circonstance matérielle et pathologique se manifestant à l'occasion de l'exercice fonctionnel des actes dont sont chargés les tissus nerveux de la rétine, de la cinquième paire ou du nerf auditif.

« On observe la névropathie ommique irisalgie sur les individus dont la vue est faible, qu'une lumière vive éblouit facilement, qui demeurent dans un appartement obscur ; chez ceux qui lisent ou qui écrivent beaucoup ; chez les ouvriers qui, menant une vie sédentaire, fixent longtemps des corps peu éclairés ou d'un petit volume. Les hommes de lettres, les employés, les ouvrières en dentelle, les demoiselles de comptoir qui ont beaucoup d'écritures à faire, les typographes, sont spécialement exposés à cette pénible affection. On la rencontre très-rarement chez ceux qui sont habitués à l'action d'une vive lumière, qui travaillent peu des yeux, et qui mènent une vie active. Le genre de vie que suivent les femmes est peut-être la cause qui fait qu'elles sont plus sujettes à la migraine. C'est en général dans deux conditions de l'estomac que cette maladie se déclare : ou bien lorsqu'il est rempli d'aliments, ou lorsque la faim se prononce avec intensité. Il suffit, dans ces cas, du moindre travail de l'œil pour déterminer, chez ceux qui y sont sujets, la névropathie ophtalmique. Un médecin éprouvait fréquemment cette affection en faisant à deux heures une leçon de médecine : il avait l'habitude de déjeuner à une heure, de lire les notes écrites dans un caractère

très-fin, en se rendant à l'amphithéâtre. Il cesse de faire cette lecture pendant huit jours : il n'a pas la migraine. Le neuvième, il relit ses notes : l'hémicrânie reparaît. Il est un mois sans se livrer à cette étude, et, pendant un mois, il n'a pas cette affection, qui revient le jour où il recommence comme par le passé. Depuis, et il en a fait une multitude de fois l'expérience, il lui suffit de lire quelques lignes au moment de la digestion stomacale pour déterminer la névrose qui fait le sujet de ce mémoire.

» Le docteur D..... a longtemps fait usage de verres concaves du n° 10 ; il s'en trouvait parfaitement bien ; mais, pendant un voyage dans le fond de la Russie, les verres s'étant brisés, il fut obligé de les remplacer, sur les lieux, par d'autres verres concaves, à un degré inconnu, probablement rapproché du n° 10, puisqu'ils convenaient tout à fait à sa vue. A quelque temps de là le docteur D..... voulut faire l'acquisition de nouvelles lunettes à Paris (chez Lerebours) ; il choisit tout naturellement le n° 10, comme celui qui pouvait le mieux lui convenir, et l'essai instantané qu'il en fit semblait justifier ce choix. Quelques jours après, ayant voulu en faire usage, il commença par éprouver au bout d'une heure ou deux un sentiment de pesanteur et de constriction très-pénible dans les yeux ; la vue était nette, mais un peu douloureuse à soutenir ; le soir, M. D..... enlève ses lunettes pour se coucher : la céphalalgie subsiste et paraît s'accroître ; la lumière artificielle est difficile à supporter ; dans l'obscurité, une sorte d'aréole lumineuse semble de temps à autre paraître et disparaître ; en même temps se déclare une douleur gravative dans les sinus frontaux, et pendant toute la nuit une céphalalgie intense et générale, perte de sommeil. Le lendemain matin, il reste encore quelques éblouissements légers et une impossibilité de se livrer au travail du cabinet : M. D..... reprend ses lunettes ordinaires et dès lors diminution progressive de la céphalalgie. Quinze jours après environ, le docteur D..... renouvela l'expérience, pour se convaincre de la réalité de la cause productrice du mal ; même symptôme pendant le jour et pendant la nuit ; le lendemain, disparition graduée des accidents.

» L'invasion de la maladie a lieu à toute heure, quelquefois immédiatement après l'action de la cause qui l'a déterminée, d'autres fois dans les heures qui suivent cette action, rarement vingt-quatre heures après. Il n'est pas rare de voir la névropathie ophtalmique se manifester le matin lorsqu'on a beaucoup lu le soir. C'était ce qui arrivait à

deux jeunes dames qui passaient une partie de la nuit à lire : le lendemain, aussitôt que la lumière du jour frappait l'œil, un éblouissement avait lieu et était suivi de l'hémicrânie. La migraine disparut en cessant l'action de la cause qui la produisait. Plusieurs faits semblables se sont offerts à mon observation.

» Au moment de l'invasion, la vue est moins nette, on éprouve une sensation très-analogue à l'éblouissement ; il semblerait qu'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se peint sur la rétine ; peu à peu le point terne qu'on observait s'étend ; bientôt, et après une ou deux minutes, se dessine à l'entour de l'espace obscurci un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques individus, mais pâle chez d'autres, disposé en zigzags, agité par une sorte d'oscillation continuelle. D'abord très-petite, cette portion de cercle s'agrandit en même temps que le point central obscurci commence à s'éclaircir, et se développant de plus en plus, scintillant continuellement, semblant se rapprocher successivement de la circonférence de l'iris, l'arc lumineux finit par disparaître lorsqu'il arrive à l'extrémité du champ de la vision. Que l'œil soit ouvert ou fermé, l'hallucination continue ; mais elle se dessine mieux dans un demi-jour ou dans les ténèbres que dans une lumière vive. C'est presque toujours d'un seul côté qu'elle a lieu ; nous n'avons jamais observé personne qui ait éprouvé la sensation de doubles images. Chez presque tous les sujets de nos observations, la forme de ces images était, à peu de chose près, la même ; de sorte qu'en la dessinant, ils reconnaissaient ce qu'ils avaient souvent vu. La durée de cette première lésion varie : ordinairement elle ne dépasse pas quelques minutes ; quelquefois l'image met une demi-heure à parvenir à son entier développement et à sa disparition.

» Jusque-là, et même un peu par-delà, point de douleur, seulement sorte de stupeur, trouble dans la vision et légère pesanteur de tête. Dans quelques cas, l'éblouissement, même léger, et le nuage, sont les seules lésions optiques qui précèdent la douleur, et il arrive que les troubles de la vision sont quelquefois assez légers pour que les malades n'y aient pas fait attention et ne se les rappellent qu'après les questions réitérées du médecin. Cependant, après un temps dont la durée varie, quelques élancements se font sentir dans l'œil et dans la tempe du côté où l'éblouissement avait eu lieu ; tout le globe oculaire est douloureux, et la moindre pression qu'on exerce sur lui détermine un sentiment pénible, dont le caractère ne diffère pas des élancements spontanés qui surviennent : il semblerait que

l'œil soit trop plein, et qu'on y donne des coups de marteau. C'est spécialement en haut et en dedans que la douleur est la plus intense. Celle-ci n'est pas constamment portée au même degré pendant toute sa durée ; elle est extrême durant quelques minutes, puis se calme, pour reparaître ensuite avec la même énergie. Du reste, elle ne cesse pas complètement, et, s'il est vrai que des exacerbations se manifestent toutes les dix minutes, tous les quarts d'heure, on ne peut pas dire qu'il y ait intermittence. La durée de la douleur varie depuis plusieurs heures jusqu'à deux ou trois jours.

» La vue, l'ouïe, le goût, l'odorat sont altérés pendant que la névralgie suit ses périodes ; les paupières sont rouges, tuméfiées ; la lumière la plus légère ramène les paroxysmes ou les rend plus intenses ; le moindre bruit est insupportable ; le dégoût pour les aliments est quelquefois extrême, et les odeurs les plus suaves sont difficilement supportées par les malades. — Les facultés intellectuelles ne sont pas altérées ; seulement, il y a le plus souvent une grande tendance au sommeil.

» Dans les cas les plus simples, la maladie se borne aux symptômes que je viens de signaler ; mais trop souvent l'estomac participe à la souffrance de l'œil. Quelque temps après les éblouissements et l'invasion de la douleur, des éructations surviennent, des gaz s'échappent par l'œsophage, puis des nausées se déclarent, des vomissements les suivent ; les aliments que contenait l'estomac, plus ou moins digérés, suivant le temps qu'ils ont séjourné dans ce viscère, sont rejetés au dehors. Ces vomissements ne dépendent pas de la présence des aliments, car ils se déclarent quelquefois lorsque l'estomac est complètement vide, et ce sont même ceux-là qui fatiguent le plus les malades.

» Mais il ne faudrait pas penser que ce fussent là les seuls accidents dont une migraine excessive soit accompagnée ; il arrive qu'un des côtés de la langue ou de la face, que les membres inférieurs, et surtout les supérieurs, éprouvent un frémissement douloureux qui rappelle les oscillations de l'image dans l'œil, qui en a le caractère de vibration, et qui, commençant par la pointe de la langue, une partie de la face, le bout des doigts ou des orteils, remonte peu à peu vers l'axe cérébro-spinal, en disparaissant successivement vers les points où d'abord il s'était développé. Cette sensation bizarre ressemble assez bien à celle que l'on éprouve dans les crampes, ou au sentiment pénible que l'on ressent au bout des doigts lorsqu'on

s'est heurté le nerf cubital au coude. Quand cette douleur est parvenue vers le centre nerveux, elle cesse de se faire sentir.

» Le cœur, les poumons, le tube intestinal ne donnent pas lieu, en général, à des symptômes dignes d'être notés. Le plus souvent un sommeil réparateur termine la maladie, soit après plusieurs heures, soit après un ou deux jours. Les douleurs se font encore sentir pendant que le malade dort, mais elles s'amortissent, et finissent par disparaître. Quelquefois des nausées, suivies de vomissements, réveillent, et le sommeil revient ensuite. La migraine n'existe ordinairement plus le matin, ou il n'en reste qu'une pesanteur de tête qui se dissipe bientôt.

» Le retour de la névralgie de l'œil est variable. Chez un grand nombre de malades, il a lieu dès qu'ils s'exposent à l'action des causes dont nous avons parlé, et seulement lorsque ces causes ont agi. Nous connaissons une personne qui est six mois sans avoir la migraine, si elle ne lit pas dans les deux heures qui suivent l'ingestion des aliments dans l'estomac, et qui est sûre d'en être atteinte brusquement, si elle manque à cette précaution hygiénique. Chez certains hommes, la maladie est périodique, et revient tous les huit jours, tous les mois, tous les trois mois; chez d'autres, il n'y a rien de fixe dans son retour. Tantôt tous les accès sont à peu près de même durée, et de gravité semblable; d'autres fois, ils diffèrent infiniment d'importance et de ténacité.

» Le pronostic de la névropathie ophtalmique est rarement grave; mais si cette maladie ne fait pas périr, elle est horriblement douloureuse, et tourmente infiniment ceux qui en sont atteints. Quelquefois elle se guérit spontanément avec l'âge, mais souvent aussi les accès qui la constituent se rapprochent de plus en plus, et rendent l'existence déplorable. On conçoit encore qu'elle peut présenter des complications qui rendent grave une maladie qui, par elle-même, ne présente pas cette importance.

» Nous ne connaissons pas de travaux sur l'anatomie pathologique dans la migraine. Il y a de fortes raisons de penser que le scalpel ne trouverait rien dans le cerveau ou ses membranes, qui fût en rapport avec l'affection dont il s'agit. Cette névralgie est trop fugitive, de trop peu de durée, sujette à des intermissions trop longues, pour laisser dans l'œil lui-même, ou dans les nerfs qui y correspondent, des traces cadavériques de son existence; mais ce n'est pas toujours la mort qu'il faut interroger pour connaître le siège des

maladies. L'examen de l'œil pendant la vie fait reconnaître un resserrement remarquable de la pupille, par conséquent une expansion de l'iris, et de plus une rougeur vive de l'une et de l'autre paupière, qui présentent un aspect semblable à celui qu'elles offrent chez des hommes qui ont irrité l'œil par des veilles et par des travaux de cabinet (1). »

11544. Quel est le siège précis de ce remarquable cortège de symptômes ? existe-t-il dans les filets terminaux de la cinquième paire distribués dans l'iris ? Nous avons toujours la plus grande tendance à admettre cette opinion formulée depuis longtemps par nous (Procédé opératoire (n° 822), que l'iris est l'organe primitivement malade. Voici comment nous nous rendions compte de la production des accidents : « Une cause excitante agit sur la rétine et l'iris ; l'action nerveuse est modifiée, une sorte de travail morbide se déclare ; il consiste dans des oscillations ou vibrations telles qu'elles viennent d'être décrites. Elles se portent de la petite circonférence de l'iris vers la grande. De là résulte ce cercle lumineux qui s'agrandit de plus en plus. On ne pourrait guère rapporter à un autre organe la forme arrondie de l'image. » Ces oscillations se reproduisent souvent avec les caractères précédemment décrits dans diverses parties du tégument.

11545. Depuis la publication du Procédé opératoire et du Traité de diagnostic (n° 3025), notre conviction sur le siège primitif de cette névrommie n'a pas été aussi positivement arrêtée. Nous nous sommes demandé si le mal n'existait pas dans la rétine ? Si le point primitif d'éblouissement qui caractérise le mal, situé au centre de l'image, pouvait bien correspondre en effet à la pupille qui, en définitive, n'est qu'une ouverture ? Mais alors, comment expliquer la névralgie de la cinquième paire ; puis, la névropathie de la huitième qui suivent la névrommie dont il s'agit ? Est-ce qu'une lésion de la membrane rétine pourrait se propager à un nerf dont cette même membrane ne reçoit pas de rameaux ? Le mal a-t-il son point de départ dans la rétine par un point central qui correspondrait au lieu où l'éblouissement se fait sentir, et de là se propagerait-il à l'iris depuis la pupille jusqu'au corps ciliaire ? De là proviendrait l'image

(1) Depuis la publication de ce travail qui remonte à plus de vingt ans, plusieurs médecins et notamment MM. Jules Pelletan et Labarraque ont observé sur eux-mêmes les accidents qui viennent d'être décrits. M. J. Pelletan a même fait une monographie sur ce sujet.

que l'on voit être disposée en zigzags et présenter des formes et des couleurs qui rappellent celles de l'iris. Il reste encore beaucoup de doutes sur ce sujet. Toujours est-il que la figure observée se peint bien dans l'œil; car elle se voit quand cet organe est fermé et quand on est placé dans l'obscurité la plus profonde.

11546. Quoi qu'il en soit, il est bien certain qu'il s'agit ici d'une souffrance primitive et spéciale propre aux filets périphériques des nerfs de l'œil. Le céphale en effet n'est pas, dans ce cas, le siège primitif des accidents; évidemment c'est l'organe du sens qui souffre, car si l'on porte volontairement ou mécaniquement, au moyen d'une pression faite avec le doigt, le globe oculaire dans des sens divers, l'image se déplace et suit toujours la direction que l'on imprime à ce même organe.

Otalgie ou névropallie otique.

11547. Lors de l'étude des névroties (névropathies otiques) (n° 11497), nous avons vu combien il était difficile de déterminer quels étaient les symptômes que l'on devait considérer comme névropathiques, et ceux qui dépendaient de lésions d'organes autres que les nerfs de l'ouïe, et qui donnaient lieu à des accidents, qu'au premier abord on aurait pu attribuer à ces nerfs. A plus forte raison paraît-il impossible de décider si les phénomènes névropathiques sont en rapport avec les extrémités périphériques du névrote, ou bien s'ils ont pour cause des lésions constantes dans la continuité de celui-ci. On ignore complètement si les sensations de bruits que l'on croit dans certains cas entendre, bien que ces bruits n'existent pas, fausses perceptions qui donnent lieu à des *hallucinations* relatives à des voix que l'on croit distinguer, à des paroles qui sont dites, etc., tiennent à des lésions dans le nerf acoustique ou dans son extrémité périphérique.

11548. Nous avons recueilli deux observations d'affections névrotiques relatives à des phénomènes analogues à ceux dont il a été précédemment parlé pour la peau (n° 11537, 11554), l'œil (n° 11543), et la rhinoméninge. Le souvenir de l'un de ces faits que nous avons eu l'occasion de voir à Argentan en 1835, est assez confus; il a été mentionné dans le Traité de diagnostic (n° 4036). La première publication de l'autre remonte au mois de juillet 1835. (*Bulletin Clinique*, n° 138.) Voici cette observation. « Madame Lamotte, âgée de 36 ans, d'une constitution robuste, pléthorique, a été sujette, lors de la première apparition des règles, à des attaques d'hystérie. Elle porte

plusieurs dents cariées, qui ont causé des odontalgies très-rebelles. Trois ans avant l'époque où je la vis, elle avait éprouvé une affection aiguë attribuée au cerveau, et accompagnée de délire. Sa vue est excellente. Depuis douze ans elle est sujette aux accidents suivants : elle croit entendre *un bourdonnement*, une vibration, fort analogue au tintement d'une cloche, et d'autres fois comparable au bourdonnement que font les abeilles autour d'une ruche. D'abord cette sensation est imperceptible, mais bientôt elle devient très-évidente, et les oscillations semblent s'étendre, devenir plus larges d'un instant à l'autre ; en même temps celles-ci semblent se propager à toute la tête, mais elles deviennent alors moins distinctes et plus confuses. Le plus souvent quelques minutes ou un quart d'heure après, survient une céphalalgie très-vive suivie de vomissements et qui dure de 24 à 36 heures.

» Le moindre bruit, la musique, l'attention fixée sur les sensations de l'ouïe, surtout lorsque l'appétit se fait sentir, ramènent les accidents, qui se renouvellent deux ou trois fois la semaine. Le repos, le silence, et au début l'ingestion de quelques aliments, arrêtent la série de ces phénomènes.

» Boucher les oreilles avec du coton, éloigner l'action des causes qui produisent le mal, éviter de souffrir de la faim, prendre des aliments excitants, et du sulfate de quinine au début du bourdonnement, tels sont les moyens qui m'ont paru devoir être prescrits. J'ai perdu de vue cette malade, et je ne sais quel a été le succès de ce traitement.»

Considérations générales sur les souffrances des extrémités périphériques des nerfs.

11549. Il est très-difficile de ne pas rapporter les accidents qui viennent d'être décrits à une affection propre à la partie pulpeuse du nerf auditif ou aux extrémités des nerfs de la cinquième paire qui influent sur le sens de l'ouïe. Ainsi, d'après ce qui vient d'être dit, les éléments nerveux de la peau (nos 11537, 11554), de la membrane muqueuse du nez (n° 11542), de l'œil (n° 11543), de l'oreille (n° 11547), de l'angiove (n° 11551), de l'angiure (n° 9765), semblent, dans certains cas morbides, être le siège d'une modification spéciale de structure et d'action qui consiste dans une sorte de tremblement, de vibration, d'oscillation qui semblaient s'étendre, se propager dans les divers points de l'étendue de la surface sensible, et nous verrons bientôt que ces névropathies prosectasiques (qui s'étendent vers un point) ne se bornent point aux surfaces dont il s'agit,

mais envahissent d'une manière graduée et successive les nerfs et les centres nerveux qui correspondent aux organes primitivement affectés.

Oscillations nerveuses, névropallies.

11550. Ce mouvement, cette oscillation, cette vibration que nous désignerons, si l'on veut, sous le nom de névropallie (1), peuvent-ils se déclarer dans des parties du névrosystème autres que les précédents? Les faits suivants nous le font admettre.

Auras épileptiques, hystériques, rabiques, etc. — Pallies sympathonévriques (oscillations morbides du nerf grand sympathique).

11551. Sur un très-grand nombre d'individus, il arrive que deux, trois, quatre, dix minutes, un quart d'heure avant le début des symptômes céphaliques de l'épilepsie (plus tard nous en tracerons le tableau général), il se déclare des sensations très-remarquables dans des points divers du névrosystème. On les a désignées sous le nom d'*auras*. Elles consistent dans des *fourmillements*, des *picotements*, des élancements, des malaises indéfinissables, des sensations de chaleur ou de froid spontanément développées, se reproduisant quelquefois d'une manière périodique et alternant parfois avec d'autres névralgies. Elle suivent presque toujours une marche progressive ou prosectasique à partir du point où la sensation a commencé à se déclarer jusque vers les centres nerveux. Nous avons vu des malades se plaindre d'avoir ressenti des fourmillements précurseurs des accès : dans la main, au pied, à l'avant-bras, à la cuisse, sur la peau de la face, etc. ; d'autres éprouvaient une gêne dans la région épigastrique, gêne qui remontait vers l'œsophage, le pharynx, le cerveau ; ailleurs c'était un prurit pénible qui se prononçait vers la région supérieure de l'angiaire, ou encore une souffrance vague qui avait lieu dans la poitrine. Chez la femme, des accidents du même genre avaient lieu d'abord dans les régions ovariques, utériques, vaginales ; puis elles se prononçaient dans les lombes, l'ombilic, l'épigastre, etc. Enfin, il n'est peut-être pas de région du corps où nous n'ayons observé ces phénomènes sensitifs initiaux, et qui étaient suivis, quelque temps après, des symptômes céphaliques auxquels les auteurs ont donné le nom d'hystérie ou d'épilepsie. D'autres fois encore, et souvent chez les personnes qui étaient fréquemment atteintes de ces derniers symptômes, les névropathies

(1) De πάλω, agiter, osciller.

périphériques dont il vient d'être fait mention semblaient s'arrêter dans l'étendue de quelque nerf, ou plutôt de quelque ganglion, ou de certains plexus (1).

11552. A la suite de la morsure des animaux enragés, il arrive que la solution de continuité se cicatrise, et n'est plus le siège d'aucune douleur ; mais dans les jours qui précèdent immédiatement l'invasion des collections symptomatiques désignées sous le nom d'hydrophobie ou de cynosialiosie (empoisonnement par le virus de la salive du chien), les bords de la solution de continuité deviennent douloureux, sont le siège de fourmillements, d'élancements, etc., et bientôt après surviennent les accidents propres à la rage déclarée. — Dans tous ces faits, l'on ne voit pas apparaître dans les parties où se passent les accidents névropathiques qui viennent d'être signalés, de variations dans la rougeur, dans la chaleur, ou la tumeur des parties ; rien n'y indique une lésion vasculaire ou textile (du tissu). Certes, cette dernière existe, mais on ne la voit pas, et la raison en est : d'une part, qu'elle siège dans les éléments nerveux des parties, éléments trop ténus pour être accessibles à nos moyens d'investigation ; et de l'autre, qu'elle dure trop peu pour laisser après elle des traces de sa présence.

Pallies (oscillations) se portant du sympathonèvre aux nerfs de relation.

11553. Dans plusieurs des faits qui viennent d'être signalés, le point de départ des accidents est mal limité, vague, douteux ; le sentiment obscur qui existe dans les tissus qui en sont le siège, n'est pas une sensation franche ; ce sont des souffrances hypogastriques, épigastriques, spléniques, entériques, pénibles plutôt qu'aiguës. Quelque temps après leur apparition (surtout dans les collections symptomatiques dites hystérie) elles sont remplacées par d'autres névropathies extrêmement douloureuses, et qui paraissent liées, comme les précédentes, à des affections propres aux extrémités périphériques des nerfs. Il semble qu'il s'agisse alors de névropallies (n° 11550) occupant, dans les premiers cas, les extrémités périphériques de rameaux sympathonévriques, et se portant dans les seconds vers les tissus nerveux en rapport avec des nerfs de relation.

Autres exemples de névropallies dans les extrémités périphériques des nerfs.

11554. Dans une névrie fort remarquable que nous étudierons

(1) Ce tableau sera complété lors de l'étude soit des affections propres aux nerfs dans leur continuité, soit des états pathologiques dont le névraxe est susceptible.

plus tard sous le nom de névralgie thoracobrachiale (angine de poitrine des anciens auteurs), il arrive très-fréquemment, comme cela a eu lieu encore dans un cas que nous venons d'observer (12 juin 1848), que les malades ressentent sur un point du thorax plus ou moins superficiel, et dans la région cardiaque, une vibration spéciale, une oscillation particulière suivie d'un sentiment de douleur, tantôt vague, tantôt constitué par des élancements, et qui retentit vers le plexus brachial, le nerf cubital, et jusqu'aux doigts annulaire et médius gauche. — On trouve quelque chose d'analogue aux phénomènes sensitifs d'oscillation dont il vient d'être parlé : 1° dans le frissonnement de la peau au début des accès fébriles ; 2° dans les crampes dont les extrémités supérieures ou inférieures sont le siège ; 3° dans le tremblement des muscles chez les vieillards, ou à la suite de diverses névropathies ; 4° dans les fourmillements, les *inquiétudes* dont les femmes se plaignent vers l'époque où l'utérinisme va se supprimer ; 5° la démangeaison, surtout celle qui, chez les vieillards, a lieu sans que l'on voie à la peau, dans les capillaires, dans les nerfs, ou dans le névraxe, les moindres traces des causes organiques qui président à la sensation éprouvée, est peut-être due à une névropathie du même genre (1).

11555. A la suite de la céphalomalaxie et de diverses affections névromyéliques, il se développe encore dans les régions de la peau qui correspondent aux parties du névraxe en rapport avec les nerfs qui se rendent à ces régions tégumentaires, des fourmillements plus ou moins intenses qui précèdent ou accompagnent les crampes. De tels faits rendent souvent fort difficile à résoudre la question de savoir si une névropallie observée sur un point est le symptôme d'une lésion du névraxe, ou bien d'une affection propre aux extrémités névriques de la partie douloureuse.

(1) Cette démangeaison est un symptôme très-pénible et très-rebelle à tous les moyens thérapeutiques. Nous avons vu des cas dans lesquels elle ne cédait à aucun moyen ; seulement les lotions avec l'eau froide furent pendant de longues années le seul moyen qui ait soulagé une malade (n° 2810). On a préconisé dans de semblables cas les bains avec des liqueurs acides, nous en avons tiré peu de parti. Dans plusieurs faits récemment observés, des applications sur la peau en couches très-épaisses, de moelle de bœuf purifiée ou même de suif (applications très-fréquemment réitérées), ont parfaitement réussi à calmer d'abord, puis à guérir un insupportable prurit de ce genre qui privait les malades de sommeil et avait pour siège presque toute la surface du tégument.

Degré de probabilité et d'utilité, fondement des opinions précédentes.

11556. Tout ce qui précède n'est pas positif comme ce qui a trait aux lésions d'organes ou à la plupart des anomémies que nous avons étudiées dans nos premiers volumes. Les opinions que nous émettons ici ne sont plus basées sur des faits plessimétriques, stéthoscopiques, sur des résultats d'inspection, de palpation, d'analyse chimique, etc. Nous ne procédons plus ici qu'en nous fondant sur des sensations, dont l'interprétation est vague comme tout ce qui tient à la vie elle-même, et au système nerveux qui en est le merveilleux organe ; des rapprochements, des inductions, des raisonnements sont, dans les études précédentes, nos principales voies d'investigation, aussi engageons-nous le lecteur à bien réfléchir avant d'adopter nos opinions, et à ne pas se laisser aller tout d'abord à ce qu'elles ont de plausible. Si elles sont fondées, elles conduisent loin et bien dans l'étude des névries et des névraxies ; si elles sont erronées, elles peuvent jeter dans de graves erreurs pratiques. Il est au moins certain qu'elles satisfont l'esprit, qu'elles rendent compte de phénomènes jusqu'alors incompréhensibles, qu'elles sont infiniment plus claires que tout ce qui avait été dit sur les esprits animaux, les vapeurs, les troubles dans l'innervation et les maladies nerveuses admises sans préciser en quoi elles consistent. Le principal mérite de ces opinions, et ce qui tend à faire croire qu'elles sont justes, c'est qu'elles ont conduit à des résultats thérapeutiques utiles, ainsi que nous allons le voir, et comme nous le verrons mieux encore lors de l'étude des névropallies (n° 11550) prosectasiques ou prosasiques (névropathies progressives), considérées dans leur ensemble.

11557. Les faits précédemment exposés ne se rapportent pas aux explications autrefois données par les physiologistes du névrisme (action physiologique des nerfs), au moyen de vibrations dans les filets nerveux que l'on comparait à des cordes tendues. Les nerfs n'offrent anatomiquement aucune des conditions que la réalisation de cette hypothèse exigerait. Mais des tissus mous et même aqueux peuvent vibrer, osciller, puisqu'il en est ainsi de l'eau qui présente des cercles vibratoires, alors que l'on projette un corps sur sa surface ; les oscillations dont nous voulons parler constituent un mouvement moléculaire organique, intime, pathologique, que l'on sent (n° 11551), que l'on voit (n° 11543), qui s'étend au loin, et dont il est difficile de nier l'existence (1).

(1) Une remarque qui nous paraît importante au point de vue du mécanisme des

Troubles fonctionnels variés produits par les pallies des nerfs périphériques.

11558. Les névropallies (n° 11550) dont il vient d'être parlé semblent donner lieu, dans quelques cas, à un tel trouble dans l'action sensoriale des tissus où elles ont lieu, que ces tissus non-seulement sont le siège de sensations soit de chaleur ou de froid, soit de douleur qui se présentent sous des formes variées, mais encore d'anesthésie. Il en arrive ainsi au début des migraines ophtalmiques (n° 11543), otiques (n° 11548), et à la suite de certaines douleurs de cœur, etc. Dans de tels cas les parties peu sensibles ou insensibles ne paraissent être atteintes d'aucune lésion physique appréciable, et leurs nerfs ne sont pas évidemment affectés. Nous trouverons plus tard l'occasion de revenir sur cet important sujet.

Étiologie des névropallies périphériques.

11559. Des causes très-diverses agissent pour donner lieu aux accidents dont il s'agit : — Souvent on voit les modificateurs naturels des organes des sens en être les agents occasionels ; ainsi : la soustraction du calorique est la cause de la réaction circulatoire qui a pour résultat le fourmillement dans la peau dont il a été parlé (n° 11537) ; ainsi, l'action de la lumière détermine l'image vacillante de l'irisalgie (n° 11543) ; et des sons variés peuvent donner lieu aux vibrations morbides entendues spontanément dans l'oreille, etc. (n° 11548). — Ailleurs, la névropallie se déclare sous l'influence de la lésion d'un tronc nerveux, comme il en arrive à la suite de la compression du nerf cubital au coude (fait qui ne rentre pas absolument dans le sujet que nous traitons actuellement). — D'autres fois, c'est à l'occasion d'un mouvement congestif physiologique qui s'opère d'une façon irrégulière, ou de troubles dans les fonctions départies à l'organe, que les vibrations dont il s'agit se déclarent ; ceci paraît avoir lieu pour l'ovaire. — Ailleurs encore, à l'occasion d'une lésion du même genre existant dans une autre extrémité nerveuse, on voit le mal se produire ; c'est encore ainsi que chez les femmes atteintes de névropallie ovarique, chez les hommes qui vien-

sensations à l'état physiologique, c'est que d'après les expérimentations physiques récentes, il semblerait que la lumière, agent de la vision, est, comme le son excitateur de l'ouïe, le résultat de vibrations. Ne serait-il pas naturel que les sensations fussent produites par des phénomènes d'oscillation alors que les agents sur lesquels elles s'exercent seraient dus eux-mêmes à des vibrations ? M. le docteur Blanchet se sert avec un extrême avantage pour l'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets, d'un instrument qu'il appelle acoumètre et qui produit des vibrations sonores très-fortes. Celles-ci dirigées vers les extrémités périphériques des nerfs, causent des oscillations très-prononcées ; des phénomènes du même genre ont lieu par l'électricité. Ces faits pourront peut-être éclairer le mécanisme des sensations et le faire rapporter à un névropallisme ou oscillation nerveuse physiologique.

nent d'éprouver une irisaigie, se manifestent vers des points du tégument variés des névropallies plus ou moins intenses. — Parfois il nous a semblé que la sensation des parois thoraciques qui précède la névralgie thoracobrachiale, se déclarait à la suite de gastrites, et surtout de celles qui sont liées à l'accumulation des gaz dans l'estomac. La névropallie de l'iris ne se manifeste guère encore que dans les cas où l'on s'expose aux excitations vives ou persistantes de la rétine, et cela lorsque la digestion stomacale s'accomplit ou lorsqu'un appétit très-vif se prononce. C'était aussi dans les mêmes circonstances que chez les personnes dont il a été fait mention se déclaraient les névropallies rhiniques (n° 11542) et otiques (n° 11548).

11560. Dans des cas, malheureusement trop nombreux, on ne peut remonter à aucune cause appréciable des oscillations dont il s'agit. Une prédisposition spéciale en rapport avec l'organisation primitive, souvent transmise par hérédité, semble le plus souvent être indispensable pour que l'action des causes spéciales dont il vient d'être parlé donne lieu à certaines névropallies périphériques; ainsi le plus grand nombre des hommes viendraient à être soumis à l'action des modificateurs qui, chez les gens prédisposés, donneraient lieu à ces accidents, qu'ils n'en seraient pas frappés.

11561. Enfin nous avons vu que sous l'influence de lésions, soit des troncs ou des filets nerveux (n° 11581), soit du névraxe lui-même, il se déclare des phénomènes très-analogues à ceux des névropallies; ceci prouve que ces oscillations morbides constituent un mode de souffrance du névrosystème entier, et qu'elles ne sont pas exclusives à la névropériphérie. Cette proposition paraît être d'autant plus fondée, que les nerfs ganglionnaires eux-mêmes ne sont pas soustraits à des affections du même genre (n° 11553).

Thérapie des névropallies périphériques.

11562. D'après ce qui précède, les névropallies périphériques sont des états pathologiques dont l'étude est très-difficile, dont la pathogénie est fort obscure, et dont les causes sont loin d'être simples et évidentes. Il n'est donc pas étonnant que leur thérapie ne puisse être tracée avec ce positivisme qu'il est si désirable d'apporter dans le traitement des affections morbides. La plupart des médecins, contre des accidents pareils, que les uns rapportent *aux spasmes*, les autres à un état nerveux qu'ils ne caractérisent pas, d'autres à des entités morbides qu'ils supposent exister (la migraine, l'hystérie,

(l'épilepsie, l'angine de poitrine, les crampes, etc., etc.), emploient au hasard, à l'extérieur et à l'intérieur, une foule de médicaments qu'ils décorent du nom d'antispasmodiques et de narcotiques. L'éther, le camphre, le musc, l'assa foetida, la valériane, le zinc, l'opium, l'hydrochlorate de morphine, la belladone, la jusquiame, les sangsues, les vésicatoires, les frictions, etc., ont été recommandés contre beaucoup d'accidents de ce genre. Presque jamais on n'a rattaché le traitement empirique ainsi proposé, à quelque idée générale; presque jamais on n'a établi de grandes indications pratiques fondées sur des considérations anatomiques et physiologiques, et propres à faire distinguer les cas et le temps où tel ordre de moyens est indiqué. On a confondu sous les noms des unités morbides qui viennent d'être nommées, soit le point de départ des symptômes, soit les phénomènes de transmission, soit enfin ceux qui se déclarent dans le névraxe ou les ganglions. C'est seulement en isolant ces divers états morbides qu'il nous paraît possible de nettement fonder la thérapie de telles affections.

Thérapie en rapport avec l'étiologie.

11563. Le premier soin doit être de rechercher quelles sont les causes des névropallies. Ainsi, pour celle dont l'œil est le siège, il faut, lorsque l'estomac se trouve dans les conditions précédemment indiquées (tom. VIII, pag. 79), éviter l'action d'une vive lumière, ou se fixer avec une attention soutenue des corps mal éclairés, ou d'un petit volume, ou encore qui exigent un grand travail de l'œil. La lecture, surtout celle de livres dont les caractères sont très-fins et très-mal imprimés, doit surtout ne jamais être faite dans de semblables circonstances. Le soir avant de se livrer au sommeil, et quand l'estomac est plein d'aliments, les personnes disposées à la névropallie de l'œil devront se garder de lire avec attention, car le lendemain matin elles seraient très-souvent atteintes de cette très-désagréable affection (1). — Les individus qui parfois éprouvent la névropallie rhinique (n° 11542) ou otique (n° 11548), se trouvent aussi très-bien d'éviter l'action des odeurs et des sons alors que l'estomac est rempli par des aliments. — L'expérience a appris

(1) L'importance de ce conseil est si grande, que, pour ce qui m'est personnel, je suis absolument sûr de n'être pas atteint de névropallie ommique (irisalgie, migraine ophtalmique) alors que je ne me suis pas exposé à cet ordre de cause, tandis que je suis non moins certain d'en être frappé lorsque j'évite l'influence de semblables circonstances. Un grand nombre d'autres personnes auxquelles j'ai donné des soins pour de semblables accidents sont précisément, sous ce rapport, dans le même cas que moi.

qu'en s'exposant à l'action d'un vent violent, qu'en marchant rapidement sur un plan ascendant, la névropallie thoracobrachiale reparait, et que des digestions laborieuses, ainsi que le développement de gaz dans l'estomac, donnent également lieu à cette névropathie. — L'action d'une lumière vive, l'éblouissement ramène souvent l'*aura epileptica* des yeux. — Des stimulations variées de l'angiove (n° 10810), des affections morales en rapport avec cet appareil, des modifications dans l'uterrhagisme, et surtout des angiovémies décident le retour de certaines névropallies. Il faut donc éviter, chez les gens sujets à ces diverses affections, l'action de telles influences.

11564. D'après ce qui précède, il arrive souvent que le point difficile dans la curation des névropallies est de remonter aux circonstances anatomiques et pathologiques qui en sont les points de départ et qui peuvent exister sur des organes autres que ceux où ces névropathies se déclarent; tant que ces circonstances n'ont pas été écartées, le retour des phénomènes morbides est presque inévitable. Ainsi dans des cas de pallies ayant leur siège dans des nerfs variés, nous sommes arrivés à découvrir qu'une névrodontalgie était le point de départ des accidents, et l'évulsion des dents a mis un terme à l'apparition de ceux-ci.

11565. Il est presque superflu de dire que dans les cas où les névropallies sont les conséquences d'états organopathiques des troncs ou des filets nerveux qui se distribuent à la partie malade, ou encore de lésions névraxiques, c'est d'abord à combattre celles-ci qu'il faut s'attacher.

Moyens appliqués sur les parties malades.

11566. Des applications variées faites sur la partie où la névropallie a son siège, sembleraient, au premier abord, devoir arrêter celle-ci. Malheureusement il est loin d'en arriver habituellement ainsi. D'abord le point malade est souvent trop profond et trop mal circonscrit pour qu'il soit possible d'agir sur lui d'une manière positive; mais ensuite, dans certaines circonstances où le mal est en quelque sorte extérieur, sous la main, pour ainsi dire, la réfrigération, l'augmentation brusque de température, et bien plus la compression, n'ont pu parvenir à arrêter la série de phénomènes attribués par nous à des névropallies; ainsi, lors du fourmillement qui précède parfois la névralgie thoracobrachiale; dans les *auras épileptiques* consistant en une sorte de tremblement; lors encore de prurits non

accompagnés d'altération organique apparente, et existant chez des vieillards ou chez des femmes sujettes à des névrangioves prosecta-
tiques (n° 10310), etc., nous avons très-inutilement eu recours aux
moyens précédents. Nous n'avons pas été plus heureux en employant
dans les mêmes cas des sangsues ou des ventouses, ou en faisant
des applications sur l'épiderme d'opium, de morphine combinée
avec divers acides, de jusquiame, etc. — Il nous a d'abord
semblé, et nous l'avons même publié, que l'extrait aqueux de bella-
done administré en frictions sur les paupières, ou autour de l'œil,
ou même rapproché de cet organe, avait fait plus promptement
cesser la névropallie ommique que si l'on n'y eût pas eu recours ;
mais bien qu'à la vérité il y ait eu quelque amendement apporté au
mal, par suite de l'emploi de ce médicament, il n'a pas été assez
marqué pour compenser l'inconvénient attaché à la nécessité où
seraient les gens sujets à la migraine, de porter sans cesse sur eux,
pour l'opposer au mal lors de son début, une certaine proportion
d'extrait aqueux de belladone. En se servant de ce médicament on
dilate bien la pupille, mais on n'obtient pas complètement le résultat
désiré, aussi avons-nous discontinué d'employer pour nous-même
une semblable médication. Nous citerons cependant, à l'occasion
des névrxopallies, des cas dans lesquels l'extrait de belladone a
paru être fort utile.

11567. Les vésicatoires placés sur la région atteinte de névro-
pallie, surtout lorsqu'après l'ablation de l'épiderme, la surface dé-
nudée est passée avec l'hydrochlorate de morphine, nous a donné,
dans certains faits rapportés par nous aux névropallies, des résultats
satisfaisants. Il en a été ainsi plusieurs fois lorsqu'il s'est agi des sen-
sations thoraciques qui accompagnent le début de l'angine de poi-
trine (névralgie thoracobrachiale.)

Excitation d'organes autres que les parties malades arrêtant quelquefois les névro-
pallies. Utilité de l'alcoolé de quinine.

11568. Dans les affections névriques dont nous traitons, et dans
lesquelles des altérations de l'action sensoriale sont les principaux
caractères, il est très-vrai que la stimulation de surfaces sensibles
et différentes de celles où le mal a son siège, réussit assez fréquem-
ment à troubler la névropallie et à empêcher surtout sa progres-
sion dans divers filets nerveux vers lesquels elle a de la tendance à
se propager. Ainsi, l'usage d'une liqueur alcoolique très-stimulante,
et contenant de médiocres proportions de quinine, entrave souvent

à leur début diverses névropallies qui, abandonnées à elles-mêmes, seraient presque inévitablement suivies des graves symptômes de l'épilepsie ou de l'hystérie, etc. La potion dont nous nous servons dans ces cas est ainsi composée : quinine, 1 gramme; alcool, 9 grammes; teinture de canelle, 5 grammes; sirop de vanille, 25 grammes. A prendre au début des névropallies une cuillerée à café ou à bouche, et plus ou moins en raison du degré de susceptibilité des malades.

11569. Nous sommes loin d'affirmer que ce soit par une stimulation portée vers le tube digestif, ou plutôt par une semblable excitation jointe à une action portée sur le névraxe consécutivement à l'absorption de l'alcoolé de quinine, qu'un semblable effet soit produit; mais à coup sûr, cette médication a eu fréquemment les effets les plus avantageux. C'est particulièrement dans les névropallies initiales des accidents dits épilepsie et hystérie, que l'usage de ce moyen a souvent été suivi des résultats les plus heureux.

11570. La quinine présente encore, dans la curation des névropallies, un avantage des plus grands. Ces névries se déclarant fréquemment, en effet, d'une manière périodique, leur réapparition à heures fixes est prévenue par l'emploi de ce moyen. Dans de telles circonstances, cette utile substance doit toujours être administrée à des doses assez élevées (de 50 centigrammes à 1 ou 2 grammes), et dissoute dans l'alcool. Le but que l'on se propose ici est non-seulement de s'opposer à la périodicité, mais encore de modifier le névrosystème précisément à l'heure, au moment même où les accidents se déclarent ordinairement, et de substituer en quelque sorte l'anomonervisme produite par le médicament à celle qui constitue la névropallie périodique. Il résulte de là que c'est à l'époque la plus voisine possible de celle où la névropallie doit se déclarer, qu'il convient d'administrer les préparations de quinine. Le succès dans des cas pareils est souvent fondé sur l'application du principe précédent, c'est-à-dire, sur le choix de l'heure à laquelle le médicament dont il s'agit est donné.

Cas remarquable de guérison par le sulfate de quinine d'une aliénation mentale, suite d'une hallucination de l'ouïe.

11571. Parmi les faits qui prouvent le mieux l'influence heureuse du sulfate de quinine à hautes doses pour prévenir le retour périodique des névropallies, il nous est impossible de passer sous silence le cas suivant. M. le Dr R***, à la suite de quelques chagrins

et de contrariétés de clientèle, éprouvait toutes les nuits, vers une heure, des bourdonnements d'oreilles fort désagréables; huit jours plus tard ces vibrations augmentant toujours, furent suivies de sensations en rapport avec des voix que le malade croyait entendre. A quelques jours de là, un délire furieux, lié sans doute aux craintes que ces sensations spontanées causaient, se déclara d'une manière continue; mais avec des redoublements marqués pendant la nuit. Il fallut placer le Dr R*** dans une maison de santé, et ce fut dans celle de M. le Dr Pinel, alors à Chaillot, où le malade fut soigné avec autant d'attention que de bienveillance. Cependant, loin de céder, l'anomalousie empira. Nous remarquâmes que pendant le jour il y avait quelques moments lucides; le bourdonnement et les voix se faisaient encore entendre la nuit, et cela, quelques moments avant le paroxysme de délire. La rate n'était pas hypertrophiée, et il n'y avait pas de fièvre d'accès. Nous fîmes administrer le soir même du jour où ces renseignements furent pris, un gramme de sulfate de quinine; les accidents de la nuit furent à peine marqués. On recommença deux jours de suite; les bourdonnements, les voix, le délire, ne reparurent plus, et depuis cinq ans la guérison est complète.

Usage de divers stimulants au début des névropallies.

11572. La quinine et ses diverses préparations n'ont pas seule la propriété d'arrêter brusquement, alors qu'elle est portée vers des organes autres que celui où la névropallie a son siège, le développement et la progression de cette singulière névrie.

11573. Si dès le début de la névropallie ommique ou irisalgie, et au moment même où le trouble de la vue commence (t. VIII, p. 77), ceux qui en sont frappés prennent une médiocre quantité (150 grammes, par exemple) d'un vin de bonne qualité et même un peu alcoolique, et cela en même temps qu'ils font usage d'un biscuit ou d'un fragment de pain, l'arc scintillant et lumineux (t. VIII, p. 77) se manifeste encore il est vrai, mais moins apparent dans ses dernières périodes qu'il ne l'eût été si l'on n'eût rien fait. Chose plus importante, les douleurs consécutives et les phénomènes gastriques ne se manifestent pas, ce qui infailliblement aurait eu lieu si l'on n'eût pas employé ce moyen. C'est de cette façon que paraissent agir certaines potions dites antispasmodiques administrées par les praticiens, et qui contiennent de l'éther, des huiles essentielles, etc.

11574. Il y a tout lieu de croire que l'espèce de nerf qui se distribue aux parties sur lesquelles on porte le modificateur thérapeutique,

influe beaucoup sur le succès que l'on obtient de l'emploi de celui-ci, car une stimulation portée sur la peau, telle par exemple qu'une application, soit de calorique, soit de moutarde, etc., n'arrête pas le mal, comme le fait une ingestion excitante dans l'estomac, organe qui reçoit de nombreuses branches de la huitième paire. Les purgatifs, les stimulants injectés dans le rectum ne modifient pas davantage la névropallie ommique.

11575. Dans quelques cas, l'emploi des douches, des bains de vapeur, un jet de cette même vapeur portée sur la partie malade, l'apposition sur cette dernière d'une pièce de flanelle recouverte de taffetas gommé, nous ont paru avoir de l'utilité. Il est probable qu'un courant électrique dirigé vers le point dont il s'agit, aurait de l'utilité. Nous manquons de faits positifs pour déterminer les circonstances dans lesquelles un tel moyen est indiqué.

CHAPITRE II.

NÉVROPATHIES OU NÉVRIES.

(Affections morbides, lésions des nerfs, considérées dans la continuité des nerfs.)

Difficulté dans la détermination diagnostique des lésions des nerfs.

11576. Les nerfs, dans leur continuité, sont susceptibles de la plupart des lésions dont les autres organes peuvent être atteints ; mais il est fort difficile de constater anatomiquement la nature de ces altérations morbides. En effet, les nerfs qui parfois donnent lieu à des phénomènes morbides des plus tranchés, sont tellement tenus qu'il serait extrêmement difficile de déterminer l'existence et la nature de la lésion qui modifie leurs fonctions. Un grand nombre d'entre eux sont tellement placés, ou se trouvent situés dans des cavités si profondes, quelques-uns traversent des conduits osseux si déliés, qu'il est impossible de constater, pendant la vie, les états anatomiques qu'ils présentent. De plus, bien que les affections de ces organes soient pour la plupart fort douloureuses, bien qu'elles martyrisent souvent les malades, elles ne causent pas directement la mort, il en résulte que la nécroscopie n'a pas rendu dans l'étude des névries, tous les services que l'on était conduit à attendre d'elle. C'est donc presque toujours sur des troubles physiologiques, sur des altérations observées dans leurs fonctions, que l'on arrive à juger

de leurs lésions, et quoique bonne, cette manière d'étudier les souffrances des organes est infiniment moins positive que celle qui consiste à examiner directement la circonstance anatomique qui donne lieu à leurs souffrances. Les lésions matérielles des nerfs les plus volumineuses ne peuvent même pas être reconnues à l'aide de la plessimétrie ou de l'auscultation. Il faut qu'elles soient énormes par rapport aux dimensions du nerf altéré pour que l'inspection et la palpation permettent de les saisir, etc., etc.

11577. Il résulte de tout ceci une grande obscurité dans la détermination des filets nerveux affectés, et dans l'espèce de lésion qu'ils présentent. Les seuls documents vraiment irrécusables que l'on puisse obtenir dans l'étude des névropathies sont déduits des inductions et des rapprochements physipathologiques tirés de l'anatomie. Ainsi, par exemple, lorsqu'une douleur vive existe exactement dans le trajet bien connu d'un tronc ou d'un filet nerveux, quand les fonctions des parties auxquelles se rendent ces nerfs sont troublées, il en faut bien déduire que ces nerfs sont malades : les circonstances commémoratives, la marche des accidents, etc., rapprochées des notions précédentes, finissent par porter une très-vive lumière dans l'histoire des névropathies. On ne conçoit pas, en vérité, comment il a pu se trouver des praticiens qui aient mis en doute l'utilité clinique des études anatomiques ; elles sont surtout indispensables alors qu'il s'agit d'acquérir des idées un peu nettes sur le siège et les caractères des névropathies. Que les élèves qui éprouvent des difficultés dans l'étude de la névrologie ne se rebuient point ; qu'ils ne considèrent pas comme peu importantes des recherches quelquefois minutieuses sur tel ou tel filet nerveux ; car ce fait en apparence d'une application très-contestable, devient en réalité, et pour la pratique, le point de départ des considérations les plus utiles et les plus élevées.

11578. Les difficultés dont la névropathologie est hérissée expliquent, de reste, l'état d'imperfection dans lequel est si longtemps restée cette étude dont l'intérêt est si grand.

Notions historiques.

11579. Au point de vue des affections névriques, la plupart des ouvrages antiques méritent à peine d'être étudiés. Hippocrate mentionne l'ischias ou sciatique, et quelques tumeurs qui ne peuvent être rapportées qu'à des névrocelies ou névrômes ; mais c'est à Galien, anatomiste et expérimentateur, qu'il faut arriver pour voir

comment on peut remédier par l'excision à la souffrance d'un nerf. Plus tard on oublia de tels faits. Quelques descriptions vagues de diverses affections douloureuses en rapport avec les nerfs furent seulement indiquées, et il faut arriver à André, médecin peu connu de Versailles, pour trouver une description un peu détaillée de diverses névralgies. Boerhaave, qu'il faut toujours citer alors qu'il s'agit de la partie raisonnable et positive de la science, s'occupa beaucoup des questions relatives aux névrites. Il nia l'existence d'une phlegmasie du nerf proprement dit, et la rapporta au névrilème. Il mit largement sur la voie des recherches anatomiques. Sauvages plaça au hasard les névralgies dans des sections variées de ses innombrables catégories de maladies. Les travaux de Nuck, de Maréchal, Louis, Pouteau, etc., contribuèrent à élucider cet important sujet; mais ce fut particulièrement Cotugno, médecin de Naples, qui fit des recherches spéciales et du plus haut intérêt sur la sciatique (que l'on étudiait sous les noms de *rhumatisme*, de *goutte*), etc.; sur la névralgie cubitale, etc. Suivant cet auteur, l'inflammation du nerf, son hydropysie étaient les causes matérielles du mal; aussi le traitait-il par les applications de vésicatoires, qui dans des cas pareils sont encore, en pratique, les moyens le plus souvent utiles. Fothergill étudia aussi avec soin et rapporta aux affections de divers nerfs, le *tic douloureux de la face*. Chaussier publia un tableau synoptique des névralgies qui, certes, est un des meilleurs travaux de son auteur, et qui conduisit à beaucoup mieux étudier qu'on ne l'avait fait auparavant les lésions dont les troncs ou les filets nerveux sont le siège. Depuis lors d'innombrables travaux sur ce sujet se sont succédé. Broussais, se conformant encore ici à ses idées sur l'irritation et les phlegmasies, ne put voir dans les névralgies que des névrites qui furent considérées dans un excellent Mémoire de M. le Dr Martinet, sur la sciatique, comme des névritèmes. Les innombrables formules de tant d'auteurs contre les névralgies ont eu beaucoup moins d'utilité que le remarquable travail de Descot sur les lésions des nerfs et sur les états anatomiques qu'ils sont susceptibles de présenter. — Des travaux de ce genre auxquels se livrèrent aussi Swan, Béclard, etc., constituent le véritable progrès en névropathologie.

11580. Toutefois, dans plusieurs écrits on semblait rapporter les névralgies à une maladie spéciale, et *non organique*. Il n'y eut guère de douleur obscure, profonde, alors que l'on ne pouvait pas

en reconnaître les caractères anatomiques, que l'on ne considérât alors comme *une lésion de l'innervation* fixée soit sur le sympatho-nèvre, soit sur les nerfs de relation. La gastralgie, par exemple, prit, pour un grand nombre d'auteurs, la place de la *gastrite chronique*, et l'asthme devint une névralgie des nerfs pulmonaires, comme les palpitations furent en rapport avec une névralgie des plexus cardiaques. Ce fut dans de telles circonstances que nous publiâmes dans la Clinique de la Pitié (1833), dans la Gazette Médicale et dans le Bulletin Clinique, un mémoire et des observations sur les névralgies, et sur leur traitement. Dans ce travail, nous nous attachâmes à prouver que les *douleurs des nerfs* sont dues à des circonstances d'organisation très-matérielles, et que les moyens de les combattre ne pouvaient pas non plus être dirigés contre des lésions *d'innervation*, mais bien contre des *altérations de texture*. Nous insistâmes beaucoup aussi sur l'efficacité du sulfate de quinine dans les névropathies. Nous reviendrons bientôt sur ce Mémoire, dont les principes ont été reproduits par nous, soit dans le Traité de Diagnostic (n° 4656), soit dans diverses parties de cet ouvrage (nos 9803, 10307). Nos travaux sur la névralgie thoracobrachiale (angine de poitrine des auteurs) nous conduisit, ainsi que M. Bassereau, alors notre interne, à l'étude des névralgies intercostales déjà signalées par M. Fouquier. Les recherches de M. Bouillaud, et plus tard de M. Beau, sur les états pathologiques que les nerfs présentent dans la pleurite, etc., furent d'une grande utilité dans l'appréciation des causes organiques qui donnent lieu aux douleurs de nerfs. L'étude des contusions, des piqûres, des blessures, des incisions, des excisions, des arrachements éprouvés par les nerfs, celle des névrômes ou névrocélies, les expériences physiologiques relatives aux fonctions des troncs et desrameaux nerveux, expériences auxquelles se livrèrent Magendie, Ch. Bell, Swan, Dupuytren, etc., etc.; de bons articles de MM. Jolly, Collivier, Bérard aîné, Bérard jeune, Duparque, sur ce sujet, une monographie de M. Valleix sur les névralgies; de très-bons articles de MM. Monneret et Fleury dans le Compendium, etc.; tels sont les principaux documents qui, réunis aux excellents travaux de MM. Jobert et Longet, peuvent fournir les matériaux nécessaires pour tracer un tableau à peu près complet des névropathies. — Nous suivrons dans l'exposition de celles-ci l'ordre adopté par nous dans les autres parties de cet ouvrage. Nous chercherons à nous élever des faits matériels, les plus simples, les mieux connus, les plus faciles, aux

cas les plus obscurs et les plus difficiles à comprendre. Nous prions le lecteur de vouloir bien lire, avant tout, avec attention les paragraphes du Traité de Diagnostic (du n° 4590 au n° 4644), qui traitent des moyens de reconnaître les états pathologiques dont les nerfs sont susceptibles.

Symptômes des névropathies, douleurs névriques.

11581. Les symptômes propres aux névropathies sont en rapport avec les fonctions que les divers nerfs ont à remplir. — Comme il en est parmi eux qui sont principalement chargés de communiquer au névraxe les sensations des organes auxquels ils se distribuent, et comme ils sont eux-mêmes très-sensibles, il en résulte que les principaux phénomènes propres à leurs lésions consistent dans des douleurs vives, lancinantes, *irradiant plutôt au dessous qu'au dessus du point lésé et retentissant même sous la forme de fourmillement, de vibration dans les parties où ils se distribuent.* On a des exemples remarquables de ce genre de douleurs : lorsque l'on vient à heurter le nerf cubital au coude ; lors de la pression du sciatique à sa sortie du bassin, etc. Presque toujours depuis vingt ans nous avons constaté que ces douleurs augmentent par une compression exercée sur le tronc ou sur le filet lésé, fait qui prouve qu'on ne peut établir sur un tel caractère la distinction symptomatique entre la névralgie et la névrite. Jamais la douleur névrique n'est exclusivement bornée à la partie même où la lésion anatomique a son siège, et elle se propage souvent comme une étincelle électrique dans toute l'étendue des ramifications du nerf. — Si l'on presse avec soin les parties où la douleur a son siège, et si l'on marque avec un crayon les points où elles existent (n° 11538), on les voit se dessiner longitudinalement suivant le trajet du nerf que l'anatomie indique. Ces douleurs dans les névries, même de cause évidemment matérielle (piqûre, compression, corps étrangers, etc.), sont rarement continues ; *elles sont sujettes à des paroxysmes, et non à des accès compliqués de fièvre intermittente*, à moins cependant qu'il ne s'agisse de névries intercostales à gauche.

Mouvements spasmodiques avec ou sans douleurs.

11582. Comme il est d'autres nerfs qui, tels que la septième paire, sont chargés de transmettre le mouvement aux muscles, il en résulte que leur lésion est accompagnée dans les parties auxquelles ils se rendent de contractions involontaires sans but utile, et que

l'on a appelées spasmodiques. — Si la lésion frappe des troncs qui contiennent à la fois des filets sensibles, et des filets moteurs (comme il en arrive pour cette septième paire après qu'elle a reçu un rameau de la cinquième), on observe et des contractions spasmodiques, et des douleurs très-vives.

Altérations fonctionnelles des parties auxquelles les nerfs malades se distribuent.

11583. Lorsque les nerfs malades se distribuent à des organes chargés de sécrétions ou de fonctions plus ou moins liées à l'innervation, ces actions peuvent être altérées; ainsi les pentanévries (affections de la cinquième paire), les octonévries (lésions de la huitième paire), ont pour symptômes: les unes, des troubles dans la vision, les autres, des modifications morbides de la digestion. — Un nerf est-il coupé, désorganisé, très-profondément altéré dans un des points de son étendue, il y a perte de sensibilité, de mouvement, de fonctions dans les parties auxquels se rend ce nerf, et si la destruction de celui-ci est incomplète, il n'y a aussi que diminution dans les actions dont il vient d'être parlé.

CHAPITRE III.

NÉVROTRAUMIES (blessures des nerfs).

Lésions produites par contusions, piqures, etc.

11584. La *contusion* d'un nerf est accompagnée d'un dérangement momentané dans ses molécules; il en résulte brusquement une souffrance névrique (n° 11581) qui, alors que la désorganisation n'a pas lieu, ne tarde pas à se dissiper. — Les *piqures*, d'après les expériences qui ont été faites sur ce sujet, donnent lieu dans le tissu du nerf à la formation de vascularités, de dépôt de lymphe plastique; survient ensuite l'intumescence des parties blessées. Les jours suivants, en général, les accidents se dissipent, et tant qu'ils durent se prononcent les phénomènes sensoriaux, motiles ou fonctionnels indiqués plus haut (nos 11581, 11582). — A la suite de la *section* des nerfs, les extrémités coupées présentent bientôt des rougeurs, des dépôts de lymphe plastique, soit entre les filets nerveux, soit autour d'eux; de là un épaissement, une tuméfaction et plus tard une cicatrice développée entre les bouts de nerf restés en contact, car elles n'ont aucune tendance à s'écarter. Dans cette cicatrice, même dans celle qui succède à l'*excision* d'une grande portion de nerf, les

uns ont nié qu'il y eût reproduction de filets nerveux (Cruikshank, Fontana, Meyer, Swan, Prévost, Tiedeman), tandis que les autres affirment le contraire ou au moins mettent ce fait en doute (Reil, Sæmmering, Jobert, etc.). Quand la portion de nerf excisée est considérable, il se forme un renflement à l'extrémité située du côté des centres nerveux; or dans la section des nerfs se prononce suivant les fonctions départies à ces organes : une anervisme sensoriale, motrice ou fonctionnelle (n° 11583) des parties où se rendaient les troncs, les branches ou les filets coupés. — Si une partie seulement de l'épaisseur des nerfs est incisée, la perte des fonctions dont il s'agit n'a lieu que dans les points où aboutissent les filets divisés. — Après les simples sections, et peut-être après des excisions étendues, les parties où les nerfs altérés se rendaient, récupèrent plus ou moins vite les actions sensibles ou motrices. Les uns attribuent ce fait à la reproduction des nerfs, les autres aux anastomoses existant entre les filets coupés. Les névriles (petits nerfs) qui dans un tronc ou dans une branche, touchent à ceux qui ont été divisés ou piqués, sont souvent le siège de douleurs excessives (n° 11581); comme la cicatrisation ne s'opère que lentement, et parfois avec des modifications profondes dans l'organisation, il en résulte fréquemment que ces douleurs persistent durant un temps fort long; cela se voit après des saignées dans lesquelles l'un des nerfs cutanés de l'avant-bras, de la jambe ou du cou, a été lésé. Nous avons vu des cas où ces douleurs subsistaient un an et plus, après que, dans une phlébotomie, un filet nerveux avait été intéressé. — Chez une femme, douze ans après un accident semblable, existaient encore de vives douleurs que l'on ne calmait qu'avec une grande difficulté.

Cautérisation des nerfs.

11585. Les caractères anatomiques de la cautérisation des nerfs ont été étudiés lorsque l'on a cherché à savoir si une semblable opération pratiquée dans les branches ou dans les filets atteints de douleurs intenses, empêcherait le retour de ce pénible accident. Cette cautérisation détruit le nerf; au-dessus et au-dessous d'elle, s'opèrent des phlegmasies, des dépôts de lymphes plastique, des intumescences, etc. Des paralysies ou anervismes sensoriale, motrice ou fonctionnelle, ont lieu dans les parties où se distribuaient les filets des branches ou les rameaux cautérisés, la cicatrice des extrémités

de ces nerfs ne s'opère pas ; aussi l'anervismie et l'absence de douleur persistent-elles.

Commotion des nerfs.

11586. Les altérations causées dans les nerfs par la commotion sont peu connues. Le fait suivant paraît s'y rapporter : une voiture fut tout à coup soulevée à plus de vingt centimètres de hauteur par la rencontre du moyeu d'une charrette à roues élevées, puis retomba avec violence sur le pavé. La personne qui était assise sur la banquette en arrière éprouva un choc, un ébranlement très-fort ; *à l'instant même et sans qu'il y ait eu d'autre accident encéphalique ou myélique*, une douleur vive se déclara instantément dans le côté droit et inférieur du cou sur les points occupés par le plexus brachial. Elle s'étendait dans le trajet du médian et du cubital, le long du bras et de l'avant-bras. Cette souffrance, qui était accompagnée d'engourdissement, dura plusieurs semaines, et semble avoir été causée par une lésion de structure due à la commotion du plexus brachial. Peut-être cependant il y avait eu pendant le choc plutôt une pression brusque de ce plexus ou de ses nerfs par quelques-uns des muscles qui l'entourent qu'une véritable commotion de cet entrelacement nerveux.

Névroclasie, arrachement, rupture de nerfs.

11587. L'arrachement, la rupture des nerfs ou névroclasie, est suivie des mêmes modifications de texture dans les extrémités rompues que la simple division d'une branche ou d'un rameau nerveux (n° 11584). On cite en général comme exemple de tels faits, les cas où un membre est arraché du tronc ; l'évulsion des dents est bien plus propre à faire connaître la névroclasie. Cette lésion cause les plus vives douleurs, mais en général presque aussitôt après que l'arrachement du nerf est opéré la souffrance cesse presque complètement. Parfois, cependant, des douleurs vives se prononcent, persistent et se propagent dans les filets, dans les nerfs voisins de celui qui est arraché. Le plus souvent quand de tels phénomènes ont lieu, c'est à la suite des lésions chroniques survenues dans les névrodontes (nerfs des dents) par le fait des odontelcosies et des odontopyites (1).

(1) Il faut renoncer au nom carie dentaire qui désigne des phénomènes très-complexes, et le remplacer par des expressions propres à exprimer les nombreux états anatomiques qui se déclarent sous l'influence de la lésion des dents, tels que l'odontelcosie (ulcération des dents) ; l'odontite (inflammation de la dent) ; l'odontopyite (abcès dentaire) ; l'odontonévrie et la névrodontite, etc. Tout porte à croire que dans de semblables circonstances, ce n'est pas l'arrachement des nerfs, mais bien son altération d'ancienne date qui cause de tels phénomènes.

Corps étrangers, compression.

11588. Les petites dimensions de la plupart des nerfs font que rarement ils sont blessés par des corps étrangers. Jeffreys a publié le fait d'un fragment de porcelaine qui, engagé dans la joue, y causait une douleur excessive, sans doute en rapport avec une lésion de la cinquième paire; les accidents cessèrent tout aussitôt que ce fragment fut extrait. M. Jobert vit un grain de plomb qui, ayant pénétré au-dessous du condyle interne du tibia, lésait sans doute par sa présence le nerf saphène interne et causait la névralgie la plus intense. — Le nerf radial d'un soldat fut blessé par un grain de plomb, qui fut trouvé dans ce nerf alors que l'intensité des douleurs eut forcé de pratiquer l'amputation. — Un morceau de bois ayant pénétré avec force et comme s'il se fût agi d'un clou dans une dent cariée, des douleurs excessives survinrent et se dissipèrent seulement alors que l'on eut enlevé le corps étranger, etc.

11589. La compression des filets nerveux peut être produite par un grand nombre de phénomènes physiques et organiques autres que les corps étrangers. — Un homme, âgé de trente ans, éprouva à la suite de la pression du nerf cubital au coude, dans toutes les divisions de ce nerf, des douleurs excessives, un engourdissement, des fourmillements, etc., suivis de deux paroxysmes névralgiques et quotidiens. Quelques sangsues et des cataplasmes firent cesser les accidents. (Clinique médicale de la Pitié, p. 264.) — L'attitude assise et une position telle du siège que le nerf sciatique à sa sortie du bassin et près du grand trochanter se trouve fortement comprimé, a pour conséquences des douleurs nerveuses (n° 11481) et une hypônervisme (n° 11583) sciatique. A une telle cause il faut souvent rapporter: soit la faiblesse des membres, les lassitudes, les douleurs musculaires si fréquentes chez les gens qui restent longtemps assis, soit les engourdissements, les fourmillements qui ont lieu, sur le trajet des nerfs sciatiques, chez ces mêmes personnes. Aussi la vie sédentaire, l'habitude de rester un grand nombre d'heures assis dans une voiture rend les membres inférieurs débiles. — Un valet de pied, reçu à l'Hôtel-Dieu dans notre service, avait fait un voyage de Rome à Paris; mal assis sur le siège d'une calèche, l'un des sciaticonévres avait porté, pendant toute la durée du voyage, sur le rebord du siège étroit que cet homme avait partagé avec le cocher. Cet individu fut pris d'une douleur sciatique qui persista un temps indéfini, et qui résista encore un an après à l'emploi des moyens en apparence les mieux appropriés pour la

combattre. — Les scirrhocélies (tumeurs cancéreuses) du sein et de l'aisselle comprimant les rameaux du plexus brachial, donnent lieu à d'atroces douleurs. — Un pneumophymique était atteint de souffrances atroces dans le nerf sciatique; elles résistèrent à toutes les médications que nous employâmes. Bien que ne pouvant découvrir par les signes physiques des masses tuberculeuses sur le trajet du nerf, nous annonçâmes qu'un engorgement phymique devait exister sur le trajet de ce nerf, et, en effet, lors de la nécroscopie on trouva à la partie supérieure et postérieure de la cuisse une phymocélie assez volumineuse qui comprimait le nerf sciatique. — Une vieille femme de la Salpêtrière souffrait extrêmement depuis cinq mois d'une névralgie sciatique du côté gauche. La plessimétrie fit trouver un matité très-prononcée et circonscrite dans la région de l'S iliaque. La malade n'évacuait les fèces que difficilement et irrégulièrement. Le toucher du rectum conduisit à y constater une quantité considérable de matières. Nous pensâmes que des fèces indurées comprimaient le plexus sciatique ou lombaire gauche et causaient les douleurs. Une potion et des injections anales fortement drastiques firent évacuer une énorme quantité de matières très-consistantes et qui avaient séjourné très-longtemps dans le rectum; la sciaticonévrie cessa pour ne plus reparaitre. — Un grand nombre de femmes enceintes, ou qui portent soit un prolapsus utérin, soit des tumeurs ovariques, sont atteintes de douleurs très-vives dans la région lombaire, dans le bassin, la hanche, la région sciatique du côté où existent l'ovarocélie, ou une inclinaison du corps de la matrice. C'est là, relativement aux nerfs, un fait analogue à celui que nous avons vu pour les veines (n° 3485). En général, après l'accouchement de telles douleurs se dissipent d'une manière très-rapide (1). — Une femme enceinte dont le ventre était énorme et chez laquelle le fond de l'utérus se trouvait fortement porté à gauche, éprouvait depuis plusieurs mois, dans toute l'étendue du sciaticonèvre de ce côté, une douleur névrique excessive. Des sangsues, des vésicatoires, etc., avaient été employés sans aucun avantage. La malade, d'après nos conseils, fut couchée tantôt sur le ventre, tantôt sur le côté droit, de façon enfin que la compression cessât de porter sur les plexus nerveux gauches des lombes et du

(1) Les nerfs comprimés restent quelquefois longtemps malades et douloureux; un grand nombre d'observations pourraient nous servir à démontrer la réalité de ce fait.

bassin, et la nuit suivante, comme les jours d'après, les douleurs cessèrent de se déclarer.

11590. M. Bérard aîné a parfaitement vu comment il se fait que la phlegmasie de la septième paire, dans son passage à travers le rocher, donne lieu à l'anervismie des muscles correspondants; ce nerf se tuméfie par suite du travail inflammatoire. Or, l'os qui l'entoure ne peut se prêter à cette dilatation. Dès lors il y a compression et perte du mouvement dans les parties auxquelles la portion dure de la septième paire se distribue. — Peut-être que le névrilème hypertrophié, épaissi dans les affections dont il est atteint, joue le même rôle que le rocher dans les affections de la septième paire. — Si la compression est légère, il en résulte : 1° pour les nerfs sensitifs, une diminution de sensibilité dans les parties auxquelles ce nerf donne des rameaux, soit des douleurs dites névralgiques; si elle était forte, une anesthésie absolue surviendrait; 2° pour les nerfs moteurs, des mouvements dits spasmodiques ou la perte de toute motilité dans les parties sousjacentes.

11591. Il est certaines tumeurs ayant pour siège les nerfs eux-mêmes que Valsalva et Marc-Antoine Petit connurent, et qu'Alexander, cité par Boisseau, a désignées en 1810, sous le nom de névrômes. Elles ont été bien étudiées par Swan, Dupuytren, Schiffner, Andral et par un grand nombre de chirurgiens modernes. Ces tumeurs qui varient en dimension, d'après Descot, depuis une légère intumescence jusqu'au volume d'une orange (Andral), d'un petit melon (Descot), qui sont isolées ou disposées en chapelet, paraissent agir aussi par une véritable pression. La plupart des auteurs ont noté que leur tissu a l'apparence des scirrhusies (n° 467) et parfois de petits kystes. Quelques personnes admettent qu'elles ressemblent aux céphaloïdies non encore ramollies. Quoi qu'il en soit, les filets nerveux sont le plus souvent conservés au milieu de la masse morbide; mais sont écartés, divisés en quelque sorte (Andral, etc.), par le tissu de nouvelle formation; tout porte à croire que la compression exercée par celui-ci sur les fibrilles nerveuses est la cause des vives douleurs qui existent sur le point affecté. La diagnose de ces tumeurs est particulièrement fondée : soit sur ce qu'on les trouve par le toucher ou même par la vue dans le trajet connu d'un tronc ou d'un filet nerveux; soit sur ce que la douleur névrique (n° 11581) qu'elles causent à un très-haut degré est encore exaspérée par le moindre attouchement. Toute tumeur voisine d'un nerf est susceptible, suivant les fonctions de ce nerf, de

donner lieu soit à des douleurs névriques; soit à des mouvements spasmodiques; soit à des hismies (troubles fonctionels), se prononçant dans les parties où les nerfs comprimés se distribuent. Ceci est particulièrement vrai des aortasies (n° 2262) ou de toute artérasie, comprimant des troncs nerveux tels que la huitième paire et ses branches laryngées, tels que les nerfs diaphragmatique, le médian, les nerfs poplités interne ou externe, etc., etc.

Névrodontalgies dues à la compression produite par les pyites ou abcès voisins des névrodontes (nerfs dentaires).

11592. Les abcès ayant leur siège autour des nerfs qui se rendent à chaque racine des dents, abcès fréquents alors que celles-ci sont cariées, semblent aussi produire par compression ces douleurs excessives qui se déclarent dans les cas d'odontelcosies. En général il ne s'agit pas alors d'une névrite. Sous l'influence de circonstances variées, les parties qui entourent le nerf dentaire s'enflamment et suppurent. Les douleurs deviennent cruelles; le tissu cellulaire extra-alvéolaire s'enflamme; la joue se tuméfie et un abcès se forme même au dehors; des battements douloureux isochrônes à ceux des artères se font sentir, et après un temps plus ou moins long : deux, trois ou quatre jours, le pus se fraye une issue au dehors soit entre la racine de la dent et les parois de la cavité qui la contient, soit même à travers cette paroi osseuse qui se ramollit ou se perfore pour lui donner passage; tout aussitôt que cette heureuse circonstance a lieu, le nerf cessant d'être comprimé par le liquide accumulé, la douleur diminue, puis disparaît complètement. C'est de cette façon que l'on explique bien la manière dont les névrodontalgies se prononcent de temps en temps avec une grande intensité, persistent plus ou moins et se dissipent pendant des semaines, des mois, etc., pour reparaitre encore plus tard de la même façon et avec la même série de symptômes. Ceux-ci ont cependant été jusqu'à présent rangés parmi les phénomènes essentiellement névralgiques, c'est-à-dire sans cause matérielle et due exclusivement à une altération des fonctions nerveuses ou de l'innervation. Nous verrons bientôt que ce n'est pas la seule fois que l'on ait considéré les faits d'une façon si opposée à la plus simple observation.

11593. Les névralgies produites par un corps étranger, par un abcès, etc., placés sur le trajet d'un filet nerveux, se reproduisent parfois sur des troncs ou sur des rameaux éloignés de ceux où le mal primitif a eu son siège. Par exemple une odontopyrite donne lieu

dans certains cas à de vives douleurs dans des points divers de la face ou du cuir chevelu correspondants à la cinquième paire, et même dans des rameaux nerveux fort éloignés de la source du mal. Tel fut le cas de ce vieillard, qui fut successivement atteint de névralgies brachiothoracique, sciatique, cubitale, etc., et qui guérit seulement quand nous eûmes reconnu et fait arracher une dent cariée qui avait été le point de départ d'une névrodontalgie et de tous les accidents.

Thérapie des traumanévries.

11594. Le traitement des traumanévries est indiqué par la nature même des choses. Il rentre entièrement dans celui des affections chirurgicales du même genre. Les effets de la *contusion*, dans un nerf, ne pourront pas être combattus par des moyens différents de ceux qui conviennent alors qu'il s'agit des suites de la contusion dans la peau ou dans un muscle. Le repos, l'immobilité de la partie malade, puis, s'il arrive que l'état phlegmasique succède aux altérations de texture causées par le choc du corps contondant, quelques évacuations sanguines, des cataplasmes et des bains locaux, tels sont ici les faibles ressources de la thérapie. — Les effets de la *commotion* des nerfs sont trop peu connus et même ont été trop incomplètement observés pour que l'on puisse dire quelque chose de satisfaisant sur ce qu'il conviendrait de faire pour y remédier. D'ailleurs ce qui a trait à la thérapie des effets organiques de la contusion se rapporte à la curation de ceux que détermine la commotion (1). — La *section*, l'excision des nerfs ne peuvent encore exiger que le repos, l'immobilité et une position des membres telle qu'elle favorise le rapprochement, l'apposition des extrémités nerveuses divisées qui, du reste, n'ont en général aucune tendance à s'éloigner l'une de l'autre. L'*arrachement* des troncs ou des filets nerveux ne réclame pas d'autre traitement que celui qui convient dans les plaies des autres tissus produites par la même cause.

11595. Les *piqûres* ou la division incomplète des nerfs est parfois la suite de la phlébotomie pratiquée au bras ou même au pied, et se rencontre trop souvent dans la pratique (n° 11584). Chez une demoiselle qui depuis trois mois éprouvait une névralgie de l'avant-

(1) Nous évitons avec le plus grand soin de confondre dans le langage, comme on le fait en général, la contusion ou la commotion qui sont des *causes* avec leurs *effets organiques* qui seuls constituent des états morbides.

bras à la suite d'une saignée, le repos absolu du bras, les cataplasmes, les bains locaux avec l'eau tiède, calmèrent d'abord et firent enfin dissiper les douleurs. — Avant tout, dans le traitement des souffrances névriques qui résultent des piqûres de nerf, il faut : 1° songer à la cause organique de la douleur, rechercher s'il ne s'est pas déclaré quelque lésion organique appréciable aux sens, telle qu'une névrocélie ; 2° se conduire en raison de l'état local observable dans le nerf, et suivant les principes qui vont bientôt être exposés lors de l'étude des névrites et des névralgies.

11596. Avant tout, il faut chercher à prévenir, lors de la phlébotomie, la blessure d'un rameau nerveux ; l'anatomie n'en donne pas les moyens ; car la distribution et le siège des nerfs cutanés n'est pas toujours le même. Nous ne croyons pas que le procédé suivant soit nulle part indiqué : Il s'agit, avant de pratiquer la phlébotomie, d'exécuter de fortes pressions sur le point des veines que l'on veut inciser ; si ces pressions n'y causent pas de douleur, si cette douleur ne s'étend pas au loin dans le bras avec le caractère névrique, il en résulte qu'il n'existe pas de nerfs sur la partie où l'excision devra être faite.

Impossibilité d'enlever certaines circonstances organiques qui compriment les nerfs.

11597. Dire qu'il faut enlever les *agents matériels* qui compriment les nerfs est rationnel et facile ; mais constater leur présence dans un cas obscur, les extraire ou employer des moyens propres à faire cesser leur action, et cela sans que le nerf malade soit compromis, est souvent d'une difficulté insurmontable. Comment parvenir, en effet, à extirper les tumeurs ovariques profondes qui compriment les nerfs sciatiques ou lombo-sacré ? Comment procéder à l'extraction d'une aortasie qui, pressant sur la huitième paire, déterminera des souffrances vives ?

Cas dans lesquels de telles circonstances organiques peuvent être enlevées.

11598. Ailleurs, il est possible d'enlever la circonstance organique qui détermine la compression du nerf ; c'est ce qui a lieu : 1° pour les carcinocélies et les artérasies extérieurement placées et qui sont voisines de quelques troncs ou de quelques rameaux névriques ; 2° pour les névrocélies qui, comme nous l'avons vu (n° 11591), semblent causer des douleurs par la compression des névriles qui les traversent. Les pyocélies (abcès) qui se développent vers la racine de la dent et qui blessent le rameau nerveux qui se distribue dans cet os, cessent d'être la cause de vives souffrances tout d'abord

que l'évulsion de cette dent ou que l'établissement d'une fistule à travers les parois alvéolaires, permettent l'évacuation du pus, et partant font cesser la compression des nerfs et les douleurs. De là vient ce dicton vulgaire, qu'une *fluxion* de la joue dissipe ou guérit l'odontalgie. Ce sont là de ces cas dans lesquels les médecins qui n'ont point assez d'idées anatomiques dans l'esprit, au lieu de donner issue au pus, appliquent assez niaisement des sangsues à la joue, sur la membrane buccale ou encore prodiguent la créosote et des narcotiques inutiles. M. Bouillaud a dit dans une grave discussion académique qu'une *odontalgie* causait une *fluxion*; nous affirmons au contraire que l'engorgement de la joue est presque toujours, dans de tels cas, la conséquence d'un abcès situé près de la dent, d'une fistule alvéolaire et d'une pyrite survenue dans la gencive. — *Parfois un changement dans la position de la partie malade ayant pour résultat de faire que le poids d'une tumeur cesse de porter sur un nerf, suffit pour faire promptement dissiper ou du moins pour calmer de vives douleurs produites par la compression de ce même nerf* (n° 11589). — L'évacuation d'un liquide contenu dans une tumeur, l'expulsion du produit de la conception lors de l'embryutérisme, sont encore des circonstances qui font cesser la compression des nerfs en rapport avec l'existence de ces états pathologiques et qui, partant, remédient aux névries qui sont le résultat de leur présence.

Traitement des douleurs névriques produites par la contraction des organes.

11599. Quand un organe creux à parois musculaires vient à se contracter, il en résulte souvent, au moment de la contraction de celles-ci, des souffrances excessives. Or celles-ci pourraient bien être les résultats de la compression des nerfs qui traversent les fibres musculaires. Le moyen de remédier à ces vives douleurs est de faire cesser de telles contractions. C'est ainsi que dans un cas il nous est arrivé de faire cesser complètement des souffrances atroces et semblables à celles qui accompagnent l'accouchement, en détruisant par le fer rouge une partie notable d'une vaste carcinocélie ayant pour siège l'utérus. Cette tumeur cessant d'exciter les fibres contractiles de la matrice, celles-ci après l'opération cessèrent d'agir, de comprimer les nerfs utérins, et les souffrances de la malade furent presque subitement calmées. M. le docteur Durand, de Saint-Aubin sur Mer, l'un de nos meilleurs amis, doit incessamment publier en détail cette intéressante observation.

Traitement des tumeurs comprimant un nerf et susceptibles de résolution.

11600. Dans quelques cas une tumeur développée sur le trajet d'un nerf présente une telle organisation, ou est due à un tel ordre de cause, qu'elle peut se dissiper sous l'influence d'une médication spéciale. C'est en ce sens que certaines névries dues à des compressions peuvent quelquefois être guéries par l'emploi des mercuriaux ou de l'iodure de potassium. — Si un organe phlegmasié, devenu par cela même plus volumineux, comprime un nerf, avant tout il faut remédier à la lésion dont il s'agit, etc., etc.

Incurabilité et palliation de certaines lésions comprimant les nerfs.

11601. Enfin il arrive trop fréquemment que les causes organiques qui déterminent la compression des nerfs, ne peuvent être enlevées, et alors les douleurs, les anervismies, les troubles fonctionnels dus à de semblables circonstances sont incurables. Dans les utéro-carcinies, par exemple, alors surtout que le corps de la matrice est très-volumineux, ou lorsque les masses carcinomateuses s'étendent aux parties qui entourent l'angiove, il arrive que des sciaticonévries ou des névralgies crurales très-intenses se déclarent; malheureusement il n'est pas au pouvoir du médecin de remédier à de telles lésions, et les douleurs dont il s'agit sont incurables. Dans les derniers cas qui viennent d'être énumérés, dans ceux encore où l'on ne juge pas convenable de remédier *actuellement* à la circonstance organique qui entretient les symptômes névriques, on est réduit à employer soit une médication émolliente (bains, cataplasmes, fomentations, etc.), soit des palliatifs de toutes sortes, tels que des médicaments propres à engourdir l'esthésisme névraxique (action sensoriale et motrice des centres nerveux), soit des narcotiques dirigés vers les rameaux qui sont le siège des altérations fonctionnelles observées. Les applications locales de chloroforme ont quelquefois eu dans de tels cas de l'utilité. Nous aurons sans doute ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet.

CHAPITRE IV.

NEVRÊMIES. — Congestions sanguines dans les nerfs.

NÉVRILÊMITES. — Inflammations du névrilème.

NÉVRITES. — Inflammations des nerfs.

NÉVRITOPYITE. — Suppuration phlegmasique des nerfs.

Nevrémie.

11602. On connaît à peine la congestion sanguine des troncs et des filets nerveux ; cependant, en se fondant sur toutes les analogies, et sur quelques-unes des observations désignées par les auteurs sous le nom de névrites, et dans lesquelles la seule lésion observée après la mort était une injection sanguine des vaisseaux entrant dans la texture des nerfs (faits mentionnés par Boërhaave, Martinet, Descot, Andral, etc.), on est conduit à admettre qu'il doit exister quelquefois une simple névrémie. Cet état pathologique paraît être tantôt le premier degré de la phlegmasie, tantôt le résultat de l'hypostase, tantôt la conséquence d'une stimulation légère et momentanée ; en un mot elle serait susceptible de présenter les divers caractères que revêt l'hyperémie simple dans les divers tissus (n° 262, 1886, etc.). Il y a sur ce sujet trop peu de faits positifs, et l'histoire de la névrémie offre des points de contact trop nombreux avec celle de la névrite pour que nous en traitions avec étendue. — Il y a lieu de penser du reste que la stimulation du nerf, quelle qu'en soit la cause, est accompagnée d'un abord plus considérable de sang dans son tissu que dans les cas où cette stimulation n'a pas lieu ; en effet, dans presque tous les points de l'organisation existe un vaisseau, la plus petite piqûre en fait couler du sang, et il s'y trouve aussi un filet nerveux qui rend cette partie plus ou moins sensible.

Anévrémie et hyponévrémie.

11603. On connaît encore moins l'anémie ou l'hypémie des nerfs que leur congestion sanguine. Les faits suivants pourraient servir à élucider cette étude : — Lorsqu'à la suite de la réfrigération des mains les doigts deviennent blêmes, et que la circulation des globules rouges cesse de s'y effectuer, l'action sensoriale n'y est pas anéantie, mais il y existe un sentiment d'engourdissement. — Plus tard, lorsque les doigts redeviennent rouge, *se déclare une sensation d'oscil-*

lation ascendante ou névropallie prosasique (n° 11550). — Dans les mêmes circonstances, les muscles ne perdent pas leur action motrice, seulement celle-ci paraît alors être moins énergique que d'habitude. — Quand sur un animal privé de vie, sur un supplicié et dans les heures qui suivent leur mort, on porte sur les fibres musculaires un stimulant mécanique, ou lorsque l'on dirige sur elles un courant électrique, des contractions spasmodiques se déclarent ; or, ce fait prouve que l'action motrice n'est pas inévitablement liée à la continuation de la circulation. — On a dit, il est vrai, que la ligation de l'aorte avait pour résultat l'anervisme des membres inférieurs ; mais il est à craindre que l'on s'en soit laissé imposer ici par des expériences ou par des observations dans lesquelles on n'aura pas tenu compte de tous les éléments du problème à résoudre.

11604. Il ne semble pas positif, d'après ce qui précède, qu'à l'état aigu, et probablement que dans les cas chroniques l'hypémie, ou même l'anémienévrique, cause l'anesthésie ou l'amyosthésie.

Névrite et névrilèmite.

11605. Sous le nom de névrite on a réuni un grand nombre de lésions des nerfs, tels que le ramollissement, l'hypertrophie de ces parties. Déjà Boërhaave avait agité la question de savoir si la phlegmasie avait son siège dans la substance nerveuse ou dans l'enveloppe fibreuse qui l'entoure. « Nemo fortè unquam, vidit inflammationem in nervo, hæc vero si contingat in sola tunica vaginali hæret. » M. Martinet, et plus tard M. Cruveilhier, ont publié des observations et des recherches intéressantes sur ce sujet, et admettent aussi qu'il s'agit plutôt ici d'une névrilèmite que d'une névrite. Descot, dans un travail relatif aux expériences que nous venons de citer, Dugès, dans la *Revue Médicale*, ont aussi esquissé plusieurs points de l'histoire de la phlegmasie des nerfs. C'est une chose curieuse que de voir l'assurance avec laquelle Boisseau et d'autres pathologistes établissent des caractères distinctifs de la névrilèmite et de la névrite, qu'ils appellent aussi névromyélie. Il nous paraît tout à fait impossible de distinguer l'une de l'autre ; et plusieurs des observations de M. Martinet, dans lesquelles il a vu la pulpe du nerf elle-même être rouge, sont loin de légitimer une telle distinction qui, au point de vue pratique, a bien peu d'importance. Nous ne voyons pas, en effet, quelles seraient les différences à établir sous le rapport du traitement entre la phlegmasie d'un nerf et celle de son enveloppe.

11606. Dugès a admis plusieurs espèces de névrites (simple,

œdémateuse, phlegmoneuse, gangrèneuse); de telles divisions ne sont pas fondées sur une saine pathogénie. Les névrites ne peuvent guère être distinguées entre elles que sous le rapport du siège de la phlegmasie dans tel ou tel nerf, et de la manière dont le mal atteint primitivement et exclusivement ce nerf, ou ne le fait que consécutivement soit à l'inflammation, soit à diverses lésions des parties voisines.

Nécroorganographie. — Réflexions relatives à l'unité *névrite*.

11607. Plusieurs des détails que l'on a donnés des caractères anatomiques de la névrite semblent avoir été tracés à priori : des rougeurs, une teinte grise ou jaune, une injection des vaisseaux se prolongeant jusque dans le centre du cordon nerveux. De ces vaisseaux, a-t-on dit, les uns se dirigent longitudinalement et les autres transversalement. Des vascularités, un dépôt de sérosité, se rencontrant dans le tissu cellulaire interstitiel des nerfs; quelquefois, dans le névrilème, des taches rouges, rondes, ovales, irrégulières, des granulations blanchâtres, miliaires, des couches lamelleuses superposées, de l'opacité, de l'épaississement, tels sont, a-t-on dit, les caractères de la névrite commençante; plus tard, le nerf offre une coloration plus rouge, plus uniforme, brunâtre et violacée. Il semblerait ecchymosé; il y a augmentation du double ou du triple dans son volume (Martinet). Les divers éléments de l'organe sont peu distincts; il semblerait voir un cordon de tissu cellulaire enflammé. *La pulpe médullaire ramollie est convertie en une matière rouge et liquide; les filets nerveux paraissent contenir un liquide sanguin.* M. Martinet a vu ces filets séparés les uns des autres par de la sérosité ou par du sang fluide et presque pur. Souvent les nerfs sont malaxiés, et du pus se trouve dans des cas rares entre les fibrilles qui les composent; on a dit que sur les animaux il était difficile de déterminer expérimentalement cette suppuration du nerf lui-même. MM. Bouillaud et Beau ont noté dans la névrite intercostale qui suit la pleurite : l'injection, la coloration jaunâtre et rouge, l'hypertrophie, le ramollissement, les pseudoméninges, etc.

11608. L'ensemble des phénomènes qui viennent d'être décrits ont été désignés par le nom collectif de névrite, et cependant il s'y trouve évidemment des *névrémies* (n° 11602), des *névromalaxies*, des *névrhydrites*, des *névritopyites*, etc. Là comme ailleurs c'est le même abus de mots, c'est cette déplorable tendance ontologique qui réunit sous le nom d'inflammation des états très-divers et qui se succèdent

les uns aux autres ; toutefois il est bien plus difficile pour les névries que pour les autres organes, de discerner sur le cadavre les états pathologiques les uns des autres. Les névrémies cadavériques, hypostatiques et hémorrhagiques ont des caractères presque semblables. De plus il est presque impossible de distinguer nettement pendant la vie (et ce serait là le point important) les simples *névrémies phlegmasiques* ou les névrites d'avec les névritomalaxies, les *névritopyites*. Dans le doute sur une telle diagnose, on est donc encore une fois forcé d'étudier sous le nom de névrite des organopathies variées qui sont loin d'exiger toujours le même traitement.

Symptômes de la névrite.

11609. Les symptômes de la névrite, qui sont ceux des souffrances de nerf en général (n° 11581), sont, dit-on, continus ; mais au moins les voit-on souvent présenter des paroxysmes pendant la durée desquels les douleurs (s'il s'agit d'un nerf sensible), les troubles dans les mouvements musculaires (si le mal attaque un nerf moteur), les altérations fonctionnelles (s'il est question d'un nerf présidant aux fonctions nutritives ou autres), sont extrêmement marqués. Du reste ces symptômes propres à la névrie doivent nécessairement varier en raison de l'état matériel. Y a-t-il seulement névrémie phlegmasique, névrite intense, sans que le tissu soit encore profondément altéré, les souffrances, les contractions spasmodiques, les altérations fonctionnelles (suivant le nerf affecté) seront des plus marquées. S'agit-il d'une véritable destruction de l'organisation du nerf, comme cela a nécessairement lieu dans la névromalaxie, la névritopyite parvenue à son dernier terme, il y aura nécessairement perte soit des sensations, soit des mouvements, soit des fonctions dans les parties auxquelles se distribue le rameau affecté. Appliquez ce fait à chaque nerf de l'économie en tenant compte des usages de celui-ci, et vous aurez les symptômes en rapport avec les états pathologiques dont il est susceptible.

11610. La succession des symptômes : douleurs, mouvements spasmodiques, altérations fonctionnelles ; puis, anesthésie, amyosthénie, abolition de fonctions (n° 11583), pourrait, si l'on y portait une extrême attention, faire reconnaître qu'à une névrémie ou à une névrite succède la désorganisation du nerf. — Les autres caractères de la névrite consistent : 1° dans la sensation que le toucher peut à la rigueur faire quelquefois éprouver, dans le lieu occupé par le nerf, d'un cordon plus ou moins dur, excessivement douloureux, et

plus volumineux que ce nerf ne l'est d'ordinaire ; 2° dans une rougeur que *l'on a dit* exister quelquefois dans la peau qui recouvre l'organe malade ; 3° dans un état fébrile auquel *on prête* les symptômes de l'hémite (n° 4078), et que l'on a peut-être admis plutôt théoriquement que pratiquement. Il n'est en rien prouvé, en effet, qu'un nerf enflammé cause la fièvre. La névrite véritable, ainsi que toute autre phlegmasie aiguë, ne peut durer un grand nombre de jours ; si les accidents persistent longtemps, il ne s'agit plus d'une inflammation simple ; mais de quelque autre circonstance organique, suite ou non de la phlegmasie, qui entretient les accidents. Cette circonstance est souvent inconnue et le reste d'autant plus, que le mot névralgie, donné alors au mal par les ontologistes, satisfait complètement leur esprit et les dispense de rechercher quelle est la raison anatomique des accidents observés.

11611. La névrite véritable est donc aiguë, sa marche est rapide, et des accidents chroniques en rapport avec diverses lésions consécutives sont susceptibles de lui succéder.

11612. Les principales névrites que l'on a jusqu'à présent étudiées sont : 1° la sciaticonévrite (c'est particulièrement sur celle-ci que les remarquables recherches de M. Martinet ont été faites) ; 2° la phlegmasie du nerf musculo-cutané ; 3° l'inflammation de la portion dure de la septième paire (il faut lire à ce sujet les remarquables recherches de M. Bérard) ; 4° les névrites intercostales.

Étiologie.

11613. Les causes des névrites diffèrent peu de celles des phlegmasies en général. La plupart des lésions traumatiques dont il a été parlé (n° 11584), l'action répétée des muscles qui reçoivent leurs filets de tels ou tels nerfs (exemples : la marche ou la course forcée, la station continuée), peuvent déterminer des phlogoses dans ces nerfs. L'inflammation des jointures (certains cas d'hémithrisme (n° 4201)) ou des muscles (les myosites sacrolombaires à la suite de myoclasies des lombes), s'étend parfois aux rameaux nerveux qui se portent à ces parties ; dans certaines dermites (l'hémizone (n° 10917), l'acrodynie (n° 10909)), la phlogose s'étend probablement des papilles cutanées aux filets névriques qui s'y rendent. — Le froid, surtout lorsqu'il est humide, cause la névrite, et cela a particulièrement lieu pour les courants d'air portés sur la région qu'occupe la septième paire ; ceci ne prouve pas qu'il s'agisse alors d'un agent rhumatismal, mais bien que la soustraction locale du calorique peut exercer sur le tissu

des nerfs une action matérielle fâcheuse, et par suite une phlegmasie susceptible d'ailleurs de donner naissance à de nombreux états pathologiques.

Thérapie.

11614. La névrite véritable exige le repos soit du nerf malade, soit des organes sensoriaux et moteurs auxquels il distribue ses filets. Des bains généraux et locaux, des topiques émollients, des ventouses, des sangsues, des vésicatoires appliqués au voisinage de la partie malade, une situation de celle-ci, telle que cette partie soit située sur un point plus élevé que le reste du corps; telles sont ici les principales bases du traitement. Le régime sera plus ou moins sévère en raison de l'intensité et de l'étendue des accidents, et sera surtout en rapport avec les synorganies (états organopathiques coexistants): la névrite n'exige pas par elle-même l'emploi d'une saignée; mais l'hémiplégie coexistante peut souvent en présenter l'indication. On en peut dire autant des purgatifs, par rapport à la scorentérasie concomitante. L'emploi des narcotiques localement appliqués ou administrés avec prudence à l'intérieur et dirigés vers le névraxe, peut tout au plus être proposé pour engourdir la sensibilité; mais à moins de douleurs excessives, ils ne conviennent guère tant que la phlegmasie du nerf est intense. On en peut dire autant du chloroforme employé à l'extérieur, car dans des cas pareils nous ne recommanderions pas son inspiration; de tels moyens sont plutôt indiqués contre les altérations de texture variées et non phlegmasiques qui suivent la névrite, que contre cette lésion elle-même. Ce sont surtout quelques autres états pathologiques du nerf (des hydronévries par exemple), qui exigent l'emploi des vésicatoires placés au voisinage. On recouvre les surfaces dénudées que produisent ceux-ci avec l'hydrochlorate de morphine (à la dose, pour chaque pansement, d'un à trois centigrammes), et cela dans l'intention de calmer les douleurs qui persistent par suite des lésions anatomiques que l'inflammation a laissées après elle.

CHAPITRE V.

HYDRONÉVRIE. — Hydropisie des nerfs.

PYONÉVRIE. — Suppuration des nerfs.

HYPERTROPHIE } NÉVRIQUE { Augmentation } dans le volume des nerfs.
 ATROPHIE } { Diminution }

NÉVROCÉLIES. — Tumeurs dans les nerfs, névrômes.

HÉTÉRONÉVROTROPHIE. — Altération dans la texture des nerfs.

NÉVRO { PHYMIE } Tubercules et cancers des nerfs.
 { CARCINIE }

Hydronévrie, pyonévrie.

11615. D'après Cotugno, le nerf sciatique douloureux est fréquemment le siège d'une accumulation de sérosité qui se fait dans le névrilème et qui écarte et comprime (n° 11607) les filets dont ce cordon est composé. Nous regrettons de n'avoir pas trouvé l'occasion de vérifier un tel fait. S'il existait une hydronévrie semblable, il serait peut-être possible de reconnaître par la palpation l'augmentation de volume du nerf. Dans des cas extrêmes on pourrait même y constater la fluctuation ou au moins une tension très-prononcée. Pensant que la névralgie était en rapport avec une hydronévrie, Cotugno avait largement employé et recommandé l'application plusieurs fois répétée de larges vésicatoires volants sur le trajet du cordon névrique douloureux. Ce grand praticien s'est très-probablement trompé au point de vue de l'anatomie pathologique, mais son erreur a été pratiquement utile; car de toutes les médications employées contre les douleurs de nerfs sa méthode est une de celles qui réussissent le mieux.

11616. Ce que nous avons dit de la présence du pus entre les filets nerveux (n° 11607) est à peu près tout ce que l'on sait sur ce sujet.

Hypertrophie névrique.

11617. Sous l'influence d'une augmentation continuée de l'action sensoriale ou motrice, une augmentation réelle dans le volume des filets névriques peut survenir. C'est là *un fait physiologique* dont nous n'avons pas actuellement à nous occuper; mais quand un cordon nerveux devient plus volumineux à la suite de vives douleurs ou de mouvements spasmodiques ayant pour sièges les parties auxquelles il fournit des rameaux, il est très-probable que le tissu même du

nerf n'est pas hypertrophié. Alors il s'est déclaré : soit quelque lésion anatomique du névrilème ; soit un dépôt de matière plastique, entre les filets névriques, en un mot quelque circonstance organique étrangère à la substance nerveuse proprement dite ; mais qui aura augmenté le volume total des tissus composant les cordons névriques. C'est peut-être à des organies semblables qu'il faut rapporter les faits cités par MM. Martinet (1), Andral, etc., dans lesquels de gros troncs nerveux étaient de beaucoup plus considérables qu'à l'ordinaire ; ceux où existaient des hypertrophies partielles et en chapelet des nerfs (Dupuytren) ; ce cas encore que nous avons observé, et dans lequel un homme sujet à des attaques d'épilepsie qui succédaient à une névropallie (n° 11550) d'un poignet, portait de ce côté un nerf médian presque double en volume et en poids de celui du membre opposé. Dans les faits peu nombreux où l'on a cru trouver l'hypertrophie névrique, tantôt des douleurs, tantôt des mouvements spasmodiques, et plus tard la paralysie s'étaient déclarés. Les nerfs qui se distribuent aux organes cancérés, et qui sont le siège de vives douleurs, sont, a-t-on dit, généralement hypertrophiés. Bichat pensait qu'il devait en arriver ainsi, mais ce fait n'a pas été positivement constaté. — Au point de vue thérapeutique, il y a peu de chose à dire de l'hypertrophie des nerfs.

Hypotrophie, atrophie névrique.

11618. L'hypotrophie névrique primitive, très-rare d'ailleurs, a été observée dans le nerf optique ; la cécité avait été complète. C'est surtout entre l'entrecroisement et l'œil que le nerf avait diminué, et cela d'un cinquième ou du tiers de son volume. Dans plusieurs des cas de ce genre il y avait hétérotrophie en même temps qu'hypotrophie, car le névrome (nerf optique), loin de présenter son aspect ordinaire, contenait une substance grise et demi-transparente. — A la suite de la compression par des tumeurs cancéreuses, tuberculeuses, artérisiques, etc., les filets névriques sont fréquemment hypotrophiés. M. Serres en a cité par exemple d'une femme de soixante-trois ans qui se plaignait depuis plusieurs années d'éprouver : des symptômes de cardiopathie, des douleurs vives et intermittentes

(1) M. Martinet cite deux cas dans lesquels le nerf cubital était gros comme le petit doigt. Dans une autre de ses observations il s'agit d'un conscrit réfractaire qui, ayant fait pour fuir une course forcée, éprouva de vives douleurs dans le nerf sciatique, succomba et présenta à sa nécroscopie une hypertrophie et une hyperémie de ce même nerf.

existant dans la poitrine et revenant par accès. Les nerfs pneumogastriques et diaphragmatiques, tout en conservant leur structure, avaient été fortement comprimés et amincis par des masses cancéreuses. (*Lancette*, t. 1^{er}, n° 17.) M. Andral a rapporté un fait du même genre, et dans lequel une tumeur tuberculeuse avait aplati le nerf de la troisième paire. — Béclard a vu des nerfs olfactifs atrophiés et détruits par des masses tuberculeuses développées à la base du cerveau. (*J. phys. ex.*, Magendie, 1825.) — Billard trouva aussi chez une pneumophymie le nerf facial hypotrophié par suite d'une compression causée par une tumeur qui avait détruit la paroi, etc. (*Archiv.*, t. VI, p. 347.) — Nous pourrions ajouter à la citation de ces observations l'indication d'un grand nombre d'autres; mais il résulterait presque toujours de leur exposition, que le plus souvent la névratrophie est due à la compression (n° 11588). Toutefois le défaut d'action sensoriale ou motrice de la part des organes où se distribue un nerf, peut être à la longue une cause puissante de l'hypotrophie de celui-ci. On trouve, en effet, dans les membres depuis longtemps frappés d'anesthésie ou d'amyosthénie, les troncs ou les filets névriques plus petits que d'habitude, et il ne peut guère en être autrement : dans ces parties, en effet, les muscles, les os, tous les éléments organiques de ces membres sont eux-mêmes hypotrophiés. Il y aurait du reste des recherches à faire sur ce sujet comme sur la névratrophie qui doit suivre les sténosies des troncs vasculaires qui portent aux nerfs les éléments de leur nutrition. La diminution ou l'abolition dans les actions sensoriales et motrices des parties où les nerfs se distribuent, sont les conséquences symptomatiques de l'hypotrophie ou de l'hypertrophie dont ils sont frappés.

11619. Le traitement de ces états morbides serait inutilement indiqué, alors que l'on manque absolument de signes pour reconnaître pendant la vie qu'un nerf est diminué de volume. Faire cesser par des moyens chirurgicaux ou médicaux l'action des corps comprimants, faire exécuter autant que possible des mouvements volontaires aux membres paralysés; telles sont les principales indications qui se présenteraient dans l'hypotrophie névrique produite par la compression ou par le repos.

Névrocèles ou névrômes; hétérotrophies névriques.

11620. Ce qui a été dit précédemment à l'occasion de la compression (n° 11588), nous dispense de revenir sur les tumeurs

développées dans les nerfs (n° 11591), sur les carcinômes qui peuvent s'y former, ou sur les tubercules qui peuvent en altérer la texture.

CHAPITRE VI.

TOXINÉVRIES. — Affections des nerfs produites par des poisons.

Action des narcotiques et de la strichnine localement appliqués sur la peau, recouverte ou non de son épiderme.

11621. Certaines substances toxiques, particulièrement végétales, agissent sur les filets névriques avec lesquelles elles sont en contact, ou avec les extrémités de ces mêmes nerfs, de façon à engourdir leur action sensoriale : la morphine rendue soluble par un acide, les substances qui, telles que l'extrait aqueux d'opium, le laudanum, etc., en contiennent une notable proportion, la jusquiame, et surtout l'acide cyanhydrique, semblent avoir une semblable action. Ce qui tend à le prouver, c'est qu'en imbibant un filet névrique ou ses extrémités périphériques avec ces substances, dites narcotiques, on rend ces parties moins aptes à être le siège de la douleur ou à transmettre les mouvements. Dans la croyance où l'on est que les choses se passent ici de cette façon, on a fréquemment recours, lors des douleurs locales ayant leur siège dans tel ou tel nerf, à l'application d'hydrochlorate de morphine sur la peau qui recouvre le nerf, ou sur celle à laquelle se distribuent ses filets. Quand l'épiderme est intact, ces applications ont fort peu d'action, à moins cependant que des frictions continuées pendant longtemps ne favorisent l'imbibition, et partant l'absorption ; mais verser sur le tégument de nombreuses gouttes de laudanum ou de dissolution d'extrait aqueux d'opium, sans altérer préalablement l'épiderme, c'est le plus souvent ne produire aucune action réelle. Si les malades paraissent calmés alors que l'on place des cataplasmes arrosés de laudanum sur la peau, c'est à cause du ramollissement des tissus produit par l'eau, et non pas à cause d'une modification survenue dans les nerfs consécutivement à l'application des substances narcotiques. La presque totalité du médicament appliqué reste dans les cataplasmes, et les quantités qui peuvent en être absorbées sont tout à fait minimales. Les médecins qui emploient à tout propos des fo-

mentations, des liniments laudanisés, alors que l'épiderme est intact, feront bien de lire les expériences de Seguin sur l'absorption cutanée, pour apprendre quel doit être leur degré de confiance dans l'application des narcotiques sur la peau non dénudée.

11622. Lorsqu'au contraire l'épiderme est enlevé et qu'on y dépose des substances narcotiques, l'absorption de celles-ci s'opère à un certain degré, et il est même arrivé que cinq centigrammes d'hydrochlorate de morphine placés sur l'excoriation causée par un vésicatoire ont donné lieu à une toxinévraxie très-marquée. La strychnine appliquée sur la peau dénudée donne quelquefois lieu à des contractions tétaniques liées sans doute à une toxirachisomyélie. Dans des cas semblables il s'agit de lésions du névraxe et non pas de toxinévries. Ailleurs, il semble que les résultats de l'application des narcotiques sur le derme soient bornés à un nerf déterminé. Ainsi, l'on voit quelquefois des douleurs limitées à un tronc, ou même à un filet nerveux, être calmées ou même dissipées, alors que deux ou trois centigrammes d'hydrochlorate de morphine sont placés sur la surface dermique qui recouvre la partie malade, ou sur celle qui reçoit les ramifications du nerf affecté. La strychnine, dans des circonstances analogues, provoque parfois des contractions spasmodiques, et cela seulement dans les muscles voisins des régions sur lesquelles est déposée cette substance toxique.

11623. Tout en admettant, au moins pour le moment, l'explication qui vient d'être donnée de l'action locale des narcotiques employés par la méthode endermique, tout en nous rappelant aussi que M. Flourens, dans des expériences fort intéressantes, a narcotisé l'encéphale d'animaux en y appliquant des poisons stupéfiants, toujours est-il que nous n'acceptons cette même théorie qu'avec une certaine défiance; car elle concorde fort peu avec les lois connues de l'absorption et de la grande circulation.

11624. Quoi qu'il en soit, sous l'influence des applications d'hydrochlorate de morphine faites au voisinage des nerfs sur la peau dénudée, souvent les douleurs dont ces nerfs sont le siège se calment d'une manière prompte. On attribue à la strychnine ainsi employée une influence marquée sur les mouvements des muscles auxquels se rendent les filets névriques près desquels le médicament dont il s'agit est appliqué.

Toxinévrise saturnine ou molybique (de μόλυβος, plomb).

11625. Pour nous, et bien que les auteurs soient loin d'être tous

de cet avis, l'amyosisthénie partielle qui se déclare consécutivement à l'action des oxydes ou des sels de plomb est le résultat d'une toxinévrie. Dans de tels cas, en effet, on voit survenir les amyosisthénies (paralysie des muscles) partielles, et qui correspondent principalement aux muscles extenseurs, bien que les fléchisseurs eux-mêmes participent au mal. Parfois les extrémités inférieures sont le siège d'une semblable altération fonctionnelle, ainsi que cela se voit sur les animaux qui vivent dans les fabriques de blanc de céruse ou de minium; plus souvent sur l'homme les membres supérieurs et notamment l'avant-bras et la main en sont frappés, de telle sorte que les malades peuvent bien fléchir les parties dont il s'agit, mais éprouvent un extrême affaiblissement ou une perte absolue dans le mouvement d'extension. En même temps l'action sensoriale des téguments correspondants aux nerfs qui se distribuent aux muscles asthénisés est en général diminuée. On ne voit point que des douleurs suivent cette action du plomb, et celle-ci rarement se fait sentir sur les fibres musculaires du tronc ou sur celles de la vessie. Tout au contraire, la membrane contractile de l'angibrôme et notamment celle du colon et du rectum sont anervismées. Nous avons étudié ce fait avec soin lors de l'histoire des toxentéries saturnines (n° 8212).

11626. Dans tous les faits de ce genre, il est bien difficile de croire qu'il s'agisse d'une névrose, et l'opinion d'Astruc, qui considérerait les accidents produits par le plomb comme étant le résultat d'une *rachialgie*, ou plutôt d'une rachisomyélie, ne nous paraît pas fondée. C'est exclusivement, en effet, dans des parties très-limitées, dans des régions correspondantes à des rameaux ou à des filets nerveux, que l'amyosthénie saturnine a son siège, et l'on ne voit pas survenir de paralysie dans les parties où se rendent d'autres rameaux ou d'autres filets provenant du tronc névrrique, d'où émanent les névriles qui se portent aux parties frappées d'amyosthénies. — On pourrait objecter, il est vrai, que le nerf qui se distribue à un muscle part d'un point du névraxe, et que ce point de départ pourrait être tout aussi bien affecté que la continuité des filets ou des rameaux qui se rendent aux parties anervismées; mais l'objection reposerait ici sur une hypothèse anatomique dont il faudrait d'abord prouver la réalité. La localisation si marquée de la paralysie, l'absence de tout autre symptôme de souffrance névraxique, la fixité et la circonscription des accidents sur une région déterminée, l'anervismie entérique se développant sous l'influence de la

même cause, et alors qu'aucun symptôme céphalique ou rachismo-myélique ne se déclare, etc., tout se réunit pour prouver qu'il s'agit ici, non pas d'une toxinévraxie telle que celle qui existe dans la série de phénomènes dits épilepsie saturnine, mais bien d'une toxinévrerie localisée.

Pathogénie et traitement de la toxinévrerie saturnine ou molybique.

11627. Raisonnant dans cette idée, on se demande en quoi consiste la lésion dont il s'agit? Il est certain d'abord que la cause qui la produit est fixe, car ses symptômes persistent sur un point déterminé, et ne cèdent qu'avec une extrême difficulté et qu'après un temps considérable. Or ceci nous conduit *non pas à affirmer, mais à supposer* que quelques molécules : plomb, oxyde ou sel de plomb, viennent à être déposées dans le nerf et à diminuer ou suspendre son action. C'est dans cette pensée qu'après avoir, dans des cas semblables, mis inutilement en pratique la plupart des moyens qui ont été recommandés, tels que les purgatifs drastiques, les bains de toutes sortes, les vésicatoires, les douches, l'électricité, etc., nous avons fait prendre en un jour, à des individus atteints de paralysie saturnine, de six à dix litres de boissons, des bains prolongés pendant plusieurs heures, trois ou quatre injections d'eau dans le rectum. Or, dans quatre cas sur huit ou dix, nous avons obtenu un succès plus ou moins complet; il est vrai qu'un autre moyen avait été ici employé concurremment avec l'eau administrée à doses abondantes et réitérées : nous avions acidulé avec l'acide azotique les boissons dont les paralysés avaient fait usage. Ces succès obtenus par nous à la suite de l'emploi de cette substance dans l'entérie molybique ou saturnine (n° 8235), nous avaient conduit à employer le même moyen dans les cas présumés de toxinévrerie dus à l'action du plomb. Il ne serait donc pas logique de rapporter exclusivement à l'hydrothérapie, ou à l'action de l'acide azotique étendu, les avantages très-positifs de notre médication. Un homme de trente ans, après avoir travaillé au blanc de céruse, fut atteint d'une amyosthénie presque absolue de la main et de l'avant-bras droits; le mal durait depuis plusieurs semaines, et les gencives présentaient encore une coloration d'un bleu noirâtre (n° 8214). Sous l'influence de la limonade azotique et de l'hydrothérapie (n° 8235), nous vîmes les accidents se dissiper en moins de quinze jours, et si bien que le malade put, malgré nos conseils, reprendre ses travaux de peinture. La guérison se soutint pendant un an. Cet homme rentra alors à

l'hôpital de la Pitié, où le même traitement eut encore le même succès.

11628. Dans la thérapie de la toxinévrerie, comme dans celui de l'entérie due à la même cause (n° 8235), nous avons employé l'acide azotique, parce que nous nous rappelions qu'il dissolvait les oxydes de plomb et nous nous serions bien donné garde d'administrer l'acide sulfurique, qui forme au contraire avec ce métal des sels insolubles. — Nous aurons encore à parler des questions relatives à l'action exercée par le plomb sur le névrosystème, alors que nous parlerons des intoxications du névraxe.

Thérapie des autres toxinévries.

11629. Le traitement des autres toxinévries est en très-grande partie analogue à celui qui convient dans les toxémies en général.

CHAPITRE VII.

NÉVROPALLIES. — Oscillations pathologiques des nerfs.

Considérations générales.

11630. Les oscillations morbides ayant pour siège la névropériphérie (n° 11550), peuvent se propager dans la continuité des nerfs. Citons quelques exemples à l'appui de cette assertion (1). Dans certains *auras epileptica*, le sentiment d'engourdissement, de fourmillement, de vibration (n° 11551), s'étend en quelques secondes, en quelques minutes, depuis le point où le mal a commencé, jusque vers le nerf optique où le mésonèvre (n° 11519). — Dans un très-grand nombre de cas rapportés par les auteurs à l'unité morbide, dite *hystérie*, les accidents partant de l'ovaire (n° 11551) suivent les filets nerveux qui en émanent (n° 11551), et se propagent à la huitième paire, à l'œsophage ou au larynx, points où elles donnent lieu aux sensations d'étranglement, au globe hystérique et à la toux férine (n° 6600). — Ailleurs encore, c'est un frémissement qui s'étend des doigts vers le bras en suivant la direction des nerfs (t. VIII, p. 78). — Dans la névropallie thoraco-brachiale, l'oscillation remonte jusqu'au plexus brachial et redescend ensuite par le nerf cubital le long du bras, de l'avant-bras et de la main (n° 11554),

(1) Nous ferons à dessein quelques répétitions dans l'exposé des phénomènes névropalliques, ce sujet est encore assez peu connu pour qu'il soit besoin d'y insister plusieurs fois.

124 NÉVROPALLIES PROSASIQUES (OSCILLAT. NERVEUSES PROGRESSIVES).
donnant lieu ainsi à la progression de phénomènes qui peuvent être
seulement rapportés à l'action réflexe des physiologistes.

11631. Dans tous les cas précédents le trajet de la névropallie est assez simple. En voici de plus compliqués : — L'oscillation ayant son siège dans les fibrilles de l'œil (t. VIII, p. 77), se propage au ganglion ophtalmique, à des rameaux de la cinquième paire d'une part, et sans doute par quelques anastomoses à la huitième paire. C'est exclusivement ainsi que l'on peut expliquer la succession remarquable de phénomènes qui a lieu dans des cas pareils, c'est-à-dire, l'image primitive et oscillante, tant que le mal parcourt les nerfs de l'œil (t. VIII, p. 77), l'absence de douleur quand il occupe les nerfs du ganglion ophtalmique; les souffrances vives du front quand le mal s'étend à la cinquième paire; les nausées, les vomissements quand il envahit la huitième. — Dans les névropallies otiques (n° 11497) et rhiniques (n° 11542), la même succession de phénomènes est observée (n° 11631).

11632. Les névropallies commençant dans les nerfs sensoriaux peuvent s'étendre plus tard dans les nerfs moteurs, et cela en envahissant sur leur route, tantôt un centre nerveux ganglionnaire, comme il en arrive dans les cas précédents (n° 11631), tantôt quelque partie du névraxe. Ainsi, l'on voit survenir à la suite des douleurs névropériphériques d'une plaie du pied ou même de quelque autre partie du corps, des contractions persistantes de divers muscles, connues sous le nom de tétanos, et dont l'existence suppose nécessairement des troubles dans l'action du rachisomyèle ou de l'encéphale. Lorsque la névropallie ovarique est parvenue à la huitième paire, elle s'élève souvent vers le névraxe (la moelle rachidienne, le cervelet ou quelques parties du mésonèvre), et bientôt surviennent des contractions musculaires des membres ou du tronc spéciales à cet état, et qui portent le nom de pandiculations. — Quand l'*aura epileptica*, ou mieux la névropallie est parvenue au nerf optique, elle s'étend, dans le plus grand nombre des cas, aux tubercules quadrijumeaux et aux parties du mésonèvre les plus intimement liées au *moi sentant, voulant et agissant*, d'où résulte la perte momentanée de l'intelligence; de là, le mal se propageant aux nerfs moteurs, il en résulte des contractions palliques (vibratiles, oscillantes), qui sont la source de ce frémissement et de ces secousses dites épileptiques, dont les muscles du tronc ou les membres sont le siège. — Dans de tels cas, l'altération survenue dans le méso-

névre et le céphale, est si grande, que les jours suivants le psychisme (action régulière de l'intelligence) est modifié, et qu'il en résulte une aliénation mentale momentanée. — Les névropallies otiques sont parfois aussi suivies d'aliénation mentale, ce qui pourrait être en rapport avec la propagation de ce phénomène jusqu'au cerveau, etc.

11633. Tel est le tableau incomplet sans doute des névropallies, considérées dans la continuité des nerfs. Plusieurs des faits précédemment établis se rapportent plutôt au mésonèvre qu'aux nerfs considérés dans leur continuité; mais il a fallu réunir, au risque de faire des répétitions, l'ensemble des névropallies pour bien en faire voir la filiation et l'importance. Nous aurons plus tard à étudier ces phénomènes considérés en particulier, alors que nous parlerons des névrxopallies et des accidents complexes réunis sous le nom de névroses.

11634. Les études auxquelles nous nous sommes précédemment livrés, sur les névropallies périphériques (n° 11525), nous dispensent de revenir sur l'étiologie, la pathogénie et la curation des vibrations nerveuses morbides ayant pour siège la continuité des nerfs. Ajoutons seulement une réflexion; c'est que tant que le mal semble se propager, s'étendre dans la continuité d'un nerf ou d'une portion du système nerveux, on doit chercher à arrêter sa progression, à entraver les oscillations, en employant les moyens les plus actifs. Nous étudierons ceux-ci avec le plus grand soin lorsque nous rechercherons les méthodes curatives propres à arrêter les *auras hysterica* et *epileptica*.

CHAPITRE VIII.

NÉVRALGIES. — Douleurs dans les nerfs.

Idée qu'il convient de se faire des névralgies.

11635. Le mot névralgie exprime une idée précise; il signifie une douleur existant dans un nerf. Or, la douleur ne peut avoir lieu que consécutivement à quelque lésion qui trouble l'organisation primitive; cette lésion est donc l'état organopathique proprement dit, la névralgie en est seulement le symptôme; elle n'est pas une unité morbide, un être abstrait et purement imaginaire; on ne peut diri-

ger contre le caractère : *douleur*, un traitement unique, alors que les circonstances organiques les plus variées peuvent lui donner naissance. Il a fallu tout l'éloignement des médecins pour les études anatomiques appliquées, tout leur amour pour l'essentialité et la personnification de l'être de raison : *maladie*, pour qu'ils en soient arrivés à décrire sous le nom de *névralgies*, toutes les lésions possibles des nerfs accompagnées de quelque souffrance. Dans un trop grand nombre de cas, il est vrai, on ne peut reconnaître l'altération matérielle qui donne lieu à telle ou telle *névralgie*. Mais alors, si l'on est réduit à se servir de ce mot, il ne faut lui donner que sa valeur réelle et ne pas faire du *symptôme* : *douleur*, toute une classe de phénomènes morbides. L'auteur d'un traité moderne sur les *névralgies* n'a pas procédé de cette façon ; il s'évertue à prouver que *ces maladies ne sont autre chose que des altérations fonctionnelles*, comme s'il était possible qu'il y eût des troubles dans les actions sans que les instruments ou les organes chargés de ces actions soient eux-mêmes affectés. — Faisons une remarque à ce sujet. — Chaussier, en admettant l'*essentialité des névralgies*, était logique avec ses idées générales ; car, pour lui, la *sensibilité*, la *contractilité*, la *caloricité*, étaient *des forces, des propriétés vitales*, qui présidaient aux *contractions*, à la *production de chaleur*. Pour Chaussier, ces forces semblaient être primitives, l'organe et son action n'étaient que secondaires ; ce physiologiste pouvait donc admettre une *maladie de la sensibilité*. Il aurait pu même, à la rigueur, considérer le *frisson* ou la *chaleur fébrile* comme des *maladies de la caloricité*. Cela paraîtrait absurde, mais n'en serait pas moins conséquent aux doctrines de Chaussier ; tant il est vrai que les fausses théories physiologiques ont sur la pathologie et sur la pratique une déplorable influence ! Or, de telles opinions, excusables chez le physiologiste ultra vitaliste de 1800, ne le sont plus chez les médecins, tous plus ou moins organiciens, de 1849, et il faut, en vérité, avoir pactisé avec la routine, pour admettre de nos jours des altérations fonctionnelles sans lésions d'organe. — *Pour les nosologistes*, les *névralgies* sont *des maladies des nerfs caractérisées par des douleurs* ; pour nous, et dans cet article, les *névralgies* sont *des douleurs de nerf* ; celles-ci sont les résultats de lésions matérielles, persistantes ou momentanées, qu'il faut avant tout chercher à constater ; seulement, dans un trop grand nombre de cas, ces lésions ne peuvent être reconnues.

Divisions établies par les auteurs entre les névralgies.

11636. La plupart des distinctions établies par les auteurs entre les névralgies n'ont pu être fondées que sur l'admission des unités morbides ainsi dénommées. Telles étaient les espèces : idiopathique ; symptomatique ; métastatique ; sympathique ; intermittente ; périodique ; rémittente ; atypique, etc. Les adjectifs dont il s'agit indiquent seulement des relations de causes à effets, existant entre les lésions d'organes et les douleurs de nerf, ou encore certains caractères que toute névralgie peut présenter, et ne désignent pas un type fondamental caractérisant telle ou telle souffrance nerveuse. Il est impossible de diviser les névralgies autrement que par leur siège. Avant d'établir quelques considérations spéciales sur les souffrances de certains nerfs considérés en particulier, parlons d'abord de ce qu'ont de commun ces diverses névralgies.

Organographie.

11637. D'après le plan que nous nous sommes tracé nous n'avons pas ici d'études organographiques à indiquer, car les névralgies, telles qu'il convient de les considérer, sont dues à des causes matérielles que l'on ne peut apprécier.

Symptomatologie ; caractères des douleurs névralgiques.

11638. Les symptômes des névralgies ont déjà été indiqués (n° 11581) ; notons seulement qu'elles ont pour caractères des douleurs parfois médiocres, souvent excessives, et qui s'étendent parfois dans toute l'étendue d'un ou de plusieurs nerfs. Ces douleurs, ainsi que nous croyons l'avoir dit les premiers (*Compendium*, t. VI), ont souvent de l'analogie avec celles que l'on éprouve lorsque l'on se meurte le nerf cubital au coude ; ailleurs, elles consistent en des élancements plus ou moins violents, des sensations analogues à celles que l'on éprouve dans les nerfs sous l'influence de l'étincelle électrique. D'autres fois, un sentiment pénible de chaleur ou de refroidissement les constitue. Le moindre contact du nerf affecté est parfois extrêmement pénible et ramène d'excessives souffrances. Très-ordinairement les douleurs dont il s'agit sont palliques (n° 11551) ou oscillantes. Quand le nerf affecté contient des rameaux qui se distribuent aux muscles, il peut y avoir, bien qu'il en arrive rarement ainsi, soit des contractions spasmodiques de ces muscles, soit de l'asthénie. Les névralgies viscérales présentent en outre des caractères en rapport avec le genre de sensations et de douleurs dont chaque viscère est le siège. Cette dernière réflexion mérite qu'on y insiste. Voici quelques faits à

l'appui de cette proposition : Dans les névrogastralgies on observe, soit des souffrances qui se rallient à des modifications dans le sentiment de la faim, et un besoin trompeur de prendre de la nourriture, soit des douleurs qui résultent de la distension de l'estomac par des fluides élastiques; soit des pincements, des constrictions analogues à celles qui ont lieu alors que cet organe se contracte laborieusement. — Les entéralgies sont accompagnées de sensations analogues à celles qui causent les contractions entériques destinées à expulser les fèces; — aux névrosplénalgies se joignent des accès fébriles intermittents; — la vessie atteinte de névralgie est le siège de faux besoins d'uriner; — des besoins de respirer, de tousser, de bâiller, etc., plus ou moins modifiés dans leur caractère, viennent se réunir aux névralgies de l'angiaire et parfois les remplacer. — Les névralgies angioiviques ont pour symptômes chez certaines femmes la nymphomanie; — celles de l'œil présentent des anomalies dans la vision. — Les douleurs névriques de l'oreille ont souvent pour cortège la sensation d'un bourdonnement incommode.

La douleur névrique augmente par la pression. Limitation de cette douleur.

11639. La pression augmente souvent la douleur du nerf malade. Nous avons noté ce fait dans notre Mémoire sur les névralgies (1832), et par conséquent bien avant M. Valleix. Les auteurs qui ont affirmé le contraire se sont évidemment trompés. M. Bassereau a observé qu'en pinçant la peau qui contient le nerf affecté, on occasionne plus de douleur qu'en comprimant directement.

11640. Parfois la névralgie a lieu sur un espace très-limité, très-circonscrit du nerf affecté, et c'est particulièrement par la pression que l'on constate ce symptôme. Il est très-utile d'explorer avec le plus grand soin tout le trajet du nerf, pour constater le point où la douleur est plus marquée. M. Valleix a étudié avec beaucoup de soin ce caractère. Il devient beaucoup plus évident si, comme nous le faisons (n° 11538), on limite avec des lignes noires l'étendue des espaces où la douleur existe (n° 11538). En général, les régions dans lesquelles les cordons névriques reposent sur des os sont particulièrement celles où la douleur causée par la pression est de beaucoup plus vive. — Les points les plus douloureux des nerfs par la pression correspondent en général, 1° au point d'émergence du nerf; 2° à ceux où il traverse les muscles; 3° à son extrémité dermique (n° 11537); 4° aux régions où le nerf est superficiel. — Parfois la pression d'un nerf éveille sur un point déterminé une vive douleur,

et si quelques moments après on recommence cette tentative, il n'y a plus de sentiment pénible que l'on reproduit quelques moments après en renouvelant cette pression. Lors même que le malade se plaint d'éprouver une souffrance dans toute l'étendue du nerf, il arrive dans certains cas que, par la pression, on ne la provoque fortement que sur un point limité par l'étendue de un à deux centimètres (Valleix). Dans certaines névralgies nous avons produit, par la pression, de la douleur dans toute l'étendue du nerf; toutefois il faut avouer que, même dans ce cas, il y a des points plus douloureux que d'autres. — Quand un rameau nerveux est endolori, très-souvent la branche, le tronc d'où il émane, les branches collatérales sont elles-mêmes affectées, bien qu'à un moindre degré.

Extension de la douleur dans le trajet des nerfs.

11641. Presque toujours, les douleurs de nerf s'étendent des troncs vers les rameaux. Dans notre mémoire sur les névroses et sur les névralgies, nous avons signalé l'existence de celles qui partant de la périphérie s'élèvent vers le névraxe (nos 11550, 11551) (1). Ces dernières sont très-ordinairement suivies de phénomènes névraxiques variables en raison de la région des centres nerveux vers lesquels cette progression a lieu. Fréquemment les mouvements des parties voisines des nerfs affectés exagèrent les douleurs, d'autres fois il n'en est pas ainsi, et parfois même ils sont suivis d'un certain soulagement.

Intermittence, périodicité des névralgies, fièvres larvées.

11642. Les névralgies ne présentent pas en général une continuité absolue; de temps en temps il se manifeste des recrudescences, des paroxysmes, des élancements qui sont séparés par des périodes de temps plus ou moins longues. — C'est principalement dans ces exacerbations que les douleurs deviennent parfois excessives, insupportables, et arrachent même des cris aux malades. Elles reparaissent souvent toutes les dix minutes, tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures. Ainsi, même considérées à ce point de vue, les douleurs de nerf présentent une intermittence, un caractère périodique, justement désignés par M. le docteur Mélier sous le nom d'intermittence à courtes périodes, ou mieux à périodes rapprochées. — Des *attaques* constituées par un nombre varié d'*accès* ou de paroxysmes se manifestent souvent et d'une manière inter-

(1) *Compendium*, article Névralgie, page 177.

mittente (n° 847), toutes les vingt-quatre heures, et même toutes les quarante-huit heures (ainsi que M. Mazade en a publié des cas, *Revue médic.*, 1841, p. 215); on en a vu reparaître tous les mois, surtout chez les femmes, à l'époque correspondante au retour des règles. Quelques personnes se plaignent d'éprouver tous les ans, vers le même temps, des accidents névralgiques. — Dans l'intervalle des accès, des attaques, surtout lorsque l'intervalle qui les sépare n'est pas très-long, il y a encore un endolorissement des parties qui sont le siège de la névropathie, c'est-à-dire que le mal offre alors une marche rémittente (n° 847). — La réitération des attaques est souvent exactement *périodique*. Ce caractère si fréquemment observé dans les douleurs de nerfs a fait rapporter certaines névralgies aux fièvres intermittentes, et leur a fait donner en conséquence le nom de fièvres larvées. Il n'y a rien d'étonnant dans cette communauté de types périodiques, car, ainsi que nous l'avons établi ailleurs (n° 9233), un accès fébrile, même de cause miasmatique paludéenne, est une névropathie prosasique (n° 9233) dont le siège n'est autre que le plexus splénique (n° 9235). Nous avons vu plusieurs fois les névrosplénalgies être suivies de névralgies ayant leur siège dans des parties fort éloignées de la rate. — On est loin de toujours trouver dans la réapparition des névralgies une telle périodicité, et bien qu'il y ait des accès, des attaques, etc., leur retour, tout intermittent qu'il est, ne correspond pas à des époques déterminées (névralgies atypiques).

11643. Combien de fois arrive-t-il sur un nombre donné de douleurs de nerfs qu'elles aient lieu avec la marche continue, intermittente, rémittente, périodique, irrégulière? On a fait ce calcul pour un certain nombre de cas, ce qui ne dit pas le moins du monde que de telles proportions numériques se rencontreraient sur une quantité de faits du même genre et ultérieurement recueillis.

Invasion.

11644. La manière dont les névralgies débutent est extrêmement variable. Certains statisticiens se sont plutôt occupés d'en noter et d'en enregistrer l'époque, que de remonter aux circonstances organiques et physiologiques qui ont coïncidé avec cette invasion. Très-ordinairement on la voit se déclarer pendant la durée de l'action de quelque cause matérielle qui a altéré soit le nerf dans lequel la douleur a son siège, soit quelques autres nerfs en relation d'action avec celui-ci. Souvent, par exemple, de violentes névrodontalgies, en

rapport probable avec une odontopyrite (abcès de la dent), s'est déclarée vers l'époque à laquelle le malade faisait remonter l'apparition première d'une névralgie existant dans le pentanèvre (cinquième paire), et même dans d'autres nerfs (n° 11593). Ailleurs, la piqure d'un névrile lors d'une saignée (n° 11584), une morsure (Lisfranc) ont précédé des douleurs dans les nerfs de l'avant-bras (n° 11584). Que de fois une ovarie, une utérie intense, un angiovorragisme difficile (n° 10103), n'ont-ils pas été suivis de névralgies rachisothoraciques! (n° 10314). Une otopathie a parfois immédiatement précédé des douleurs d'oreille si intenses qu'il serait difficile de ne pas les rapporter aux nerfs. D'autres fois une arthrite s'est manifestée quelque temps avant le début d'une souffrance ayant pour siège quelque nerf voisin de l'articulation malade (n° 1200); nous avons vu la compression du sciaticonèvre être suivie d'une halgie (douleur) de ce tronc nerveux, qui a persisté ensuite pendant de longues années (n° 11589), etc., etc. Ce qui a été dit précédemment de la compression des nerfs (n° 11589) complétera ce tableau. Tantôt l'invasion de la névralgie est brusque, presque instantanée; et ailleurs les premiers accès sont faibles, très-peu marqués; par degrés ceux qui les suivent acquièrent une intensité de plus en plus grande, de sorte qu'après un certain temps ils deviennent intolérables; c'est assez souvent vers la moitié de la nuit qu'une telle névralgie (la thoracobrachiale) se déclare; ailleurs, le mal reparaît le matin. Parfois certains mouvements causent ou reproduisent les douleurs de nerf; dans une de nos observations, l'action de pousser au-devant de soi un rouleau de jardin, donna brusquement lieu à une névralgie thoracobrachiale; l'action de monter un escalier, ou de marcher contre le vent, ramène souvent les accès de cette souffrance nerveuse. La mastication provoque fréquemment le retour de la pentanévralgie (névralgie de la cinquième paire); un courant d'air froid, une chaleur vive, le contact d'un corps étranger, etc., font récidiver des névralgies mentaires, maxillaires, trifaciales, otiques, heptanévriques (de la septième paire), sciatiques, etc. Le retour d'un grand nombre de douleurs de nerfs a lieu sans que l'on puisse le moins du monde apprécier les circonstances qui les font se reproduire. Il semble que cette disposition singulière du névrosystème à devenir aux mêmes heures le siège des mêmes altérations momentanées de structure et de fonctions, soit quelquefois la principale circonstance qui donne lieu au retour des accidents.

Durée, prognose.

11645. La durée des névralgies est quelquefois bornée à un seul accès, à une seule attaque ou à un petit nombre de celles-ci. Ailleurs, elle se prolonge ou le mal se renouvelle pendant des semaines, des mois, des années, pendant tout le temps où l'angio-vorragisme s'opère, et surtout avant et après son apparition (n° 10100). — On dit que, dans certains cas, les accidents augmentent de plus en plus jusqu'à ce qu'ils deviennent extrêmement violents, et alors ils peuvent se dissiper lentement, successivement ou d'une manière brusque; plus les attaques se renouvellent, assure-t-on, et plus les accès qui les constituent sont nombreux, etc. (1).

11646. Un fait important est celui-ci : Une halgie ayant pour siège un point déterminé d'un nerf, se reproduit souvent dans d'autres régions de ce tronc, et parfois même se déclarent dans d'autres branches ou dans d'autres cordons nerveux : Un ancien notaire (n° 11593) éprouva pendant plusieurs mois des douleurs très-intenses. Ces halgies se reproduisaient par attaques périodiques et d'une manière successive dans les nerfs des parois thoraciques, dans le cubital, le sciatique, le maxillaire inférieur. Elles ne se dissipèrent qu'après l'évulsion de la dent cariée, qui avait été le siège primitif de la douleur (*Clinique médicale de la Pitié*, 1834). Chaussier, MM. Rennes, Fortsmann, Grisolles, Fleury, etc., citent des faits du même genre. On voit fréquemment dans les névrangioviés (n° 10304) se déclarer successivement et parfois simultanément, chez la même personne, des névralgies lombo-abdominales, rachiso-thoraciques, thoraco-brachiales, sous-occipitales, pentanévriques (de la cinquième paire), etc.

11647. On a dû passer beaucoup de temps à faire des relevés statistiques établis sur 182 cas de névralgies variées, pour apprécier la durée et les chances de guérison de celles-ci, et l'on est arrivé à ce résultat facile à prévoir sans calculs statistiques, que la guérison est d'autant plus probable que la maladie est plus récente et moins intense. — Bien que la terminaison des névralgies par la mort soit fort rare, elle a cependant quelquefois lieu; soit, en effet, que les douleurs qu'elles causent entravent les fonctions des viscères, que le repos auquel elles soumettent les malades, déter-

(1) On peut voir pour des détails relatifs à des recherches statistiques relatives à la fréquence de périodicité dans les névralgies, le *Compendium*, t. VI, p. 178.

mine, surtout chez des vieillards, des accidents pneumoniques et cardiaques, des stases veineuses, etc.; soit que la lésion vienne à se porter sur des nerfs qui, tels que ceux du cœur, influent actuellement sur les fonctions sans lesquelles il n'y a point de vie; toujours est-il que les névralgies peuvent avoir la mort pour résultat éloigné ou direct : Un vieillard fort riche portait au bras un *névrôme* qui était le siège d'excessives douleurs. La crainte de l'opération et peut-être celle des frais qu'elle lui eût causés, firent que le malade ne voulut absolument pas se la faire pratiquer; les douleurs, qui la nuit étaient excessives, privèrent M. X..... de tout sommeil, sa constitution éminemment robuste en fut altérée, le repos au lit qu'il garda eut pour conséquence une pneumonémie hypostatique, et la névralgie persistant toujours, la mort en fut la conséquence. M. H....., qui pendant longtemps avait éprouvé une névralgie thoracobra-chiale, fut brusquement pris de symptômes très-graves, très-aigus, d'apparence névrocardique, et périt après avoir éprouvé trois attaques, survenues chaque jour, à la même heure, et que n'arrêta pas le sulfate de quinine donné, il est vrai, à des doses faibles, tandis que je l'avais prescrit dans de fortes proportions. — Nous avons vu, avec M. le docteur Bancel, près de Melun, une malade qui était à la troisième attaque d'une névrocardie qui avait succédé à une névralgie thoraco-brachiale. Cette attaque se termina par la mort. Avant et dans l'intervalle des douleurs des nerfs du thorax et du bras il n'y avait pas eu de symptômes cardiopathiques. On a cité un grand nombre de faits semblables, qui avaient fait considérer à tort cette affection comme le résultat d'une lésion organique du cœur (n° 2182). Dans certains cas cependant, il y a coïncidence de la névralgie thoraco-brachiale et d'hypertrophie cardiaque, de cardiosténose etc.; cette coïncidence est si peu constante, que chez un grand nombre de femmes atteintes de névrangioves (n° 10304), on voit se déclarer les phénomènes de névralgie thoraco-brachiale, sans que le plessimétrisme ou le stéthoscopisme révèlent en rien l'existence d'une cardiopathie persistante.

Etiologie, pathogénie.

11648. Il résulte des considérations établies précédemment, que les névralgies ont des causes très-variées, agissant sur les nerfs, mais dont les unes sont *persistantes*, et dont les autres sont *momentanées*. Les circonstances organiques persistantes qui causent les douleurs du nerf ont été étudiées. (Voyez l'histoire des trau-

manévries (n° 11584), de la névrite (n° 11605), de l'hypertrophie et des hétérotrophies névriques. Les causes momentanées, tantôt déterminent des effets organiques plus ou moins durables; c'est ainsi que le froid et surtout le froid humide, localement appliqués, sont parfois les agents producteurs de douleurs dont il n'est pas donné sans doute de trouver la lésion anatomique, bien que la persistance du mal démontre pour nous l'existence de celle-ci. Ailleurs, les causes dont l'action est temporaire donnent lieu aussi à des effets momentanés. C'est ainsi que la compression du nerf cubital au coude éveille des douleurs dont la durée est de quelques instants. De telles distinctions ne sont pas purement scolastiques, mais bien complètement pratiques, car le traitement sera dans les deux cas singulièrement modifié par la manière dont agissent ces modificateurs et d'après les effets qu'ils produisent. Les causes précédentes influant directement sur les nerfs, ont fait donner le nom d'*idiopathiques* aux névralgies qu'elles ont produites. Lorsque des circonstances anatomiques appréciables ont donné lieu à la douleur de nerf, on a donné à celle-ci l'épithète de *symptomatique*, comme s'il pouvait y avoir une névralgie qui ne fût pas le symptôme d'une lésion. La morsure est faite au doigt d'un enfant, il en résulte une névralgie cubitale (Féron), une contusion donne lieu à une névralgie (Lisfranc, *Archiv. gén. de méd.*, t. II, p. 317), sans doute, il s'agit d'un état symptomatique, d'une altération physique dans les nerfs; mais en serait-il autrement si la cause, au lieu d'être une morsure, eût été l'application du froid humide?

11649. On a dit encore que les névralgies pouvaient être *sympathiques*, c'est-à-dire être liées à la lésion d'une partie éloignée de celle où le nerf douloureux a son siège. Si la définition du mot sympathique est aussi claire, on peut l'adopter sans inconvénient; car il se rapporte à un fait de la plus haute importance (n° 11646), au développement d'une névralgie dans des filets nerveux autres que ceux où existe la raison anatomique du mal observé. — Une telle reproduction de la douleur est sans doute difficile à comprendre, mais elle n'en est pas moins réelle. On s'en rend compte cependant, alors que l'on se rappelle : 1° qu'une cause matérielle agissant brusquement sur un point déterminé de quelque cordon nerveux, détermine une douleur instantanée dans toute la portion de ce cordon située au-dessous de la lésion; 2° qu'il est des névralgies prosaïques qui s'étendent du point malade vers le tronc; 3° que des anastomoses

ou au moins des accollements existent entre les filets dans une foule de nerfs, et qu'on ne voit pas pourquoi la lésion de l'un d'eux ne s'étendrait pas à l'autre par une semblable voie.

11650. Il arrive parfois qu'une lésion d'organe peu ou point douloureuse détermine au loin des névralgies; ceci a particulièrement lieu dans les ovaires. La raison d'un tel fait est plus facile à saisir qu'on ne le penserait au premier abord; dans la névrommie, à laquelle nous avons donné le nom d'irisalgie (n° 11543), il y a certainement, lors de la vision du demi-cercle lumineux, une altération du nerf; celle-ci existe sans doute encore lorsque l'image ne se voit plus et qu'il n'y a pas encore de douleur; c'est que la lésion a atteint jusque-là des nerfs qui ne donnent pas lieu à des sensations douloureuses. Plus tard, la même altération parvient au pentanèvre (cinquième paire), et alors les souffrances sont très-vives; c'est que cette autre portion du névrosystème exerce un esthésisme (action sensoriale régulière) très-développé. Or, il en est ainsi pour les nerfs angio-oviques et ovariques, et probablement pour d'autres organes malades. L'action sensoriale peut être très-faible ou nulle dans les points affectés; mais si la lésion, la modification, le trouble nerveux, vient à se propager directement ou par des anastomoses, des accollements à des filets ou à des cordons dont l'action sensoriale est très-développée, il y aura dans ceux-ci de très-violentes douleurs. Nous avons déjà parlé de ces faits à l'occasion des névropallies prosasiques (n° 11543). — On a fait de très-singuliers calculs sur l'âge auquel les névralgies sont les plus fréquentes; recueillant des observations dont un grand nombre provenaient d'hôpitaux où l'on reçoit peu d'enfants, beaucoup d'adultes, et un nombre modéré de vieillards, on en a fait des tableaux statistiques; il en résulte que sur 296 faits, il y avait eu 2 individus de 1 à 10 ans atteints de névralgie; 22 de 10 à 20; 68 de 20 à 30; 67 de 30 à 40; 64 de 40 à 50; 47 de 50 à 60; 21 de 60 à 70; 5 de 70 à 80. A coup sûr ces chiffres auraient été très-différents si l'on eût collectionné des faits dans les maisons consacrées aux enfants ou aux vieillards malades. Il nous paraît cependant exact de dire que c'est principalement depuis la puberté jusqu'au moment du décroissement des fonctions génitales ou de l'anuterrhagisme chez la femme, que les névralgies sont plus fréquentes. Bien que l'on ait compté sur 469 cas de semblables affections, 218 chez l'homme et 251 chez la femme, l'expérience clinique semble prouver qu'à part la sciaticonévralgie, les douleurs de nerf sont de beaucoup plus fré-

quentes chez les femmes que chez les hommes ; les premières sont particulièrement sujettes aux névralgies thoraco-brachiales, rachiso-thoraciques, rachiso-lombaires, crurales, occipitales ; ce sont elles qui présentent surtout ces douleurs de nerfs qui, prenant leur source dans l'appareil génital, se reproduisent si facilement ailleurs.

11651. En général, ceux qui ont beaucoup souffert des dents sont plus que d'autres exposés aux névralgies. Les gens faibles, maigres, impressionnables, en sont fréquemment atteints ; il paraît que *l'habitation dans un lieu froid et humide*, dans une maison récemment construite, a été une cause éloignée ou déterminante de certaines douleurs névriques. Plus des deux tiers des névralgies se montrent, à ce qu'il paraît, dans les six mois les plus froids de l'année, ce qui s'accorde avec ce vieil adage : *Le froid est l'ennemi des nerfs*. On a observé des névralgies dans toutes les latitudes, bien que dans les pays chauds elles aient plutôt pour siège les nerfs viscéraux, tandis que le contraire aurait lieu pour les contrées froides.

11652. On admet en général que les névralgies sont souvent liées à une anomémie, et particulièrement à l'*hydrémie* observée dans l'ensemble de phénomènes désignés par les auteurs sous le nom de *chlorose*. Il est vrai que les jeunes filles qui présentent ces symptômes sont souvent atteintes de douleurs variées dont le siège est évidemment quelque nerf. On voit chez elles, par exemple, survenir des névralgies trifaciales, occipitales, et particulièrement rachiso-thoraciques ou lombaires ; mais il ne s'agit pas le moins du monde alors d'une relation de cause à effet entre l'hydrémie et les névralgies, mais bien d'une simple coïncidence d'angiovie ou de névrangiovie avec une altération du sang. Nous avons parlé ailleurs de tels faits. Ce sont dans ces cas des névropathies de l'appareil génital qui se reproduisent dans d'autres parties du névrosystème. On ne voit pas dans les faits d'hydrémie autre que ceux en rapport avec les collections symptomatiques dites chloroses, survenir les névralgies dont il s'agit ; or, si elles avaient lieu dans des cas pareils, elles ne constitueraient, en effet, que de simples coïncidences.

11653. On a prétendu que le *rhumatisme* causait des névralgies. Pour que cette assertion fût fondée il faudrait avant tout déterminer ce que l'on entend par rhumatisme (n° 1113), et comme on arriverait à trouver que l'existence de cet agent est tout à fait hypothétique (n° 1140), on ne pourrait soutenir cette allégation. On verrait bien la cause *froid humide* déterminer ou entretenir des névralgies

n° 1130), on verrait celle-ci succéder à des arthrites ou à des myosies, mais cela ne conduirait en rien, pour un esprit logique, à admettre l'existence d'un agent spécial dit *rhumatisme*, que l'on suppose si souvent sans aucune espèce de nécessité ou de raison.

11654. Sans nier que *le syphiose* (virus de la syphilis) puisse porter directement son action sur les nerfs, le fait n'en est pas moins assez douteux. Les douleurs dites ostéocopes sembleraient au premier abord devoir être rapportées à des syphinévralgies; en effet, leur acuité, leur retour la nuit à des heures à peu près fixes, sembleraient devoir le faire admettre; mais comme le siège de ces douleurs correspond presque complètement, soit à des os, soit plutôt au périoste; comme à la suite de ces douleurs on voit fréquemment survenir des saillies plus ou moins considérables à la surface des os; comme les douleurs dont il s'agit ne se déclarent pas en général dans le trajet des nerfs, par toutes ces raisons, disons-nous, il est impossible de considérer de telles douleurs comme des névralgies.

11655. On a admis que *des causes morales, les émotions vives*, étaient susceptibles de produire des névralgies. Pour admettre un tel fait, il faudrait qu'il fût appuyé sur des observations détaillées et positives. On conçoit cependant plus facilement pour les nerfs que pour la plupart des autres organes l'influence que pourrait exercer l'action céphalique en rapport avec l'intelligence; il est non moins certain que l'attention portée sur une névralgie et même sur une douleur quelconque en exaspère l'intensité et la rend souvent insupportable. Tout au contraire, si l'on est fortement préoccupé d'une autre idée, on souffre beaucoup moins: tel qui blessé sur le champ de bataille, alors qu'il est entraîné par l'ardeur du combat, s'aperçoit à peine de la lésion dont il est frappé, éprouverait des souffrances vives s'il était frappé de sang-froid d'une semblable solution de continuité.

A quels phénomènes organiques faut-il rapporter la douleur de nerf?

11656. Toute circonstance organique qui tend à altérer ou qui altère la structure d'un nerf sensible, y cause de la douleur; celle-ci est liée, en effet, aux troubles survenus dans l'action nerveuse et sensoriale; ainsi l'esprit se rend facilement raison des souffrances liées à des compressions, à des piqûres, à des phlegmasies, etc., voyant les nerfs pour siège; mais il n'est pas aussi facile de comprendre le mécanisme des douleurs qui se déclarent dans ces organes alors que l'on ne peut y saisir de lésions appréciables.

Certes, il se passe ici quelque phénomène intime et moléculaire qui modifie pathologiquement et d'une manière momentanée la structure des nerfs; mais elle est entièrement inconnue dans son essence; seulement il ne serait pas impossible qu'elle fût de même nature que ces oscillations nerveuses malades auxquelles nous avons donné le nom de névropallies (n° 11550). Ce qui porterait surtout à le faire croire, c'est que la compression du nerf cubital au coude, ainsi que l'action de l'étincelle et du courant électriques qui forment le prototype des douleurs névriques (n°s 11554, 11557), donnent la sensation de fourmillement, de secousses promptement répétées, en un mot de vibrations très-rapides.

Caractères principaux des névralgies.

11657. Les caractères principaux des névralgies (n° 11581) sont : 1° de se déclarer sur le trajet d'un nerf, de ses rameaux ou de ses filets, et de ne pas exister sur les points qui ne correspondent pas à ces parties ; 2° de présenter les conditions d'acuité, de vivacité, etc., dont il a été précédemment parlé (n° 11581) ; 3° de se propager avec rapidité dans l'étendue du tronc nerveux ou de ses divisions, et quelquefois de remonter dans le trajet de ce tronc vers les centres nerveux (n° 11641) ; 4° d'être rarement continus et de présenter presque constamment des paroxysmes, des accès, des attaques revenant fréquemment à des époques périodiques ; 5° de donner parfois lieu, soit à certaines perturbations fonctionnelles, soit à des troubles dans l'action de muscles auxquels les nerfs affectés se distribuent ; 6° de succéder à diverses douleurs de nerfs existant dans d'autres parties de l'organisme. En rapprochant le tableau symptomatique précédent de l'ensemble des caractères propres à diverses organies plus ou moins douloureuses (la péricardite (n° 1927), la pleurite (n° 7304), la néphralgie (n° 9459), les angiovies (n° 10158), la méningite, les myosalgies, les arthralgies, etc.), on établira facilement la diagnose des névralgies. Il faudra seulement y joindre quelques considérations relatives à l'historique des causes qui ont produit le mal, et à certains caractères spéciaux au siège de la maladie dans tel ou tel nerf.

11658. Nous nous bornerons à indiquer la plupart des névralgies considérées dans chaque nerf. En faisant autrement nous nous exposerions à d'innombrables et inutiles redites.

Névralgies considérées au point de vue de leur siège.

11659. La pentanévralgie (névralgie de la cinquième paire) est

l'une des névralgies les plus fréquentes; il est extrêmement rare qu'elle attaque les trois branches du nerf. M. Jarjavay a trouvé dans les auteurs le cas d'une tumeur cancéreuse qui comprimait le tronc commun du pentanèvre. — Rarement encore voit-on la branche ophtalmique être le siège du mal. Halliday cite un fait, d'ailleurs contestable, de névralgie du nerf lacrymal; on ne manquerait pas de ranger parmi les symptômes de cette névrie un écoulement abondant de larmes; mais il faudrait avant tout prouver l'existence de cette névralgie. Les branches frontale externe et sus-orbitaire sont fréquemment atteintes de douleurs, et ceci a lieu particulièrement dans la névrommie dite migraine (n° 11543). Souvent la pentanévrалgie se déclare dans diverses anomémies et dans certaines angibrômies. Au rapport de Halliday, on aurait observé un fait de névralgie du rameau frontal interne; l'œil était rouge, gonflé et larmoyant. Meglin a rapporté l'histoire d'une douleur horrible existant dans le nerf nasal externe.

11660. Les rameaux du nerf maxillaire supérieur sont souvent le siège d'halgies intenses. Tels sont les rameaux dentaires postérieurs, sous-orbitaires (on a dit qu'alors on avait observé un écoulement abondant de larmes). Aux névralgies de la branche maxillaire inférieure, il faut rapporter celles qui ont reçu, d'après les filets qu'elles atteignent, les noms de linguale (faits de Brewer, Reil), auriculaire antérieure, buccale, mentonnière.

11661. Ce qu'il importe surtout de noter dans l'étude des pentanévrалgies, c'est 1° l'intensité extrême des douleurs; 2° leur tendance à persister; 3° leur relation fréquente avec des odonties, et surtout des odontopyites (1); 4° la coexistence très-ordinaire de ces

(1) On admet en général comme fréquentes des névralgies dentaires qui ne seraient pas dues à des lésions anatomiques des dents. En explorant avec une grande attention, nous avons presque toujours trouvé que des caries, des abcès odontiques étaient les causes de ces douleurs. Il arrive parfois que le point où elles se font sentir est éloigné du lieu où la carie, l'abcès, la dénudation du nerf, etc., ont leur siège, et par exemple une lésion de la canine peut causer de vives douleurs dans les molaires, ou dans les nerfs maxillaires. Aussi, trompés par ce fait, arrive-t-il souvent aux dentistes d'arracher une dent saine pour une dent malade. Ce déplacement de la douleur est un fait analogue à ceux que l'on observe dans un grand nombre d'autres névralgies; mais encore une fois les odontalgies sans carie, sans abcès, sans phlegmasie produite par la pousse des dents, sont des phénomènes très-rares. Presque toujours les odontalgies durent tant que la cause matérielle du mal n'est pas enlevée; seulement comme des abcès sont fréquemment les circonstances qui

douleurs avec des mouvements convulsifs dans les muscles de la face, mouvements peut-être dus aux anastomoses ou aux accollements existants entre la cinquième et la septième paire.

Heptanévralgie ou névralgie de la portion dure de la septième paire.

11662. Nous renvoyons à la physiologie la discussion relative à la question de savoir si la portion dure de la septième paire peut être le siège d'actions sensoriales; nous laissons à Ch. Bell, Shaw, Magendie, Longet, etc., le soin de démontrer, malgré les opinions de nombreux dissidents, que le nerf dont il s'agit n'est pas par lui-même le siège de douleurs, et que s'il est certains cas très-exceptionnels où en apparence il a pu en arriver ainsi, cela peut être attribué au rameau de la cinquième paire qui vient s'y accoler ou s'y anastomoser. Le plus souvent la portion dure de l'heptanèvre n'est pas le siège de douleurs, et bien qu'elle soit susceptible d'affections du même genre que celles dont les nerfs sensitifs sont fréquemment atteints, les symptômes que celles-ci présentent consistent principalement en des contractions spasmodiques, convulsives, involontaires, qui se prononcent dans les muscles où se distribuent les filets malades. Il ne s'agit pas ici de *névralgies*, et c'est par un déplorable abus de mots que l'on a pu ranger de tels symptômes parmi les douleurs de nerfs. Voyez, pour plus de détails sur les névralgies de la face, les mémoires de MM. Halliday, Bérard (Auguste), François, etc.

Névralgies rachidiennes.

11663. Si, d'une part, l'on considère soit l'ensemble des nerfs qui de chaque côté sortent du rachis par les trous de conjugaison, soit leur mode de distribution, et de l'autre, si l'on étudie dans quelque bon recueil d'observations relatives aux névralgies (le *Compendium*, par exemple), on arrivera bientôt à voir que chacune des paires rachidiennes, que leurs cordons, leurs divisions en branches, en rameaux et en filets sont susceptibles d'être le siège d'halgies qui prennent le nom, tantôt du nerf lui-même, tantôt des parties ou des régions dans lesquelles il se distribue. En appliquant à chacune de ces divisions du névrosystème le tableau des caractères propres aux

produisent les accidents, il arrive à une certaine époque que les douleurs cessent tout à coup, alors que le pus a été évacué. Les médicaments qui sont mis en usage vers cette époque, et qui en définitive ont fort peu d'efficacité, passent alors pour avoir guéri. C'est ainsi qu'un grand nombre d'inutiles remèdes ont été souvent pronés, alors que les résultats obtenus étaient dus seulement à la coïncidence de quelque circonstance anatomique favorable.

névralgies considérées en général (n° 11638), on aura véritablement l'histoire de chacune de ces névries.

Névralgie rachiso ou cervico-occipitale; clou hystérique.

11664. Dans la névralgie *rachiso-occipitale*, ou *cervico-occipitale*, la douleur se fait sentir derrière le cou, la tête, et s'étend jusqu'aux vertex, où elle est souvent excessive. Elle se déclare particulièrement chez les femmes sujettes aux névranGIOVIES (n° 10314), aussi coïncide-t-elle ou alterne-t-elle fréquemment avec des névralgies ovariennes ou rachiso-thoraciques. La plupart des céphalalgies qui se manifestent chez les femmes vers le temps de l'angioVORRHAGISME (n° 10100), doivent être rapportées à cette névralgie. De tels phénomènes sont dus aux relations qui existent entre les nerfs de l'angiove et ceux qui sortent de chaque côté du rachis. Cette relation existe non-seulement vers la nuque, à la région postérieure et supérieure de la tête, mais encore au niveau des quatre dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires; la première de ces corrélations est depuis longtemps connue, et constitue l'une de ces *sympathies* dont parlait Bichat. Les autres se rapportent à ces douleurs que les médecins ont depuis longtemps désignées sous le nom de *clou hystérique*, expression barbare et bien digne assurément de la nomenclature généralement reçue. Ce qui a particulièrement conduit à comparer ces névralgies à un *clou*, c'est que certains points de l'espace où elles existent sont plus douloureux que d'autres. Pour la névralgie dite cervico-occipitale, il existe, dit-on, *six points* douloureux, fait qui ne nous paraît pas prouvé; car, d'après la description donnée de ces *six points*, nous trouvons en définitive que toute l'étendue du rameau appartenant au plexus cervical postérieur est souffrante; quelquefois les élancements dont le point de départ est la région occipitale ou l'apophyse mastoïde s'étendent au loin dans les moitiés correspondantes du crâne, du cou, de la face, etc.

Névralgies du cou, des membres supérieurs et du thorax.

11665. Les nerfs rachidiens qui, du cou et à la partie supérieure de la région dorsale, se réunissent pour former des *plexus* tels que le *cervical superficiel* et *profond*, le *plexus brachial*, sont le point de départ de divisions nombreuses, dont les principales branches, sans y comprendre le nerf phrénique, portent les noms d'*axillaire* ou de *circonflexe*, de *sus-scapulaire*, *musculo-cutané externe*, de *médian*, de *cubital* et de *radial*, etc.; de plus existent un certain nombre de rameaux qui viennent se distribuer à la peau et aux muscles qui recouvrent le

thorax, jusque vers la mamelle et la superficie des régions cardiaques et hépatiques. Des filets anastomosiques établissent ainsi des relations entre les nerfs dont il vient d'être parlé et les *plexus cardiaques*.

11666. Les douleurs dont sont susceptibles les nerfs qui, à la hauteur des plexus précédents, sortent de la colonne vertébrale, s'étendent et se prononcent dans l'étendue des cordons, des rameaux et des filets qui en émanent, et cela à travers les plexus cervicaux, brachial, et jusqu'aux extrémités périphériques. Cette extension a lieu tantôt *dans une direction prosonévrauxique* (ascendantes vers les centres nerveux), tantôt, et ce qui est plus ordinaire, *dans un sens prosopériphérique* (descendant vers les extrémités du nerf). De là vient qu'il est difficile et parfois même impossible de démêler, à travers les lacis qui résultent de l'intrication des nerfs, quels sont les troncs qui, à la sortie du canal rachidien, correspondent à tel filet douloureux de l'épaule, du bras, ou des parois thoraciques.

11667. Un grand nombre de douleurs existant dans les cordons brachiaux ou pectoraux peuvent donc prendre leur source dans des névralgies intervertébrales du cou ou du dos; mais encore une fois, c'est plutôt là une supposition qu'un fait; car la palpation, la pression, la nécroorganographie, n'en ont pas fourni la preuve. Tout en assimilant, d'après ce qui vient d'être dit, les douleurs névriques du cou, du bras, du thorax, aux névralgies intercostales ou rachiso-thoraciques, nous ne pouvons démontrer la véracité de cette comparaison et nous sommes réduits à mentionner les névralgies ayant leur siège dans les cordons secondaires, plutôt qu'à indiquer celles qui affectent les nerfs rachidiens, soit au cou, soit à la partie supérieure du dos.

11668. Les principales névralgies dont il s'agit ici sont désignées sous les noms : de circonflexe (observations de M. Valleix); de scapulaire et musculo-cutanée (observations de M. Martinet); médiane (observations de Jeffreys, Piorry); de cubitale (observations de Scarpa, Piorry, et Clinique médicale de la Pitié, mémoire sur les névralgies); de radiale (observations de M. Duparc); de thoraco-brachiale ou brachio-thoracique, double dénomination qui désigne que la douleur part primitivement, soit du thorax, soit du bras (observations de Piorry, *loco citato*; et dans diverses parties des traités de diagnostic et de pathologie iatrique, etc.)

Névralgies cubitale et thoraco-brachiale.

11669. La névralgie cubitale a pour principaux caractères : de s'étendre à partir de la coulisse humérale où le nerf passe en arrière jusqu'aux doigts auriculaire et médius du même côté, ou de suivre une direction exactement inverse. La névralgie thoraco-brachiale (nos 11534, 11647), telle que nous l'avons décrite l'un des premiers et peut-être le premier (avant nos travaux, Laennec, et ceux qui l'ont suivi, la rapportaient sous le nom d'*angine de poitrine* aux nerfs du cœur), commence en général par un point douloureux et souvent pallique (n° 11550) existant vers la partie des parois thoraciques correspondantes à la région cardiaque et notamment à la pointe du cœur. Le siège de cette sensation première est dans les extrémités périphériques (n° 11549) des rameaux thoraciques du plexus brachial. De ce point la souffrance remonte le long de la poitrine jusqu'au cou et à l'épaule gauche, et dans quelques cas ne va pas plus loin. Plus souvent le mal se propage par le plexus brachial (et nous ne pourrions dire par quelle relation anatomique) au nerf cubital. Alors il y a complication et véritable connexion entre ces deux névralgies, de façon à ce qu'elles semblent constituer une seule et même affection. — Dans quelques circonstances très-exceptionnelles, on voit la douleur commencer dans les doigts, s'élever de proche en proche vers le plexus brachial, et de là redescendre au thorax. — Ailleurs, mais moins rarement, le nerf circonflexe ou axillaire, ceux qui se portent vers l'épaule et le dos participent au mal, de sorte que toutes les parties qui viennent d'être citées sont le siège de souffrances dont le caractère varie extrêmement; tantôt, en effet, il s'agit seulement d'une vibration, d'une oscillation (névropallie, n° 11549)); tantôt de picotements légers, d'élançements très-intenses et même insupportables. — Quand le mal occupe les filets qui correspondent à la pointe du cœur, alors les malades se plaignent d'éprouver des palpitations violentes et très-douloureuses. La raison de ce fait est très-simple. C'est que la pointe des ventricules venant à frapper des nerfs douloureux, il en résulte de vives souffrances rapportées par les malades à l'organe lui-même. Lors les cas de complication cardiopathique on n'observe, même au plus fort des accès, aucun trouble dans les contractions cardiaques. De tels accidents ont fait croire à la plupart des auteurs qu'il s'agissait ici de cardiopathies fort graves (n° 2181). Dans l'immense majorité des faits il n'en est pas ainsi; mais nous avons déjà

fait remarquer (n° 11647) que dans certaines circonstances, heureusement très-rares, les nerfs du cœur (probablement au moyen de quelques anastomoses existant entre le plexus bracial et les plexus cardiaques) sont atteints de troubles dans leurs fonctions. Alors il y a seulement, soit des palpitations, soit une diminution et même un arrêt momentané ou de quelque durée dans l'action du cœur. Ce dernier cas est celui des morts subites qui, au rapport des auteurs et d'après notre propre observation (n° 11647), suivent quelquefois la névralgie thoraco-brachiale. La dyspnée pendant les attaques est souvent portée très-loin.

11670. C'est très-fréquemment le soir, *et surtout vers minuit*, que les attaques de cette affection, souvent constituées par de petits accès successifs, viennent à se déclarer. Elles se prolongent plus ou moins et se reproduisent pendant un nombre de jours variables. Quand elles coexistent avec des cardies, elles peuvent se renouveler d'une manière indéfinie. Nous en avons cité ailleurs des observations remarquables (n° 11647). Chez les femmes, les attaques de névralgie thoraco-brachiale, bien que très-douloureuses, sont moins graves. Elles ont souvent lieu vers l'époque de l'angiovorragisme et elles alternent quelquefois avec les névralgies ovariques et intercostales. Ailleurs se déclarent des souffrances, des élancements insupportables, que les malades ne manquent pas de rapporter au cœur lui-même. Le plus souvent en explorant cet organe par le plessimétrisme (1) et par l'auscultation, on n'y trouve encore une fois aucune altération. L'inquiétude que causent aux malades leurs douleurs, accompagnées de battements, peut même troubler le rythme des pulsations cardiaques, et cela bien qu'il n'y ait pas de lésions matérielles anatomiquement appréciables. — Les accès, les attaques de névralgie thoraco-brachiale, à mesure qu'ils se reproduisent, prennent quelquefois plus d'intensité. Parfois, dans les premiers temps, les rameaux thoraciques et leurs extrémités sont seuls douloureux ; mais, plus tard, le plexus brachial, les nerfs circonflexes, cubital et musculo-cutané sont aussi le siège de souffrances plus ou moins vives.

11671. Les points où, dans la névralgie thoraco-brachiale, les douleurs sont les plus vives et augmentent souvent par la pression, sont principalement la région cardiaque gauche, le lieu qu'occupe

(1) Depuis quelque temps, pour nous conformer aux principes de l'onoma-pathologie, nous écrivons plessimétrisme et non pas plessimétrie.

le plexus brachial et les points de l'avant-bras où le nerf cubital est plus superficiel.

11672. Il est très-rare que la névralgie qui vient d'être décrite se manifeste à droite. Toutefois nous en avons vu quelques exemples. Bien entendu que dans de tels cas on n'observe ni palpitations, ni troubles circulatoires; en revanche, se déclarent des douleurs dans la région tégumentaire qui recouvre le foie, douleurs parfois très-vives et que les médecins peu versés dans l'art de la diagnose anatomique, rapportent aux coliques hépatiques. Il est cependant facile d'éviter cette lourde méprise, car dans des cas pareils, le plessimétrisme prouve que la cystichole (vésicule biliaire), et parfois même que le foie ne correspondent en rien au siège de ces souffrances. Ces dernières sont superficielles et non pas profondes, ainsi que cela a lieu quand il s'agit d'affections hépatiques. C'est particulièrement dans de telles circonstances que se manifestent ces douleurs de l'épaule droite, considérées par les auteurs comme symptomatiques des hépathies (n° 8580), et qui ne sont autre chose que des halgies des nerfs circonflexe et axillaire du côté droit, et consécutives elles-mêmes à la névralgie thoraco-brachiale du même côté (n° 11672).

11673. Plusieurs auteurs ont confondu l'état pathologique qui vient d'être décrit, avec les névralgies intercostales. M. Bassereau, pendant qu'il était élève interne dans notre service, y a recueilli un grand nombre d'observations, textes fréquents de nos leçons cliniques. Il a pensé que l'*angine de poitrine* était une souffrance de la première paire dorsale. La manière dont la névralgie dont nous venons de traiter s'étend à l'épaule, au nerf cubital et à la main, la différence si grande qui existe entre ses symptômes et ceux des halgies dont les nerfs intercostaux sont le siège, etc., ne nous permettent point d'admettre cette opinion. Pour nous, la *protonévralgie thoracique* n'est donc pas, comme nous le font dire les auteurs du *Compendium*, une névralgie thoraco-brachiale.

Étiologie de la névralgie thoraco-brachiale.

11674. Les principales circonstances qui provoquent le développement de la névralgie thoraco-brachiale sont : 1° certains mouvements ou diverses lésions matérielles des nerfs qui se distribuent aux parois thoraciques; 2° l'action de monter rapidement une côte ou de marcher contre le vent; 3° des causes organiques qui, telles que les cardiopathies, l'angiagraphosie (n° 5930), et surtout

l'épidiaphratopie (n° 3974), etc., gênent la respiration et décident ainsi des contractions énergiques dans les muscles thoraciques et abdominaux. (Il nous est fréquemment arrivé de faire cesser promptement les accidents de la névralgie thoraco-brachiale, en remédiant aux circonstances dont il vient d'être fait mention et nous avons cité ailleurs des faits de ce genre (n° 4009 (1)) ; 4° ce sont principalement les angioovies et les ovaries (n° 9961), donnant lieu à des névrangioovies (n° 10304), qui sont fréquemment suivies de névralgie thoraco-brachiale ; et il est très-rare, dans ces derniers cas, que des névrocardies funestes (n° 11647) succèdent aux phénomènes rapportés par les auteurs à l'angine de poitrine.

Névralgies dans les membres thoraciques.

11675. M. Valleix a rapporté l'observation d'une hâlgie bornée aux raméaux du nerf axillaire ou circonflexe.—M. Martinet a publié le cas d'une névralgie sus-scapulaire et musculo-cutanée ; Jeffreys en a cité une du nerf médian, et nous avons vu un cas de ce genre très-remarquable qui était suivi de symptômes épileptiques. La névralgie cubitale, plus commune, a été vue par Scarpa et par plusieurs autres auteurs, et M. Dupac a rapporté un exemple de névralgie radiale qui présenta ces particularités : qu'elle était tantôt ascendante (n° 11630) et d'autres fois descendante (n° 11630), qu'elle avait une marche rémittente, d'abord tierce, puis double tierce ; qu'elle se compliquait de fièvre périodique (nos 9940, 8918), et que le membre s'amaigrit. On ne dit pas quel était, dans ce cas, l'état de la rate, ou s'il existait une névralgie intercostale à gauche.

Névralgies intercostales.

11676. M. Nicod a étudié avec le plus grand soin dès 1818, sous le nom de névralgie thoracique, la névralgie intercostale, indiquée par Siebold et Chaussier dès l'an IX, signalée aussi par M. Fouquier, et sur laquelle M. Bassereau et moi avons fait des recherches suivies. M. Valleix s'en est aussi occupé, tandis qu'à la Pitié nous continuions avec un soin extrême à recueillir des observations dont les résultats étaient publiés, soit dans nos leçons, soit dans divers écrits. A l'occasion de nos travaux sur les splénopathies (nos 8918, 9940), et dans nos communications à l'Académie des sciences, etc., nous

(1) C'est surtout lorsqu'à l'occasion de digestions laborieuses, des gaz se dégagent abondamment dans l'estomac que l'on voit survenir, chez certaines personnes, les symptômes de la névralgie thoraco-brachiale. C'est alors aussi qu'en sollicitant et en déterminant l'évacuation de ces gaz, de tels symptômes se dissipent.

avons aussi noté les résultats de nos recherches sur cet important sujet. Du reste, nos travaux sur les névralgies intercostales étaient la conséquence de ceux qui avaient eu trait à la névralgie thoraco-brachiale (n° 11669), que M. Bassereau avait étudiée dans notre service. — Les Anglais et les Allemands, tels que Brown (1828), Darwin, Isaac Parrish, Stilling, Ludwig Turk (1843), ont décrit sous le nom d'irritation spinale l'affection dont il s'agit.

11677. Des halgies peuvent, comme nous l'avons observé, se déclarer dans tous les nerfs intercostaux, mais particulièrement du cinquième au dixième. On les rencontre plus fréquemment au-dessous qu'au-dessus de cette région. Aux dernières fausses côtes, la douleur s'étend jusques vers la ligne médiane de l'abdomen. Cette douleur est tantôt obscure, sourde; dans certains moments, à la suite de mouvements et surtout lors de la pression, elle consiste en des élancements très-violents. Parfois même, dans notre service, lorsque l'on insistait sur la pression des nerfs affectés, les femmes malades jetaient des cris et éprouvaient même des accidents dits hystériques. Bien rarement voit-on spontanément les souffrances névrintercostales présenter un tel degré d'intensité. C'est suivant le trajet du rebord inférieur de chaque côte, c'est-à-dire de haut en bas, depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne médiane antérieure, que le mal est ressenti. Comme les côtes sont très-obliquement dirigées, surtout chez certains sujets, *il arrive que la douleur qui en avant occupe une partie inférieure du thorax se rencontre très-haut en arrière entre les épaules*. Très-souvent, quoi qu'on en ait dit, la douleur existe dans presque toute l'étendue du rebord de la côte. Dans beaucoup de cas, cependant, c'est dans des espaces limités, dont l'étendue est de deux à cinq ou six centimètres, que se prononcent les souffrances les plus intenses. Ces espaces correspondent : tantôt à la région qui avoisine les points de l'épine dorsale d'où émerge le nerf; tantôt à une partie très-rapprochée du sternum, tantôt enfin, à toute l'étendue d'une ligne tirée de l'aisselle à la crête iliaque; la pression pratiquée sur ces espaces rend aiguë et lancinante une souffrance sourde existant auparavant. Il arrive souvent que la sensation dont il s'agit, primitivement limitée, s'étend brusquement, soit vers le rachis, soit vers l'abdomen et même vers quelques organes profonds situés à la hauteur du nerf intercostal affecté. On a cependant exagéré l'influence exercée par les névralgies intercostales sur les souffrances viscérales, et certaines sensations ayant leur siège dans les parois

ont été souvent prises pour des douleurs gastriques (n° 8264) ou entériques profondes (n° 8267), pour des palpitations cardiaques, etc. Cela est particulièrement arrivé pour le foie, et nous avons vu des praticiens renommés rapporter des névralgies intercostales du côté droit à des coliques hépatiques (n° 11672).

Névralgies intercostales à gauche; fièvres d'accès.

11678. Les névralgies intercostales à gauche, existant à la hauteur de l'espace où le plessimétrisme permet de constater la présence de la rate, sont, chose remarquable, très-fréquemment accompagnées d'accès de fièvre intermittente, *dont le type est quotidien* (n° 8918, 9940). *Ces stades sont presque toujours moins bien dessinés que dans les fièvres périodiques liées à la splénomacrosie* (n° 8810); un frisson léger, plus appréciable pour la malade (c'est ordinairement chez la femme que de tels cas sont observés) que pour l'observateur; puis de la chaleur, et enfin une sueur médiocrement intense et qui manque parfois, se déclarent chaque jour à des heures assez fixes du matin ou du soir; *ces accidents, se prolongeant indéfiniment tant que la névralgie dure*, cédant à peine à la quinine, reparaissant avec opiniâtreté tant que la névralgie persiste, se dissipent sous l'influence des moyens qui remédient à la douleur de nerf, et se reproduisent dès que celle-ci vient à se manifester de nouveau (n° 8918, 9940). — Parfois cette fièvre intermittente est mieux dessinée, et alors on trouve presque constamment que la rate a acquis plusieurs centimètres de dimension au delà de l'état normal, ou au moins qu'il existe une splénalgie marquée (n° 8921). — Dans un cas récemment observé à notre clinique, il existait une fièvre intermittente quotidienne très-prononcée, qui ne céda pas aux préparations de quinine; la rate n'était pas volumineuse, mais douloureuse, et une névralgie intercostale intense avait lieu à gauche; la pression de l'ovaire de ce côté était très-pénible. Des vésicatoires et des bains prolongés firent cesser les accès fébriles. — Les névralgies intercostales, à droite et à la même hauteur, dans les cas observés par nous, n'étaient accompagnées de fièvre intermittente que dans les cas où il y avait coexistence d'une névralgie intercostale à gauche et à la hauteur de la rate.

11679. Le point où la douleur intercostale est la plus forte, varie sur la même personne et d'un moment à l'autre. Actuellement on la constate, et un instant après elle n'existe plus sur le même lieu, mais elle reparaît dans un autre endroit. On voit même plusieurs nerfs intercostaux être successivement le siège de la souffrance dont

nous parlons. Très-fréquemment il existe en même temps une dermalgie ou une hyperesthésie des téguments correspondants aux nerfs malades.

11680. La *marche* et la *durée* de cette névralgie n'ont rien de constant; fréquemment elle commence d'une manière obscure et arrive lentement à un haut degré d'intensité; le plus souvent elle est marquée par des accès qui se déclarent tantôt le matin et tantôt le soir. Chez certaines femmes d'une constitution hypernervismique, elles durent fort longtemps, augmentent d'intensité dans les jours qui précèdent ou suivent immédiatement l'angiovorragisme, et depuis la puberté jusqu'à l'époque où les règles cessent elles se renouvellent à de fréquentes reprises.

11681. On observe bien plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes les névralgies intercostales; le chiffre des cas où cette fréquence est plus grande, varierait suivant une foule de circonstances dépendantes du temps, du lieu, et des autres circonstances où se trouvent les malades. Les gens amaigris, et surtout les pneumophymiques, sont particulièrement tourmentés par de telles souffrances que M. Beau a vu récemment être en rapport avec des lésions matérielles des nerfs affectés. M. Bassereau, alors notre interne, lorsqu'il étudiait avec nous des faits de ce genre, attribuait à l'inflexion du dos, telle qu'elle a lieu dans l'attitude assise chez les gens affaiblis, l'apparition fréquente de cette névralgie. Dans notre opinion, les angiovies et surtout les ovaries la produisent le plus ordinairement (n° 9961). De nombreux faits observés dans notre service, même dans ces derniers temps, ne nous permettent pas d'avoir de doutes à ce sujet, et en lisant le *Compendium* (article Névralgie, p. 199), nous avons vu que M. Bassereau avait fini par admettre la même opinion. M. Nicod avait déjà noté cette influence des souffrances de l'appareil génital sur les névralgies intercostales. Chose remarquable, elles sont principalement fréquentes à gauche, et de ce côté aussi l'on observe le plus souvent des ovaries. — On ne peut nier cependant que l'attitude du corps dans laquelle le dos est courbé et la tête portée en avant, donne parfois lieu à des douleurs intercostales. — Sans doute aussi elles peuvent être la conséquence du tiraillement qu'éprouvent dans certains mouvements, les nerfs des parois thoraciques; mais le plus souvent ces mouvements donnent lieu seulement à une myosalgie, causée par l'allongement forcé des fibres musculaires. Nous n'avons pas observé que chez les

hydrémiques il y eût plus de névralgies intercostales que chez les femmes d'une constitution hypernervismique non compliquée d'anémie. Comme chez les jeunes femmes, il y a très-souvent des névrangiovies, et que des névralgies intercostales sont souvent consécutives à celles-ci, il en résulte que des filles atteintes d'hydrémie sont souvent atteintes des douleurs névrothoraciques dont nous parlons. Pour éviter de confondre une névralgie intercostale avec la névralgie thoraco-brachiale (n° 11669), avec les myosalgies, les ostéites, les périostéites, l'hydropleurite (n° 7312), il faudra comparer avec soin les caractères de ces affections avec ceux qui viennent d'être tracés.

Névralgies lombaires.

11682. Les nerfs qui au-dessous de la hauteur du thorax sortent du rachis, sont fréquemment, surtout chez les femmes, atteints d'halgies, qui sont presque complètement analogues aux névralgies intercostales; vers ces troncs nerveux retentissent particulièrement les angiovies, les ovaralgies, les utérocarcinies, etc. Souvent les douleurs dans la région lombaire sont en rapport avec des myosalgies, ou même avec des myoclasies (ruptures de muscles). Les nerfs des lombes sont dans bien des cas atteints de souffrances vives. Celles-ci se déclarent surtout consécutivement à des affections utérines (n° 10312), dydimiques (n° 9840) ou rectales; on les observe: aux époques de l'angiovorragisme (n°s 10098, 10104) chez les femmes enceintes ou qui accouchent, et chez les hommes dont les testicules sont malades. Les branches lombaires, les filets qui se portent aux téguments des fesses et aux parois abdominales sont eux-mêmes fréquemment affectés.

11683. Ce sont particulièrement ces névralgies qui correspondent avec les douleurs des nerfs qui se distribuent dans les organes abdominaux situés à la hauteur où sont placés les nerfs lombaires malades. De la même façon que l'on voit dans les névralgies intercostales à gauche, les plexus spléniques devenir le siège de souffrances qui sont les points de départ d'accès fébriles périodiques (n°s 9233, 9234, etc.); de la même manière, mais en sens inverse, les névries viscérales du bas-ventre donnent lieu à des douleurs dans les nerfs lombaires ou abdominaux; ces faits s'expliquent par l'existence des filets de communication entre les nerfs rachidiens et le sympathonèvre.

11684. Le plexus lombaire est fréquemment le siège d'halgies qui sont dans bien des cas liées à des angiovies (n° 10312), des cysturies (n° 9459), et à certaines affections du rectum. Ce plexus

nous paraît en être surtout frappé chez certaines femmes enceintes, ou lors du travail de l'accouchement. Des branches ou des filets de ce même plexus sont le siège des névralgies dites iléo-scrotale (Chaussier), spermatique, didymique (A. Cooper), iléo-vaginale, etc. Un fait de névralgie spermatique, observé par M. Réveillé-Parise, est remarquable en ceci, que les douleurs ne cessèrent qu'après l'évacuation par l'urètre d'un petit urolithe (n° 9741).

Névralgie fémoro-prétibiale ou crurale.

11685. Cotugno, Chaussier, M. Martinet, etc. ont observé des cas de névralgie crurale, ou fémoro-prétibiale. Elle envahit, bien que rarement, les rameaux et les filets du nerf crural qui se portent au voisinage de la rotule et à la partie supérieure du pied. Nous sommes étonnés que les douleurs névriques fémoro-prétibiales aient pu être considérées comme rares. Nous les avons fréquemment observées. Un grand nombre de ces cas se rapportait à des circonstances anatomiques plus ou moins appréciables, et tellement disposées, qu'elles comprimaient les plexus lombaires ou le nerf crural ; c'est particulièrement lors de l'embryutérisme avancé (n° 9981) ; c'est lorsqu'il existe une hypotomie utérine (n° 10035), donnant lieu au tiraillement des ligaments larges ; c'est lorsqu'une ovarocélie ou une tumeur fibreuse de l'utérus viennent à presser sur le plexus lombaire, que l'on voit se déclarer dans les nerfs cruraux des douleurs violentes. Les contractions utérines elles-mêmes paraissent éveiller des douleurs dans le nerf fémoro-poplité, ainsi qu'il en arrive pendant le travail de l'accouchement, et à l'occasion des cruelles souffrances éprouvées par les femmes atteintes d'utérocarcinies (n° 10289). Nous affirmons avoir vu quelques centaines de cas de névralgies crurales, soit causées par les unes ou par les autres des circonstances précédentes, soit déterminées par des lésions anatomiques inappréciables. Très-probablement c'est à des névralgies de ce genre ou à des sciatico-névralgies, dont les points les plus sensibles siègeaient vers la région rotulienne, qu'il faut rapporter ces douleurs dites sympathiques qui, dans les arthrocoxies (nombreuses lésions, réunies sous le nom de luxations spontanées du fémur), se déclarent avec plus de violence vers le genou qu'à la hanche elle-même. L'explication de ce fait ressort nettement de l'étude des névralgies crurales se propageant jusqu'au genou. — Les nombreuses branches du nerf fémoro-poplité peuvent être isolément douloureuses, ce qui en fait admettre des espèces variées.

Névralgies du plexus lombaire étendues au nerf sciatique par le nerf lombaire.

11686. Les souffrances du plexus lombaire s'étendent et se propagent souvent au plexus sciatique. Il en arrive ainsi lors de la présence de tumeurs dans le bas-ventre. Celles-ci ne peuvent agir que sur les points où les plexus lombaires se trouvent; cependant elles sont accompagnées de violentes douleurs dans le trajet du nerf sciatique. La pression de la matrice volumineuse, alors que cet organe est complètement situé au-dessus du rebord pelvien, est par exemple une cause fréquente de douleurs violentes dans la partie externe de la cuisse et de la jambe; on voit parfois des myoclasies (ruptures musculaires) des lombes, être suivies de vives souffrances dans le lieu qu'occupe le plexus lombaire du côté où le muscle a été rompu; les jours suivants, se prononce une névralgie sciatique. Une pièce d'anatomie vue à la Faculté, nous a donné la clef de ces faits : le plexus lombaire fournit un gros nerf (le lombo-sacré), à l'entrelacement sciatique, et ce nerf passe derrière le muscle psoas. Il y a tout lieu de croire que c'est par ce même nerf que le mal s'étend au plexus et au gros tronc sciatiques.

Névralgie sciatique ou sciatinévralgie.

11687. S'il s'agissait ici d'étudier en détail la névralgie sciatique, l'ischias, l'ischialgie, la goutte sciatique des anciens auteurs, il faudrait y consacrer de longues pages. Mais si nous agissions ainsi, nous répéterions ce que nous avons dit, soit à l'occasion des névries (n° 11581), ou de la névrite (n° 11609); soit lors de l'étude des névralgies en général (n° 11581, 11638). C'est en effet sur le nerf sciatique que la plupart des recherches relatives aux affections des nerfs ont été faites, et cela par deux raisons : la première c'est que le cordon sciatique est le plus gros de tous les troncs névriques; la seconde, c'est que sa lésion est extrêmement fréquente. — Dans la névralgie sciatique plus que dans toute autre, on a constaté des altérations dans la structure de l'organe malade, ce qui s'explique encore par le volume considérable de celui-ci. Nous avons déjà parlé de ces lésions (n° 11588, 11589). — Les symptômes de la sciatico-névralgie sont ceux des douleurs de nerf en général (n° 11581, 11609, 11638). Cependant, la souffrance y est en général plus continue, et moins sujette à des exacerbations périodiques. La raison probable en est que des circonstances organiques persistantes (n° 11589) entretiennent souvent le mal. — Les douleurs qui y sont quelquefois portées à une extrême violence peuvent se prononcer dans toute l'étendue :

1° du plexus lombaire et du nerf lombosacré (alors elles se font sentir profondément dans la région des reins et du bassin); 2° du plexus sciatique (dans ce cas, de vives souffrances ont lieu en arrière dans l'excavation pelvienne, et sur les deux côtés du sacrum); 3° du nerf sciatique à sa sortie de la grande échancrure de ce nom; 4° du sciaticinèvre à la partie externe et un peu postérieure de la cuisse; 5° des branches variées qu'il distribue à la jambe et au pied.

11688. Les diverses sections du nerf sciatique qui viennent d'être mentionnées peuvent être isolément douloureuses; celles qui un tel jour sont affectées, peuvent ne pas l'être le lendemain, la souffrance se transportant en même temps vers un autre point du sciaticinèvre. Les parties de celui-ci qui correspondent au bassin, à la cuisse, à la jambe, au pied, sont parfois isolément et alternativement douloureuses. Dans d'autres cas, tout le cordon nerveux, y compris ses filets, est le siège d'élançements rapides qui se portent de haut en bas, et plus rarement de bas en haut, avec une extrême violence. La nuit ces douleurs sont quelquefois atroces; très-ordinairement dans la sciatinévrалgie se manifestent des crampes ou des fourmillements très-pénibles. Quand le mal existe depuis longtemps et lorsqu'il résiste aux divers moyens employés pour le combattre, il arrive souvent que les muscles de l'extrémité inférieure du côté malade perdent de leur action et s'atrophient. Ce n'est pas là, comme on l'a dit, une véritable *paralyse*, mais c'est une hyposthénie, résultat de l'émaciation des muscles que les douleurs ont longtemps condamnés au repos.

11689. Les douleurs dans la névrалgie sciatique sont presque toujours exaspérées par le toucher, et cela tantôt sur un point, tantôt sur un autre, et principalement vers les parties où le nerf est le plus superficiellement placé.

Étiologie de la sciatinévrалgie.

11690. Les mouvements des extrémités inférieures portés jusqu'à la fatigue, des contractions brusques et énergiques de ces parties, la station prolongée, les contractions des muscles lombaires dans l'acte vénérien (surtout lorsque l'on reste debout en l'exécutant), sont parfois les causes qui ont présidé soit à la première atteinte de la sciatinévrалgie, soit à la réapparition des attaques ultérieures. — Les ruptures, les tiraillements, les phlegmasies consécutives des muscles de la région lombaire ou du psoas, ont souvent été suivies de douleurs sciatiques (n° 11687). — L'attitude assise

longtemps continuée donnant lieu à la compression du nerf à sa sortie de l'échanerure (n° 11589), des lésions physiques ou traumatiques produites dans le trajet de ce cordon nerveux à partir du bassin jusqu'au pied; des tumeurs de différentes sortes existant sur les mêmes points (n°s 11588, 11589), une arthrocoxie (maladie de la hanche, luxation spontanée) influençant le sciatinèvre ou ses rameaux; des affections variées des viscères contenus dans l'excavation pelvienne (et surtout du rectum ou de l'utérus); des pyites développées dans le tissu cellulaire des environs de cet intestin, etc., sont des causes fréquentes de névralgie sciatique. — Des douleurs dans des nerfs éloignés semblent aussi, dans quelques cas, provoquer une sciatinévralgie, et elles alternent parfois avec elle. — Dans la plupart des circonstances précédentes, ce sont à coup sûr des lésions physiques qui donnent lieu à la souffrance névrique (n°s 11581, 11638); mais il arrive trop souvent que ne pouvant, pendant la vie, remonter à la connaissance de ces lésions, on est réduit à considérer comme de simples névralgies la douleur que l'on observe dans le nerf (n° 11687).

11691. Certes, le froid humide appliqué sur les régions qu'occupe le nerf sciatique, c'est-à-dire, les fesses, les parties externe et postérieure des cuisses, de la jambe, etc., semble déterminer souvent l'invasion d'une sciatinévralgie; plusieurs de nos observations ont en effet prouvé que le coucher sur un sol humide a été la cause d'une névralgie sciatique; cela prouve bien que le froid et l'humidité exercent une influence fâcheuse sur les nerfs, et particulièrement sur le sciatinèvre, mais ne démontre en rien l'existence d'un agent spécial que personne, à coup sûr, n'a vu, et auquel on a donné le nom de rhumatisme. — On conçoit bien que le syphiose ou virus syphilitique puisse affecter le nerf sciatique et son névrilème, aussi bien que d'autres tissus, et en particulier que le périoste, mais les faits n'ont pas démontré qu'il en fût ainsi.

11692. Sous l'influence de phlegmasies cutanées, des pieds particulièrement (épidémie de Paris (n° 11911), on a vu quelquefois se déclarer une sciatinévralgie, et cela de la même façon qu'à la suite de la névrodermite hémizona (n° 11921) se déclarent fréquemment des névralgies rebelles.

11693. C'est le plus ordinairement chez les hommes qui exercent de rudes travaux que l'on observe la sciatinévralgie; des femmes atteintes d'angioviés variées, et qui restent habituellement assises,

en sont cependant fréquemment affectées. Les vieillards en souffrent bien plus souvent que les enfants. Chez ceux-ci, les arthrocaxies donnent parfois lieu à la sciatinévralgie, etc. Il est inutile de donner les chiffres exacts de la fréquence de ces douleurs à tel ou tel âge ; car il ne s'agirait ici que de simples recherches de curiosité et non pas de renseignements utiles sur l'étiologie et la thérapie de ces mêmes douleurs. Il est plus important de savoir que, chez les individus amaigris, le nerf sciatique et ses branches sont plus souvent douloureux que chez d'autres, ce qui provient sans doute de ce que ce cordon névrique est moins bien protégé par un tégument mince que par une couche graisseuse abondante.

Diagnose.

11694. Dans l'arthrocoxie (maladies de l'articulation de la hanche), la douleur correspond profondément à la jointure coxo-fémorale, et se fait sentir plutôt en avant qu'en arrière. On trouve parfois, dans ce cas, des engorgements aux alentours de l'articulation ; les mouvements de la cuisse, la station et la marche éveillent une souffrance plus ou moins vive, non pas dans le trajet du nerf, mais bien dans la profondeur de la jointure. Plus tard, le membre s'allonge ; *en frappant, par un coup sec, et dans la direction du fémur, sur le genou fléchi, ou encore sur le talon, alors que la jambe est étendue, une souffrance aiguë se prononce dans l'articulation coxo-fémorale, etc.* — La douleur propre à l'arthrie sacro-iliaque existe au niveau de l'articulation malade ; ici les os affectés sont déformés et souvent macrosiés, fait sur lequel le plessimétrisme peut donner des renseignements utiles ; d'ailleurs dans ces ostéies, les douleurs ne sont pas aussi intenses que dans la sciatinévralgie. — Les syphiostéalgies ou les périostites fémorales ont leur siège non pas sur le trajet des nerfs, mais sur les points où le plessimétrisme et la palpation font trouver le fémur. — La douleur du nerf crural, qui souvent coexiste avec celle du cordon sciatique, a un siège évidemment différent (n° 11685). — Les lésions des viscères pelviens qui causent la sciaticonévralgie et qui en conséquence peuvent en imposer pour elle (n° 11687), ont des caractères spéciaux (n°s 10289, 8105) ; toutes les fois qu'il s'agit de douleurs dans les gros troncs nerveux de la cuisse, il faut explorer attentivement ces organes à l'effet de savoir si leur lésion ne serait pas le point de départ des souffrances observées. — Les rachisomyélies sont très-souvent accompagnées de souffrances occupant les deux nerfs scia-

tiques *s'étendant à leurs rameaux*. Plusieurs cas de rachisocélies observés par nous et existant vers les points où la moelle vient de donner naissance aux nombreux filets désignés sous le nom de queue de cheval, étaient remarquables en ceci : que des douleurs sciatiques existaient seulement du côté où siégeait la tumeur. L'examen attentif de la colonne vertébrale, les investigations dirigées vers les divers symptômes propres aux rachisomyélie, permettront de distinguer les cas dans lesquels la sciatinévralgie est isolée, des observations dans lesquelles elle est l'expression d'une souffrance névraxique.

Névralgie de la huitième paire ou octonévralgie.

11695. Il est difficile de dire pourquoi les auteurs n'ont même pas mentionné parmi les névralgies, les souffrances qui ont si fréquemment pour siège le nerf pneumogastrique. Ce cordon névrique et ses divers rameaux peuvent être atteints d'halgies qui s'y déclarent en général avec des caractères différents de ceux qui sont propres aux douleurs existant dans les autres nerfs. — C'est que l'octonèvre a des fonctions en rapport avec les organes nutritifs, et que les souffrances dont il est le siège ont des formes qui correspondent aux sensations ou aux mouvements spéciaux qui s'exécutent dans ces mêmes parties : ainsi, les filets et le tronc de la huitième paire à l'estomac, à l'œsophage et au pharynx nous paraissent être le siège du sentiment de serrement, d'étranglement (boule hystérique), que les femmes atteintes d'angiovie éprouvent si fréquemment, soit à l'épigastre, soit au cou, soit dans l'arrière-gorge ; ainsi, des douleurs assez semblables à la faim se prononcent souvent dans la région qu'occupe l'estomac, et constituent des symptômes de gastralgie (n^{os} 8161, 8260) ; ainsi, la névralgie des rameaux laryngés supérieurs et inférieurs, est suivie d'un sentiment de picotement spécial dans le larynx dont la toux férine est la suite (n^{os} 6565, 6600). Lorsque les plexus pulmonaires et cardiaques sont affectés, il y a des sensations en rapport, soit avec la dyspnée, soit avec des palpitations pénibles. Alors, en général, les souffrances sont vagues, et ne constituent pas de véritables douleurs. La raison probable de ce fait, est que les rameaux de la huitième paire entrelacés dans les plexus dont il s'agit avec des filets innombrables du grand sympathique, ne doivent pas transmettre au névraxe des sensations nettes et précises.

Sympathonévralgies ou névralgies du grand sympathique.

11696. Les souffrances du nerf trisplanchnique sont encore

moins bien dessinées et plus mal limitées que les névralgies précédentes; elles consistent dans un sentiment pénible et vague, dont le caractère tient du type de douleur propre aux organes où se distribuent les filets de ce même nerf; rarement de telles névralgies sont primitives, et plus rarement encore doivent-elles être le résultat d'une névrite. Elles dépendent presque toujours de quelque lésion matérielle (phlegmasies, elcosies, carcinies, etc.) des viscères qui correspondent aux plexus douloureux. Les travaux de MM. Jolly, Brachet, etc., sur ce sujet ne nous démontrent pas en effet d'une manière bien nette, que l'existence des sympathonévralgies soit isolée des organes thoraciques ou abdominales. Il faudra cependant lire avec attention les écrits de ces auteurs avant de se former une opinion sur ce sujet. En traitant des souffrances de chaque appareil, nous avons étudié celles dont la douleur forme le principal caractère (n^{os} 2181, 6563, 6565, 6600, etc.); ce que nous dirions ici des névralgies des divers plexus du grand sympathique ne serait que d'inutiles répétitions. — Dans les cas où l'on sera tenté d'attribuer à une sympathonévralgie des souffrances variées, soit de l'angine, soit de l'angiaire, de l'angibrôme, etc., il faudra, avant d'admettre la réalité d'une telle manière de voir, explorer avec la plus grande attention l'état matériel et les symptômes fonctionnels que présentent les organes dont les filets ganglionnaires semblent être atteints d'hélgies. Bien souvent alors on rencontrera des lésions très-appreciables qui expliqueront la nature des phénomènes observés.

Extension des névralgies de l'ensemble de relation au sympathonèvre.

11697. Il arrive parfois qu'une douleur ayant son siège dans des nerfs dépendant de l'ensemble de relation s'irradie, s'étend au loin dans les filets du sympathonèvre, et revêt des caractères de souffrances fort différents de ceux qui existaient au point initial. Nous avons publié, dans le Bulletin clinique, l'observation d'un homme qui éprouvait souvent dans l'anus, lorsqu'il allait difficilement à la selle, une douleur vive, analogue aux souffrances que cause la fissure à l'anus. Ce sentiment pénible, dû sans doute à ce que, lors de la défécation, des hémorroïdes étaient irritées, comprimées ou dilacérées, devait avoir son siège dans des nerfs dépendant du plexus sciatique. Or, il était suivi d'une souffrance sourde avec une sensation de défaillance dans le bas-ventre; en quelques secondes le mal se propageait vers l'estomac, et alors il y avait des nausées très-pénibles, et qui duraient quelques moments. Il nous paraît évi-

dont que les rameaux du grand sympathique alors affectés, étaient le siège des sensations dont il s'agit. Nous avons déjà relaté des faits de ce genre à l'occasion des névropallies omniques, otiques, etc. (n° 11343, 11347).

Thérapie dans les névralgies.

11699. Si l'on pouvait parvenir à reconnaître dans tous les cas les circonstances organiques qui donnent lieu aux douleurs de nerf, la thérapie de celle-ci serait bientôt basée sur des règles fixes et invariables; ce chapitre même deviendrait inutile, puisque toutes les névralgies étant en définitive l'expression symptomatique de quelque trouble matériel (n° 11648), il n'y aurait pas à étudier la névralgie comme un état organique à part. Malheureusement il n'en est pas ainsi; trop souvent on ne peut remonter à la connaissance de la circonstance anatomique qui rend le nerf douloureux. On est alors réduit à traiter cette souffrance comme un phénomène primitif, et l'on se trouve forcé de demander à la routine décorée du nom d'empirisme quel est le remède qui, dans les névralgies, réussit le mieux. Cherchons autant que possible, pour prévenir les tâtonnements déplorables auxquels on n'est ici que trop enclin, à poser quelques principes propres à guider dans le traitement que l'on devra opposer aux douleurs dont les nerfs sont le siège.

11699. 1° Encore une fois, il faut rechercher si le mal n'est pas entretenu par quelque circonstance matérielle et saisissable existant : soit dans le nerf (névromes); soit près du nerf (tumeurs de toute sorte qui peuvent le comprimer); soit encore dans des nerfs en connexion avec celui qui souffre (névrodontalgie dans les affections de la cinquième paire); soit enfin dans les organes qui reçoivent des filets du cordon ou du plexus névrique malade (aërogastrasie, (n° 8264), contractions des fibres musculaires de l'estomac (n° 8263), oxigastrie (n° 8264), ou angiories (n° 10312), urolithes dans les cas de névralgie du gland, ou du méat urinaire chez la femme, etc., etc.) On traitera directement la névralgie alors que cette première recherche, sur laquelle on ne peut trop insister, aura été infructueuse. Si l'on parvenait à découvrir ainsi la cause matérielle de la névralgie, ce serait tout d'abord contre cette cause matérielle que le traitement devrait être dirigé.

11700. 2° Ensuite et tout en négligeant les spéculations relatives à l'inflammation, il faut bien se rappeler que le nerf doulou-

reux peut et doit, comme tout autre organe lésé, être le siège de modifications dans sa circulation, modifications susceptibles elles-mêmes d'être régularisées ou ramenées au type normal, par des évacuations sanguines. Qu'il y ait en effet *névrite* (n° 11605), ou que celle-ci n'ait pas lieu, il n'y a aucun inconvénient dans beaucoup de cas à regarder son existence comme possible. Lors donc que l'organisme le comportera, c'est-à-dire lorsqu'il ne s'agira pas d'un individu, et surtout d'une jeune fille, d'une femme faibles, maigres, anhypémiques, etc., on pourra souvent avoir recours avec un grand avantage à des évacuations sanguines pratiquées sur les téguments qui recouvrent le nerf affecté. — La proportion de sang à tirer variera ici suivant une foule de circonstances en rapport avec l'organisme des malades et l'intensité des accidents. C'est surtout lorsque les douleurs sont excessives, et que l'ensemble des symptômes portera à soupçonner l'existence d'une névrite (n°s 11609, 11610), qu'il faudra en agir ainsi. En nous dirigeant d'après de tels principes, nous avons fréquemment employé avec de grands succès les applications de sangsues au début des névralgies, ou lorsque les paroxysmes de celles-ci étaient très-violents. (Voyez dans la Clinique médicale de la Pitié plusieurs observations de ce genre.) Maintes fois depuis, et particulièrement dans la sciaticité névralgie, nous avons eu recours à ces évacuations. Nous faisons appliquer les sangsues ou les ventouses scarifiées sur la région lombaire alors que ces circonstances commémoratives ou que les douleurs actuellement existantes portent à croire que le plexus lombaire et le nerf lombosacré sont les points de départ des accidents; ordinairement c'est sur le point correspondant à celui où le nerf sciatique sort du bassin, que nous avons recours à ce moyen; ailleurs, et quand la souffrance est surtout marquée à la cuisse ou à la jambe, nous choisissons ces parties pour y placer les ventouses ou les sangsues. Le nombre de celles-ci est toujours assez considérable (15, 20, 30 et plus), et toujours proportionné à l'état général de la circulation (panhypérémie, hypémie, etc.); pour les autres névralgies nous appliquons les moyens propres à faire perdre du sang sur les points où les nerfs affectés sont les plus superficiels, et sur ceux aussi où les douleurs sont les plus vives. Nous réitérons même une ou deux fois en vingt-quatre heures ces évacuations sanguines. C'est seulement chez les individus très-hypérémiques que nous avons recours aux saignées générales.

11701. 3° *Les vésicatoires rubéfiants et produisant des phlyctènes, employés suivant la méthode de Cotugno*, sont encore les moyens qui, dans les névralgies, réussissent le mieux. Nous leur donnons une forme allongée (10, 15 ou 20 centimètres de long sur 2 centimètres de large) et nous les plaçons sur le trajet du nerf, en choisissant les points dont il a été parlé à l'occasion des applications de sangsues (n° 11760). Il est rare qu'un premier vésicatoire ne calme pas; le plus souvent cependant on est obligé d'avoir recours pour guérir à un second et même à un troisième emplâtre épispastique.

11702. 4° Quand l'action de ces derniers moyens est restée sans efficacité, c'est le cas de dénuder la surface cutanée, soit avec de nouveaux vésicatoires de peu d'étendue, soit avec l'ammoniaque, et cela à l'effet de faire *des applications sur le derme avec l'hydrochlorate de morphine* à la dose d'un à trois centigrammes. Au-dessus de cette proportion on détermine souvent des phénomènes de narcotisme névraxique. Ces pansements sont réitérés matin et soir; il est rare qu'ils n'apaisent pas ou même qu'ils ne fassent pas cesser la névralgie. Notre ami, le docteur Rousset de Vallière, emploie un procédé fort simple et très-utile pour dénuder l'épiderme. Ce médecin verse une goutte d'ammoniaque très-concentré sur une pièce d'un franc; cette pièce ainsi recouverte du médicament est appliquée pendant une ou deux minutes sur la surface de la peau que l'on veut dénuder; il suffit après cela d'y pratiquer de très-légères frictions pour enlever l'épiderme et pour mettre la peau dans de telles conditions que l'absorption y devienne facile. Dans une multitude de cas, les applications endermiques dont il s'agit, et plus ou moins réitérées, ont complètement réussi. Toutefois il nous est parfois arrivé d'avoir recommandé son emploi, et d'avoir le lendemain obtenu une amélioration que nous supposions être due à l'absorption de la morphine, tandis qu'après interrogation convenable, nous avons appris qu'un vésicatoire seulement avait été posé et pansé, tandis que l'alcaloïde d'opium n'avait pas été appliqué.

11703. 5° Rarement, dans la curation des névralgies, les *cataplasmes* dits *émollients* réussissent-ils. Ce défaut de succès peut être en partie attribué à leur poids, et en partie aussi à leur refroidissement et à leur déplacement faciles. Les douleurs forcent souvent les malades à exécuter divers mouvements des parties affectées, mouvements qui rendent illusoires l'action de ces moyens. Des compresses trempées dans l'eau tiède tenant en dissolution de l'extrait aqueux

d'opium réussissent mieux, mais pour en prévenir le dessèchement on devra les recouvrir de taffetas gommé.

11704. 6° Les *narcotiques* appliqués sur la peau lorsque l'épiderme est intact sont à peu près sans action, et sur les cent gouttes de laudanum que l'on verserait sur un cataplasme recouvrant la peau saine, il n'y en aurait peut-être pas une seule d'absorbée. Nous avons cent fois essayé, d'après la pratique d'anciens médecins, d'appliquer quelques grains d'extrait aqueux d'opium sur un point du tégument qui recouvrait un nerf douloureux, et nous n'avons pas été assez heureux en agissant de cette façon pour calmer une seule fois les douleurs.

11705. 6° Les *applications locales sur le tégument de corps chauds ou de corps froids* ont parfois rendu les accès moins violents, et ont même remédié aux attaques de névralgie. Ce sont là des agents qu'il ne faut continuer qu'en consultant l'expérimentation journalière; car ils augmentent parfois l'intensité des accidents. Ailleurs il les calment d'une manière inespérée. Une femme âgée nous fut adressée de Poitiers; elle avait été exposée, dans un petit voyage, à l'insolation, qui avait surtout frappé le cuir chevelu. Depuis ce temps elle éprouvait dans les téguments de la tête de très-violentes douleurs, qui visiblement prenaient leur point de départ dans les branches ou dans les filets de la cinquième paire. Une foule de moyens judicieusement employés par des hommes très-habiles, n'avaient pas pallié les souffrances excessives que cette malheureuse endureait depuis plus d'un an. Tenant compte de la cause du mal, et ayant nous-même inutilement tenté d'autres moyens, nous fîmes appliquer sur la tête de la glace pilée, contenue dans une vessie. Toutes les fois que les élancements reparaissaient on avait recours à cette médication que l'on continuait pendant un quart d'heure. Or, il fallait, à cause du retour fréquent du mal, y revenir très-souvent dans le jour. En moins d'une semaine, les accidents se calmèrent d'abord, puis se dissipèrent. Cette femme repartit pour Poitiers, guérie en apparence; mais comme nous n'en avons pas entendu parler depuis, nous ne pouvons assurer que la guérison ait été radicale et absolue.

11706. 7° Des considérations analogues à celles qui précèdent (n° 11705) sont applicables aux *douches d'eau chaude* et d'eau froide, aux *douches de vapeurs simples et aromatiques*. Les *bains tièdes et frais*, surtout alors qu'ils sont prolongés pendant plusieurs heures, réus-

sisent dans certains cas; plus souvent les *bains à une température élevée*, et particulièrement ceux avec les *eaux hydrosulfureuses* (d'Aix, d'Enghien, de Barèges, etc.), ont de l'utilité. Relativement à l'avantage des *eaux minérales* qui, dans un si grand nombre de circonstances, ont calmé, suspendu ou dissipé: soit des douleurs névriques jusque-là rebelles à tout traitement, soit des névralgies gastriques, ovariques, etc., il faut bien avoir présent à l'esprit la réflexion que voici: le changement de lieu, la distraction, l'usage d'une nourriture réparatrice, la respiration d'un air pur, l'éloignement des causes matérielles et morales ou des habitudes sous l'empire desquelles le mal s'était déclaré, un exercice salubre dans des contrées où la nature a souvent prodigué ses plus riches ornements, sont des modifications hygiéniques souvent plus efficaces dans le traitement des névralgies que ne le sont quelques agents chimiques contenus dans ces mêmes eaux.

11707. 8° Les *cautères*, les *moxas* placés auprès des surfaces où les névralgies existent, ne nous ont pas aussi bien réussi que les vésicatoires (n° 11701), qui, causant moins de douleur, nous ont paru en général devoir leur être préférés. Ce n'est que dans les cas extrêmes qu'il conviendrait d'y avoir recours.

11708. 9° D'après les recherches de M. James, et aussi d'après quelques faits qui nous sont particuliers, l'électricité dirigée au moyen de la pile (et surtout de l'appareil électro-médical) suivant le trajet du nerf malade, et cela tantôt en portant le courant des rameaux vers le tronc nerveux, tantôt dans un sens opposé, peut être utilement employé. Nous nous en sommes servi avec succès dans des cas de névralgie de la cinquième paire; plus souvent ce moyen, rendu même plus actif au moyen de l'*acupuncture*, a complètement échoué. Les inconvénients attachés à l'usage de l'électricité dans les névralgies sont de causer de vives douleurs et d'exiger des appareils difficiles à se procurer ou faciles à se déranger; de telles circonstances font que l'emploi de tels moyens entre difficilement dans la pratique usuelle. Nous en dirons autant des *plaques aimantées*, dont on a beaucoup parlé, que Laennec avait adoptées dans sa pratique, et qui nous paraissent être d'une efficacité très-douteuse.

11709. 10° Le moyen local par excellence, celui qui semblerait au moins devoir le mieux réussir, est à coup sûr la *section* ou plutôt l'*excision d'une portion du nerf malade*. On sait, en effet, depuis les

recherches de Descos et d'un grand nombre d'autres expérimentateurs, que si l'on n'enlève pas une partie du cordon névrique, la cicatrisation ne tarde pas à s'opérer et les douleurs à disparaître. Il en est même arrivé ainsi dans des cas où le nerf avait éprouvé une déperdition de substance. Qu'il en soit arrivé ainsi parce que des tissus de nouvelle formation ont rétabli une communication entre les extrémités nerveuses coupées; ou parce que les cordons divisés ont éprouvé une sorte d'allongement qui leur ait permis de se réunir; que des anastomoses par continuité ou par juxta-position aient, par un mécanisme ignoré, rempli les fonctions de la substance névrique, toujours est-il qu'après un temps plus ou moins long, on a vu les douleurs se reproduire avec une intensité nouvelle. D'après ce fait, en tenant compte aussi des douleurs que cause l'opération, et des graves inconvénients qu'elle peut avoir, il ne faut avoir recours à l'excision d'une portion du nerf malade que dans des cas extrêmes, et lorsque les autres moyens ont complètement échoué.

Traitement pharmaceutique.

11710. Une infinité de *remèdes* ont été donnés à l'intérieur contre les névralgies, et presque toujours on les a proposés en se fondant sur des assertions vagues, sur la routine, et non pas sur une expérimentation sévère. On a dû chercher tout d'abord des médicaments qui s'opposassent directement aux douleurs, c'est-à-dire qui engourdissent l'action sensoriale. On leur a donné le nom de *narcotiques*, et en tête de ceux-ci, les *diverses préparations d'opium* ont été placées. Or, dans la très-grande majorité des cas, cette substance est loin de calmer ou de faire dissiper les attaques ou les accès de névralgie. Il faut le plus souvent porter l'extrait aqueux d'opium à 5, 10 grains et plus par jour pour obtenir de l'amélioration, et il est infiniment rare que l'on obtienne ainsi une guérison complète. C'est en suspendant l'esthésisme névraxique (action sensoriale et physiologique de l'axe nerveux), que cette amélioration est obtenue, de sorte que par les narcotiques on ne procure du repos aux malades qu'en occasionnant des phénomènes d'intoxication névraxique. On a pensé que le calme survenu dans les douleurs pouvait alors être dû à une spécialité d'action sur les nerfs affectés. La preuve qu'il n'en est pas ainsi, c'est que dans les cas où les douleurs deviennent moins vives sous l'influence de l'opium, on voit souvent survenir de la stupeur, de la somnolence, des rêves, en un mot des symptômes névraxiques. Il est souvent inutile et même dangereux d'em-

ployer à de très-hautes doses, pour calmer les douleurs, des préparations opiacées (1).

41711. L'action évidente de la *belladone* sur l'iris a été sans doute une des circonstances qui ont le plus engagé à employer ce médicament contre les névralgies. Bien qu'il n'y ait aucune analogie entre la structure ou les fonctions des nerfs d'une part, et l'organisation ou les usages de l'iris de l'autre, toujours est-il qu'en théorie on était naturellement porté à employer un tel moyen. Nous-même

(1) M. X., âgé de cinquante ans, éprouvait dans la profondeur de l'épigastre une douleur atroce. Nous n'y trouvâmes pas de tumeur; ne connaissant pas alors le plessimétrisme du rachis, nous n'explorâmes pas la colonne vertébrale au moyen de la percussion. Tout à coup le corps s'infléchit en avant et à la hauteur de la première des lombes, et il y eut une telle déformation du rachis, que sa région dorsale se courba à angle droit avec la région lombaire. Des douleurs excessives furent le résultat de cet accident, qui n'eut pas pour conséquence, ainsi que l'on aurait dû le craindre, la paralysie des extrémités inférieures et de la vessie. — Le médecin du pays crut devoir employer l'extrait aqueux d'opium à des doses de plus en plus élevées, de telle sorte qu'en moins de deux semaines, il finit par administrer au malheureux malade jusqu'à un gramme de ce médicament. Les douleurs n'en furent pas calmées, mais survint ce délire si fréquent lors de l'empoisonnement par l'opium. M. X., tout en souffrant beaucoup, ayant les paupières injectées, les yeux brillants, la parole haute et brève, se croyait transporté dans des espaces fantastiques et merveilleux; autour de lui tout paraissait éclairé et brillant; il reconnaissait les personnes qui l'entouraient, mais il pensait être dans un palais féerique; le pouls était plein et fort, un état fébrile marqué s'était déclaré; cependant, de temps en temps, les douleurs arrachaient des cris perçants. Il ne nous fut pas difficile de rapporter à l'opium les accidents cérébraux qui avaient lieu; nous fûmes d'avis d'insister sur des applications émollientes, sur des boissons aqueuses abondantes, et plus tard de donner seulement cinq centigrammes d'extrait aqueux thébaïque. Or, sous l'influence de ces moyens le calme revint, la toxencéphalie cessa, la fièvre et le délire discontinuèrent, et les douleurs mêmes devinrent moins vives. Le médecin ordinaire resta fort surpris de voir une médication si simple réussir alors que lui-même avait, sans succès, employé d'énormes doses d'opium. A quelques semaines de là, le malade mourut portant évidemment une rachisomalaxie en rapport avec quelque phymie ou quelque carcinie rachidienne. Malheureusement la nécropsie ne put être obtenue; mais sans aucun doute les souffrances névralgiques existant dans ce cas étaient dues à la compression qu'éprouvait la moelle par suite de la déviation spontanée du rachis. Cette observation, qui n'a pas besoin de commentaire, prouve bien, suivant nous, que l'action calmante de l'opium doit être rapportée à une modification du névraxe et non pas des nerfs eux-mêmes. On peut dire de la morphine et de ses divers sels des choses analogues à celles qui viennent d'être établies relativement à l'opium.

dans les névralgies frontales de la cinquième paire qui suivent la névropallie de l'œil (irisalgie, migraine ophtalmique), nous avons cherché à utiliser la belladone. Nous en avons tiré quelque avantage dans ce cas, dans un grand nombre d'autres; et notamment dans quelques névralgies, suites de névrangiovies (n° 10314). Quelques auteurs ont préconisé l'usage de la *jusquiame*, du *narcisse des prés*, du *datura stramonium*, de l'*aconit napel*. Ces diverses substances sont généralement employées à la dose de 5 à 10 milligrammes pris à plusieurs fois par jour; on peut augmenter les proportions, mais il ne faut le faire qu'avec une extrême prudence.

11712. Dans les névralgies très-douloureuses et très-rebelles, le *hachish* nous paraît être tout à fait indiqué. Nous avons employé des premiers les inspirations d'éther : 1° Dans deux cas de névralgies et cela avec soulagement d'une malade et guérison assez prompte d'une autre qui, depuis longtemps, était atteinte de douleurs vives dans plusieurs rameaux de la cinquième paire; 2° chez des femmes hystériques, et il survint alors des accidents névraxiques si graves, des convulsions si énergiques et si épouvantables, que nous craignîmes de renouveler l'emploi de ce moyen, ou même d'y avoir ultérieurement recours. Probablement les inspirations d'éther auraient moins de danger pour les hommes, et peut-être aussi le *chloroforme* remplacerait-il ici avantageusement l'éther. Nous avons quelquefois tiré le plus grand parti, dans les névralgies, des *applications de chloroforme* faites sur les points douloureux : on remplit un verre à étroite ouverture de coton ou de charpie; par-dessus on pose un peu de coton cardé imbibé de chloroforme; puis le verre est placé et appuyé sur la peau, et maintenu de cette façon pendant quelques minutes, ou même durant un quart d'heure. Il en résulte de la douleur à la peau, puis un calme plus ou moins complet dans la souffrance névrique.

11713. Il y a peu d'années encore, les *pilules de Méglin*, composées d'*oxyde de zinc*, d'extract de *valériane* et de *jusquiame*, par parties égales, et données en pilules de trois grains (un grain de chaque substance), à la dose de 1, 2, 3, 4, 5 et 6 pilules par jour, passaient pour être des remèdes héroïques contre les névralgies. Elles devaient cette réputation à quelques succès qui, depuis, se sont si peu reproduits, que l'on voit à peine quelques praticiens y avoir actuellement recours.

11714. La périodicité étant un caractère fréquent des névral-

gies, il était naturel, pour prévenir leur retour, d'employer le *quinquina* ; aussi les anciens auteurs qui connaissaient fort peu les névralgies, auxquelles ils donnaient le nom de *fièvres larvées*, comme le fait encore M. Bousquet (*Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, 1848, séances de juillet et d'août, discussion sur les fièvres intermittentes), ne manquaient pas de traiter celles-ci par l'écorce du Pérou. Nous avons beaucoup insisté dans notre pratique et dans nos écrits sur l'utilité que présentaient ici : le *quinquina* (mémoire sur l'irritation encéphalique des enfants, 1823), le *sulfate de quinine* (mémoire sur les névralgies), et l'*alcoolé de quinine* (leçons cliniques de la Pitié, Cours de la Faculté, 1846, 1847, 1848). De tous les médicaments pris à l'intérieur, ce sont à peu près là les seuls qui aient réussi à calmer, à modérer, à éloigner ou à prévenir les attaques et même les accès de névralgie ; ces médicaments ont d'autant mieux réussi que la périodicité était plus marquée. Le sulfate de quinine est plus actif que le quinquina, et l'alcoolé de quinine est encore plus efficace que le sulfate. La raison en est la rapidité extrême de son absorption, démontrée par la prompte diminution survenue à la suite de son administration dans le volume de la rate (n° 5166). — On a donné généralement, dans les névralgies, le sulfate de quinine à de faibles doses, c'est-à-dire à 10 ou 15 centigrammes. Les faits innombrables observés par nous dans les splénies nous ont conduit à agir différemment, et, comme l'ont noté les auteurs du *Compendium*, c'est dans des proportions élevées que nous employons la quinine et son alcoolé (50 centigrammes, un gramme, un gramme 50 centigrammes en une seule fois) ; et nous en réitérons souvent l'emploi dans le jour. — Notre but étant de troubler l'action organique dont le nerf est le siège au moment où la douleur revient (n° 11570), nous choisissons pour faire prendre la quinine l'époque la plus voisine de l'attaque à venir. — Quand nous ne voulons pas produire d'effets immédiats, nous avons recours au sulfate de quinine donné sous forme pilulaire ; quand nous désirons obtenir des effets très-prompts, c'est à des dissolutions complètes et surtout à l'alcoolé de quinine (n° 11570) ou à la potion dont nous avons parlé ailleurs (n° 11568) que nous donnons la préférence. Nous sommes loin d'avoir toujours réussi par l'emploi de la quinine ou de ses sels dans la curation des névralgies avec périodicité ; mais dans la très-grande majorité des cas nous avons éloigné, calmé les accès ou les attaques, et il nous est peut-être arrivé une fois sur cinq d'avoir

fait complètement dissiper les accidents. Dès 1826 et 1831, nous avons publié des faits de ce genre.

11715. L'éther, le muse, le castoréum, l'assa fœtida, le sous-azotate de bismuth, etc., ont été employés contre les névralgies par un grand nombre d'auteurs et ont bien rarement réussi. M. Martinet a publié des observations de succès remarquables dus à l'usage de la térébenthine. C'est spécialement contre la sciatique qu'il l'a prescrite. Parfois elle nous a paru avoir de l'efficacité, mais le plus souvent elle a échoué. Nous y aurions seulement recours alors que les autres médications n'auraient pas eu de succès.

11716. Contre les douleurs de nerf on a beaucoup vanté le fer et ses diverses préparations. Nous l'avons souvent prescrit sans le moindre avantage; lorsque chez les filles hydrémiques il y avait des névralgies, l'administration de médicaments cholibés a eu pour résultats la disparition ou au moins l'amélioration de l'anémie, et partant un état infiniment meilleur des malades. Nous n'avons cependant pas vu le fer arrêter le moins du monde les névralgies. Que dans des cas pareils on ait employé avec succès les émétiques ou les purgatifs, ainsi que cela est arrivé à M. Sandras, cela se conçoit alors qu'il existe une oxigastrie, une chologastrie (souffrances de l'estomac par des acidités ou par la bile), une scorentérie (n° 7500); mais ce n'est pas contre la névralgie que de tels moyens sont en général indiqués, mais bien contre les états organopathiques qui ont sur la névropathie une influence de cause à effet.

Modifications dans le traitement des névralgies en général.

11717. Tel est le traitement des névralgies en général, qui est complètement applicable à chacune d'elles isolément considérée; seulement il faut le modifier en raison de l'importance, de la dimension, du siège, des rapports anatomiques et des fonctions du nerf affecté; comme aussi il faut tenir compte de l'organisme des malades, des états organopathiques coexistants, et baser la thérapie sur ce vaste ensemble de considérations.

Moyens hygiéniques, hygiothérapie.

11718. Il est évident, d'après ce qui vient d'être dit (n° 11706), qu'une excellente nourriture appropriée du reste à l'état général des malades, qu'une habitation convenable, de l'exercice, des voyages, de la distraction, etc., sont pour certaines personnes, et notamment pour les femmes excitables, des moyens très-utiles de traitement.

— L'ensemble des indications thérapeutiques tel qu'il vient d'être

établi (du n° 11698 au n° 11717), est applicable aux névroviscéralgies; mais encore une fois (n° 11699), il faut avant de diriger un traitement contre les névropathies que l'on suppose exister dans les organes nutritifs, s'enquérir avec le plus grand soin, par les signes physiques et par les symptômes fonctionnels, s'il s'agit bien en effet d'affections nerveuses, et s'il n'existe pas quelque lésion matérielle qui en imposerait par une névropathie.

CHAPITRE IX.

| | | | | | | |
|--------|---|--------------|---|--------------|---|-------------|
| HYPER. | } | NÉVRESTHÉSIE | { | augmentation | { | des actions |
| HYPO. | | | | diminution | | sensoriales |
| A. . . | } | NÉVROSTHÉNIE | { | abolition | | et motrices |
| ANOMO. | | | | perversion | | des nerfs. |

11719. Des circonstances organiques variées agissant dans la continuité des nerfs, c'est-à-dire entre leurs extrémités périphériques et le névraxe, peuvent avoir pour conséquence : soit une augmentation, soit une diminution ou une abolition (paralysie incomplète ou complète), soit une perversion dans l'action sensoriale ou motrice de ces nerfs eux-mêmes ou des parties auxquelles ils se distribuent. L'augmentation dans l'action sensoriale a déjà été indiquée lors de l'étude des névrodermies (n° 11361). Elle a lieu aussi dans l'excitation des nerfs : par un coup porté sur eux (ainsi qu'il en arrive lorsque le nerf cubital est contus (n° 11589); lors de la névrite (n° 11610), lors encore des névropallies (n° 11630) (principalement chez les femmes sujettes au névrangiovies (n° 10314) et qui sont surtout atteintes de névralgies intercostales (n° 11677), lombaires (n° 11682) ou thoraco-brachiales) (n° 11669). Nous verrons aussi que dans diverses névraxies il y a une exaltation manifeste dans l'action sensoriale des cordons nerveux. — L'augmentation dans l'action motrice des nerfs peut avoir lieu dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, et dans un certain nombre d'autres cas, elle a pour siège les cordons chargés de distribuer le mouvement aux muscles. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion des névraxies.

11720. L'abolition dans les actions sensoriales et motrice des nerfs a lieu dans tous les cas où il y a section, compression excessive, profonde altération de substance, désorganisation, nécrosie de

ces parties. Le portion du cordon névrique située au-dessous du lieu où les lésions dont il s'agit se sont opérées cesse en effet alors de recevoir l'influence motrice du névraxe ou de pouvoir lui communiquer l'action sensoriale. C'est ce que nous avons vu ou ce que nous verrons avoir lieu pour l'anervismie optique (n° 11464), pour l'anervismie myosique (paralyse des muscles). Une inflammation excessive, la constriction que le névrilème peu extensif produit sur les nerfs eux-mêmes (n° 11586), les hérérotrophies qui d'abord les altèrent, puis en détruisent le tissu, etc., déterminent donc sa paralysie. — Un grand nombre de faits nous portent à croire que l'anervismie qui résulte de l'action du plomb, et qui a surtout lieu dans les muscles extenseurs, est le résultat de la présence ou du dépôt dans la trame des nerfs moteurs, de quelques molécules saturnines (n° 11627). — La paralysie la plus remarquable à signaler est celle qui accompagne ou suit les névropallies (n° 11558) : au début de la migraine oculaire (n° 11543) se prononce en effet au centre de l'image une anervismie momentanée qui, bien qu'existant dans les extrémités nerveuses périphériques (n° 11543), peuvent aussi dépendre en partie de l'extension de l'oscillation morbide aux filets ou aux cordons névriques. On peut en dire autant des paralysies partielles et circonscrites qui se remarquent fréquemment à la suite de la névranthologie (n° 10314). Nous avons depuis longtemps étudié ces états pathologiques. On trouvera dans l'excellent journal de MM. Cérise et Baillarger, un mémoire de M. Macario sur la paralysie hystérique qui présente une analyse remarquable de nos travaux et de nos opinions sur ce sujet. Chez des femmes sujettes à éprouver un sentiment de strangulation, des névralgies intercostales, des attaques convulsives (attaques d'hystérie), nous avons assez fréquemment observé depuis 1835, et cela soit en ville, soit à la Pitié : tantôt des hyperesthésies excessives et tantôt des hyperesthésies ou des anesthésies circonscrites à des espaces plus ou moins étendus des téguments. Nous avons même déjà noté que l'on pouvait, soit pour bien apprécier les limites du mal, soit pour en déterminer l'accroissement ou la diminution successives, marquer avec le crayon ou l'azotate d'argent les points extrêmes où les accidents existent (n° 11538).

11721. Les muscles eux-mêmes ou leurs filets nerveux sont parfois atteints d'anervismie ; nous avons vu, par exemple, des cas où chez des femmes qui présentaient l'ensemble des phénomènes dits hystériques au plus haut degré, se déclarait une anervismie de la

peau, des muscles du bassin et des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum. Évidemment ici la lésion existait dans le rachisomyèle ; ailleurs, la plus grande partie d'un membre était frappée de paralysie sensoriale et motrice ; tout au contraire, nous n'avons pas vu d'hémiplégie dite hystérique, ce qui tendrait à faire croire que l'un des hémicéphales ou des hémicéphalions (hémisphère cérébraux ou cérébelleux) ne sont guère atteints de ces anervismies spéciales qui, chez les femmes névrangioïques (hystériques), entravent si singulièrement les fonctions du névrosystème. Dans un cas bien remarquable, la presque totalité du névrosystème chez une jeune demoiselle paraissait être paralysée.

11722. Les anervismies dont il vient d'être parlé nous paraissent être dues aux oscillations pathologiques que nous avons signalées dans les nerfs (n°s 11550, 11650). — Quand dans leur marche progressive, ainsi qu'il en arrive pour la migraine de l'œil, les névropallies ne se fixent pas dans un point déterminé, la paralysie n'est que momentanée (n° 11558) ; mais quand elles y persistent pendant un temps considérable, alors l'absence de sentiment et de mouvement dure tant que les oscillations névriques mettent obstacle au cours régulier des phénomènes incompréhensibles désignés sous le nom d'*innervation*.

Anervismie faciale ou heptanévrique.

11723. Sous l'influence du froid et particulièrement du froid humide, on voit se déclarer vers certaines régions une anervismie sensoriale et motrice, et cela dans la circonscription d'un espace où se distribuent les filets d'un nerf ; cela a particulièrement lieu pour les parties qui reçoivent les filets du nerf facial. Alors il y a immobilité des muscles : zygomatique, orbiculaire des lèvres, etc., etc. Il résulte de là une déviation de la bouche qui ne peut s'élever du côté anervismié ; si les malades veulent souffler, alors la joue n'étant plus maintenue par le muscle buccinateur se laisse distendre et se gonfle, la paupière reste abaissée, etc., etc. En même temps, vers le point où le nerf facial sort du rocher, existe ordinairement de la douleur, et l'on ne voit pas se prononcer d'accidents névraxiques. Parfois quelques branches du nerf sont seules affectées, et les symptômes dont il vient d'être fait mention sont bornés aux muscles qui reçoivent les filets atteints par le mal. — Il est fort utile de tenir compte des faits précédents, parce qu'ils sont communs en pratique, *et parce que faute d'instruction ou d'attention on peut confondre de tels cas,*

ainsi que cela est trop souvent arrivé, avec les accidents produits par une hémorrhagie céphalique, ou par une céphalomalaxie. — On a attribué les phénomènes dont il vient d'être fait mention à l'agent supposé : rhumatisme. Cela n'est pas plus rationnel que dans une foule d'autres cas où l'on a admis l'existence de cet être hypothétique (nos 1113, 4142). Ce qu'il y a de vrai, c'est que l'action du froid humide, et surtout d'un courant d'air qui présente ces conditions, donne ordinairement lieu à cette anervismie qui peut aussi être produite par toute autre circonstance organique (compression, destruction, hétérotrophie, etc.) du nerf facial. Tout porte même à croire que dans les cas ordinaires, une névrite est ici la cause du mal; le défaut de transmission dans l'action nerveuse est très-probablement produite par la compression exercée sur le nerf devenu volumineux et logé dans un conduit osseux et inextensible (n° 11586). — Certaines aberrations dans les actions sensoriales et motrices des nerfs sont probablement aussi en rapport avec des lésions survenues dans la continuité de ces organes. Telles sont peut-être 1° des sensations de chaud ou de froid dont on ne voit pas la cause matérielle; 2° des exagérations de sensibilité; 3° des contractions bornées à quelques muscles et qui ont pour caractère d'être involontaires, déréglées, et sans but déterminé (contractions spasmodiques).

11724. Les anomonervismies ne sont évidemment que les résultats de lésions nombreuses (nos 11588, 11605, etc.). Il ne peut y avoir de remède spécial contre la paralysie, qui n'est pas une maladie, mais un symptôme; c'est exclusivement contre la circonstance organique qui lui donne lieu (n° 11598) qu'il faut chercher à diriger : soit des moyens mécaniques et des opérations chirurgicales (n° 11594, etc.); soit des médicaments propres à agir contre le plomb ou d'autres agents toxiques altérant les nerfs (n° 11627); soit encore de puissants modificateurs propres à entraver la marche des névropathies (n° 11568); soit enfin des sangsues, des vésicatoires et les autres agents qui réussissent en général dans les cas de phlegmasies (n° 11614). Presque tous les praticiens modernes partagent les opinions précédentes sur la non existence de l'unité morbide dite paralysie, tandis qu'autrefois c'était d'elle seule dont ils s'occupaient; le temps est enfin venu où l'on procédera de la même façon pour les autres maladies, et où l'on étudiera non plus des abstractions ontologiques, mais bien les états pathologiques qui les constituent.

11725. La plupart des auteurs, et le public lui-même (qui a pris des médecins ses théories pathologiques), se servent très-fréquemment des mots *force* et *faiblesse*. Si les expressions dont il s'agit étaient simplement appliquées : d'une part à l'énergie des actions nerveuses et organiques ; de l'autre à un défaut d'énergie dans l'accomplissement des phénomènes fonctionels ; si l'on eût cherché à remonter aux circonstances anatomiques et physiologiques de ces conditions de l'organisme, il n'y aurait eu à ceci aucun inconvénient ; mais il n'en est pas arrivé ainsi : on a individualisé les forces, la faiblesse, on en a constitué des êtres, l'on a dirigé vers ces entités des moyens hygiéniques ou thérapeutiques. C'est là le mal, et ce mal a conduit à de déplorables conséquences : au lieu de combattre des lésions, le plus souvent très-matérielles, qui causaient des altérations dans les forces et de la faiblesse, on a adressé directement des agents médicamenteux vers ces êtres supposés. — Du reste, cette énorme faute pathologique, et malheureusement thérapeutique, n'est pas de date récente ; elle a trouvé son origine dans les belles idées sur l'âme des anciens philosophes et de Stahl, sur le physis d'Hippocrate, sur le principe vital de Bordeu, sur l'irritabilité de Haller, sur l'excitabilité de Brown, sur les propriétés vitales de Bichat, etc. Les physiciens ne pouvant remonter aux causes cachées des phénomènes de la nature, ayant admis des forces, non pas comme des entités, mais comme de simples suppositions, Chaussier non-seulement les imita, mais en admit de vitales, et les considéra comme existant par elles-mêmes. Le dégagement de la chaleur animale fut même attribué par lui, non pas à l'accomplissement des phénomènes chimico-organiques, mais bien à la caloricité. — L'admission d'une force aussi singulière contribua à faire voir toute la vanité de ces théories alors en si grand honneur. M. Magendie, et ensuite Lorot, auteur d'un écrit remarquable mais fort peu connu sur la vie, attaquèrent avec énergie et raison ces hypothèses inutiles et décevantes, qui avaient conduit la plus grande partie des médecins du temps à combattre les altérations de sensibilité, de contractilité, etc., et à mettre sur un second plan les indications en rapport avec les modifications organiques. Ce fut au moment de la plus grande vogue de ces idées que nous publiâmes l'article Propriétés vitales du Dictionnaire en soixante volumes, article que nous prions le lecteur de vouloir bien consulter, et qui contribua peut-être à renverser les systèmes vitalistes exagérés qui régnaient alors.

111726. D'un autre côté, les doctrines dichotomiques de Brown, Broussais et de Rasori ont contribué à faire admettre les hypothèses sur les forces et sur la faiblesse. — Or, quand on demande aux praticiens ce qu'ils entendent par ces mots : *les forces, relever les forces, soutenir les forces, remédier à la faiblesse*, etc., ils sont prodigieusement embarrassés. Les plus sensés d'entre eux rattachent les forces à ce qu'ils appellent *l'innervation*, qu'ils individualisent, et qui n'est pas pour eux l'action du névrosystème; mais en quelque sorte un être abstrait présidant à l'accomplissement des actes vitaux.

111727. Les forces, suivant l'idée générale que l'on s'en fait, ne rapportent même pas à la manière énergique dont l'action nerveuse s'accomplit. L'hypémie, l'hyponervisme, l'hydrémie, les toxémies, causent directement la faiblesse; c'est donc, dans de tels cas, jusqu'aux isomémies qu'il faut remonter, pour y trouver les causes de la diminution des forces. Celles-ci ne peuvent être que des résultats de l'action régulière et énergique des divers organes et notamment des rapports normaux existants : entre le sang et la fibre nerveuse; entre l'oxygène et le sang; entre les liquides sécrétés et les aliments, le suc, le chyle, la lymphe; entre les tissus et les divers liquides, etc. La manière convenable dont les appareils sensoriaux et moteurs se comportent est encore pour beaucoup dans la production des forces. La faiblesse est le résultat de circonstances contraires.

111728. L'augmentation dans les forces n'est pas un accroissement de l'innervation ou une hypernervisme, pas plus que la faiblesse n'est une diminution dans l'innervation ou une hyponervisme. On ne peut donc considérer les forces comme indépendantes des états matériels. *Tel sera fort quand l'organisme fonctionnera bien; il sera faible dans le cas contraire.* En conséquence, nous n'avons pas à nous occuper des maladies survenues dans les forces ou des anomodynamismies; car ces forces ne peuvent être malades, puisqu'elles n'existent pas par elles-mêmes.

111729. Pour étudier les causes de la force et de la faiblesse comme pour remédier à celles-ci, il faut rechercher dans les nombreux organes, et dans les divers liquides de l'économie, quels sont ceux qui fonctionnent de façon à donner lieu : soit à des altérations en plus dans les forces (hyperdynamismies), soit à des altérations en moins (hypodynamismies), soit à des troubles dans les forces, ce qu'il serait fort difficile de concevoir.

111730. Concluons de tout ceci que Pinel avait eu tort d'ad-

mettre : soit *une fièvre* (collection de phénomènes fort difficile à caractériser) qu'il appelait *adynamique* ou sans force; soit *une fièvre ataxique*. Cette dernière dénomination sous-entendait que les fièvres en général marchaient avec un ordre déterminé (ce qui est très-loin d'être vrai), et que dans la maladie dont il s'agit, il y avait du désordre ; or toute maladie est elle-même un véritable désordre. — Concluons encore de ce qui précède, qu'en divisant la fièvre dite typhoïde par des *formes* adynamiques ou ataxiques, on a encore embrouillé, s'il est possible, le chaos de l'ancienne pyrétologie. Servons-nous peu des mots force et faiblesse ; mais attachons-nous à reconnaître et à combattre les circonstances matérielles et organiques qui amoindrissent ou détruisent les forces.

NÉVRAXIES,

(LÉSIONS DU NÉVRAXE OU DES CENTRES NERVEUX).

CHAPITRE PREMIER.

NÉVRAXIES EN GÉNÉRAL.

11731. Dans la plupart des ouvrages modernes, on étudie une lésion quelconque des centres nerveux dans des chapitres aussi nombreux que les grandes fractions du névraxe où elle peut exister. Ainsi, l'on passe successivement en revue les hémorrhagies : dans le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moelle et les méninges. Nous suivrons une marche différente. Trouvant que les caractères physiques, les symptômes, les causes, la pathogénie et la thérapie de chaque état pathologique, sont très-analogues, quelles que soient d'ailleurs les divisions du névraxe où ces états ont lieu, nous traiterons dans un chapitre unique des hémorrhagies : 1° du céphale (1) (cerveau); 2° du céphalion (cervelet); 3° du mésonèvre (protubérance, pont de Varole, etc.); 4° du rachisomyèle (moelle vertébrale) et des méninges. Nous procéderons de la même façon pour les hémies, les phlegmasies, les malaxies, enfin pour les diverses lésions

(1) Dans les considérations qui vont suivre le mot encéphale sera réservé à l'ensemble des masses nerveuses contenues dans le crâne.

névraxiques (n° 11521). De cette façon nous éviterons d'inutiles répétitions.

Biorganographie des névraxies en général.

11732. Les diverses parties du névraxe sont recouvertes et protégées par des os si épais, qu'elles échappent à presque tous les moyens directs et matériels d'apprécier leurs altérations de structure. C'est en déterminant, autant que possible, l'état anatomique des enveloppes des centres nerveux, c'est en interrogeant avec un soin extrême les troubles survenus dans les actions névraxiques, ou dans les fonctions des organes sur lesquels la masse névrique porte son influence, que l'on peut, jusqu'à un certain point, spécifier les lésions dont les diverses parties du névraxe sont le siège. — On trouvera dans le *Traité de Diagnostic*, du n° 4064 au n° 4230, des notions étendues sur les moyens que la science possède pour explorer convenablement le névraxe, ainsi que des considérations qui nous dispensent de revenir sur ce sujet. Disons seulement quelques mots sur les applications de la percussion à la diagnose des états pathologiques dont les masses nerveuses centrales sont susceptibles.

11733. Le plessimétrisme, malheureusement, donne dans les encéphalies très-peu de résultats. On avait cependant, avant Avenbrugger, fait des applications très-pratiques de la percussion aux encéphalies, car Wepfer, cité par Vanswieten, a vu les bouviers suisses reconnaître les hydatides en frappant le crâne avec un marteau (n° 636). « Jamais, bien que l'on ait prétendu le contraire, nous n'avons professé, ou même admis, que le plessimétrisme pût faire reconnaître : l'induration, le ramollissement, l'hémorrhagie encéphalique, etc. Les parois très-dures et toutes d'une pièce qui circonscrivent une cavité se prêtent peu aux recherches de la percussion, par exemple, il est infiniment plus difficile d'apprécier par ce moyen la hauteur de l'eau contenue dans une carafe, que de presser au juste le niveau supérieur du liquide renfermé dans le thorax ou dans l'abdomen. D'ailleurs, pour que le plessimétrisme donne la diagnose des signes dont on puisse tirer parti, il faut que les résultats qu'il fournit soient manifestes. Or, fût-il possible de percuter le cerveau à nu, jamais il n'y aurait assez de différences de densité entre un ramollissement et une hémorrhagie encéphaliques pour qu'il fût possible de les saisir » (n° 4084 du *Traité de Diagnostic*). La principale application pratique de la percussion à la diagnose des états pathologiques dont le crâne est susceptible, consiste dans la

détermination des points de cette enveloppe qui correspondent aux sinus remplis d'air. Nous en avons déjà parlé (n° 5659), et nous avouons même qu'il est fort difficile de limiter exactement, par le plessimétrisme, les points du crâne où les sinus correspondent. On a exécuté à ce sujet pour les chevaux beaucoup plus que nous n'avons pu le faire pour l'homme.

11734. « La percussion a été employée depuis longtemps, à l'effet d'apprécier si le crâne est atteint de fracture. Le bruit de pot fêlé entendu par le malade, serait dans ce cas, a-t-on dit, de quelque valeur diagnostique. — On se sert aussi de la percussion du crâne dans l'intention de savoir à quelle partie de cette boîte osseuse correspond la douleur. Évidemment de telles manœuvres, en général peu utiles, ne doivent être employées qu'avec une extrême prudence. » (Traité de Diagnostic, n° 4087.) « Le plessimétrisme du rachisomyèle (moelle vertébrale) ne peut conduire à aucun résultat. A la nécroscopie on croirait que le canal rachidien est vide et contient de l'air; mais il est certain qu'avant d'être ouvert, il renferme le fluide céphalo-rachidien. Or ce liquide ne peut donner, par le plessimétrisme, que des sensations fort analogues à celles que produirait la moelle elle-même. D'ailleurs, ces parties ont trop peu de volume pour que les légères différences de dimension qu'elles pourraient offrir fussent appréciables à la percussion. — De plus, des os entourent le rachisomyèle, ce qui rendrait encore les résultats plessimétriques moins faciles à obtenir. Ce serait tout au plus dans le cas où le fluide céphalo-rachidien se serait évacué par une ouverture en communication avec l'air que celui-ci le remplacerait; à la rigueur, on comprend aussi la possibilité du dégagement spontané de gaz dans le canal vertébral. Or, dans ces deux circonstances le plessimétrisme pourrait être applicable : du reste, le premier de ces faits serait promptement suivi d'accidents fort graves et même funestes, et quant au second, c'est une question de savoir s'il a jamais eu lieu pendant la vie. Ollivier d'Angers a mentionné quelques faits dans lesquels il a trouvé sur le cadavre et dans les méninges, une certaine quantité d'air ou de sérosité écumeuse; mais d'abord dans plusieurs de ces observations, la nécroscopie ayant eu lieu plus de vingt-quatre heures après la mort, et le rachisomyèle ayant été altéré, ces gaz ont pu avoir été dégagés par suite de la putréfaction. Malgré la précaution que l'on a prise d'ouvrir le rachis avant d'intéresser le crâne, il est possible que de l'air se soit introduit, comme l'avait déjà pensé

(Cotugno, dans le canal vertébral, et cela en même temps que le liquide céphalo-rachidien s'écoulait.) — En somme, les quantités de fluides élastiques trouvées dans des cas pareils, ne sont pas assez considérables pour pouvoir donner lieu à des résultats plessimétriques positifs. Si l'on trouvait le canal rachidien sonore, on ne pourrait guère distinguer cette sonorité de celle qui dépendrait de la présence des poumons remplis de gaz, et situés derrière la colonne dorsale, ou même des sons en rapport avec la présence du tube digestif placés au niveau des vertèbres lombaires. Cependant, s'il y avait en même temps des fluides élastiques et des liquides dans le canal rachidien, on pourrait y retrouver le bruit hydraérique. — Dans le cas aussi où existerait une tumeur communiquant avec le canal vertébral et à moitié remplie d'air et d'eau, comme il paraît que cela a lieu dans un cas cité par Bonnet (*Sepulchretum*), et Spelenberg en 1671 (*Aphor. c. n. dec. obs. 10, an III*), à coup sûr la percussion conduirait à des résultats importants (*Traité de Diagnostic, n° 4499*).

11735. La plessimétrie fournit d'une manière indirecte, dans les rachysomyélies, des documents bien autrement utiles, c'est-à-dire quelle donne les moyens de constater si les vertèbres sont tuméfiées, déformées, déviées, épaissies, ou si quelque tumeur vient se développer auprès du rachis et par conséquent de la moelle, etc. Nous parlerons de ces faits lorsque dans une série de Mémoires nous traiterons de l'application si utile en pratique du plessimétrisme : soit aux ostéies, soit à l'étude des malaxies et des phymies du rachis.

11736. Le plessimétrisme éclaire encore autrement plusieurs points des névraxies. En déterminant chez des malades atteints d'encéphalémie, qu'il existe une dexiocardiasie (dilatation des cavités droites du cœur (n° 1718)), ou d'une pneumonémie, ou encore une hépatémie, il y a tout lieu de croire qu'il existe chez ces individus des relations entre cette gêne à la circulation veineuse et la maladie du cerveau; en trouvant le cœur et le foie peu volumineux, et les poumons anormalement sonore, alors que se prononcent vers l'encéphale des symptômes douteux de congestion ou de défaut d'abord du sang, on sera porté à admettre l'existence d'une hypémie encéphalique (syncope); un grand volume du cœur gauche dont les orifices seront libres existant chez un sujet fréquemment atteint d'encéphalémie, fera encore rapporter à une cardiopathie la source des accidents observés (*Traité de Diagnostic, n° 4085*); dans les cas d'accidents

analogues à ceux que produit l'encéphalorrhagie, il est non moins utile de bien constater si l'estomac est ou non plein de matières, si les intestins sont ou ne sont pas dilatés par des matières ou des gaz, si la vessie est pleine ou vide, si le foie est refoulé, etc., etc.; de telles conditions organiques constatées par le plessimétrisme sont de la plus haute importance dans la diagnose et dans la pathogénie des encéphalies, et par conséquent dans leur traitement. — Des considérations du même genre sont entièrement applicables aux états organopathiques qui coïncident avec les myélopathies ou qui en sont les effets.

Stéthoscopisme.

11737. On a pensé, il y a peu d'années, que l'on pouvait tirer quelque parti, pour reconnaître les encéphalies, des bruits que l'oreille appliquée sur le crâne ferait entendre. On saisit, en effet, de cette façon chez les jeunes enfants des battements lointains qui sont en rapport avec la manière dont se fait la circulation à la base du cerveau, et d'autres sons qui correspondent, non pas à un état particulier de l'encéphale, mais bien au passage de l'air dans le nez. On n'a tiré en pratique aucun parti de ces faits, et il est à craindre qu'ultérieurement on ne soit pas plus heureux. Si le crâne était ouvert, si quelques fistules communiquant avec des foyers profonds existaient, si elles permettaient l'introduction de l'air, celui-ci, agité avec des liquides, produirait des bruits spéciaux. Dans une phymie communiquant avec les voies de l'air, et correspondant à la partie antérieure et supérieure de la colonne dorsale, il se forma une fistule qui vint s'ouvrir en arrière près des épines vertébrales; or, on y entendait, par l'auscultation, des ronchus extrêmement larges et humides, ainsi qu'un retentissement marqué de la voix. Le trajet du pus avait lieu entre les apophyses transverses de plusieurs vertèbres atteintes de phymie. On pourrait encore, dans des cas pareils, saisir : soit des bruits de souffle; soit la crépitation en rapport avec des esquilles : soit le son provenant du contact d'un stylet explorateur avec le tissu osseux, etc. Lors de la publication du *Traité de Diagnostic*, nous avons regardé comme probables de tels résultats; l'expérience clinique, dans l'observation précédente, est venue confirmer la justesse de nos prévisions. Du reste, l'auscultation comme le plessimétrisme, donne, surtout dans les encéphalies, de très-utiles résultats sous le rapport des moyens qu'elle fournit d'apprécier avec

exactitude les états pathologiques dont les organes en relation d'action avec le névraxe peuvent être atteints.

Symptômes fonctionnels.

11738. Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas d'entrer dans les détails que comporterait l'étude des troubles fonctionnels que donne en général le névraxe dans les lésions dont il est atteint. Nous renvoyons pour cette même étude au Traité de Diagnostic. Le progrès réel de la médecine moderne a consisté dans la certitude et le positivisme de la diagnose. On mesure le cœur, le foie, la rate, etc., alors qu'ils sont malades; on apprécie d'une manière absolue les modifications matérielles dont ces parties sont susceptibles; on peut démontrer que l'angibrôme, que l'angiaire, l'angiure, le péritoine, etc., contiennent des matières liquides, des gaz, etc.; on peut même apprécier les proportions de ces liquides ou de ces gaz, et les rapports variés de position qu'ils ont entre eux. Rien de semblable, comme nous venons de le voir (n° 11734), ne peut se faire pour les névraxies. Aussi, bien que les recherches importantes et nombreuses des physiologistes et des pathologistes modernes aient éclairé plusieurs points de la pathologie névraxique, bien qu'elles nous aient approximativement révélé le siège d'un certain nombre de lésions, souvent il ne reste encore au lit du malade que trop de doutes sur le caractère et sur la nature des affections dont peuvent être isolément frappés : le céphale, le céphalion, le mésonèvre et le rachisomyèle; nous ne verrons que trop dans ce qui va suivre, la preuve de cette vérité.

Analogie entre les symptômes quand le siège du mal est le même tandis que sa nature est différente.

11739. Quelle que soit la nature intime de la lésion dont une partie du névraxe est atteinte, elle ne peut avoir pour expression symptomatique que des phénomènes en rapport avec les fonctions de cette partie; dès 1823, dans le Mémoire sur l'irritation encéphalique ou fièvre cérébrale des enfants, nous avons déjà émis cette vérité : la simple excitation, la congestion, l'hypémie locale, la phlegmasie, le premier degré de la malaxite (ramollissement inflammatoire), l'action d'une substance toxique agissant par la médiation du sang, les états particuliers et sans lésion appréciables auxquels nous avons donné le nom de névropallies (n° 11550), etc., peuvent tous donner lieu à des symptômes aigus qui consistent en un certain degré d'exagération dans les actions dont sont chargées les parties malades, ainsi;

une douleur plus ou moins vive, une augmentation dans l'action de tel ou tel sens, en rapport avec la partie affectée, une exaltation dans l'intelligence, ou du délire, des mouvements exagérés ou involontaires, des contractions ou des contractures, des convulsions se manifestant dans les muscles qui reçoivent leurs nerfs des portions du névraxe malades, etc., tous ces phénomènes et beaucoup d'autres pourront avoir lieu à peu près de la même façon dans la plupart de ces cas.

11740. S'agit-il de quelque lésion qui détermine l'action organique en altérant les tissus, ou encore de quelque altération pathologique qui mette obstacle à l'exercice de la fonction, ou encore qui détruise la texture de la partie affectée, alors encore, et quelle que soit l'espèce de lésion qui se sera déclarée, il y aura diminution d'abord, puis abolition : 1° du sentiment ; 2° des actions instinctives, intellectuelles et affectueuses ; 3° des mouvements ; 4° enfin des influences sur divers organes nutritifs. Aussi : voit-on une compression produite par des hétérotrophies développées dans le crâne ; des hémorrhagies ; des malaxies ; des phlegmasies ; des pyites ; des nécrosies elles-mêmes donner lieu aux phénomènes dont il vient d'être parlé. Il en arrive même ainsi pour certaines névropallies (n° 11550) prolongées jusqu'au névraxe ; car quelle que soit la manière dont l'action nerveuse cesse de pouvoir être produite ou communiquée, les effets anesthésiques, apsychismiques, amyosthéniques, n'en seront pas moins les mêmes.

11741. Les symptômes des lésions dont il s'agit sont croisés par rapport au point affecté, ou ne le sont pas suivant que le mal occupe des parties qui influent ou non sur le côté opposé du corps ; la nature de la lésion est sans influence sur un semblable résultat : l'excitation, la congestion, comme l'hypémie locale, la phlegmasie, la malaxite, la toxie, l'épilepsie, l'hystérie, etc., déterminent les symptômes mentionnés (n° 11739), comme le font la compression, les hémorrhagies, les malaxies, certaines névralgies, les nécrosies, etc.

11742. Le défaut d'extensibilité du crâne ou des parois du canal vertébral fait que les enveloppes osseuses ne se prêtent pas à la dilatation ou plutôt à l'expansion que peuvent prendre pathologiquement diverses parties du névraxe. De là vient que si une tumeur quelconque, si un liquide partiellement accumulé, si une partie des centres nerveux macrosiée par suite de l'hémie (congestion) ou de la phlegmasie, viennent à se déclarer dans les cavités circonscrites

par le crâne ou par les vertèbres, il y a nécessairement une compression plus ou moins forte des autres régions du névraxe, et par tant, des symptômes complexes. Ceux-ci, fort difficiles à analyser, peuvent souvent faire prendre le change sur le siège réel du mal principal, et rendre la diagnose presque impossible — C'est le plus souvent par une comparaison établie entre les symptômes, la marche des accidents, l'étude attentive des causes qui ont précédé leur manifestation, joints quelquefois à certains signes physiques donnés par l'angième (n° 1718, etc.), l'angiaire (n° 5951, etc.), l'angibrôme (n° 7505), l'angichole (n° 8472), l'angiure (n° 9336), etc., que l'on parvient à reconnaître, et à préciser autant que possible les caractères, la nature et le siège des lésions dont le névraxe peut être frappé (n° 11521). On aura l'occasion dans la suite de ce travail de reconnaître la justesse des considérations précédentes.

Étiologie des névraxies.

11743. Les circonstances qui président au développement des névraxies sont on ne peut plus compliquées. Les unes, dont l'action est facile à comprendre, altèrent les organes en quelque sorte de dehors en dedans : tels sont les coups, les chutes, les blessures. Les autres modifient la profondeur des parties, les compriment, les altèrent, et se développent à l'intérieur par suite d'évolutions organiques souvent fort obscures dans leur essence, mais dont les effets immédiats sur les diverses parties du névraxe sont appréciables; telles sont les congestions, les hémorrhagies, les phlegmasies, les céliques de toute sorte, qui se déclarent dans la cavité névraxique. Parfois on parvient même à trouver la raison pathogénique de quelques-uns des phénomènes précédents : 1° dans les rapports pathologiques qui existent souvent entre le cœur, les poumons et l'encéphale ; 2° dans les influences que les stases veineuses peuvent avoir sur le névraxe ; 3° dans une activité insolite et exagérée de la circulation ; 4° dans la présence d'artériolithies ou d'angioclasies encéphaliques, etc.

11744. Ailleurs, c'est évidemment par la surface interne des vaisseaux des centres nerveux, par la médiation du sang, que divers agents viennent à modifier le névraxe, et par exemple, les poisons les plus variés excitent, modifient, troublent, paralysent les actions sensoriales, psychiques ou motrices dont l'axe cérébrospinal peut être le siège. — Enfin, dans certaines circonstances plus inexplicables encore, les diverses fonctions des organes encéphaliques ou myéliques sont augmentées, diminuées, interverties sous l'influence

de certaines sensations, de diverses perceptions et de phénomènes psychiques. Nous verrons plus tard que l'on a exagéré l'action de ces derniers modificateurs ; toutefois il faut avouer que les causes dites morales ont ici une influence bien plus grande et bien plus directe que sur les souffrances des organes nutritifs. Quel que soit en effet le lien mystérieux qui unit l'âme et la pensée avec le cerveau, toujours est-il que cet organe est plus près de l'agent qui nous anime, que ne le sont les appareils en rapport avec les fonctions assimilatrices. Quand ces derniers organes sont altérés, modifiés par des causes dites morales, il faut bien qu'entre les causes et les accidents qui surviennent du côté des organes assimilateurs, il y ait quelques troubles portés dans les actions névraxiques ou névriques.

Prognose et diagnose des névraxies.

11745. La prognose et la diagnose des névraxies est tellement variable pour chacune d'elles que nous n'y insisterons pas dans ces généralités.

Thérapie dans les névraxies.

11746. Le traitement en général est d'autant plus difficile à établir que la diagnose est plus obscure. Il est souvent impossible de préciser la nature et le siège exact des névraxies ; aussi les indications des méthodes curatives n'ont-elles pas toujours ici le degré de positivisme qu'il serait si désirable d'y voir ; souvent, dans ces affections, on est réduit à agir avec la plus grande circonspection, et à ne se décider dans le choix des moyens à employer qu'en expérimentant à chaque instant les effets de ces mêmes moyens. Cela est surtout vrai de ces cas douteux où l'on hésite sur la question de savoir s'il existe vers le névraxe : soit un excès, soit un défaut de sang, soit une de ces affections dites nerveuses, qui, bien que dues à des circonstances organiques, ne laissent pas après la mort de traces appréciables.

11747. Sous le rapport du siège des lésions, les indications thérapeutiques varient moins que l'on ne serait porté à le penser ; on peut bien signaler quelques différences de traitement entre les lésions analogues, suivant qu'elles existent dans le crâne ou dans le rachis, mais il n'en est plus ainsi pour des affections identiques, occupant soit le céphale, soit le céphalion, soit le mésonèvre. Aussi la diagnose précise de ce siège est-elle *pratiquement* beaucoup moins importante que l'on ne serait disposé à le croire.

11748. Un grand nombre de lésions névraxiques ne sont pas curables par les moyens médicaux ou chirurgicaux ; les saignées, les

sangsues, le tartre stibié, les stimulants, les dérivatifs, les antispasmodiques, etc., ne remédient pas plus à une hémorrhagie céphalique alors qu'elle s'est opérée, à une céphalomalaxie, à une névraxocélie, qu'ils ne sont aptes à guérir les altérations organiques auxquelles donnent lieu : la commotion, la contusion, les blessures du cerveau, les fractures du crâne, etc. C'est l'organisme (action normale des organes) qui répare peu à peu et autant qu'il est possible de le faire de semblables altérations de structure. Rien n'est ridicule comme de prétendre faire dissiper une collection de sang épanchée depuis plusieurs jours dans le cerveau par des sangsues, du tartre stibié, ou tout autre médicament. C'est par une série de phénomènes complexes très-curieux et très-utiles à connaître que de telles lésions se dissipent d'une manière plus ou moins complète. On ne peut admettre encore que la strichnine ou l'électricité remédient à des amyosthénies résultant de kystes, ou de circonstances en rapport avec d'anciennes névraxorrhagies. C'est l'altération primitive de structure qu'il s'agirait ici de combattre et non pas le symptôme : *paralyse*, dont cette altération est le point de départ. — Dans quelques-uns des cas précédents le traitement doit être dirigé, non pas dans le sens d'une curation absolue et directe, mais bien dans la vue de prévenir ou de combattre les états organopathiques qui viennent à s'enter sur la lésion primitive. — De ces états, les uns peuvent se développer plus tôt ou plus tard au voisinage ou même à l'entour de la lésion elle-même ; telles sont les hémies, les malaxies, les phlegmasies, etc. — Les évacuations sanguines, les moyens dits dérivatifs, etc., paraissent être dans les névraxorrhagies se manifestant actuellement tout à fait indiqués. — Des altérations organiques et partant fonctionnelles se déclarent aussi fréquemment, lors des encéphalies, dans les organes autres que les centres nerveux et surtout dans l'angième, l'angiaire, l'angibrôme, etc. ; alors des médications variées, différentes dans leur nature, dissemblables dans leurs effets, doivent souvent être mises en usage, et il faut de la part du médecin de hautes connaissances physiologiques et pathologiques, une grande sagacité, pour démêler au milieu de la multitude et de l'enchaînement des phénomènes qui surviennent alors, quels sont les rapports existants entre les causes et les effets, entre les relations que les organes ont entre eux, et quelles sont aussi les véritables bases des traitements convenables.

11749. D'autres névraxies de cause matérielle sont, à n'en pas douter, accessibles à l'emploi des moyens thérapeutiques. Il en est ainsi

des cas où il n'y a pas d'altérations profondes et appréciables dans les tissus; où les liquides éprouvent des stases, soit dans les vaisseaux, soit hors des vaisseaux; où le sang et ses produits ne sont pas combinés avec la fibre nerveuse; où il n'existe pas d'hétérotrophies, etc. — Ainsi les *hémies* ou congestions, les *hites* ou inflammations des centres nerveux peuvent être traitées avec plus ou moins de succès par un grand nombre de moyens. Les affections du névraxe liées à des altérations du sang en plus (n° 3787), en moins (n° 3838), à des modifications dans les proportions de ses éléments (n° 3823); celles où des agents toxiques provenus du dehors, ou du dedans (n° 4287), viennent à déterminer des accidents encéphalorachiens, sont parfois susceptibles d'être heureusement modifiées par la thérapie. On voit même des symptômes d'hypotrophie névraxique s'amender par suite d'un régime réparateur et par l'usage d'une médication dite tonique; mais nous ne pensons pas que l'atrophie encéphalique ou myélique en rapport avec le vieil âge, puisse être utilement combattue par des médications, n'importe lesquelles.

11750. On peut agir sur le névraxe dans les cas où ses lésions sont curables par des moyens dont voici les principaux : 1° les *évacuations sanguines*, et en vérité les saignées générales, par la grande déplétion qu'elles causent, paraissent avoir plus promptement d'effet sur les centres nerveux que les sangsues ou les ventouses scarifiées auxquelles on attribue une action dite dérivative; ces moyens agissent sur les molécules profondes des centres nerveux par la médiation des vaisseaux; 2° les *substances variées depuis l'eau jusqu'aux agents toxiques médicamenteux*, et ici encore c'est par suite de leur influence sur le sang que ces médicaments modifient le névraxe; 3° *divers moyens physiques dits hygiéniques*, tels que le repos, la position élevée ou décline, l'électricité, etc.; 4° *l'absence et quelquefois l'augmentation des excitations dont le névraxe est le siège* (exercice des actes sensoriaux, moteurs et intellectuels); 5° *des moyens dits dérivatifs* (vésicatoires, synapismes, frictions avec diverses substances excitantes, bains de diverses sortes, etc.); 6° *des médicaments portés sur le tube digestif et qui modifient avantageusement : soit l'estomac, soit l'intestin, au moyen des évacuations qu'ils causent; soit la circulation par la perte de liquide qu'ils occasionnent; soit la respiration en diminuant au moyen de selles gazeuses ou stercorales le volume du ventre;* 7° *la respiration d'un air pur, ou l'inspiration de vapeurs médicamenteuses;* 8° *une alimentation convenable.* Nous étudierons, à l'occasion

de chaque névraxie, les applications que l'on peut y faire des moyens dont nous venons de faire l'énumération.

CHAPITRE II.

TRAUMANÉVRAXIE, LÉSIONS DES CENTRES NERVEUX CAUSÉES PAR DES BLESSURES.

11751. Les lésions traumatiques du névraxe sont très-propres à élucider l'histoire des affections dites médicales dont les centres nerveux sont susceptibles. Plus simples dans leur étiologie et dans leur pathogénie, on peut en suivre facilement les effets, et arriver ainsi des faits les plus compréhensibles à ceux qui le sont le moins. La séparation arbitrairement établie entre la médecine et la chirurgie est là, comme ailleurs, un grand obstacle au progrès de la science.

Contusion, commotion névraxique; confusion de mots et d'idées.

11752. On est loin de toujours distinguer, en pathologie, les circonstances qui président à un phénomène, de leurs effets organiques. Les expressions contusion et commotion ne devraient signifier que *l'action de contondre ou d'ébranler*, tandis que l'on s'en sert habituellement pour désigner les altérations organiques qui résultent de cette même action. Or, comme les altérations organiques dont il s'agit sont nombreuses et très-différentes les unes des autres, il s'en suit que sous les noms de contusion et de commotion, on range : 1° les lésions immédiatement produites, soit par la puissance contondante, soit par la circonstance qui a ébranlé ; 2° des états organopathiques nombreux et qui n'ont rien de constant ni de fixe dans leur succession ; telles sont, par exemple : des angioclases (ruptures de vaisseaux) ; des angièmes (congestions sanguines) ; des organites, des hémorrhagies, des hydrothmies, etc. ; au lieu de préciser ces états divers qui peuvent exiger chacun un traitement spécial, on fait de tout cela une entité morbide : *contusion* ou *commotion* à laquelle on prête une symptomatologie, une marche à part, et l'on s'éloigne ainsi de la route sévère que tracent l'anatomie pathologique et les saines doctrines médicales.

11753. Quand un corps vient à frapper les tissus avec une force

suffisante pour les léser, et cela sans qu'une solution de continuité des téguments en soit la suite, il en résulte des lésions organiques produites par la contusion ou action de contondre. Quand un choc subit, une secousse générale du tronc ou de quelque partie y cause une commotion, il en résulte une altération moléculaire et intime, et c'est le névraxe qui est le plus souvent et le plus gravement exposé à ce genre de lésion.

11754. Il est difficile de signaler des différences tranchées entre les altérations de structure produites d'une part par la *contusion*, et de l'autre par la *commotion*. Des deux côtés ont lieu un choc, une action subite des molécules les unes sur les autres ; un ébranlement qui, à un degré très-léger, ne présente rien d'appréciable aux sens, et qui, au summum d'intensité, peut avoir pour conséquences, la destruction, l'écrasement de la région affectée. Entre ces deux extrêmes il peut y avoir des modifications de structure à des degrés très-divers.

11755. Considéré exclusivement dans le névraxe ainsi qu'il s'agit de le faire dans cet article, l'état organique produit par une contusion ou par une commotion qui n'ont pas détruit la trame organique, a pour effet la diminution ou la suspension momentanée des actions sensoriales, intellectuelles, motrices, nutritives dont la partie de l'axe nerveux affectée est le siège (n° 11522). — Peu à peu, et en vertu de l'organisme (action normale des organes), les tissus reprennent leur état naturel, et alors les symptômes qui avaient été produits se dissipent. — On voit à la suite de certaines contusions ou commotions du crâne, les sens être d'abord obtus ou nuls, l'intelligence cesser de se manifester au dehors, des amyotrophies survenir, et les fonctions assimilatrices en rapport avec la huitième paire être plus ou moins modifiées ou complètement suspendues. Parfois à la suite des contusions et des commotions de la moelle se déclarent momentanément la paralysie du mouvement, du sentiment et de l'action contractile de la vessie, etc. Or, en quelques moments, en quelques heures, en quelques jours, lorsque le mal n'est pas extrême, les symptômes dont il vient d'être parlé se dissipent complètement. Encore une fois, dans des cas pareils on ne voit pas quel traitement à opposer contre le résultat direct de la contusion ou de la commotion. Les moyens antiphlogistiques, pas plus que les médicaments dits excitants, ne remédieraient pas, quoi qu'on en ait dit, aux lésions anatomiques qu'elles causent. — A plus forte raison, aucun traitement n'est-il possible alors que,

sous l'influence des agents contondants ou ébranlants, le névraxe est, dans une étendue plus ou moins grande, complètement désorganisé, car il en résulte la cessation complète des fonctions dont était chargés les points affectés ; la mort est le résultat immédiat d'une désorganisation même très-circonscrite alors que les points lésés remplissent un rôle très-important dans les phénomènes de la vie.

11756. *Consécutivement* à l'action contondante ou ébranlante, se déclarent divers états organopathiques, qui réclament chacun un traitement approprié. Ce sont, par exemple : des hémies, des hémorrhagies, des phlegmasies, des pyites, des malaxies ; ou encore c'est une compression produite par les épanchements de liquides opérés dans le névraxe, etc. — Il résulte de tout ce qui précède que les remèdes employés en général contre les maladies dites contusion ou commotion, n'ont pas de valeur spéciale contre ces prétendues affections. Des médications doivent être appliquées dans de tels cas, seulement contre les lésions qui se déclarent, ou consécutivement à l'action de l'agent qui contond ou qui ébranle. Ces préceptes sont fort différents de ceux que l'on trouve à ce sujet dans les ouvrages de chirurgie, mais ils ne nous en paraissent pas moins justes. Nous exposerons plus loin le traitement des divers états pathologiques consécutifs à la contusion ou à la commotion du névraxe.

Blessures variées du névraxe.

11757. Les blessures des centres nerveux consistant, soit en de simples sections ou en déchirures ; soit en ablations, en plaies contuses ou en cautérisation, ne doivent nous occuper ici qu'au point de vue : 1° des symptômes auxquels elles donnent lieu ; 2° du traitement médical qui leur est applicable ; 3° de la pathogénie et de la diagnose des autres névraxies. Les blessures du céphale, du céphalon, du mésonèvre, du rachisomyèle, ont des résultats du même genre que ceux qui sont les conséquences des expérimentations faites par les physiologistes sur les animaux (voyez à ce sujet les travaux de Gall, Rolando, Magendie, Flourens, etc., etc.).

11758. La section d'une partie du névraxe a pour conséquence d'interrompre la communication entre les points d'une surface qui viennent d'être divisés. On n'a pas exactement déterminé si la cicatrice d'une telle solution de continuité permet à l'influence nerveuse de se transmettre à travers les tissus accidentels qui se sont formés. Lorsque ces tissus sont épais, la transmission dont il s'agit doit être fort incomplète. Nous reviendrons sur ce fait à l'occasion des

névraxorrhagies qui sont presque toujours liées à des ruptures ou à des déchirures.

11759. Les ablations, les cautérisations de diverses portions du névraxe sont suivies de la cessation des actions nerveuses qui correspondent à ces mêmes régions. Le développement de cette proposition nous conduirait beaucoup trop loin. Les plaies contuses ont nécessairement des effets symptomatiques composés de ceux qui sont propres aux simples sections, et de ceux qui ont rapport aux contusions (n° 11755).

11760. A peine l'emploi de moyens chirurgicaux est-il praticable contre des lésions névraxiques profondes qui échappent d'une manière absolue aux pansements, aux appareils contentifs, etc. Il arrive même, dans les luxations ou dans les fractures du rachis, que lors de la présence d'esquilles ou de corps étrangers contenus dans le crâne, il y ait un extrême danger à tenter d'y remédier par des opérations chirurgicales. Les principaux soins manuels à mettre en usage sont ceux qui conviennent dans toute autre blessure, c'est-à-dire, à mettre les plaies à l'abri du contact de l'air, à enlever les corps étrangers, à prévenir la stagnation et l'accumulation des liquides, du pus, de la sanie, etc., à empêcher ceux-ci de s'altérer et de pénétrer dans les vaisseaux, etc. (1).

11761. A la suite des lésions chirurgicales dont il vient d'être fait mention, on observe des états pathologiques nombreux et variés consistant en des hémorrhagies, des hémostasies, des hémies, des phlegmasies, des pyites, des malaxies, etc. Ce sont là les états qu'il importe souvent de combattre, de sorte qu'il s'agit plutôt encore, dans de tels cas, d'un traitement médical convenable, et tel qu'il sera établi dans les chapitres qui vont suivre, que de médications dites chirurgicales. — La pathologie est une en pratique comme en théorie, et l'on a le plus grand tort de séparer dans l'une et dans l'autre la médecine et la chirurgie. Cette distinction est tellement fautive par rapport aux névraxies, que les hémorrhagies céphaliques sont presque toujours liées à une solution de continuité par rupture ou par déchirure de la substance nerveuse ou de ses vaisseaux. De plus, un grand nombre d'altérations organiques développées dans l'encéphale ne causent des symptômes morbides que par la compression qu'elles exercent sur les masses névraxiques restées saines.

(1) Voyez la discussion de l'Académie de médecine sur les plaies d'armes à feu, septembre 1848, *Bulletin de l'Académie*.

de là vient l'utilité d'étudier avec un soin extrême les effets de la compression du névraxe.

Compression du névraxe.

11762. Il n'en est pas de la compression du névraxe comme de celle qu'ont à subir les organes dont l'expansion ou le déplacement sont faciles. Le crâne, le canal rachidien constituent des parois osseuses et inextensibles, circonscrivant des cavités qui ne communiquent pas avec l'air. Si, par hypothèse, les masses nerveuses dont il s'agit acquièrent un plus grand volume que d'ordinaire, si elles sont pressées par l'action de puissances qui tendent à diminuer leur volume, et à les refouler, ce n'est guère que de deux façons qu'elles peuvent échapper, au moins dans de certaines limites, à une compression dangereuse : la première est le refoulement vers le centre circulatoire, du sang contenu dans les veines et dans les artères ; l'autre est le déplacement du fluide céphalo-rachidien qui, se transportant facilement du crâne vers le rachis et réciproquement, peut en conséquence laisser alors une certaine étendue libre, pour donner de la place au cerveau. Le premier de ces effets doit être rapide, parce que les vaisseaux du névraxe ont de larges communications avec les autres parties de l'angième ; le second doit être plus lent, parce que l'ouverture de communication existant entre la cavité rachidienne et encéphalique, si bien décrite par M. Magendie, ne permet pas un passage très-prompt au liquide dont il vient d'être parlé. On conçoit bien que le peu d'extensibilité des cartilages et des ligaments intervertébraux puisse se prêter à un certain degré de dilatation ; mais ce doit être d'une manière lente, et si la compression est rapidement exercée, cette distension ne peut s'opérer que dans une limite fort rétrécie. — Quand la compression dont il s'agit se développe très-chroniquement, le liquide céphalo-rachidien et les fluides circulatoires diminuent de quantité, et le tissu même du névraxe éprouve peu à peu une déperdition de substance telle que son volume se proportionne à la dimension des corps comprimants. Haute d'avoir tenu compte des faits incontestables qui viennent d'être relatés, on a en général fort mal compris la pathologie d'un grand nombre de névraxies.

11763. Cette dernière remarque est surtout applicable à la symptomatologie des névraxies qui, comme nous l'avons vu (n° 11761), devient souvent fort obscure parce que l'action d'une cause comprimante sur le névraxe, bien que très-circonsrite, doit nécessaire-

ment, surtout pour les cas aigus et lorsqu'il ne se déclare pas d'atrophie partielle (n° 11762), s'étendre à plusieurs des organes contenus dans les cavités crânienne et rachidienne. Quand le névraxe est comprimé légèrement, il en résulte la diminution ou même l'abolition, soit des fonctions de la partie même sur laquelle la compression est faite, soit de quelques autres régions des centres nerveux.

11764. Si l'influence de la compression est générale, il se déclare suivant le degré de celle-ci, des phénomènes nombreux et variés. On observe alors en effet : soit une diminution ou une abolition de la perception, des facultés intellectuelles, volontaires, affectueuses, des mouvements ou encore de l'action nutritive ; soit de l'affaissement, du coma et de temps en temps des contractions automatiques, saccadées, épileptiformes, etc. C'est surtout quand la cause comprimante agit sur l'encéphale, que cet ensemble de phénomènes survient, et il y a si bien, dans les cas extrêmes, une action portée sur la moelle, que les malades rendent souvent alors l'urine et les fèces d'une manière spontanée, et que les battements du cœur ou les mouvements respirateurs sont ralentis.

11765. Quand l'action de la puissance comprimante est très-circonsrite, les accidents sont locaux, et les symptômes sont en rapport avec la diminution ou avec l'abolition des fonctions dont les parties malades sont normalement chargées ; ainsi les agents de compression portés sur l'origine des nerfs frappent d'anesthésie ou d'asthénie les organes des sens ou les muscles correspondants ; ainsi, la compression du nerf optique, à son origine, est suivie de cécité ; celle du nerf acoustique, à sa naissance, a la surdité pour effet ; la pression du nerf facial donne lieu à la paralysie du même côté de la face ; ainsi, la compression du mésonèvre détermine la perte absolue de tout phénomène névraxique, et par conséquent fait brusquement périr ; celle des régions latérales de la moelle occipito-cervicale trouble la respiration ; ainsi, la pression du rachisomyèle, vers la région dorsale, paralyse la sensibilité et la motilité des extrémités inférieures du rectum et de la vessie ; la compression des cordons antérieurs de la moelle porte atteinte aux mouvements des parties situées au-dessous ; tandis que celle des cordons postérieurs altère la sensibilité dans les mêmes parties, etc.

11766. Un grand nombre de faits conduisent aussi à faire croire (bien que des objections déduites d'un certain nombre d'observations peuvent être faites à ces opinions) : 1° que la compression de

la substance grise diminue ou abolit les phénomènes sensoriaux et intellectuels; 2° que celle de la substance blanche a le même effet sur les mouvements; 3° que la compression des corps striés influe sur le sentiment et sur le mouvement des extrémités inférieures, comme celle des couches optiques modifie les mêmes fonctions dans les extrémités supérieures; 4° que la pression des lobules antérieurs du cerveau porte une influence fâcheuse sur les organes de la parole, etc., etc.

11767. Plus la compression agit avec promptitude et avec énergie, et plus les effets qu'elle produit sont marqués et complets. Lente, et s'opérant lentement, elle trouble à peine les fonctions, et cela, sans doute, parce qu'elle donne lieu alors à cette atrophie graduée et à cette diminution successive dans les liquides circulants ou déposés dont il a été parlé (n° 11762). Rapide et forte, elle occasionne à un haut degré d'intensité les accidents précédemment indiqués (n° 11764). Le degré de rapidité de l'invasion des symptômes correspond à la promptitude avec laquelle se prononce la compression. Parfois l'agent comprimant ne produit pendant une longue période de temps que des effets chroniques, obscurs et difficiles à apprécier; mais si tout à coup et d'une manière aiguë, une augmentation nouvelle survient dans l'influence qu'il exerce, alors se dessinent brusquement des phénomènes aigus dont la gravité est souvent extrême.

11768. La compression générale ou partielle du névraxe a lieu ou au moins paraît avoir lieu dans les circonstances suivantes : — 1° Lorsqu'à la suite de quelques plaies ou d'un défaut d'ossification dans les parois du crâne, des corps extérieurs peuvent agir sur l'axe nerveux; — 2° lorsqu'une fracture ou une luxation a pour résultat l'aplatissement de ce même crâne ou la présence de fragments, de saillies osseuses déplacées qui proéminent du côté de l'encéphale ou du rachysomyèle; — 3° lorsque des hémorrhagies s'opèrent dans l'intérieur des cavités encéphalique ou rachidienne, alors le sang contenu, et versé par une lésion traumatique ou par l'ouverture de vaisseaux rompus, ou encore par exhalation, ne trouvant pas d'issue, s'y accumule et tient aux dépens du cerveau une place plus ou moins considérable; — 4° lorsque des liquides : sérosité, pus, etc., viennent à être abondamment déposés dans les cavités névraxiques; — 5° lorsque le sang s'accumule promptement ou lentement dans les vaisseaux encéphaliques, et cela tout aussi bien quand il y a augmentation du cardisme (action normale du cœur),

que s'il existe quelque obstacle du côté des veines. Dans un cas comme dans l'autre, le névraxe hyperémié doit de toute nécessité prendre alors un volume supérieur à celui de l'état normal et partant être comprimé (n° 11762); — 5° les organites sont en général accompagnées d'intumescence; or, les névraxites doivent en conséquence être suivies de la compression générale ou partielle des centres nerveux; — 6° enfin les tumeurs de toutes sortes développées dans les cavités névraxiques, telles que les foyers sanguins purulents, tuberculeux, hydatiques, etc.; les céliques artériales, phymiques, carcinique, mélanosique, etc., déterminent une compression dont le degré correspond au volume de ces masses morbides.

Pathogénie, théorie des effets de la compression du névraxe.

11769. Il est facile de comprendre comment il se fait que la compression des masses névraxiques diminue ou abolit l'action des parties sur lesquelles elle exerce son influence. La moelle de l'épine peut être comparée à un gros nerf; or, une forte pression exécutée sur ce dernier empêche la propagation de l'influence nerveuse. Bien plus, pour la moelle, l'effet dont il s'agit doit être beaucoup plus marqué que vers le nerf, attendu qu'il n'y a pas ici d'enveloppes névritiques épaisses et solides qui protègent le cordon médullaire contre les agents extérieurs: aussi voit-on promptement, lors de la pression du rachisomyèle, survenir l'affaiblissement ou la paralysie des extrémités inférieures et de la vessie. Il arrive exactement pour les masses nerveuses encéphaliques ce qui vient d'être dit pour la moelle; chacune d'elles peut être considérée comme une sorte d'anse formée par de nombreux faisceaux de fibres par lesquels l'agent nerveux doit se transmettre; dès lors toute compression qui sera portée sur une région de ces anses, et à plus forte raison sur leur totalité, devra plus ou moins paralyser les parties situées au delà des points lésés. L'action même de la masse nerveuse deviendra difficile ou impossible alors que la compression rapprochera assez les molécules névraxiques pour en modifier profondément la structure.]

11770. Il est souvent fort difficile de reconnaître qu'une série de symptômes dont le névraxe est le siège, est due plutôt à la compression qu'à d'autres modifications morbides; le cas est évident alors qu'une lésion traumatique appréciable a précédé. — Il en est encore ainsi quand après des accidents aigus et phlegmasiques surviennent: 1° la diminution, puis l'abolition, soit des perceptions et du

psychisme (action de l'intelligence); soit des mouvements volontaires, le tout avec dilatation des pupilles et coma. Dans de tels cas, presque toujours se forme et s'accroît quelque épanchement ou quelque tumeur. — La perte graduée d'un sens, d'une série de mouvements, etc., porte à croire que les parties correspondantes du névraxe sont comprimées. — La paralysie des extrémités inférieures et de la vessie se développant de bas en haut, et empirant d'un jour à l'autre, fait supposer qu'un épanchement se dépose et s'élève successivement dans le canal rachidien, tandis qu'une invasion brusque des mêmes phénomènes, alors qu'existe une tumeur ou une déformation de l'épine, fait reconnaître que la moelle rachidienne est subitement comprimée, etc. — On ne peut guère établir de généralités utiles sur le traitement des cas divers dans lesquels le névraxe est comprimé; nous verrons bientôt quels sont les principaux moyens curatifs à opposer aux divers états pathologiques qui donnent lieu à la compression des centres nerveux.

Destruction partielle du névraxe.

11371. La destruction partielle du névraxe (car elle ne peut être générale sans qu'il y ait mort instantanée) est en définitive une nécrosie (n° 590); mais elle est loin de se manifester constamment sous la forme dite gangrène (n° 583). Cette destruction a lieu : 1° lors de l'ablation, de l'écrasement, de la cautérisation, du refroidissement extrême; 2° lors d'une hyperémie considérable développée à la suite : soit d'une stase veineuse, soit d'une action démesurément énergique du cœur; soit encore d'un état panhyperémique (n° 3787); — 3° à la suite d'hémorrhagies dont la violence a été telle que la structure des parties qui en sont le siège a été détruite; — 4° lorsque des inflammations ont désorganisé la substance névrique; — 5° dans les cas de pyites ou de phymopytes qui ont produit le même effet; — 6° lors de tumeurs variées, d'épanchements qui en se développant ont atrophié les masses névraxiques d'alentour; — 7° lorsque des artérosténosies, en privant l'encéphale ou le rachisomyèle de nourriture, y ont arrêté le mouvement nutritif; — 8° à la suite du ramollissement survenu dans le tissu névrique, ramollissement qui est souvent le résultat de l'une des circonstances anatomiques précédentes; — 9° lors de cicatrices étendues, suites d'hémorrhagies ou de ramollissement, et dont le tissu accidentel a pris la place des fibres névriques; — 10° peut-être consécutivement à certaines altérations du sang, la septicémie (n° 4716), et quelques autres toxé-

mies (nos 4287, 4939), par exemple; — 11° peut-être enfin symptomatiquement à certains états moléculaires peu connus et qui ne laissent pas de traces cadavériques; exemple, l'altération causée par l'action de la foudre, les changements qui sont le résultat d'impressions morales très-vives, etc.

11772. Dans toutes les circonstances précédentes il y a perte absolue des fonctions dont étaient chargées les masses névrauxiques détruites. Dans tous les cas où il y a destruction sur quelque point de la substance névrauxique, il est impossible de rétablir par des moyens quelconques les actions que cette même substance exerçait. Nous aurons à insister sur ce fait à l'occasion de la prognose de la névrorrhagie, de la névromaxie, etc.

CHAPITRE III.

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---------------------------|---|--|
| NÉVRAX ENCÉPHAL RACHISOMYÈL | { | ÉMIE | { | congestion sanguine | { | des centres nerveux. de l'encéphale. de la moelle rachidienne. |
| | | | | | | |
| HÉMOSTASIE | { | NÉVRAXIQUE ENCÉPHALIQUE RACHISOMYÉLIQUE | { | stase sanguine dans | { | les centres nerveux. l'encéphale. la moelle rachidienne. |
| | | | | | | |

11773. L'étude des cas dans lesquels le sang est contenu en trop grande quantité ou en trop faible proportion dans l'encéphale ou la moelle, est l'un des points les plus importants de la médecine pratique. Cependant, lorsque l'on a traité de la congestion cérébrale, de la syncope et des convulsions, on a souvent fait divorce avec toutes les connaissances physiologiques élémentaires, et même avec les plus simples données de l'observation. Tout en donnant de grands éloges aux belles pages de Bichat sur la vie et la mort, tout en observant les phénomènes de l'évanouissement, tout en voyant périr avec des mouvements convulsifs les enfants hypémiques, on ne saisissait pas et l'on n'indiquait pas les rapports existants entre ces symptômes et la manière dont s'accomplissait la circulation cérébrale. Les pathologistes les plus modernes, ne sortant pas de l'ornière ontologique ou mieux pseudontologique (1), étudient la congestion encéphalique et la syncope comme des unités morbides, et recherchent à peine jusqu'à quel point l'accumulation ou l'absence du sang vers le névraxe peut

(1) En effet le mal n'est pas dans la connaissance et dans l'admission d'un être réel, mais bien dans la supposition d'entités qui sont fausses puisqu'elles n'existent que dans l'imagination.

être le résultat des états morbides dont l'angième ou l'angiaire sont susceptibles.

Nécroorganographie.

11774. Les vaisseaux du névraxe et surtout ceux de l'encéphale, examinés après la mort, sont souvent gorgés de sang, *qui distend principalement les sinus de la protoménige (dure-mère), les veines, les capillaires de la pie-mère ou trito-ménige*. On en trouve proportionnellement beaucoup moins dans les artères. Les capillaires de la substance nerveuse sont eux-mêmes assez remplis de sang pour qu'il s'en écoule, lors de la section, de petites gouttelettes qui forment sur les substances blanche et colorée des points vermeils plus ou moins nombreux auxquels on a donné le nom de sablé ou pointillé rouge. Toute la masse névraxique présente souvent les apparences précédentes; ailleurs de tels caractères sont évidents seulement sur des régions isolées, telles que le céphale, l'un de ses lobes, le rachisomyèle, etc. *Très-ordinairement les vaisseaux de la pie-mère à la base du crâne ou dans les ventricules latéraux* sont principalement gorgés de sang.

11775. Les névraxémies générales se rencontrent particulièrement sur les gens panhypérémiques atteints ou non de pneumonémie hypostatique, et surtout chez les individus qui présentent de grands obstacles: soit à la circulation dans le cœur (cardiosténosie (n° 1613), cardiempyraxies (n° 1840), hémoplasties cardiaques (n° 1844), etc.); soit à l'abord de l'air dans les poumons (l'angiairaphrosie, par exemple (n° 5974)); ces congestions sont fréquemment très-marquées sur les cadavres de gens qui portent une épidiaphratopie considérable (n° 4002); on les voit encore à la suite de diverses toxémies, et surtout de celles que produisent les gaz délétères.

11776. Les névraxémies partielles se rencontrent souvent autour des plaies et des parties contuses, près des points comprimés par des tumeurs ou par des saillies osseuses, aux environs des foyers hémorrhagiques, à l'entour des parties enflammées ou ramollies, au voisinage des hétérotrophies névraxiques. Les régions des centres nerveux longtemps déclives paraissent aussi être le siège fréquent de congestion partielle; toutefois ce résultat de l'hypostase est beaucoup moins marqué pour le cerveau que pour les poumons ou l'angibrôme (n° 6757, 7625).

11777. Il est urgent, dans les cas où l'on croit reconnaître une névraxémie, de constater avec le plus grand soin quel est: 1° l'état,

soit des veines, soit des autres parties de l'angième, soit de l'angiaire ; 2° le degré de refoulement du diaphragme. Sans ces précautions, on court grandement, sous les rapports étiologiques et pathogéniques, les risques de s'égarer et de considérer comme primitives des hémies complètement secondaires à d'autres états organopathiques. Chez les nombreux animaux que nous avons vus périr à la suite d'anoxémie par submersion (n° 5867), par strangulation (n° 5878, 5882), par inspiration des gaz dégagés du charbon en ignition (n° 5896), il existait, par exemple, une névraxémie très-marquée, qui certes était consécutive à l'état de l'angiaire et de l'angième.

11778. Un grand nombre de lésions telles que des transsudations sanguines, des ramollissements, des phlegmasies, des tumeurs, etc., peuvent exister dans le névraxe à l'entour des points qui sont le siège de congestions. Ce sont là des coïncidences d'états organopathiques qui seront bientôt étudiés.

Biorganographisme, symptomalogisme.

11779. Les auteurs en général considérant la congestion cérébrale comme *une maladie*, n'établissent point de distinction entre deux états anatomiques essentiellement différents : l'activité anormale de la circulation dans les vaisseaux névraxémiques, ce que nous désignerons sous le nom d'*hypernévraxémie* ou *hyperémie névraxique*, et la langueur ou la stase du sang dans ces mêmes vaisseaux, ce qui mérite le nom d'*hémostasie névraxique*. Les caractères de ces deux états pathologiques sont loin d'être les mêmes.

11780. Dans l'un et dans l'autre cas, il ne faut pas considérer, comme on le fait en général, la rougeur de la face, l'aspect brillant des yeux, etc., comme des indices de congestion cérébrale. Ces symptômes indiquent tout au plus que dans de tels cas il existe vers la face un état hyperémique. — Dans l'*hyperémie encéphalique*, des battements qui augmentent lorsque la tête est tenue déclive se font sentir dans le crâne, et cela quelle que soit la coloration de la face, une augmentation de chaleur a lieu au front, et vers la partie de la tête voisine du cou et des oreilles. Un sentiment pénible et parfois douloureux de plénitude se fait sentir dans le crâne. Il semble au malade voir des objets brillants et rouges, entendre des sons divers frappant à temps égaux et isochrônes avec les battements du cœur. Lorsque la névraxémie est médiocre, les fonctions intellectuelles et affectives sont plus actives qu'à l'ordinaire ; à un degré plus marqué, il peut y avoir des perceptions infiniment plus vives que ne le comportent les

sensations qui y donnent lieu; des troubles dans les manifestations intellectuelles peuvent même en être les conséquences, aussi voit-on certains individus délirer à l'occasion du plus léger état fébrile. Les mouvements en général sont, dans les névraxémies modérées, plutôt affaiblis que rendus plus énergiques. Toutefois, si l'hyperémie encéphalique est très-légère, ils peuvent être rendus plus actifs et plus faciles. Cela se voit, par exemple, lorsqu'une vive passion chez des personnes excitables est la source de congestions vers le cerveau. Lorsque celles-ci deviennent très-intenses, il y a souvent de l'assoupissement (coma, carus) (1) et une perte plus ou moins complète des mouvements. *De tels phénomènes sont dus sans doute à la compression qui résulte pour l'encéphale de la quantité de sang qui y est portée en trop grande quantité* (n° 11768).

11781. Dans les cas d'encéphalémie, presque toujours les artères du cou battent avec force; on ne trouve pas d'indice de rétrécissement du cœur dont le ventricule gauche est le plus souvent volumineux, épais et énergique, et dont les viscères contiennent ordinairement de notables quantités de sang; les veines jugulaires ne sont pas très-distendues.

11782. Les symptômes de l'hyperémie myélorachidienne sont trop peu connus et trop analogues à ceux de la rachisomyélite dont ils semblent constituer le degré le plus faible, pour que nous reproduisions ici: soit la description que nous en avons donnée dans le Traité de Diagnostic (n° 4554), soit celui qui va être exposé lors de l'étude de la rachisomyélite.

11783. *L'hémostasie encéphalique* (n° 11779) n'est pas le plus ordinairement accompagnée de symptômes aigus, ni de battements pulsatifs dans la tête. Dans ces cas: la face et le cou sont en général plus ou moins livides, et les veines y sont distendues. Souvent il y existe des rétrécissements cardiaques, des cardiasies à droite, une pneumonémie hypostatique; les phénomènes d'excitation précédemment signalés (n° 11780) y manquent d'une manière plus ou moins complète; tout au contraire l'affaiblissement des perceptions, des facultés intellectuelles ou des mouvements; le coma, le carus, s'y prononcent avec plus d'énergie.

11784. Les deux états organopathiques précédents (nos 11780, 11783, 11779) ne sont pas le plus souvent séparés l'un de l'autre au

(1) Voyez dans le Dictionnaire des Sciences Médicales, l'article Maladies soporeuses, écrit par nous en 1818, t. 30, p. 312.

point où les descriptions précédentes porteraient à le faire croire. On observe parfois des états intermédiaires à l'un et l'autre, et nous n'avons parlé ici que des cas extrêmes. Il suffit souvent qu'il y ait stase vers les veines encéphaliques pour qu'il y ait congestion artérielle plus forte, et l'abord considérable du sang vers le cerveau peut, à la longue, causer une hémostasie encéphalique. Ne tombons pas, comme tant d'autres le font, dans cette malheureuse manière de décrire des tableaux de *maladies fixes* et bien limités, tandis que le plus souvent ils ne sont nettement tracés que dans l'imagination des auteurs.

11785. Les caractères des hémostasies céphaliques et rachisomyéliques sont trop peu connus pour qu'il soit possible de les indiquer ici; ils se composeraient nécessairement de ceux qui sont propres au rachisomyèle (n° 11763, 11770), et des symptômes en rapport avec les hémostasies cardiaques (n°s 1728, 1844), pulmonaires (n° 6773, 6845), dermiques, etc.

Phénomènes propres aux congestions partielles.

11786. Indépendamment des phénomènes qui caractérisent les encéphalémies en général, il existe des symptômes en rapport avec la souffrance de chaque partie isolée de la masse nerveuse intra-crânienne; ainsi, dans les hyperémies d'un hémisphère, il y a des accidents sensoriaux ou moteurs (n° 11780) dans l'autre côté du corps; ainsi les portions du névraxe qui correspondent aux nerfs des sens déterminent dans les fonctions de ceux-ci des troubles remarquables; ainsi, fréquemment l'hyperémie des corps striés modifie les mouvements des extrémités inférieures, tandis que celles des couches optiques troublent souvent les actions motrices des membres thoraciques.

11787. D'après ce qui précède, dans certains cas de simple hyperémie hémisphérique d'un côté il peut y avoir dans le côté opposé du corps : amyosthénie (paralysie), anomyosthénie (convulsions), vue d'objets rouges ou brillants, tintements d'oreilles, etc., et en effet, l'on observe quelquefois de tels faits. Or, des phénomènes du même genre ont lieu dans les hémorrhagies, dans les encéphalites, et même dans les hypémies encéphaliques occupant les mêmes parties, et de là résultent de grandes difficultés dans la diagnose, difficultés sur lesquelles nous insisterons alors que nous aurons à parler des hypémies, des hémorrhagies, des phlegmasies et des malaxies céphaliques.

11788. La congestion cérébrale n'étant pas en définitive une

unité morbide, il en résulte que sa marche est bien loin d'être toujours identique. Tantôt, l'encéphalémie se déclare d'une manière brusque. Il en arrive ainsi lorsque chez un sujet panhyperémique surviennent des circonstances qui, telles qu'une vive émotion morale et qu'un coup porté sur la tête, augmentent brusquement l'afflux du sang vers l'encéphale. On l'a vu encore se manifester presque instantanément à l'occasion d'un violent effort : l'hémostasie encéphalique se prononce aussi d'une manière très-prompte, alors que des obstacles gênent brusquement la circulation aortique ou cardiaque; mais le plus souvent c'est peu à peu, et sous l'influence de phénomènes organiques variés se développant avec lenteur, tels par exemple, qu'une panhyperémie, ou qu'une hypocardiosthénie (diminution dans la contraction du cœur), que dans un temps plus ou moins long se déclarent successivement les accidents encéphalémiques. Nous ne pouvons donc encore ici, pour tracer la marche de la congestion cérébrale artérielle et veineuse, établir un tableau fixe et invariable, et nous nous bornerons à dire que cette marche varie autant que sont diverses les circonstances nombreuses qui lui donnent lieu.

11789. *L'encéphalémie, bien plus rarement qu'on ne pourrait le croire, est suivie d'hémorrhagie, de phlegmasie ou de ramollissement. Elle survient très-fréquemment comme complication dans un très-grand nombre d'autres états morbides.* *

Étiologisme, pathogénisme.

11790. Les causes organiques principales des hyperémies encéphaliques sont toutes celles qui favorisent l'afflux du sang vers la tête, et telles sont, par exemple : 1° une excitation vive et habituelle du cerveau; 2° des impressions morales et des affections très-vives de l'âme; 3° une forte contention d'esprit; 4° un cœur robuste dirigeant avec énergie, et par des artères larges, le sang vers l'encéphale; 5° une brièveté du cou qui rapproche du cerveau le centre circulatoire; 6° la position habituellement déclive de la tête; 7° la panhyperémie, et cela tout aussi bien dans les cas d'hydrémie que dans ceux où le sang est à l'état normal; 8° les toxémies (n° 4287), produites par certains agents, tels que l'alcool, qui ont sur les centres nerveux une action délétère élective; 9° le développement exagéré de l'encéphale et de ses vaisseaux, comparativement à celui des autres parties du corps; 10° des obstacles au cours du sang occupant un point de l'appareil circulatoire situé au delà des artères carotides (en effet, dans un tel cas la plus grande partie des liquides circulants

est portée vers l'encéphale); 11° l'épidiaphratopie (n° 4002) qui donne lieu à des phénomènes du même genre, etc. — Les causes qui favorisent ou déterminent les hémostasies encéphaliques sont en général toutes celles qui mettent obstacle au retour du sang vers le cœur, telles sont en effet : 1° une sténosie de la veine-cave supérieure produite par une aortasie (n°s 2256, 2264), par une autre tumeur (n° 3441), par une hémoplastie, etc.; 2° une sténosie aortique ou cardiaque (n° 1633); 3° des artério ou des cardiolithies (n° 2047); 4° une cardiasie (n° 1691); 5° une acardiosthénie (n° 2131) portée très-loin; 6° des hémoplasties cardiaques; 7° une bronchorrhée ou une angiagraphosie (n° 5967) donnant lieu à de graves altérations dans la circulation pulmonaire; 8° toute hypoxémie produisant le même effet; 9° la position déclive de la tête longtemps continuée, etc.

11791. Les circonstances, tenant à la manière de vivre ou à l'organisation, qui favorisent le développement des états pathologiques qui viennent d'être signalés (n° 1790), deviennent les causes prédisposantes des névraxémies ou des hémostasies névraxiques.

11792. Toute circonstance organique, tout état pathologique existant dans le névraxe ou près de lui, et qui y active ou y gêne la circulation (les blessures, la compression (n° 11762), les hémorragies (n° 11768), etc.), sont aptes à y déterminer une hyperémie soit générale, soit partielle. Il résulte manifestement de ce qui précède (n°s 11773, 11788), d'une part, que la manière dont en général on étudie la congestion cérébrale est très-fautive, et de l'autre, que la névraxémie ne constitue en rien une unité morbide.

Divisions à établir entre les diverses névraxémies.

11793. Comme nous l'avons fait pour les pneumonies (n° 6864), il faut distinguer les congestions du cerveau en diverses catégories dont les principales sont convenablement désignées par les dénominations suivantes assez expressives par elles-mêmes pour que nous nous abstenions d'en donner l'explication : 1° névraxémie : traumatique (n° 11756), panhyperémique (n° 11779), toxémique (n° 4288), etc. 2° névraxémie : hypostatique (n° 11779), acardiosthénique (n° 2131), angiagraphosique (n° 5967), épidiaphratopique (n° 4002), etc. L'utilité de ces distinctions est incontestable, car elles reposent sur les principales indications thérapeutiques. — C'est parce que depuis longtemps on avait très-bien saisi quelques-unes des différences existant entre ces diverses espèces de congestions que l'on avait divisé celles-ci en *actives* et en *passives*, c'est-à-dire en celles qui étaient

produites par excès et par défaut d'action vitale. Cela valait déjà mieux que de considérer la névraxémie comme entièrement unitaire ; une telle division est cependant très-incomplète ; nous avons cherché, dans le Traité de Diagnostic, à mieux préciser les faits en nous servant des mots : *artérielles* pour les congestions actives, et *veineuses* pour les hémies passives. Mais cette distinction n'en était pas moins insuffisante en théorie et en pratique.

Durée, prognose, terminaisons, etc.

11794. La névraxémie n'ayant pas une marche propre (n° 11790), n'a pas non plus une durée fixe. Dans bien des cas, accompagnant ou suivant d'autres états pathologiques (blessures, commotion, tumeurs, hétérotrophies), sa durée est alors subordonnée aux phases diverses de ces affections ; elle forme fréquemment l'élément le plus apparent d'une maladie complexe, et c'est ce qui a lieu dans certains cas rapportés à des névraxites ; elle ne cesse parfois alors qu'au moment où le ramollissement, la suppuration et même la mort sont survenus.

11795. La névraxémie précède parfois d'autres états pathologiques, ou du moins il paraît en arriver ainsi : par exemple, il y a tout lieu de penser que les hémorrhagies sont fréquemment précédées de congestions tantôt artérielles ou hypercardiosthéniques, et tantôt veineuses ou stasique (n° 11783). La névraxémie, encore une fois, n'a pas nécessairement l'hémorrhagie pour conséquence ; trop de praticiens admettent qu'il en est ainsi ; de là des applications de sangsues, de là des saignées qu'ils pourraient souvent épargner aux malades. Dans le plus grand nombre des cas, en effet, certaines congestions encéphaliques ont lieu sans qu'il se forme ensuite des foyers sanguins, et ceux-ci, résultats de ruptures ou de lésions profondes dans le tissu névrique, se déclarent brusquement sous l'influence d'une violente impulsion du cœur, et sans être précédés de troubles locaux de circulation. La gravité des névraxémies est bien loin d'être toujours la même ; ce qui vient d'être dit suffit pour que l'on puisse se faire une idée du degré de danger qu'offriraient les cas particuliers qui pourraient se présenter.

Thérapie.

11796. Dans la pratique vulgaire, alors que l'on voit survenir des symptômes attribués à tort ou à raison à l'encéphalémie, on ne manque pas d'avoir recours : aux évacuations sanguines (saignées, sangsues, ventouses scarifiées) ; aux moyens dits dérivatifs (bains de

pieds, sinapismes, drastiques, etc.). Quand on agit ainsi par rapport à la congestion encéphalique isolément considérée, on est à coup sûr dans le vrai, et l'on ne peut trop insister alors sur l'emploi des évacuations sanguines générales et locales. Celles-ci seront d'autant plus abondantes et plus réitérées, que la congestion sera plus forte, plus étendue et qu'elle aura lieu chez un individu plus panhypérémique. Mais lorsque considérant les faits dans leur ensemble, on recherche quelles sont les indications réelles à remplir, on voit, au contraire, qu'il convient, le plus souvent, de combattre les états pathologiques dont la névraxémie est la conséquence. Voici sur quelles bases la thérapie doit ici reposer.

11797. La névraxémie considérée en elle-même exige d'abord l'emploi des moyens capables de ralentir ou de diminuer l'afflux du sang vers la partie malade. — Le cerveau dans le cas d'encéphalémie, le rachisomyèle s'il s'agit d'une congestion de cet organe, la région du névraxe, quelle qu'elle soit, où les symptômes porteront à croire qu'il existe une congestion partielle seront, par rapport aux autres régions du corps, tenus aussi élevés que possible. *La tête, dans la céphalémie, sera placée tout à fait en haut, tandis que le tronc, les membres pelviens et même thoraciques seront situés le plus en bas possible. Pour les congestions myéliques ou céphalioniques (n° 11785), le coucher sur le côté ou le ventre seraient indiqués ; pour celles de l'un des hémisphères, il faut faire reposer la tête sur le côté opposé à celui où le mal a son siège.* — En même temps, on posera des ligatures au-dessous des genoux, des coudes, et l'on aura recours aux bains locaux : des avant-bras et des mains ; des jambes et des pieds tenus suspendus dans l'eau chaude. — On appliquera de très-larges ventouses sur les mêmes parties. — On apposera sur la région hyperémisée, des corps froids, tels que des vessies remplies de glaces pilée ou des cataplasmes cartons (proposés par M. le docteur Blanchet), imbibés d'eau à 0 de température. — En même temps que le corps sera plongé dans un bain chaud, on fera pratiquer des douches, ou des aspersions froides sur la partie congestionnée, etc.

11798. On évitera dans le traitement des névraxémies, les causes stimulantes qui peuvent exciter la partie du névraxe malade ; exemples : pour le cerveau : les travaux de cabinet, les fortes contentions d'esprit, les impressions morales vives, l'excitation des organes des sens ; pour le rachisomyèle : les exercices musculaires excessifs, et l'acte génital. Dans les cas très-chroniques, et alors

qu'ils sont exécutables, les longues promenades et les autres exercices gymnastiques peuvent être utiles.

11799. On diminuera autant que possible (mais en tenant compte des états organiques coexistants, et notamment des proportions et des qualités du sang) les quantités de liquides en circulation, et cela au moyen des antiphlogistiques (n° 11796), de purgatifs et d'émétocathartique. — L'application des vésicatoires et des sinapismes aux extrémités inférieures peut avoir quelquefois de l'utilité ; mais pourvu qu'il n'y ait pas une trop grande excitation du malade, et surtout de délire. — On se règlera dans l'insistance que l'on mettra à employer les moyens évacuants sur la marche du mal et sur sa gravité ; par exemple, il faut à peine agir dans un grand nombre de cas où la névraxémie n'est pas dangereuse, et se dissipe en quelque sorte d'elle-même. Telles sont les encéphalémies qui surviennent aux jeunes filles, aux femmes qui, alors que les règles commencent à devenir moins régulières et moins abondantes, éprouvent une panhyperémie légère et habituelle ; telles sont encore les congestions du névraxe qui suivent l'épilepsie, l'hystérie, la variolosémie, etc. — Par contre il est urgent d'avoir recours à la médication la plus énergique lorsqu'on a affaire à un individu panhyperémique de 50 à 75 ans, et qui porte une hypercardiotrophie, sans sténosie cardiaortique (surtout s'il existe en même temps des ossifications dans les vaisseaux) (n° 2047). — Ces généralités sur le traitement des névraxémies ne peuvent avoir de valeur pratique que si l'on modifie leurs applications en raison des cas en rapport avec les distinctions précédemment indiquées (n° 11779). Dans la traumanévraxémie, il faut, s'il se peut : enlever les corps étrangers, mettre les parties des centres nerveux mis à nu à l'abri du contact de l'air ; prévenir l'absorption des liquides altérés, etc. — Dans la névraxémie panhyperémique, on doit insister sur un régime sévère et sur l'emploi des évacuations sanguines directes (saignées, ventouses, etc.), ou indirectes (purgatifs, etc.). — Dans les congestions encéphalomyéliques de cause toxémique, il est urgent de combattre l'action de l'agent toxique qui a altéré le sang (n° 4343). — Dans la névraxémie hypostasémique, il est indispensable de tenir la partie congestionnée plus élevée que les autres régions du corps. — La cause du mal est-elle hypocardiosthénique ? Il faut songer à remédier à la diminution survenue dans l'action du cœur. — Dans la névraxémie résultat de la présence de l'écume dans les voies de l'air, on songera surtout à

empêcher les liquides de se former dans les bronches et les évacuer (n° 6025). — Quand une épidiaphratopie cause les accidents, l'indication urgente est de remédier au grand volume du ventre, et à la gêne de la respiration qui en est la conséquence (n° 4006), etc.

11800. Tels sont les vrais principes du traitement des congestions cérébrales et rachidiennes ; encore une fois (n° 11796), ils diffèrent infiniment des bases sur lesquelles on établit en général la curation de telles affections ; sans cesse à la suite des tableaux que les auteurs en ont tracés, on trouve placés les mots : Saignées, dérivatifs, révulsifs, etc. Ce n'est pas là faire de la médecine pratique rationalisée ; c'est suivre une routine aveugle qui se prête sans doute à une statistique illusoire, mais fort peu à la raison et à la véritable expérience ; c'est faire une sorte de chaos scientifique qui ne vaut pas beaucoup plus que l'homéopathie ; toutes les fois, en effet, que l'on sort de l'étude attentive des indications organiques pour entrer dans un empirisme grossier, on est en dehors des vérités médicales utiles.

CHAPITRE IV.

HYPONÉVRAXÉMIE OU HYPÉMIE NÉVRAXIQUE. — Diminution dans l'abord du sang vers les centres nerveux, cerveau, moelle, etc.

ANÉVRAXÉMIE OU ANÉMIE NÉVRAXIQUE. — Défaut de sang dans les centres nerveux.

ACÉPHALÉMIE OU ANÉMIE ENCÉPHALIQUE. — Défaut de sang vers le cerveau, évanouissement, syncope, lypothymie, etc.

11801. Les pathologistes en général se fondant sur les idées de Bichat ont longtemps rapporté à l'affaiblissement ou à la suspension des battements du cœur les phénomènes de l'évanouissement. Nous avons prouvé depuis longtemps (1826) que cet organe pouvait battre avec la plus grande énergie et avec une extrême régularité, bien qu'une lypothymie se manifestât, et qu'il suffisait que le sang, par une cause quelconque, cessât d'arriver à l'encéphale pour que cet accident se déclarât. Depuis, ce fait en physiologie est généralement admis. Mais au point de vue pathologique les praticiens, au lieu de considérer la syncope comme une hypocéphalémie ou comme une

encéphalémie liées à divers états morbides, ont continué à étudier et à traiter l'évanouissement comme *une* maladie; aussi quand il s'agit de traiter cet état pathologique, a-t-on encore recours à des médicaments spéciaux. On formule le plus souvent des recettes pour remédier à la lypothymie, et l'on ne consulte presque jamais, quand il s'agit d'établir un traitement convenable, les circonstances organiques qui donnent lieu à cet accident. — Ce n'est pas seulement au point de vue de la syncope qu'il convient d'étudier l'hypémie ou l'anémie encéphalique ou rachisomyélique; mais dans un grand nombre d'états morbides, la diminution dans la circulation névraxique joue un rôle de première importance. Il en est ainsi : 1° Dans certains délires qui surviennent soit à la suite de lésions chroniques; soit sous l'influence de l'abstinence continuée; 2° dans quelques orgasmes océiques (aiguës), alors que se manifestent des mouvements spasmodiques, des soubresauts de muscles (et non pas de tendons, comme on le dit); 3° dans la convalescence d'une foule d'affections qui ont donné lieu à des pertes abondantes de liquides; 4° dans la diminution apparente de l'intelligence et dans l'affaiblissement des mouvements musculaires, alors que des maladies de long cours ont eu lieu; 5° dans les convulsions qui frappent les jeunes enfants qui ont été largement saignés; 6° dans les troubles fonctionnels dont les organes nutritifs (cœur, estomac, intestin, vessie, etc.) ont le siège, alors que certaines affections lentes ont eu pour conséquence la déperdition successive d'une grande proportion de liquides; 7° dans les phénomènes ultimes de l'agonie, lorsque le sang arrivant plus ou ne parvenant qu'en faible proportion au névraxe, les accidents mortels en résultent, etc.

11802. On voit donc combien nous sommes dans le vrai en étudiant avec soin l'hypémie ou l'anémie névraxique, et combien ces auteurs en général ont eu tort de glisser en quelque sorte sur la pathologie de faits aussi importants. Nous ne voulons ni innover, ni nous singulariser; nous cherchons la vérité et nous ne ménageons pas les amours-propres lorsqu'il s'agit de démontrer des vérités utiles.

Nécroganographisme dans l'hyponévraxémie.

11803. Sur les individus qui viennent de succomber à la suite d'hémorrhagies très-abondantes, on ne trouve pas le névraxe exsangue au point où l'on pourrait d'abord le penser (n° 11803); les veines et les capillaires contiennent encore du sang, et la substance cérébrale et le myélique a conservé son aspect accoutumé. Ce fait est la consé-

quence de l'influence de la pression atmosphérique, qui ne permet pas aux vaisseaux du crâne et du rachis de se vider des liquides qu'ils contiennent (n° 11803). Quand, au contraire, la panhypémie s'est lentement prononcée, comme il en arrive à la suite de l'abstinence prolongée ou des affections chroniques qui ont fait perdre des matériaux nutritifs ou ont empêché la réparation de ceux-ci, alors le névraxe est tout à fait pâle, et contient à peine du sang dans ses vaisseaux. En même temps la masse nerveuse qui a souvent perdu de sa consistance est gorgée de sérosité et présente peu de volume. La proportion de substance solide et liquide qui alors se trouve en moins dans le névraxe est remplacée par un fluide céphalorachidien abondant (n° 11762). Si le malade qui porte de tels états organiques vient à succomber avec des convulsions au moment où la tête est élevée, cette mort est due à un défaut d'abord du sang vers le cerveau, et cependant en général on ne manque pas de la rapporter : soit à une *hydrencéphalie* aiguë, soit même à une *apoplexie* nerveuse. Nous avons décrit, à l'occasion de la panhypémie (n° 3830), une observation dans laquelle le névraxe, à la suite d'une abstinence volontaire et prolongée, ne contenait pas de sang (n° 3887).

11804. Nous n'avons pas plus que d'autres étudié l'hypémie ou l'anémie bornée et circonscrite à quelques points des masses névraxiques, telles que le cervelet, le rachisomyèle, etc. Il y aurait à ce sujet d'utiles et difficiles recherches à faire. Nous avons seulement observé un fait nécroscopique dans lequel l'artère vertébrale oblitérée par des caillots, et cela, soit au canal du rachis où elle est logée, soit dans le crâne, avait dû nécessairement empêcher l'abord du sang vers le cervelet. Celui-ci fut trouvé ramolli. Nous reviendrons sur cette observation lors de l'étude des névraxomalaxies. Dans l'anhypémie encéphalique comme dans les hémies névraxiques il faut, par les raisons détaillées au n° 11792, etc., bien s'enquérir des états pathologiques que peuvent présenter les appareils circulatoires et respiratoires ; car ils ont la plus grande influence sur la pathogénie de l'anémie névraxique, et par conséquent sur son traitement.

Biorganographie, symptomalogisme.

11805. Les seuls caractères biorganographiques de l'hypémie ou de l'anémie encéphalique consistent : d'une part, dans la faiblesse ou dans l'absence des pulsations de l'artère carotide ; de l'autre, dans la vacuité des veines jugulaires, et dans la lenteur avec laquelle le sang y parvient alors qu'on les comprime vers le thorax ; enfin

ans la pâleur, soit de la face, soit même des autres parties du corps. On ne connaît aucun caractère physique absolu qui puisse faire reconnaître la diminution ou la cessation de la circulation brachysomyélique.

Symptômes de l'hypencéphalémie.

11806. Un sentiment vague de défaillance et de vacuité dans le cerveau; des étourdissements, des vertiges, des éblouissements; des troubles dans la perception des sensations optiques et acoustiques; un affaiblissement marqué dans les manifestations de l'intelligence, et quelquefois des objets fantastiques se présentant à l'imagination et donnant lieu à des hallucinations analogues aux rêves; une extrême débilité des muscles, parfois des mouvements convulsifs et épileptiformes; de la diminution dans l'action du cœur, et par conséquent dans les battements des artères; le ralentissement pendant quelques instants des mouvements inspireurs, etc., tels sont les principaux accidents de l'*hypencéphalémie* (diminution dans la circulation cérébrale) ou syncope incomplète. Sous son influence, les fonctions nutritives languissent, la digestion, par exemple, est difficile, les sécrétions faibles, les excrétions parfois sont nulles, et ailleurs, si le cas est aigu, s'opèrent brusquement, à la suite de contractions instantanées dans les fibres musculaires des organes qui en sont chargés.

11807. Dans l'*anémie encéphalique* les symptômes précédents sont portés jusqu'à l'abolition ou à la suspension momentanée des sensations, des perceptions des mouvements musculaires, et des fonctions départies aux organes circulatoires ou respiratoires. Pour bien constater la cessation des pulsations cardiaques et artérielles, il est urgent ici d'avoir recours non-seulement à la palpation, mais encore à l'auscultation qui, dans une multitude de cas, permet encore de distinguer des battements obscurs du cœur, alors que l'application de la main porterait à croire que cet organe a complètement cessé de se mouvoir; ici, les organes excréteurs, par suite de la souffrance cérébrale ou myélique, se livrent brusquement à des mouvements involontaires, d'où résulte l'évacuation spontanée de l'urine, des fèces, et plus rarement celle des matières contenues dans l'estomac.

11808. Les signes physiques indiqués dans le paragraphe 11805 sont très-insuffisants. D'une part, en effet, la circulation peut être très-active dans les artères vertébrales, tandis qu'elle l'est peu dans

les carotides, et alors la circulation encéphalique continuera avec plus d'énergie que d'abord on ne l'aurait supposé; de l'autre, les veines jugulaires internes ne sont pas assez appréciables aux sens pour que l'on puisse toujours saisir la manière dont le retour du sang s'y accomplit; quant à la pâleur de la face, elle a lieu sous l'influence de circonstances si nombreuses, si variées, si indépendantes de l'hypémie dont l'encéphale peut être frappé, qu'un tel fait a bien peu de valeur. Sans doute la réunion des caractères précédents (n° 11806), et surtout leur rapprochement des phénomènes physiologiques liés comme symptômes à l'hypocéphalémie, ont de l'utilité comme diagnose; mais enfin séparés et même réunis entre eux, ils ne peuvent suffire pour démontrer l'existence d'une hypémie encéphalique. — Bientôt, à l'occasion de l'étiologisme et du pathogénisme, nous parlerons d'un signe en partie physique, en partie fonctionnel, fort important et très-propre à distinguer les uns des autres les cas où il y a trop de sang vers l'encéphale, et ceux où il n'y en a pas assez (n° 11818).

Marche.

11809. Ordinairement, dans les cas aigus, les malades éprouvent tout d'abord des nausées et des vomissements (ces symptômes sont dus sans doute à l'influence que la portion du mésonèvre correspondant à la huitième paire éprouve lorsque le sang n'y aborde plus, ou n'y parvient qu'en proportion insuffisante); en même temps la face et les autres parties du corps pâlisent brusquement, puis se déclarent : le sentiment de malaise, les étourdissements, la perte de connaissance, parfois des mouvements convulsifs, et enfin tous les accidents qui viennent d'être indiqués (n° 11806). Bientôt le malade privé de sentiment, d'intelligence, de mouvement, et chez lequel le pouls et les battements du cœur sont à peine appréciables, paraît ne plus exister; mais après un temps assez court, quelques bâillements suspirieux se manifestent, le pouls se ranime, la perception a lieu, d'abord incomplète, puis entière; il semble que l'on sorte d'un rêve et que l'on revienne à la vie. Souvent on éprouve alors une vive accélération dans les battements du cœur et la sensation d'une augmentation dans la température; enfin tous les accidents se dissipent, à moins que la panhypémie (n° 3838) ne soit extrême, ou que, par une cause quelconque, le sang continuant à ne pas aborder convenablement au cerveau, les syncopes se renouvellent.

11810. Telle est l'hypémie océique (aiguë) de l'encéphale, telle qu'elle est décrite sous le nom de *syncope*; mais cet état

pathologique est susceptible de se présenter avec d'autres nuances dont on n'a pas assez tenu compte. — En effet, dans beaucoup d'affections de longue durée, et ayant entraîné une grande déperdition de liquides, chez les gens longtemps soumis à l'abstinence ou à un régime débilitant, chez ceux encore qui éprouvent des hémotaxies névraxiques consécutives à quelques troubles dans la circulation générale (aorto et cardiosténoses, etc.), ou dans la respiration (angiaïremphraxies, etc.), on voit souvent survenir : soit une diminution marquée dans les actions sensoriales, physique et motrice; soit de la langueur dans les fonctions des viscères chargés de la nutrition, et ces accidents sont les conséquences fréquentes d'une hypémie lente du névraxe. Dans ces cas chroniques, les lypothimies se renouvellent souvent d'une manière fréquente. — La plupart des phénomènes précédents sont le plus souvent consécutifs à l'hypémie générale; mais ils sont surtout le résultat d'une diminution marquée dans la circulation cérébrale.

Délire, suite de l'hypémie encéphalique.

11811. On voit chez un grand nombre d'individus à constitution névrique et irritable, survenir à la suite de l'abstinence ou de l'alimentation insuffisante longtemps continuées, un délire dont le caractère varie et qui cède avec une grande promptitude à l'alimentation. Ce délire a quelquefois lieu : à la suite des couches; chez les gens affaiblis ou qui sont atteints d'hypémie pendant le cours de fièvres graves. Tout porte à croire qu'un tel trouble de l'intelligence est dû à une hypémie encéphalique. Il en arrive encore ainsi pour certaines convulsions des enfants débiles ou hypémiés. Nous reviendrons ailleurs sur de tels faits qui sont, en pratique, du plus haut intérêt. — Probablement le rachisomyèle est susceptible d'éprouver aussi un ralentissement ou un arrêt de circulation. C'est à cette circonstance qu'il faut peut-être rapporter : soit les troubles dans l'action des organes respiratoires et circulatoires; soit les contractions involontaires auxquelles se livrent, lors des souffrances myéliques, la vessie et le rectum. C'est du reste exclusivement par analogie que nous sommes conduits à admettre une telle explication.

Durée.

11812. Le temps pendant lequel dure l'hypémie ou l'anémie névraxique varie autant que les nombreuses circonstances qui leur donnent lieu sont elles-mêmes diverses. L'évanouissement survenu sous l'influence de causes légères, telles que des impressions mo-

rales, dure quelques moments et n'a aucune gravité; les syncopes qui surviennent à l'occasion d'obstacles mécaniques et persistants à la circulation sont fort graves, durent plus longtemps et se terminent quelquefois par la mort. L'ensemble des considérations établies dans ce chapitre, suppléera à tout ce que nous omettons à dessein relativement à la durée, à la terminaison et à la prognose de l'hypémie névraxique.

Pathogénisme, étiologisme.

11813. Le défaut de connaissances en physiologie, l'espèce de dédain pour l'expérimentation que semblaient professer les médecins, les avaient conduits à étudier empiriquement la syncope et à en chercher par routine le remède, et ne leur avaient pas permis de s'élever à l'interprétation des phénomènes qui la constituent. Frappé du vague qui, en 1824, régnait sur ce sujet, nous nous livrâmes à une série d'investigations publiées dans plusieurs mémoires. Ceux-ci furent d'abord lus à l'Académie de médecine; ils furent ensuite insérés dans divers journaux, et en 1832, dans le *Procédé opératoire de la percussion* (n° 351). Voici l'analyse de ce travail, qu'il nous est impossible de ne pas reproduire en partie à l'occasion de l'hypémie et de l'anémie encéphaliques.

Expériences sur la syncope ou hypémie encéphalique. Influences de la pesanteur sur le cours du sang.

11814. Après avoir étudié expérimentalement sur les animaux et sur l'homme l'influence que les pertes de sang peuvent avoir, nous avons recherché quelles sont les quantités de ce liquide qui, comparativement au poids du corps, sont susceptibles d'être évacuées sans inconvénient (n° 11818). Nous avons alors établi en quelque sorte sur des chiffres cette partie de la thérapie, et cela dans le même esprit qui nous a conduit plus tard à dessiner les organes pendant la vie. *C'est de cette sorte que nous avons cherché, dès 1825 et 1826, à poser les bases de la médecine véritablement exacte et positive dont nous croyons sincèrement avoir été le premier promoteur.* Or, nous avons observé les faits suivants :

11815. Sur deux chiens qui furent soumis à une hémorrhagie excessive, il survint une syncope dont la mort fut le résultat. Ces animaux avaient été constamment tenus dans une position horizontale; en vain éleva-t-on le train de derrière pour ramener le sang vers la tête, ils ne reprirent pas connaissance et moururent. (Expér. 1^{re} et 2^e, n°s 352, 353, du *Proc. opér.*). — Un chien pesant 15 ki-

logrammes 500 grammes, rendu très-hypémique par la perte de près de 1500 grammes de sang faite en quatre jours, éprouva à la dernière saignée, *alors qu'on le plaça dans la position verticale*, une respiration stertoreuse et des mouvements convulsifs, l'urine et les fèces furent expulsées involontairement. « Le cœur ne battait plus. On mit la tête dans une position déclive; ces phénomènes disparurent bientôt. » Trois fois ces expériences furent renouvelées, trois fois les accidents en rapport avec les positions diverses se renouvelèrent. La quatrième fois le cerveau fut placé plus bas que le reste du corps, il n'y eut pas d'amélioration dans l'état du chien, et quelques mouvements convulsifs précédèrent la mort. On trouva encore du sang dans le cerveau, mais en petite quantité. (*Ibid*, expér. 4^e, n° 356.) — Sous l'influence de la perte de 750 grammes de sang tiré par l'incision des jugulaires, un chien pesant 18 kilogrammes 500 grammes n'éprouva pas de syncope, mais elle eut lieu quand on en fit couler 130 gram. de plus : alors, *on abaissa la tête*, l'hémorrhagie qui s'était arrêtée reparut à l'instant, et en même temps l'animal respira de nouveau; on put saisir les battements du cœur et bientôt la connaissance revint. On souleva alors la tête en tenant le chien verticalement; soudain des contractions tétaniques eurent lieu, et les battements du cœur ne furent plus appréciables, *la tête fut mise alors de niveau avec le tronc*; et tout d'abord il y eut des mouvements de respiration et retour; soit des battements du cœur, soit de la connaissance. Le lendemain l'animal ayant beaucoup mangé on fit une nouvelle saignée de 400 grammes qui ne fut pas suivie de syncope. Le sang coulant encore, on plaça le chien dans une position verticale, l'hémorrhagie cessa brusquement, les battements du cœur devinrent imperceptibles, des mouvements convulsifs se déclarèrent, etc.; alors on abaissa la tête, 60 grammes de sang s'échappèrent encore; les accidents se dissipèrent; on arrêta l'hémorrhagie, le chien mourut dans la nuit; on trouva très-peu de sang dans les vaisseaux du crâne et du rachis. Cet animal avait perdu en quatre jours un peu plus de 2 kilogram. de liquides (5^e expér., n° 363). — Un chien de chasse robuste, pesant 17 kilogrammes 500 grammes, perdit par l'ouverture des jugulaires et sans qu'il survînt de syncope, un kilogramme de sang. On ouvrit les artères crurales et l'on tira encore 290 grammes de ce liquide. *La tête était tenue un peu déclive, mais les extrémités étaient encore plus basses qu'elle*; alors, il sembla que l'animal était mort. Dans ces circonstances on le plaça dans une situation hori-

zontale, c'est-à-dire que les extrémités furent mises de niveau avec la tête, ce qui favorisa l'abord du sang vers cette partie, et quelques mouvements inspireurs se prononcèrent. Alors, on éleva la tête, un peu de sang coula; une syncope et la mort en furent immédiatement les résultats causés par la perte en quelques minutes de 1500 grammes de sang. (Expér. 6^e, n^o 372.) — Un chien de vingt mois pesant 11 kilogrammes perdit rapidement par l'ouverture d'une veine jugulaire 420 grammes de sang; il y eut tout d'abord une défécation spontanée. Le lendemain, l'animal n'ayant bu que de l'eau fut encore soumis à une saignée de 320 grammes. Il tomba, respira péniblement. Huit minutes après, il se releva et marcha. Le surlendemain 260 grammes de sang furent de nouveau extraits; pendant que la tête était maintenue élevée, l'hémorragie s'arrêta spontanément; le chien fit de violents efforts, puis aussitôt qu'on l'abandonna à lui-même il tomba sur le flanc droit. On tira encore par l'ouverture de l'artère fémorale 90 gram. de sang; la respiration devint alors stertoreuse, les mouvements du cœur se précipitèrent, et bientôt devinrent imperceptibles; l'animal mourut après avoir éprouvé quelques contractions tétaniques. Les résultats nécroscopiques furent analogues à ceux du sujet de l'expérience 5^e. (Expér. 7^e, n^o 374.) — Un chien très-fort, pesant 14 kilogram. 500 gram., perdit : 475 gram. de sang par l'ouverture de l'une des veines jugulaires; puis 250 grammes de ce liquide par la section de l'autre. Alors la respiration devint très-petite, presque insaisissable, l'animal parut très-faible, il tomba comme s'il était mort; on éleva les extrémités postérieures, le chien se soutint bientôt sur ses pattes et marcha; il perdit encore du sang, urina, fut incapable de se tenir sur ses membres, se ranima alors qu'on le souleva en lui soutenant le tronc; mais la respiration devint suspireuse, convulsive, râlante, et les mouvements du cœur inappréciables. On éleva fortement la tête, l'animal rendit les fèces, parut mort; on l'ouvrit sur-le-champ. Le cœur battait et le sang jaillissait fortement par l'incision; on en recueillit 124 gram. qui étaient contenus dans les vaisseaux du thorax. (Observ. 9^e, n^o 381.) — Un chien griffon pesant 3 kilog. 500 gram., que l'on priva de nourriture, perdit le 10 janvier 124 gram. de sang, puis le 12, 92 gram., le 13, 124 grammes; alors le rectum se vida spontanément, mais l'animal se soutint facilement encore sur les jambes de derrière; le 15, on obtint l'issue rapide de 100 grammes de sang; alors les battements du cœur s'affaiblirent; l'animal jeta un cri, fut atteint de

contractions tétaniques, et pendant deux minutes cessa de respirer. *On éleva les extrémités postérieures*; après quelques secondes, retour apparent à la vie, rétablissement de la respiration et des battements du cœur; le chien se souleva, fit quelques pas, puis tomba comme inanimé, *on releva le train postérieur*, la vie se ranima, plusieurs fois ces expérimentations furent réitérées et produisirent toujours les mêmes résultats jusqu'à la mort qui eut enfin lieu *lors de l'élévation de la tête*. La perte totale de sang en cinq jours avait été de 430 grammes, c'est-à-dire d'à peu près le huitième du poids du corps. (Expér. 10^e, n° 384.) — Un chien pesant 4 kilogrammes 750 grammes perdit 230 grammes de sang; le surlendemain, au moment où *l'on tenait les extrémités inférieures très-abaissées*, on fit couler 160 grammes de ce liquide au moyen d'incisions largement faites aux jugulaires. Dans cette position, qui fut maintenue durant un quart d'heure, il fut impossible d'obtenir plus de 250 grammes de sang. Les battements du cœur, la respiration devinrent imperceptibles; la faiblesse était extrême, l'animal, privé de tout mouvement, semblait être mort; *lorsque pendant 10 minutes la syncope avait persisté, on éleva les extrémités postérieures*, le retour à la vie extérieure fut alors très-rapide; une sérosité lactescente s'écoula du caillot sanguin. Celui-ci ressemblait à un poumon hépatisé contenant déjà du pus. La mort eut lieu quelques heures après. (Expér. 11^e, n° 387.) — Ces expériences ne sont que la plus faible partie de celles que nous avons faites et variées à l'infini. Les résultats ont toujours été les mêmes : *Des animaux qui semblaient morts à la suite d'hémorrhagie, et alors que la tête était élevée, paraissaient en quelque sorte ressusciter lorsque le cerveau était placé dans une position déclive.*

Faits observés sur l'homme et en rapport avec le pathogénisme et le thérapeutique de la syncope.

11816. Des faits cliniques observés sur l'homme et dont une partie a été déjà mentionnée dans cet ouvrage (n° 3865), ont été complètement en harmonie avec les données précédentes. Nous avons aussi relaté dans la note du n° 3837 un cas de mort à la suite de la pananémie; résultat de l'inanition, et dans lequel le cerveau était décoloré. — Un homme de quarante ans perd subitement la perception des sensations, la connaissance et le mouvement. La respiration est rare et stertoreuse, le *pouls radial* ou *carotidien* est très-faible et accéléré; les battements du cœur, à peine appréciables, présentent une très-grande irrégularité; la face est pâle. Depuis un

quart d'heure les personnes qui entourent cet homme le tiennent dans une position assise et réclament à hauts cris une saignée. Nous faisons étendre le malade sur le sol, un instant après : les yeux s'ouvrent; la face se colore; les perceptions, l'intelligence, les mouvements, la circulation, la respiration se rétablissent, et tous les accidents se dissipent complètement. Les jours suivants, la santé la plus parfaite continue. (*Proc. opér.*, obs. 6, n° 400.) — Un vieillard de soixante-quinze ans, pâle, à membres grêles, jusqu'alors bien portant, étant assis depuis longtemps, éprouve une défaillance subite, perd la perception, la connaissance et l'usage des mouvements; les membres se refroidissent, le cœur et le poulx battent faiblement et très-irrégulièrement; la respiration est rare, petite, non stertoreuse. Nous faisons étendre sur une banquette le corps de cet homme, dont la tête est tenue légèrement abaissée. Les accidents se dissipent tout d'abord de la manière la plus complète. (*Ibid.*, obs. 7, n° 401.) — M. D....., âgé de soixante-trois ans, très-robuste, et dont le poulx est ordinairement très-développé, à l'occasion de quelques accidents légers, a été souvent saigné sans qu'il survînt de lypothymies; il se met pendant quelques jours à la diète; alors il éprouve de la fièvre, de la céphalalgie, de la somnolence; la face est vermeille, les yeux sont brillants; le poulx est tellement plein que l'artère supporte sans cessation des battements au-dessous, une forte pression; du reste, l'état des viscères est normal. Le malade a une grande appréhension pour la saignée qui est faite dans l'attitude assise; on extrait seulement 440 grammes de sang. Soudain le poulx s'affaiblit et s'accélère, et presque subitement les accidents suivants se déclarent : « Contracture des bras, convulsions des yeux, dont le globe se dirige en haut; déviation de la bouche à droite; efforts de vomissements; perte de connaissance; selle bruyante et spontanée; battements de cœur imperceptibles et très-irréguliers; respiration stertoreuse, etc. Qui n'aurait pas cru qu'il s'agissait ici d'une congestion ou d'une hémorrhagie encéphalique? Eclairé par les faits précédents, et sans tenir compte de la déviation de la bouche, nous faisons placer le malade sur le sol et dans une position horizontale; le poulx reparait presque aussitôt et reprend en quelques minutes son état normal; en même temps tous les accidents cérébraux, à part un peu de céphalalgie, se dissipent; trente-six heures après, au moment où M. D....., qui depuis son accident était resté au lit, vient à se tenir debout, une syncope accompagnée des mêmes phénomènes se

reproduit, et cesse sous l'influence des mêmes moyens. Sept jours plus tard, à l'occasion de la vaccination qui lui fut pratiquée, le pusillanime M. D.... éprouva encore le même mal, qui cessa encore de la même façon. M. D...., *qui n'a pas éprouvé ultérieurement de symptômes encéphaliques, a vécu en parfaite santé jusqu'à l'année dernière, c'est-à-dire vingt ans après la syncope apoplectiforme* qu'il avait éprouvée. — M. Achard, âgé de plus de cinquante ans, renversé par un cabriolet, fut *immédiatement assis sur une chaise*; un quart d'heure après, la face était pâle, les yeux sans éclat, les lèvres décolorées, les battements du cœur et des artères avaient cessé d'être appréciables, la respiration ne s'opérait pas; il y avait absence complète de toute sensation, de toute connaissance, de tout mouvement, la mort paraissait évidente. Toutefois le souvenir de nos expériences (n° 11815) fit que nous *étendîmes dans une position horizontale* (la tête étant même un peu abaissée) le corps de M. Achard, on y joignit quelques frictions sur la région du cœur. Le pouls se ranima, les mouvements respirateurs se rétablirent peu à peu, les yeux s'ouvrirent, la face fut agitée de mouvements volontaires; la parole annonça le retour des manifestations de l'intelligence. Le malade accusa une vive douleur dans l'aîne et dans la hanche droites. Trois minutes après, M. Achard, fatigué de sa position, se livra à des efforts extrêmes pour se relever; en vain nous nous opposâmes à ce désir; les assistants s'unirent au malade pour le faire asseoir, il fallut céder. Tout aussitôt que la tête fut maintenue élevée, c'est-à-dire trois minutes après le moment où la connaissance s'était rétablie, les accidents récidivèrent brusquement, et la mort réelle eut lieu. Nous ne pûmes obtenir la nécroscopie du corps de ce malheureux. Une fluctuation remarquable que l'on reconnut dans l'abdomen, jointe aux traces des blessures que le cheval avait faites en trépignant sur le ventre, nous prouvèrent qu'il s'était agi d'une hémorrhagie produite par la rupture de quelque grand vaisseau abdominal.

11817. Depuis ce temps un grand nombre d'observations du même genre se sont reproduites dans notre pratique; plusieurs fois nous avons vu des gens qui, par suite de l'abstinence ou de graves hémorrhagies, étaient sur le point d'expirer, être ramenés à un état infiniment meilleur sous l'influence d'une position telle que la tête était placée au niveau ou au-dessous du plan sur lequel reposait le reste du corps, tandis qu'auparavant elle était maintenant élevée sur des oreillers. Nous avons publié quelques-uns de ces faits dans la

Clinique médicale de la Pitié. — Dans plusieurs autres cas, il nous est encore arrivé de rendre au cerveau une plus grande masse de sang en soulevant les membres, soit supérieurs, soit inférieurs, de façon à ramener vers le cœur, et par suite vers l'encéphale, les liquides contenus dans leurs vaisseaux (1).

11818. Nous concluons de tout ce qui précède : 1° que la pesanteur exerce sur la circulation cérébrale une influence très-puissante ;

(1) Les conséquences des faits précédents ont été exposées dans les mémoires cités (n° 11813), en même temps que des résultats en rapport avec l'influence des pertes de sang sur les divers appareils organiques. Nous ne pouvons reproduire ici ce long travail, et nous engageons le lecteur à lire ces mémoires dans leur ensemble, car il y trouvera des considérations pratiques; il y verra par exemple: 1° que les saignées abondantes chez les vieilles femmes de la Salpêtrière ont eu peu d'inconvénients, et qu'il y a de grands risques à courir quand on tire beaucoup de sang à de très-jeunes enfants (n° 406 du Procédé opératoire); — 2° que la prompte réitération de copieuses saignées portées jusqu'à la syncope offre de très-grands dangers (n° 406); — 3° que l'on peut évacuer plusieurs fois et sans accidents graves, le sang d'un individu sain, dans les proportions d'un trentième ou d'un quarantième du poids total du corps, et cela alors même que cet individu est privé de nourriture; quand on donne quelques aliments, ces saignées peuvent être renouvelées à quelques heures ou à quelques jours de distance, un grand nombre de fois (nos 408, 409); — 4° que les animaux saignés, qui ne mangent pas, diminuent de poids en raison des proportions du sang tiré; — 5° que les grandes saignées ne font pas toujours périr sur-le-champ; mais dans les heures ou dans les jours qui suivent; — 6° qu'alors on trouve des caillots dans le cœur, mais ceux-ci ne se forment pas immédiatement après la perte de sang; — 7° qu'il reste toujours, même après les plus fortes saignées, une certaine quantité de sang dans l'angième (n° 410); — 8° que dans un cas où une première évacuation de sang normal avait été faite, le lendemain le sérum était lactescent (n° 4064 du *Traité de Médecine pratique*), fait qui ne pouvait guère être attribué qu'à la manière imparfaite dont la respiration s'était opérée dans une boîte étroite où le chien avait été renfermé.

On verra encore dans ces mêmes travaux : 1° que des indigestions, que le défaut d'appétit, la soif, peuvent être la conséquence des pertes de sang qui, portées à un extrême degré, sont suivies de la contraction subite et involontaire du rectum et de la vessie (nos 413, 414); — 2° que les battements du cœur et des artères deviennent en général d'autant plus accélérés et plus faibles qu'il y a plus de sang tiré; — 3° que le sang coule et que le cœur se contracte, encore bien qu'on ne l'entende à plus l'auscultation (n° 417); — 3° que les plaies guérissent rapidement malgré les pertes de sang (n° 418); — 4° que la force de contraction des muscles n'est en rien en rapport avec la quantité de sang qu'ils reçoivent; — 5° que l'œsophage, par exemple, se meut près de vingt-quatre heures après la mort sous l'influence d'un courant électrique, et que ce conduit, quoi qu'on en ait dit, est l'*ultimum moriens*; — 5° que les organes peuvent se contracter par suite du défaut d'abord du sang, exemples; la vessie, le rectum, les muscles (n° 420); — 6° que, dans une hémorrhagie, l'émission de l'urine, les déjections involontaires, les convulsions annoncent un grand danger, mais ne sont pas nécessairement mortelles; — 7° que souvent les premières quantités de sang qui s'écoulent chez les animaux et l'homme déterminent un affaiblissement de la circulation et de la respiration qui, un peu plus tard et bien que l'hémorrhagie continue, devient moins marquée (n° 422); — 8° que la convalescence à la suite des pertes de sang dure d'autant plus que les individus qui les ont éprouvées mangent moins; aussi dans les cas où la digestion est incomplète faut-il être très-réservé sur l'emploi des saignées (n° 424); — 9° que le pouls reste longtemps très-fréquent à la suite des grandes pertes de sang, ce qui résulte de la soustraction des liquides et non pas de l'être supposé *irritation*.

1^o que l'élévation de la tête, chez des individus hypémiques, détermine la suspension du cours du sang vers l'encéphale, et partant, les phénomènes désignés sous le nom de syncope ; — 3^o qu'au moment où ceux-ci surviennent, lorsque le pouls est très-affaibli, lorsque la respiration, d'abord suspicieuse et râlante, paraît avoir cessé, alors encore que les battements du cœur ne se manifestent plus à la main, ni même à l'oreille alors que l'apparence de mort dure depuis une ou deux minutes ; qu'alors, disons-nous, si l'on place la tête dans une position déclive par rapport aux extrémités, et même au corps reposant sur un plan horizontal, la respiration ne tarde pas à se rétablir, le cœur à se contracter, les sensations à devenir perceptibles, la connaissance à revenir, et les mouvements volontaires à prendre de l'énergie ; — 4^o que sur ces individus ainsi hypémiés, si l'on élève et si l'on abaisse alternativement la tête à plusieurs reprises, on voit les phénomènes dont il s'agit se reproduire, puis se dissiper ; — 5^o que si l'on continue à tenir l'encéphale très-élevé alors que la syncope s'est déclarée, la mort réelle a lieu ; — 6^o que ces résultats sont exactement les mêmes dans les faits cliniques observables chez l'homme, et dans les expériences sur les animaux (nos 11816, 11815). — Ajoutons qu'il suffit dans certains cas de tenir seulement les bras ou les membres inférieurs élevés, la tête reposant sur un plan de niveau avec le corps, pour ramener du sang vers le cœur, et pour faire cesser l'évanouissement.

Théorie de l'influence que la pesanteur exerce sur la circulation cérébrale.

11819. On croyait en général, depuis Bichat, que la *syncope* tenait à ce que l'action du cœur était suspendue ; mais rarement cette action cesse d'avoir lieu (n^o 11815) ; elle persiste lorsque déjà l'encéphale ne fonctionne plus (n^o 11815, 11816) ; elle dure encore après la mort du cerveau. La lypothymie se déclare ou se dissipe suivant que le fluide sanguin cesse d'aborder ou parvient à l'encéphale en proportion suffisante. La pesanteur agit-elle concurremment avec l'action cardiaque, des quantités de sang, même minimales, peuvent parvenir aux centres nerveux, et y entretenir la vie. Le poids du liquide circulant contrebalance-t-il l'impulsion qui résulte du cardiosthénisme (action physiologique du cœur) ; alors la circulation encéphalique s'arrête et la syncope survient. — Il suffit pour dissiper celle-ci d'ajouter à la force centrale, qui lance le sang vers le cerveau, la propulsion résultat de la pesanteur, pour que la circulation encéphalique ait lieu.

Discussion sur la pathogénie de la syncope.

11820. Quelques arguments ont été donnés par Bichat pour prouver que la cause de la syncope est dans le cœur, mais ils ont bien peu de valeur. Les passions qui causent quelquefois la lypothymie agissent, dit-il, sur le cœur, et non pas sur le cerveau; or, c'est là une étrange erreur dont Gall a fait justice. Sans doute on voit certaines sensations, certaines passions produire la syncope, telles sont la vue de tel ou tel objet qui répugne, la terreur, une peine profonde brusquement éprouvée, etc.; mais il s'agit ici d'un effet complexe : la sensation, l'impression morale agissent sur le névraxe; celui-ci trouble, suspend l'action du cœur, qui ne lance plus de sang vers la tête; dès lors, il y a suspension de l'action cérébrale et partant, syncope. Du reste, celle-ci ne diffère pas alors de ce qu'elle est dans l'hémorrhagie; il n'y a pas, comme le voulait Cullen, deux espèces de lypothymies; car des deux côtés les phénomènes sont les mêmes, et les moyens de traitement sont identiques.

11821. *Si les maladies du cœur causent des syncopes, c'est parce qu'elles entravent la circulation encéphalique; la sensation pénible éprouvée vers la région précordiale lors des impressions morales et qui précède la lypothymie est la conséquence de l'influence exercée par le cerveau sur les nerfs du cœur et de l'estomac.* Les autres arguments de Bichat ont si peu de valeur, qu'en vérité il serait superflu de les exposer (voyez le Procédé opér. de la percussion, n° 440).

11822. D'ailleurs, le fait suivant tranche la difficulté (n° 11820); lorsque le cœur continue de battre régulièrement, s'il arrive par une cause quelconque que le sang ne parvienne plus en quantité suffisante à l'encéphale, alors la syncope ne manque pas de survenir. Il en arrive ainsi dans les aortosténosies, et dans les troubles respiratoires; ces affections entravant le cours du sang dans les poumons, l'arrêtent par suite dans le cerveau.

Action de circonstances autres que l'hypémie encéphalique sur la syncope.

11823. Les autres circonstances sous l'influence desquelles la lypothymie survient agissent toutes plus ou moins, immédiatement ou médiatement sur le névraxe. L'action du cœur est alors suspendue par suite de l'état pathologique des centres nerveux. Tantôt, par exemple, le sang altéré par la digitale donnée à de hautes doses modifie le névraxe, et consécutivement le cœur; tantôt des déperditions de liquides dues à des sécrétions trop abondantes produisent l'hypohydrémie, et par suite l'hypémie encéphalique (exemple l'angibrômor-

rhée suite de l'action du tartre stibié, de l'indoloïose (n° 5041), etc.); ailleurs encore, la circulation veineuse encéphalique arrêtée paralyse le cerveau et le cœur. Dans un tel cas, en effet, le sang artériel n'aborde plus vers le névraxe, et il y a aussi suspension de l'action encéphalique (exemples : les syncopes qui surviennent à la suite des grands obstacles à la circulation).

11824. Mais enfin de toutes les causes de la syncope (qui, comme tout cet article le démontre, n'est autre que l'hypémie ou l'anémie encéphalique donnant lieu à une série de phénomènes nerveux et organiques), la plus puissante est à coup sûr la panhypémie (n° 3840), surtout lorsqu'elle est jointe à une position élevée de la tête par rapport au tronc et aux extrémités, et c'est en ce sens que la station chez des individus affaiblis détermine souvent des évanouissements (1).

11825. Ayant établi sur l'expérimentation et sur l'observation les considérations précédentes, nous pouvons maintenant compléter l'étude des caractères et de la diagnose de l'hypémie encéphalique (2).

Diagnose de la syncope et de la congestion cérébrale.

11826. Reconnaître qu'un organe souffre est en général une chose facile. Préciser son mode de souffrance est souvent d'une difficulté insurmontable. Si l'irritation était toujours une, si les maladies étaient dans tous les cas des altérations en plus et jamais en moins, s'il n'y avait pas des altérations spéciales, la diagnose serait moins épineuse. Mais l'expérience et le raisonnement ne sont point d'accord avec la théorie de l'unité de l'irritation, et c'est en voulant la soutenir, que les partisans de la localisation des maladies ont été attaqués avec le plus d'avantage.

11827. Un organe donne souvent lieu aux mêmes symptômes, par excès de stimulus, comme par défaut de ce même stimulus. 1° Lorsque la rétine est excitée par une très-vive lumière, l'éblouissement en est la suite. Lorsque d'un lieu très-éclairé on passe dans l'obscurité, le même éblouissement survient. 2° La voix est enrouée, lorsque le larynx a été longtemps en action. La voix est quelquefois enrouée, lorsque l'on s'impose pendant plusieurs jours un silence

(1) Chez les femmes sujettes à des accès de névropathies ovariques (n° 10314) ou l'hystérie, les syncopes fréquentes qui ont lieu nous paraissent être la conséquence de l'hypocardiosthénie en rapport avec la névropallie (n° 11550) dont l'ovaire est le point de départ.

(2) Nous prions encore le lecteur de vouloir bien lire dans le Procédé opératoire de la percussion les considérations sur la mort par syncope ou anémie encéphalique, et qui font suite au Mémoire analysé dans cet article (nos 487 et suivant).

absolu. Une personne de ma connaissance éprouve depuis longtemps quelque gêne dans le larynx lorsqu'elle a beaucoup exercé cet organe; inquiète sur son état, elle reste trois jours sans parler, et le quatrième, lorsqu'elle veut prononcer quelques mots, elle éprouve un enrouement si fort, qu'elle peut à peine se faire entendre; elle cherche à exercer l'organe de la voix, elle y parvient, et peu d'heures après, l'enrouement n'existe plus. Une année plus tard, la même épreuve conduisit au même résultat. 3° L'estomac est douloureux, s'irrite, s'enflamme par les excès de table. Le même organe devient le siège d'accidents identiques, alors qu'il est soumis à une diète trop absolue. 4° Chez un grand nombre de personnes, l'affection nerveuse, si improprement appelée migraine (n° 11543), se déclare lorsque l'estomac souffre de la faim. Chez un grand nombre d'autres, elle a lieu lorsque des aliments excitants sont portés dans le même viscère. On observe quelquefois cette affection chez les mêmes individus, à la suite de l'action de ces causes opposées. 5° L'estomac, la vessie, le rectum se contractent par suite de leur excitation ou de l'influence que le système nerveux irrité a sur ces organes; les mêmes viscères se contractent convulsivement, lorsque le sang cesse d'y aborder, ou que l'encéphale souffre par défaut de sang. 6° Les phénomènes de la syncope et ceux de l'apoplexie ou de la congestion sanguine du cerveau ont entre eux une telle analogie, que je ne doute pas qu'on les ait souvent confondus.

11828. Cette dernière réflexion mérite peut-être de fixer davantage l'attention; or, voyons s'il est quelques symptômes fonctionnels qui puissent éclairer la diagnose de ces cas importants. *a.* Dans la congestion cérébrale ou l'apoplexie: suspension plus ou moins instantanée des phénomènes intellectuels: la même chose a lieu dans la syncope. *b.* Dans les premières: suspension de l'action des organes des sens; cette suspension a également lieu dans la lypothymie. *c.* Dans toutes ces affections, on observe tantôt des contractions spasmodiques, tantôt la résolution des membres. Nous avons remarqué tous ces phénomènes chez les animaux qui ont fait le sujet de nos expériences. Dans les sixième et septième observations, il y avait résolution des membres, et dans la huitième, contractions épileptiformes. *d.* La déviation de la bouche, la paralysie, qu'on a données comme signes pathognomoniques d'un épanchement ou d'une désorganisation cérébrale, ont eu manifestement lieu dans la syncope de M. D. (Obs. VII). On le conçoit facilement, puisque la paralysie n'est que la cessation de

l'action nerveuse. *e.* Les convulsions des yeux et des muscles de la face se retrouvent et dans la congestion cérébrale et dans la syncope. *f.* Les organes de la voix exécutent difficilement leur action dans un cas comme dans l'autre. *g.* Les évacuations spontanées surviennent dans l'une et l'autre circonstance. *h.* La respiration de M. D. était stertoreuse, comme celle d'un apoplectique.

11829. L'état de la circulation fournit en général des données plus importantes; en effet, les contractions du cœur sont, dans la congestion cérébrale, lentes, fortes, susceptibles d'une analyse facile; dans la syncope, elles sont accélérées, faibles, très-irrégulières. En général, dans l'apoplexie, le pouls (et surtout celui des artères de la tête) est large, lent et vibrant; il est petit, dépressible, accéléré dans la syncope. La face, les lèvres et les gencives sont roses ou rouges lors de l'hémorrhagie; elles sont pâles s'il s'agit d'une syncope.

11830. La circulation ne fournit pas toujours ces données positives, car des congestions cérébrales ou des apoplexies surviennent chez les individus dont le cœur bat très-faiblement, dont le pouls est débile et accéléré, dont la face, les lèvres, les gencives sont décolorées: des cas de ce genre sont trop communs pour que je croie utile d'en extraire des auteurs; quelquefois le pouls est faible et accéléré chez des hommes très-robustes, comme à la dernière période d'une apoplexie ou d'une congestion cérébrale. Un fait de ce genre a été remarquable par l'utilité très-grande qu'eurent momentanément d'énormes saignées quand tout paraissait désespéré.

11831. La diagnose entre la syncope et l'apoplexie me paraît donc, dans certains cas, très-difficile, et cependant elle est extrêmement importante. Vous pouvez sauver la vie par la saignée s'il s'agit d'une hémorrhagie ou d'une congestion cérébrale, vous pouvez donner la mort par le même moyen, si c'est à une syncope que vous avez affaire. — On a souvent confondu l'une avec l'autre; nous croyons avoir commis cette méprise sur madame de Saint-M... qui, d'une faible constitution, très-avancée en âge, éprouve à la suite du repas une augmentation dans une hernie ombilicale, dont elle était depuis longtemps affectée. Bientôt perte de connaissance, hémiplégie, stertor; la hernie est réduite. La malade est placée dans son lit, tous les accidents cessent. Aucune saignée n'est pratiquée, et madame M... vivait plus d'une année après cet accident. Nous avons cité ce fait comme le résultat d'une congestion cérébrale symptomatique (*Journal complet du Dict. des Sciences médic.*, 1823); les ob-

servations que nous avons faites postérieurement nous portent à penser qu'il s'agissait d'une syncope.

11832. Nous croyons pouvoir indiquer un moyen de diagnose entre la syncope et la congestion cérébrale. Ce moyen est tout à fait physique, et c'est de l'attitude horizontale ou verticale qu'il s'agit. — Conserve-t-on des doutes sur l'état d'un malade qui présente des symptômes cérébraux, et qui peut être atteint de syncope comme de congestion cérébrale? Est-on porté à croire, par l'ensemble des accidents, qu'il y ait plutôt défaut qu'excès de sang vers le cerveau? Que l'on se garde alors de laisser le malade assis, qu'on le place dans une attitude horizontale, la tête même un peu inclinée en bas. Si la diagnose a été juste, bientôt les fonctions du cerveau se manifesteront, et un mieux-être marqué aura lieu. Tout porte-t-il à croire, au contraire, qu'il s'agit d'une apoplexie ou d'une congestion cérébrale? que le malade soit mis dans une position aussi verticale que possible, que la tête soit élevée, les pieds pendants, des ligatures placées sur les cuisses, les bras, pour déterminer une stase de sang veineux vers les extrémités; s'il ne s'agit que d'une congestion, il y aura probablement un mieux-être rapide, et s'il y a déjà hémorrhagie, le mal n'augmentera pas. Les saignées portées très-loin seront alors manifestement indiquées. — Il est évident que, dans le cas où la congestion cérébrale serait plus probable que la syncope, il faudrait se garder de placer la tête dans une position déclive relativement aux autres parties du corps, car on pourrait ainsi tuer le malade pour apprendre comment il souffre. — Concluons de ces considérations, que, dans les cas douteux de syncope et d'apoplexie, l'attitude horizontale ou verticale du malade pourra éclairer la diagnose, et avec d'autant plus d'avantage que le moyen de reconnaître la maladie servira en même temps pour la guérir.

Thérapie.

11833. L'hypémie encéphalique étant presque toujours le symptôme d'autres lésions, l'indication capitale dans le traitement qui doit lui être opposé est de remédier à ces mêmes lésions. Nous renvoyons donc à cet égard aux articles pananémie (n° 3814), cardio-sténosie (n° 1623), aortosténosie (n° 2300), etc., etc. Bornons-nous à indiquer ce qu'il convient de faire pour dissiper actuellement une syncope et pour en prévenir le retour.

11834. Le point culminant, d'après tout ce qui précède, est de fournir à la circulation cérébrale le liquide nécessaire à l'entretien

de la vie ; pour cela deux grandes indications existent : l'une, de diriger le plus de sang possible vers l'encéphale ; l'autre, d'exciter l'action du cœur et du système nerveux.

11835. Lorsque l'on est appelé auprès d'une personne atteinte d'hypémie ou d'anémie encéphalique, le premier soin doit être de lui faire placer la tête de niveau avec le tronc, ou même sur un plan un peu inférieur à celui sur lequel le corps repose. Quand il ne s'agit pas d'un cas de panhypémie extrême (n° 3838), cette attitude suffit d'ordinaire pour que la connaissance revienne et que tous les accidents se dissipent avec promptitude. Quand il n'en est pas ainsi, et lorsque la face reste pâle, alors encore que les carotides battent faiblement et que les veines jugulaires restent à peu près vides, il faut élever les extrémités supérieures et inférieures, de façon à porter vers le cœur et bientôt vers le cerveau, les petites quantités de sang qui pourraient s'y trouver. *C'est surtout dans les grandes hémorrhagies, dans celles, par exemple, qui suivent la parturition et les lésures d'artères, que ce précepte est d'une grande utilité.* Pour des cas pareils, la règle pratique est celle-ci : la tête doit être placée sur un plan inférieur à celui de la partie ou de la blessure par laquelle le sang s'écoule, et ces dernières doivent être élevées le plus possible au-dessus du niveau du tronc. Dans un grand nombre de cas, un tel traitement nous a réussi au delà de toute espérance, et tantôt il s'agissait alors de pertes après l'accouchement (nous réunissons en même temps comprimer l'aorte suivant le procédé de M. L. A. Baudelocque (10181)), tantôt d'hémorrhagies artérielles ou veineuses. — On laissera les malades dans cette position tant que la syncope persistera, et l'on évitera de les faire trop promptement se lever ou se relever ; car le retour de l'anémie encéphalique pourrait en être la suite.

11836. En même temps, on maintiendra de la chaleur vers la tête, et cela à l'effet encore d'y ramener plus de sang ; des ventouses pourraient être appliquées dans les mêmes intentions sur les artères carotides.

11837. Dans l'hypémie névraxique suite d'hémorrhagie et portée seulement à ce degré, qu'elle permette encore la conservation, soit d'un certain degré de connaissance, soit de quelques sensations et de quelques mouvements, il faut faire prendre au malade des substances liquides et autant que possible nutritives (du vin, des bouillons, etc.), et parfois même injecter de l'eau dans le rectum ;

cette eau introduite dans les organes circulatoires s'y mêlant avec les faibles quantités de sang qui y restent contenues, peut être portée vers l'encéphale et entretenir l'action de cet organe.

11838. On peut ranimer les contractions du cœur, soit en le modifiant directement à l'aide de frictions ou d'un courant électrique dirigé vers la région qu'il occupe; soit par la médiation de la respiration, et, par exemple, en faisant pratiquer au malade (lorsqu'il a conservé quelque peu de connaissance) de grandes inspirations; de profonds soupirs, etc. On peut agir aussi en excitant vivement le système nerveux au moyen : 1° d'une légère aspersion d'eau froide sur le front et la face; 2° de l'inspiration d'éther ou d'alcool aromatisé; 3° de l'ingestion dans l'estomac d'un vin généreux, etc.; — enfin lorsqu'il reste encore un certain degré de connaissance, il arrive qu'une impression morale vive et agissant dans un sens différent de l'affection de l'âme qui avait produit la syncope mette un terme à celle-ci.

11839. L'ensemble de ces moyens de traitement est applicable à presque tous les cas de syncope, quelle que soit d'ailleurs leur cause; et l'hypémie encéphalique due à la crainte, à la douleur, etc., cède tout aussi promptement à la position déclive de la tête, que la lypothymie due à une hémorrhagie abondante.

11840. Ce même ensemble de moyens, mais varié suivant les circonstances, est applicable encore alors qu'il existe une hypémie encéphalique chronique (n° 11810). Seulement il faut ici modifier le traitement en raison des circonstances organiques qui sont les causes de l'hypémie névraxique. On doit surtout ne pas oublier de combattre : soit la panhypémie (n° 3838), qui, le plus souvent, est la cause des accidents cérébraux; soit les lésions angiémiques (nos 1623, 2300) ou angiairiques (n° 2974), dont la diminution de circulation cérébrale est l'effet.

11841. Pour prévenir le retour des syncopes, il faut détruire autant que possible les circonstances qui lui donnent lieu (n° 11820); quand, sur une femme hystérique, ou même chez des hommes d'une constitution névropathique, on voit la syncope se reproduire d'une façon périodique, on ne doit pas hésiter à traiter de tels cas comme une névropallie périodique qui a agi sur le cerveau et sur le cœur. Dans de telles circonstances le sulfate de quinine peut être utile.

11842. Les syncopes des femmes enceintes qui se déclarent surtout dans les premiers temps de l'embryutérisme (sont dues sans

doute à ce qu'une grande proportion de sang se portant vers l'utérus, il en résulte une panhypémie, et une hypémie névraxique). Elles cèdent aux mêmes médications qui conviennent dans les autres hypémies encéphaliques; seulement il faut toujours tenir compte ici de l'état de l'utérus.

11843. L'hypémie ou l'anémie myélique sont trop peu connues et trop difficiles à distinguer pour que nous cherchions ici à en tracer le traitement.

CHAPITRE V.

NÉVRAXORRHAGIES. — Hémorrhagies des centres nerveux.

CÉPHALO
CÉPHALONI
MÉSONÉVRO
RACHISOMYÉLO
MÉNINGO

RHAGIE, HÉMORRHAGIE

du cerveau.
du cervelet.
du mesonèvre.
de la moelle.
des membranes céphalo-
rachidiennes.

11844. Sous le nom d'apoplexie, les anciens auteurs ont compris des affections très-différentes les unes des autres. Prenant le mot dont il s'agit dans sa rigoureuse acception (*ἀποπλῆττειν*, frapper avec violence), ils désignaient ainsi toute affection du cerveau et même des autres organes, frappant brusquement et dangereusement le malade; or, ceci peut avoir lieu dans une multitude d'états pathologiques. Aussi admettaient-ils: des apoplexies sanguines, séreuses, nerveuses ou sans matière; des apoplexies épileptiques, hystériques, etc.; des apoplexies fortes et faibles, actives et passives, etc. — Avant les travaux de Wepfer et de Morgagni, il était difficile de considérer les faits autrement: mais lorsque les recherches des modernes eurent rapporté les symptômes aux lésions qui les produisent, lorsque les études anatomiques, sévères, de MM. Serres, Rochoux et Rostan, de Riobé, Foville et Pinel Granchamp, Casauvielh, Cruveilhier, Andral, etc.; quand les admirables lettres de Lallemand sur les maladies de l'encéphale eurent fait voir que l'hémorrhagie encéphalique avait des caractères propres et spéciaux, on aurait dû renoncer à la logomachie absurde que les vieilles pathologies avaient créées. — Par une crainte puérile du néologisme, les anatomo-pathologistes convinrent en France d'appeler apoplexies seulement les hémorrhagies

encéphaliques, tandis que les étrangers, et des médecins français peu instruits, mal instruits, ou anciennement instruits, continuèrent à comprendre dans l'apoplexie une foule d'états fort différents des épanchements sanguins dont le névraxe est le siège. De là, le chaos scientifique que les articles de dictionnaires et que les pages de synonymies des livres ne manquèrent pas d'intriquer encore davantage. Bien plus, ceux-là même qui rattachèrent exclusivement à l'apoplexie l'hémorrhagie encéphalique, non-seulement désignèrent par ce mot, l'état anatomique : foyer sanguin dans le cerveau; mais ils en firent *une maladie, un être de raison comprenant* : 1° la congestion sanguine qui précède le mal; 2° l'écoulement de sang; 3° la formation du foyer; 4° la membrane kystoïde qui se développe à l'entour; 5° la sérosité qui remplace les caillots; 6° les cicatrices elles-mêmes, et tous les états pathologiques enfin, qui dans l'encéphale, accompagnent l'hémorrhagie ou qui lui succèdent. Bien plus, ils y joignirent tous les accidents d'ailleurs si variables qui, pendant la durée du mal, se déclarent dans les organes autres que le névraxe. De tout cela *on a donc fait le tableau de l'unité morbide apoplexie*, au lieu de tenir suffisamment compte des variantes innombrables qui peuvent survenir dans la structure du cerveau lui-même et dans celle des autres parties.

11845. Le mot apoplexie que l'on a appliqué par extension aux hémorrhagies qui se font dans le cœur, le foie, les poumons, est un de ceux qu'il convient le plus d'abandonner, attendu qu'il est tout aussi peu significatif que l'on est peu d'accord sur sa valeur réelle. Si l'on voulait absolument le conserver, il faudrait le rapporter exclusivement à l'hémorrhagie névraxique qui va faire le sujet de ce chapitre. L'exposition la plus simple et la moins étendue que l'on pourrait faire des travaux auxquels on s'est livré sur l'hémorrhagie névraxique nous conduirait beaucoup trop loin, et nous nous bornerons à citer dans le courant de cet article les noms et les recherches des principaux auteurs qui ont traité de l'apoplexie.

Nécrorganographie.

11846. Immédiatement après une hémorrhagie névraxique on trouve dans le point où la lésion s'est opérée, un sang noir d'apparence veineuse, le plus souvent épais et en partie coagulé. Du premier au quatrième jour ce liquide offre la consistance de la gelée de groseilles. La coagulation des premiers temps est sans doute un phénomène cadavérique, et pendant la vie le sang épanché doit d'abord

rester fluide. On affirme en avoir trouvé dans les foyers dits apoplectiques, ou dans les méninges, 120, 320 et même 500 grammes. Nous nous demandons quelle est la place où dans de tels cas l'encéphale pourrait se loger ! Nous avons constaté dans le cerveau la présence de 50, 60 et même 100 grammes de sang ; ce qui du reste est fort rare. Il nous semble qu'en général les proportions du fluide épanché ne peuvent guère dépasser les quantités nomales : soit du liquide céphalo-rachidien ; soit d'une partie du fluide sanguin contenu dans les vaisseaux névraxiques. Nous avons vu maintes fois à la Salpêtrière quatre ou cinq cuillerées de sang qui avaient eu le cerveau pour foyer primitif, être contenues dans les ventricules ; l'épanchement avait détruit le *septum lucidum*, détaché le trigone cérébral, et s'était creusé une énorme cavité aux dépens de la substance nerveuse des corps striés, des couches optiques, et des hémisphères eux-mêmes. — Quand l'hémorrhagie s'opère dans un point voisin des ventricules, elle y pénètre d'ordinaire. — Ailleurs les foyers sanguins sont très-petits, du volume, par exemple, d'une tête d'épingle. Entre ces extrêmes il y a toutes les proportions possibles de sang épanché. Le plus souvent on ne trouve qu'une seule hémospée (caverne contenant du sang, foyer sanguin) ; cela est surtout vrai du cas où l'épanchement est considérable ; d'autres fois il y en a plusieurs, comme on le voit souvent pour les très-petits foyers dont on a compté jusqu'à seize chez le même individu. — Autour des hémospées névraxiques qui ressemblent souvent assez bien (comme l'ont fait remarquer Wepfer et Morgagni) aux poches anévrysmales, la paroi offre l'aspect d'une bouillie rouge, constituée par les débris de la substance névraxique déchirée. On distingue dans celle-ci, alors qu'elle est plongée sous l'eau, des filaments, des détrit, qui sont en partie des débris de vaisseaux. A l'entour, la substance nerveuse ramollie est, dans l'étendue de plusieurs millimètres, colorée par le sang et atteinte d'une hémie prononcée (n° 11774) ; plus en dehors existe quelquefois, mais rarement, un tissu sain ; plus souvent on y trouve une couche de couleur jaunâtre qui devient d'autant plus pâle qu'elle s'éloigne davantage du foyer. Elle présente de l'analogie avec les taches ecchymosiques qui entourent les hémorrhagies. Ces colorations sont dues à du sang qui s'infiltre difficilement dans la substance nerveuse, tandis que cette infiltration est facile dans le tissu cellulaire situé entre les méninges et le névraxe.

11847. A ces phénomènes primitifs succèdent les états suivants : le sang se divise souvent en fragments contenus dans un liquide séreux. Dès le quatorzième ou le quinzième jour cette partie du liquide disparaît ; le caillot, d'abord d'une teinte noire, prend ensuite une apparence fibrineuse et forme une petite masse rougeâtre, puis jaunâtre et pâle. Cette transformation est parfois très-lente ; car après vingt mois, on a encore trouvé du sang dans une spée encéphalique ; du reste une telle exception est fort rare. M. Rochoux avait fait des relevés statistiques sur la fréquence relative des hémorrhagies dans les divers points de l'encéphale ; M. Andral les a repris sur une plus grande échelle : sur 386 cas il les a trouvés 202 fois dans les couches optiques et les corps striés à la fois ; 61 fois dans les corps striés seuls ; 35 fois exclusivement dans les couches optiques ; 27 fois au-dessus du centre ovale ; 16 fois dans les lobes latéraux du cervelet ; 10 fois au-devant des corps striés ; 9 fois dans le mésocéphale ; 8 fois dans le rachisomyèle ; 7 fois entre les couches optiques et les lobes postérieurs ; 5 fois dans le lobe médian du cervelet ; 3 fois dans les pédoncules du cerveau ; 1 fois dans ceux du cervelet ; 1 fois dans les éminences olivaires ; 1 fois dans les glandes pituitaires ; 1 fois dans la partie blanche centrale ; 1 fois dans les lames du septum lucidum. — Très-rarement les épanchements sanguins s'opèrent vers la surface cérébrale et dans les circonvolutions. — C'est cependant dans la substance grise que se déclarent principalement les hémorrhagies ; c'est ainsi qu'elles ont surtout lieu dans les parties grises des couches optiques et des corps striés, qu'elles se déclarent dans la partie centrale de la moelle où le sang s'infiltré quelquefois en formant une sorte de canal entouré de substance blanche, etc.

11848. Les hémorrhagies méningo-encéphaliques ont été très-bien étudiées par M. Serres. Elles se déclarent, soit dans la grande cavité du crâne, soit dans les ventricules, soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien du cerveau ou du cervelet. On les voit ou non compliquées d'épanchement séreux ou séro-sanguinolent. Presque toujours à l'aide d'une dissection attentive ou d'injections faites avec dextérité, on trouve qu'il existe dans les encéphalorrhagies méningiennes (non consécutives à des hémorrhagies dans la substance nerveuse) quelques ruptures artérielles ou veineuses. (La connaissance de ce fait est due à M. Serres.) D'autres auteurs qui n'admettent pas la constance de cette rupture, ne se sont peut-être pas livrés à des recherches aussi délicates que cet habile anatomiste. Toute-

fois, dans des hémorrhagies de ce genre, observées sur les nouveau-nés, M. Cruveilhier n'a pas pu découvrir d'artéro ou de phléboclasies. M. Serres a relaté des faits de ruptures complètes ou incomplètes dans les artères : basilaires, communicante de Willis, carotide interne; dans les artérioles des plexus choroïdes (Dehaën); dans les divisions artérielles existant dans le cerveau ou le cervelet. M. Serres a cité aussi le cas d'une artérasie carotidienne rompue dans le sinus caverneux; et celui d'une dilatation avec déchirure de l'artère basilaire. Ces ruptures ont souvent coïncidé avec des artérolithes (n° 2347) ou avec d'autres artéries. Les phléboclasies donnant lieu à des méningorrhagies ont été rencontrées dans les plexus choroïdes, dans les veines de la pie-mère, au confluent des sinus, etc.

11849. Les myélorrhagies méningiennes ont lieu quelquefois dans le tissu cellulaire existant entre la proto et la deuto-méninge (dure-mère et arachnoïde); mais plus souvent entre la deuto et la trito-méninge (arachnoïde et pie-mère). Parfois le sang d'hémorrhagies opérées primitivement dans l'encéphale, pénètre par une déchirure dans les ventricules, glisse dans le conduit rachidien et simule une myélorrhagie; Abercombie en a publié un cas remarquable dans lequel la moelle était recouverte par une couche uniforme et très-dense de sang coagulé. — Ailleurs, le sang épanché convertit la moelle en une sorte de bouillie, et parfois même la pie-mère et l'arachnoïde déchirées permettent à ce liquide de pénétrer entre les membranes myéliques.

11850. On trouve souvent autour des hémospées encéphaliques des ramollissements rouges ou jaunâtres plus ou moins étendus. Ce sont là des complications d'états pathologiques sur lesquelles nous aurons à revenir, et qui ont donné lieu à des discussions nombreuses relativement à la pathogénie des névraxorrhagies.

11851. Les vaisseaux du névraxe frappé d'hémorrhagie sont souvent malades. D'abord il faut se rappeler que naturellement la membrane cellulaire des artères, dans les centres nerveux, est peu apparente ou nulle, et que leur membrane moyenne est mince (Bichat), ce qui doit les disposer aux ruptures. De plus, ces vaisseaux ne sont pas soutenus, comme les artères de certains organes, par un tissu solide, mais ils sont entourés par une substance assez molle; enfin, on rencontre dans les artères situées à la base du crâne, soit des lithies, soit les altérations anatomiques qui coïncident avec ces altérations pathologiques. On n'en voit guère de semblables dans les

vaisseaux qui sillonnent la profondeur du cerveau : cependant il y aurait encore des recherches à faire sur ce sujet intéressant. Dans un grand nombre de cas d'encéphalorrhagies, nous avons constaté que le cœur et que les grosses artères contenaient des concrétions plus ou moins nombreuses.

Travail de réparation dans les hémospées encéphaliques.

11852. Un travail réparateur admirable se passe dans les cavernes dites apoplectiques. Prost, en 1804, Marandel et surtout Riobé (1) ont étudié avec un soin extrême les faits suivants : vers le vingt ou le vingt-cinquième jour de l'hémorrhagie on commence à découvrir une membrane tomentense et vasculaire qui s'organise sur les parois du foyer, parois devenues moins inégales. Cette membrane, *formée par du tissu cellulaire*, devient de plus en plus unie. Elle sécrète et contient un liquide clair ou légèrement sanguinolent, qui imbibe et pénètre le caillot, s'empare d'une partie de ses principes constituants, et paraît ensuite se résorber. De cette façon, le sang coagulé pâlit de plus en plus et finit à la longue par disparaître. Tantôt alors il reste un kyste dont l'étendue varie en raison de la proportion de l'épanchement, et qui dans quelques cas est assez considérable pour imiter une vaste hydropisie enkystée produite par toute autre cause. Dans ces hydrospées, le cerveau à l'extérieur paraît souvent s'être affaissé par suite de la déperdition de substance qui a eu lieu : tantôt ces kystes persistent pendant plusieurs années et toute la vie ; tantôt ils diminuent successivement, et on les a vus se transformer en une cicatrice linéaire contenant sur quelques points des débris du caillot. Autour la substance névraxique est souvent épaissie et indurée ; il n'est pas rare qu'à la nécroscopie on trouve le kyste entouré d'une hémie ou d'une malaxie névraxique. Abercrombie a vu dans les kystes dont il s'agit des masses fibrineuses qui les traversaient. — M. Rochoux a trouvé à la suite de foyers hémorrhagiques des productions analogues succédant au caillot et entre lesquelles on voyait de la sérosité. — M. Andral a rencontré un caillot d'apparence polypeuse et qui semblait végéter. — Enfin, on a cru constater des cas où une cicatrice linéaire s'était formée sans avoir été précédée de kystes. — Quel que soit du reste

(1) Mon honorable collègue, M. le professeur Rostan, m'a donné l'assurance que les idées de Riobé sur ce sujet avaient leur source dans les travaux de Bayle, dont Riobé était l'élève.

le mode de réparation des hémospées névraxiques, c'est toujours d'une manière fort lente que ces phénomènes s'opèrent. — Le sang épanché dans les ventricules passe par la série de transformations dont il vient d'être parlé; mais ici les membranes qui recouvrent les parois de ces cavités remplissent, par rapport aux caillots, le même office que les tissus de nouvelle formation qui circonscrivent le sang contenu dans la substance nerveuse.

Biorganographisme, symptomalogisme.

11853. Aucun signe anatomique ne caractérise les hémorrhagies névraxiques. Les symptômes fonctionnels qu'elles déterminent leur sont aussi communs en très-grande partie avec plusieurs autres affections des centres nerveux. Ces symptômes, en effet, sont en rapport avec la *diminution, la cessation rapidement survenues des fonctions dont sont chargées les parties du névraxe où l'hémorrhagie s'est faite*. Cette proposition si simple est le point culminant dans la pathologie des névraxorrhagies. Il suffit de relire les écrits publiés sur ce sujet pour voir qu'elle est appuyée sur des fondements solides. C'est parce que la collection sanguine *détruit* les points de la masse névraxique où elle a lieu; c'est parce qu'elle *comprime* les parties circonvoisines et même l'ensemble névraxique, qu'elle paralyse les actions dont ces points où ces parties sont le siège; aussi les phénomènes des hémorrhagies névraxiques sont-ils très-analogues à ceux des blessures (n° 11757) et de la commotion (n° 11754) des centres nerveux. D'un autre côté, comme la congestion portée à un haut degré a pour effet la *compression* (n° 1762), il en résulte que la différence symptomatique entre l'hémie et l'hémorrhagie encéphaliques est à peine appréciable; de plus, la phlegmasie portée très-loin *abolit* ou du moins *suspend* les fonctions névraxiques, et la malaxie met, aussi *par destruction*, obstacle à l'exécution de ces fonctions. Ajoutez que les tumeurs développées dans les centres nerveux agissent encore *par destruction* ou *par compression*; que divers épanchements liquides autres que du sang *compriment* aussi le névraxe. Bien plus, certains poisons portés par le sang dans la trame même du cerveau ou de la moelle, et y déterminant des hémies, agissent par *compression*, ou altèrent la substance nerveuse et en paralysent l'action *comme si la destruction* en avait eu lieu. Des névraxopallies (oscillations pathologiques dans les centres nerveux), telles que nous admettons qu'elles ont lieu dans l'épilepsie, l'hystérie, etc. (n° 11551), suspendent aussi l'action névraxique, et d'une façon tout aussi complète

que s'il y avait *destruction* ou *compression* absolue des parties malades, et nous avons vu l'hypémie ou l'anémie névraxique être caractérisée par la diminution ou par l'abolition des actions propres à l'axe nerveux.

11854. Ainsi, les troubles fonctionnels actuellement existants ne peuvent pas isolément caractériser les hémorrhagies névraxiques; mais en les rapprochant du mode d'apparition des accidents, de leur marche, des circonstances d'âges, de sexes, de constitution, de profession, dans lesquelles les malades se trouvent placés; en tenant compte de l'ancienneté du mal, des états organopathiques coïncidant avec les phénomènes fonctionnels observés, on arrive assez positivement à reconnaître l'existence d'une névraxorrhagie et à pouvoir en tracer le tableau suivant, tableau qui, rapproché de la description des symptômes propres aux affections qui peuvent simuler les hémorrhagies des centres nerveux, servira à établir la diagnose de celles-ci.

11855. Des gens en général d'une constitution robuste (1) et panhypérémique (n° 3783), à vaisseaux volumineux, dont le col est court et par conséquent la tête rapprochée du corps; *des individus atteints d'épidiaphratopie*, et dont en conséquence la poitrine a peu de dimension; des personnes atteintes d'hypercardiotrophie (n° 1783), de cardiasie à droite, et dont l'orifice aortique est libre; des gens qui portent de grands obstacles à la circulation veineuse (n° 1650, 1653), des artérolithies (n° 2347, etc.), *ou encore dont la conformation est parfaitement normale*; des hommes de divers âges, mais notamment de quarante ans et plus, ou des vieillards; des individus qui viennent de prendre en grande quantité des aliments, et surtout de ceux qui dégagent du gaz en abondance; des adultes hommes ou des femmes non sujets à des attaques d'épilepsie ou d'hystérie et qui n'ont été soumis ni à l'influence de l'alcool ou des narcotiques, ni à celle du plomb, etc., éprouvent les symptômes de l'hémorrhagie névraxique.

11856. Sous l'influence de causes qui, telles qu'un grand effort musculaire (2) ou inspirateur, l'acte génital, une impression morale

(1) Pour être plus clairs, plus pratique, pour éviter les longueurs, nous réunissons ici à dessein des notions étiologiques et diagnosiques ou symptomalogisme, parce qu'elles font essentiellement partie du tableau des névraxies tel qu'on l'observe au lit des malades.

(2) Un homme robuste âgé de soixante ans, de la santé la plus belle que l'on

vive, etc., activent brusquement l'action du cœur; ou telles qu'un excès de boissons ou d'aliments portent dans le sang une grande quantité de liquides; sous l'influence encore d'une gêne survenue dans la respiration (bronchemphraxie) (n° 5802), épidiaphratopie (n° 3985), etc., qui entrave l'oxémisme (respiration), et détermine ainsi des stases veineuses; ailleurs pendant le sommeil, et fort souvent sans cause appréciable, se déclarent tout à coup : *une diminution ou une abolition plus ou moins complète : soit de certaines sensations, soit de quelques-uns des attributs de la mémoire, de l'intelligence, de la volonté; soit de mouvements généraux ou partiels; soit enfin de tous ces phénomènes à la fois.*

11857. *Cette invasion brusque est le cachet symptomatique principal de l'état : névraxorrhagie; elle se rencontre bien dans d'autres cas, mais alors diverses circonstances éclairent la diagnose; exemple : — Les traumanévrxies débutent instantanément, mais les circonstances de la blessure établissent la nature des accidents qui se déclarent. — La névraxémie a souvent aussi lieu très-rapidement; portée à un haut degré, son invasion ne peut guère être distinguée de celle que présente la névraxorrhagie, mais souvent elle en constitue la première période, et il y a dès lors peu d'inconvénients à les confondre. — Certaines phlegmasies ou malaxies névraxiques commencent assez rapidement, mais presque toujours alors une céphalalgie profonde a précédé les symptômes de diminution ou d'abolition névraxismique. — Dans l'anémie névraxique (n° 11807), l'invasion est souvent instantanée; mais alors les artères du cou battent faiblement, ou ne font pas sentir leurs pulsations, et il suffit d'abaisser la tête pour faire cesser les accidents (nos 11815, 11816); dans l'anoxémie (défaut de respiration), presque toujours les circonstances dans lesquelles s'est trouvé le malade éclairent la diagnose, et d'ailleurs il n'y a point alors de paralysie locale. — Certaines toxémies sont accompagnées tout d'abord de perte de connaissance, et d'une sorte de paralysie générale imitant les symptômes d'une névraxorrhagie; mais ici presque toujours des circonstances commémoratives ou quelque phénomène spécial à l'action de tel ou tel poison éclairent la diagnose; ainsi : dans la névraxie alcoolique, on sait ordinairement que le malade a pris de l'alcool, et l'odeur de cette substance dont l'air est chargé contribue à faire éviter toute erreur; la toxémie puisse concevoir, fait un violent effort pour rendre les fèces; à l'instant même un énorme épanchement de sang avait eu lieu dans l'encéphale et cause la mort.*

que produit l'opium, la jusquiame, etc., est presque toujours accompagnée de délire; celle de la belladone est suivie d'une dilatation des pupilles très-caractéristique; la variémie au début cause plutôt des phénomènes de congestion encéphalique d'une médiocre intensité que des symptômes apoplectiques, et d'ailleurs la plupart de ces états sont accompagnés de fréquence dans le pouls, d'un état fébrile que l'on ne rencontre pas dans l'hémorrhagie névraxique. — Les névraxopallies (n° 11632) simulent par la rapidité de leur début les hémorrhagies des centres nerveux; mais les malades, dans ce cas, ont été autrefois sujets à des attaques d'épilepsie ou d'hystérie. Ce sont en général des hommes peu avancés en âge ou des femmes qui en sont atteints, et il y a presque toujours eu des accidents convulsifs pour l'épilepsie et la sensation d'une constriction à la gorge pour l'hystérie, symptômes qui distinguent ces dernières affections des névraxorrhagies.

11858. *La diminution ou l'abolition de telle ou telle action névraxique est le plus souvent, dès l'invasion, portée au plus haut degré, de sorte que loin qu'il y ait, à partir du début, une augmentation graduée et successive dans les accidents, on observe bien plutôt une amélioration graduée.* Ce caractère différencie nettement les névraxorrhagies de plusieurs autres affections dont les symptômes ont beaucoup d'analogie avec ceux des épanchements sanguins du névraxe. La phlegmasie, la malaxie, les hydries, les hétérotrophies, les célies, etc., des centres nerveux, dont les symptômes sont le plus souvent aussi en rapport avec la diminution ou l'abolition des fonctions névraxiques, présentent d'abord, en effet, des caractères peu apparents; mais ceux-ci deviennent plus tranchés, d'une manière incessante, et cela jusqu'à une terminaison ordinairement funeste.

Névraxorrhagies très-considérables.

11859. Lorsque l'hémorrhagie encéphalique est tellement considérable que le foyer qu'elle constitue comprime complètement le névraxe, et cela au moment même où elle s'est opérée, comme cela a lieu lors de la rupture de l'un des troncs artériels situés à la base du crâne, alors la mort peut être presque instantanée; en effet, le mésonèvre et la partie supérieure du rachysomyèle ne peuvent plus exercer dans de tels cas les fonctions qui leur sont départies, les mouvements respirateurs cessent de s'effectuer, et la terminaison funeste est en quelque sorte immédiate. Lorsque, sans être portée à ce point, l'hémorrhagie est très-considérable, tout à coup, ou du

moins en très-peu d'instants, le névraxe se trouvant comprimé, presque toutes ses fonctions (autres que son influence sur la respiration) sont paralysées; dès lors les sens ne répondent pas à leurs modificateurs naturels. La perception est nulle, l'intelligence et la volonté, les mouvements qu'elle dirige font défaut, la peau paraît donc être presque insensible, ou l'est complètement; l'œil ne se dirige plus vers la lumière, ou les pupilles restent dilatées; les sons les plus forts ne paraissent pas être entendus, le malade est profondément assoupi; sa respiration est lente, profonde, accompagnée d'un bruit qui se produit dans l'arrière-gorge et les fosses nasales, bruit qui a reçu le nom de *stertor*, et qui est dû probablement aux vibrations que le courant d'air inspiré par les fosses nasales détermine dans le voile du palais. Les battements du cœur se renouvellent lentement, à tel point que quelquefois on ne compte plus que 50 ou 60 pulsations par minute; en même temps ces battements sont énergiques et se prolongent; aussi le pouls présente-t-il de la largeur et de la force, en un mot le caractère vibrant (1). Ces symptômes morbides du côté de la circulation et de la respiration sont loin de se rencontrer dans tous les cas de névraxorrhagies considérables; on a même noté avec raison que dans les céphalorrhagies les plus graves le pouls est parfois très-faible, très-accélééré et la face très-pâle. La chaleur est en général conservée, le début du mal est fréquemment marqué: par de l'embarras dans le larynx et le pharynx, d'où résulte une difficulté de la parole et de la déglutition; par des vomissements, des selles spontanées et des évacuations involontaires d'urine; du reste, suivant les états pathologiques qui ultérieurement se déclarent, des symptômes variables se dessinent dans les autres fonctions.

Etat de l'intelligence dans les encéphalorrhagies.

11860. Quel est l'état de l'intelligence, soit dans ces grands épanchements cérébraux, soit lors des autres encéphalies dans lesquelles il y a perte apparente de tous les attributs des sens, des perceptions et des mouvements? Il est impossible de le savoir. Puisque tous les moyens organiques d'expression manquent à ceux qui se trouvent dans une telle position, ces gens ne pourraient nous faire

(1) Cette énergie dans l'action du cœur a été attribuée à la gêne de la respiration, et les contractions cardiaques augmenteraient pour favoriser la circulation pulmonaire. Rien n'est moins prouvé que cette explication, car la respiration chez les apoplectiques est en général assez libre.

connaître ce qui se passe en eux : mais, dira-t-on, aussitôt que le malade sort du coma il serait apte, si le sentiment du *moi* avait été conservé, à se rappeler quel a été l'état de ses pensées pendant l'assoupissement. En effet, lorsque la connaissance se rétablit, il existe quelquefois chez les apoplectiques un souvenir vague de ce qu'ils éprouvaient alors qu'on les croyait privés de toute connaissance. Il se passe probablement ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu lors du sommeil physiologique dans lequel, à coup sûr, on conserve le sentiment du moi, puisque dans cet état l'on rêve et que l'on exécute souvent des actions très-complexes et très-suivies, et qui ne peuvent avoir lieu que par suite d'une volonté raisonnée ; cependant, au réveil, on ne se rappelle ordinairement ces rêves que d'une manière confuse ou l'on ne s'en ressouvient pas. La mémoire ne les retrace pas plus à l'homme éveillé que les innombrables faits de détail qui se succèdent pendant la veille. Les mouvements en partie raisonnés de certains apoplectiques, alors qu'ils sont excités par divers modificateurs, leur regard dans divers cas, prouvent que le sentiment du moi n'est pas chez eux anéanti ; il se passerait là quelque chose de comparable à ce qui s'opère sous l'influence de l'éther ou du chloroforme alors que la connaissance et le sentiment du moi sont conservés, tandis que les sensations actuelles ne sont pas perçues, et qu'il n'y a point de mouvement volontaire. Cette réflexion a une grande importance philosophique ; car si l'on pouvait admettre en fait que le sentiment du moi, soit dans les affections apoplectiformes, soit dans l'hypocéphalémie, soit dans le sommeil, pût cesser d'avoir lieu, la sublime doctrine de l'immortalité de l'âme pourrait en être ébranlée. Nous reviendrons sur cet important sujet, alors que nous étudierons l'anomopsychisme (les folies).

Méningorrhagies névraïques.

11861. Lorsque l'hémorrhagie a lieu dans les méninges, de deux choses l'une : ou il y a compression de tout le névraxe portée au point d'anéantir ses fonctions, et alors la mort est presque instantanée (n° 11767), ou cette compression n'est pas portée assez loin pour qu'il en soit ainsi, et dans ce cas il ne peut pas plus y avoir de paralysie partielle que d'anervisme générale. Alors, en effet, il n'existe pas de foyer *local* et circonscrit qui détermine la *destruction* ou la *compression* de quelque partie isolée du névraxe ; par conséquent il ne doit pas y avoir de paralysie. Aussi l'honorable M. Serres, faisant le relevé d'un certain nombre de cas relatifs à

des méningorrhagies encéphaliques, n'a-t-il pas rencontré chez les malades qui en étaient atteints, et dont l'encéphale lui-même ne participait pas à la lésion, d'anesthésie ou d'amyosthénie. Quelques auteurs ont émis des doutes sur la généralisation faite par M. Serres relativement à l'absence de paralysie dans la méningorrhagie encéphalique ; mais la manière de voir de ce savant anatomiste s'accorde si bien avec l'anatomie et la physiologie des méninges qu'il nous serait difficile de ne pas la partager, au moins en très-grande partie. Les méningorrhagies myéliquies ont paru cependant dans certains cas déterminer une paralysie des membres pelviens, de la vessie (n° 11769), et du rectum.

Etat de la sensibilité dans les encéphalorrhagies.

11862. L'absence de sensations dans les hémorrhagies encéphaliques est souvent beaucoup moins complète (dans ce cas comme dans plusieurs autres encéphalies) que l'on ne pourrait le penser. Il suffit souvent de mettre la peau d'un apoplectique qui paraît privé de tout sentiment, en contact avec un corps froid, et bon conducteur du calorique, tel qu'un métal (1), ou de le pincer et de le piquer, pour que le malade que l'on croyait sans perception et sans motilité, exécute sur-le-champ de légers mouvements des yeux et de la face, et même des membres que l'on supposait être paralysés.

11863. Si dans la plupart des grandes encéphalorrhagies, la perte absolue des sensations, des perceptions, des mouvements et de l'action névrique sur les viscères est moins complète que l'on ne serait disposé à le croire, la raison en est probablement dans l'existence des replis de la dure-mère, qui, tels que la faux et les supports, soit du cerveau, soit du cervelet, empêchent que l'action compressive résultant d'une hémorrhagie existant dans l'une des moitiés de l'encéphale s'exerce aussi directement sur l'hémisphère opposé que si ces replis n'existaient pas. C'est surtout au cervelet que cette proposition est applicable.

Hémicéphalorrhagie.

11864. Lorsqu'une hémorrhagie est limitée à l'un des hémisphères cérébraux, alors il y a diminution ou abolition du sentiment et du mouvement dans le côté du corps ou des membres opposé à celui où la

(1) Ce procédé, qui nous appartient, est préférable à la méthode d'exploration qui consiste à piquer ou à pincer le tégument ; celle-ci éveille moins facilement la sensibilité, et a le grave inconvénient de soumettre les malades à des manœuvres qui répugnent aux pensées humanitaires du médecin.

lésion à son siège. On a cité quelques faits dans lesquels la paralysie aurait eu lieu du même côté où le mal aurait eu son siège; mais il s'agissait probablement alors de quelque autre lésion que l'on n'aura pas pu ou pas su trouver, et qui aura existé dans l'hémisphère opposé au côté paralysé. Un grand nombre d'altérations dans la substance nerveuse peuvent avoir lieu sans qu'elles soient pour cela appréciables. M. Serres sur 171 cas d'hémiplégie, trouve 171 fois l'anervismie du côté opposé à la lésion. MM. Rochoux, Andral constatent une relation aussi constante entre les désordres locaux et les parties paralysées; il en a été ainsi pour plusieurs centaines de cas observés par nous; quelques faits contraires aux précédents, cités par Morgagni, Portal, Bayle, sont loin d'offrir les détails et l'authenticité qu'ils devraient avoir pour présenter une importance réelle; cependant un cas observé dans le service de M. Cruveilhier (*Bulletin Soc. Anat.* février 1826), semblerait être exceptionnel; mais une exception ne peut infirmer une règle, et prouve tout au plus que l'on n'a pas connu, dans le fait cité, la cause anatomique de l'hémiplégie; d'ailleurs il se peut faire qu'il y ait eu ici, comme dans tant d'autres cas, une faute de rédaction et que l'on ait écrit gauche pour droit et *vice versa* (1). Quoi qu'il en soit, l'hémiplégie occupe bien plus les membres que le tronc, et il est aussi rare de rencontrer chez un apoplectique, l'anesthésie ou l'amyos-thénie absolue de l'un des côtés du tronc, qu'il est commun d'y trouver une paralysie des extrémités supérieures et inférieures. Celle du diaphragme ne se voit presque jamais; ce qui vient sans doute de l'origine très-inférieure des nerfs de ce muscle. Nous avons très-rarement rencontré l'anervismie des muscles pariétaux de l'abdomen.

Hémorrhagies des corps striés et des couches optiques.

11865. Ici se présente la grave difficulté de savoir si l'hémorrhagie des couches optiques donne lieu, comme le veulent MM. Serres, Foville, Pinel Grandchamp, et beaucoup d'autres, à la paralysie des membres thoraciques, tandis que celle des corps striés causerait la perte du sentiment et du mouvement dans les membres pelviens, et que les collections sanguines ayant pour siège à la fois les corps striés et les couches optiques seraient suivies de la paralysie simultanée des deux membres du même côté. Or, M. Andral a trouvé :

(1) Cette cause d'erreur est fréquente et serait moins commune si l'on écrivait *côté hépatique* pour côté droit, et *côté cardiaque* pour côté gauche.

— 1° sur une cinquantaine de cas d'hémiplégie, des hémorrhagies : 21 fois dans les corps striés, 19 fois dans les couches optiques ; — 2° sur 23 cas de paralysie des membres thoraciques, des épanchements sanguins : 11 fois dans les corps striés, 10 fois dans la couche optique, 2 fois dans le lobule moyen ; — et dans 12 cas d'anervisme des membres pelviens : 10 fois des hémorrhagies dans les corps striés, et 2 fois seulement dans la couche optique. La plupart des observateurs n'ont pas non plus constaté en réalité les corrélations entre les lésions et les symptômes, admises ici par MM. Serres, Foville, etc. Quoi qu'il en soit, les faits que nous avons vus pendant un temps considérable à la Salpêtrière et dans les hôpitaux ne peuvent être l'effet d'un hasard dont la continuité serait par trop extraordinaire. Or, nous avons très-ordinairement constaté d'une part : la relation signalée par les auteurs qui viennent d'être cités, et de l'autre nous avons vu que les hémorrhagies ayant le plus souvent lieu dans les couches optiques et les corps striés à la fois, l'anesthésie et surtout l'amyosthénie avaient à la fois pour siège les membres thoraciques et pelviens du côté opposé.

Hémorrhagies dans les lobes antérieurs, dans les cornes d'Ammon, les circonvolutions cérébrales.

11866. Dans la très-grande majorité des cas et d'après les recherches faites par M. Bouillaud, les hémorrhagies dans les irradiations antérieures des corps striés ont pour conséquence la perte de la parole, ce que n'admettent pas d'ailleurs MM. Rochoux et Cruveilhier. Nous avons vu quelques faits qui confirment à ce sujet la manière de voir de notre collègue, et nous engageons le lecteur à lire dans le Bulletin de l'Académie les derniers travaux publiés sur cette question de physiologie pathologique. — Les hémorrhagies, d'ailleurs fort rares, qui ont lieu dans les circonvolutions cérébrales ne sont pas toujours accompagnées de paralysie. Rien ne prouve que les collections sanguines siégeant dans les parties du cerveau désignées sous le nom de cornes d'Ammon soient suivies, comme on l'a dit, de la perte des mouvements de la langue.

Céphalionirrhagies.

11867. Les hémorrhagies céphaliques, pour peu qu'elles soient considérables, présentent les mêmes caractères que celles des hémisphères cérébraux. Les céphalionirrhagies centrales portées à un haut degré sont suivies d'une mort rapide (Morgagni, Abercrombie, Dance, etc.), ou au moins d'une paralysie prompte et géné-

rale. On a dit qu'elles donnaient lieu à la perte des sensations et des mouvements du côté où elles avaient lieu, et cinq cas observés par M. Serres porteraient à le faire admettre. Nous avons vu plusieurs faits dans lesquels les symptômes et la lésion étaient tout aussi bien croisés que cela avait lieu dans les céphalorrhagies. Comme il y a perte du mouvement dans tous les cas précédents, on ne trouve pas de symptôme propres aux hémorrhagies céphaliques qui soit en rapport avec les fonctions du cervelet relatives à la station, l'équilibration, etc., etc. Toutefois on a dit que les hémorrhagies du lobe médian avaient pour symptômes : soit une tendance à marcher en avant, soit une anesthésie sans amyosthénie, etc. Si l'on admettait les opinions de Gall relatives aux fonctions du cervelet, l'absence de désirs vénériens et d'érections devrait être le caractère spécial des hémorrhagies céphaliques; et cependant M. Serres sur 11 faits a observé 6 fois des érections qui n'ont pas été notées dans des cas pareils par MM. Lallemand, Rostan et Bouillaud. On a dit aussi que des érections avaient lieu seulement dans les hémorrhagies du lobe cérébelleux médian. Il est impossible, sous le rapport de la diagnose, de savoir si un apoplectique éprouve ou non des désirs vénériens, et à coup sûr quand la collection sanguine aurait un autre siège dans l'encéphale, il y aurait lieu de croire que les érections feraient défaut.

Mésonevrorrhagies.

11868. Les mésonevrorrhagies sont presque toujours accompagnées immédiatement : de la perte complète : de tous les sens, de tous les mouvements volontaires, d'un défaut de respiration ; par conséquent la mort, dans de tels cas, est en général presque instantanée. On ne concevrait guère la conservation de la vie que si le foyer sanguin de cette partie était extrêmement limité ; dans un cas tout à fait exceptionnel le malade a survécu 24 jours à une hémorrhagie de la protubérance.

Rachisomyélorrhagies.

11689. Les mêmes considérations sont applicables aux hémorrhagies occupant la portion de la moelle cervicale située au niveau des trois ou quatre premières vertèbres. Les épanchements sanguins de la portion dorsale de la moelle ont pour conséquence immédiate la paralysie du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs, ainsi que l'anervismie de la vessie (n° 11769) et du rectum. S'il était possible que le mal fût borné à l'un des cordons de la moelle sans qu'il en résultât de compression pour les autres fais-

ceaux rachisomyéliques, alors il y aurait : 1° lors de l'hémorrhagie du cordon postérieur, perte de la sensibilité des membres sous-jacents, et lors de l'hémorrhagie du cordon antérieur, perte isolée des mouvements dans les mêmes parties. Si le mal occupait un point très-élevé du rachysomyèle, les extrémités thoraciques seraient le siège de ces anervismies, et s'il avait pour siège la région dorsale, la paralysie aurait lieu dans les membres pelviens. Du reste, les données symptomatiques relatives aux altérations isolées des faisceaux myéliques sont plutôt tracées *à priori* que sanctionnées par les faits, attendu qu'il est démesurément rare de trouver des lésions tellement circonscrites d'un cordon rachidien qu'elles n'altèrent pas ou ne compriment pas l'autre cordon. — Les effets anervismiques résultant des lésions de la moelle sont directs, c'est-à-dire qu'ils ont lieu dans les membres du même côté où la lésion existe. Les hémorrhagies de la moelle ont bien moins d'influence sur les battements du cœur et sur la chaleur animale, que les expériences de Legallois et de Chossat devraient le faire croire.

Hémorrhagies à l'origine des nerfs.

11870. Les épanchements sanguins qui se feraient dans les parties très-circonscrites du névraxe correspondant à l'origine de tel ou tel nerf auraient pour conséquence la paralysie de celui-ci. Cela serait vrai de l'origine des nerfs : optique et acoustique ; du trifacial, du facial, des paires intercostales, etc. Du reste, de telles lésions ainsi limitées à un point du névraxe sont fort rares ; on en trouverait à peine quelques exemples dans les auteurs, et il faudrait se donner garde d'établir une diagnose absolue sur l'existence de tels épanchements par cela même que l'on aurait vu tout à coup survenir une paralysie des organes où se rend tel ou tel nerf ; souvent, en effet, la nécroscopie démentirait le jugement que l'on aurait porté. Le fait suivant est une preuve de cette vérité. Un homme de quarante ans est subitement atteint, dans le jardin du Luxembourg, de vertiges, puis de surdité à gauche. Il reste sourd de l'oreille gauche, n'a ni fièvre ni dévoitement. Il reste ainsi à l'hôpital de la Pitié, pendant quinze jours ; le plessimétrisme fait découvrir alors des matières en abondance dans les gros intestins. Des purgatifs légers donnent lieu à d'abondantes évacuations. Alors survient un état fébrile. La diarrhée devient excessive, le malade périt en huit jours. — On trouva à la nécroscopie plus de trente ulcérations de l'iléon ; il nous fut impossible de rien découvrir d'anomal dans le

cerveau et dans le nerf auditif gauche. Certes, il y avait une lésion dans ces parties, mais il nous fut impossible de la découvrir.

11871. L'hémorrhagie qui aurait pour siège le point où le nerf sort du névraxe donnerait évidemment lieu à la paralysie de ce nerf. Il en arriverait ainsi pour l'heptanèvre (nerf facial); un épanchement dans la partie du névrome (nerf optique) située derrière l'entrecroisement produirait la cécité du côté opposé, et elle aurait lieu du même côté si la lésion s'était déclarée en avant de la selle turcique.

Phénomènes précurseurs.

11872. Les hémorrhagies névraxiques, dans une foule de cas, ne sont pas accompagnées de phénomènes précurseurs. Ce fait avait été déjà indiqué par Arétée, Aëtius, Celse, etc. Sur 69 apoplectiques, on a noté seulement 11 fois des symptômes avant-coureurs. Quelquefois des *prodrômes* se dessinent d'une manière plus ou moins marquée. Ce sont : — 1° pour les hémorrhagies encéphaliques : des étourdissements, des vertiges qui laissent après eux un trouble, un affaiblissement plus ou moins marqués de l'intelligence ; la vue de corps rouges ou brillants, et quelquefois des douleurs vagues ou une sensation de pesanteur et de battements dans la tête (phénomènes d'encéphalémie (n° 11780)) ; des accidents angiémiques (palpitations, sentiment de plénitude dans les vaisseaux ; sueurs froides que Bichat a vues bornées à la moitié du corps ; des symptômes angiairiques (difficulté de respirer, hypoxémie) ; des phénomènes angibrômiques (nausées, vomissements, gastrentérasie, etc.) ; en un mot, une infinité de circonstances organiques qui ont pour effet de gêner ou d'augmenter plus ou moins la circulation encéphalique. — 2° Pour les myélorrhagies : des douleurs à la nuque et dans la région dorsale ; des sensations pénibles de fourmillement et des mouvements spasmodiques dans les membres et surtout dans les extrémités inférieures ; de la lenteur et de la difficulté dans les contractions du rectum et de la vessie (symptômes probables de rachisomyélémie), etc. Du reste, dans les observations très-peu nombreuses de myélorrhagies que l'on possède, il n'y a eu d'autres prodrômes que les phénomènes propres aux lésions organiques dont l'hémorrhagie myélique était le résultat.

Symptômes variés et accidents généraux des névraxorrhagies.

11873. Les encéphalorrhagies très-circonsrites peuvent donner lieu à des phénomènes singuliers. On voit, par exemple, des gens perdre tout à coup soit le mouvement de l'un des côtés de la langue

(qui se tourne du côté où siège l'hémorrhagie) (1), soit l'action musculaire du membre supérieur. On observe quelquefois une abolition plus ou moins complète de l'intelligence et la perte absolue de la mémoire ou de quelques-unes de ses parties. Voici quelques cas de ce genre recueillis dans notre pratique.

Faits remarquables de perte partielle de la mémoire.

11874. Un vieux prêtre atteint d'encéphalorrhagies multiples et peu étendues *dans les corps striés* (constatées deux ans plus tard à l'état de kysties), perdit subitement et à toujours la mémoire des substantifs. Lorsque ce malade voulait exprimer une idée, constamment il se servait de locutions dans lesquelles les adjectifs, les verbes et les pronoms remplaçaient, d'une manière du reste très-précise, les noms qu'il n'avait jamais à sa disposition. S'il arrivait que l'on prononçât devant lui le mot qu'il cherchait, il le répétait avec volubilité et satisfaction dix ou vingt fois de suite, puis l'oubliait de nouveau. — M. V., frappé d'une hémorrhagie encéphalique (qui lui permit de vivre encore vingt-cinq ans), perdit subitement la faculté de lire, tandis qu'il continua à pouvoir écrire. Il parvint plus tard et peu à peu par apprendre à lire, mais en commençant par l'alphabet. — M. X..., employé aux archives, conservant toute son intelligence (à part une faiblesse d'esprit plus marquée qu'à l'ordinaire), perdit subitement la mémoire des dates, ou plutôt des temps, de telle sorte qu'il ne pouvait plus se ressouvenir si tel événement lui était arrivé depuis une heure, un jour, une semaine, un mois, un an. Lui rappelait-on cette époque ? il en conservait la mémoire pendant quelques moments et l'oubliait de nouveau. L'un des côtés du corps de ce malade était devenu un peu moins fort que l'autre.

11875. On voit encore survenir chez les gens atteints d'encéphalorrhagie : 1° l'hyponervisme du pharynx, et partant, une gêne dans la déglutition ; 2° la dilatation de la pupille ; 3° la déviation en bas de l'un des côtés de la bouche (il faut bien prendre garde de prendre pour un symptôme d'hémorrhagie ou d'un ramollissement encéphaliques l'abaissement de la commissure des lèvres d'un côté, alors que les dents à droite ou à gauche viennent à manquer, et qu'il en résulte une distorsion de l'ouverture orale) ; 4° la paralysie des muscles de la face, d'où résulte que la joue se gonfle lorsque le

(1) Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans les détails relatifs aux nombreuses explications que l'on a données de ce fait.

malade se livre à des insufflations ou à des expirations, ou encore rentre du côté des arcades dentaires lors de l'inspiration (on dit alors que le malade fume sa pipe) ; 5° l'immobilité de la physionomie du côté paralysé, tandis que la moitié opposée du visage présente des mouvements volontaires en rapport avec les sentiments ou les passions du malade.

Symptômes des états organopathiques développés ultérieurement aux névraxorrhagies.

11876. Si l'on considère seulement comme névraxorrhagies, l'écoulement sanguin lui-même, soit au moment où il se fait, soit lorsqu'il vient de s'effectuer, la description qui précède est suffisante ; mais si l'on veut y joindre les états anatomiques qui y succèdent, c'est-à-dire les hémospéies, les kysties, les phlegmasies, les malaxies, etc., etc., qui peuvent survenir, alors il n'en est plus ainsi, et il faut y ajouter les symptômes que voici :

Terminaison de l'hémorrhagie névraxique par des angiairies et par anoxémie.

11877. Quand l'hémospéie qui résulte de l'hémorrhagie encéphalique est assez considérable pour ne pouvoir être résorbée, ou qu'elle trouble assez les fonctions pour que la mort survienne avant que les phénomènes de réparation aient le temps de s'effectuer, les symptômes d'anervismie générale ou partielle, le coma, le stertor, en un mot l'ensemble des accidents persistent, puis une pneumonémie hypostatique (n° 6673), suivie bientôt d'angiairaphrosie (n° 5961) et d'hypoxémie (n° 3944) surviennent ; la difficulté ou l'impossibilité d'avaler la salive et les boissons, font que ces liquides pénètrent dans l'angiaire et hâtent souvent la terminaison fatale. Le malade ne pouvant expectorer, les crachats s'accumulent plus promptement que dans la plupart des autres cas. *C'est de cette façon et non pas directement par le cerveau, que périssent en vingt-quatre ou soixante-douze heures, quelquefois en huit ou dix jours, la plupart des gens atteints d'hémorrhagies encéphaliques. Un grand nombre d'entre eux survivraient aux accidents cérébraux si ces pneumopathies n'avaient pas lieu.* Nous avons vu l'archevêque de Malines, l'abbé de Pradt, succomber en un mois d'une semblable façon. *Ces faits conduisent à étudier soigneusement chez les apoplectiques, l'état des poumons et des bronches.* C'est principalement dans les cas où une hémorrhagie occupe des points du névraxe voisins de l'origine des nerfs présidant aux mouvements respirateurs qu'il en arrive ainsi.

11878. Les névraxorrhagies suivies d'hémospéies qui passent

successivement par les phases dont il a été parlé, donnent lieu aux phénomènes que voici : 1° l'anesthésie, l'amyosthénie, persistent d'abord dans les parties où elles avaient leur siège, puis elles diminuent graduellement, et à mesure que le kyste ou que les cicatrices se forment, ces symptômes disparaissent de plus en plus. Si les extrémités supérieures et inférieures d'un côté ont été paralysées, la jambe d'abord, puis le bras reprennent de la sensibilité et de la motilité; quelques sens d'abord affaiblis peuvent graduellement se rétablir. La connaissance, l'intelligence, souvent diminuées ou abolies dans le principe, reparaissent peu à peu; mais il ne faut pas croire que tous ces phénomènes reprennent complètement leur type normal. Le bras, une fois anervismié consécutivement à une céphalorrhagie, reste toujours plus faible, la jambe correspondante obéit plus difficilement à la volonté; le malade marche en boitant, la tête étant légèrement inclinée vers l'épaule elle-même abaissée. *La démarche des gens qui portent une hémospéie ou une hydrokystie céphalorrhagique existant dans l'un des hémisphères fait reconnaître de loin, par les médecins observateurs, la lésion que portent de tels individus.* L'intelligence reste toujours affaiblie, engourdie en quelque sorte; la mémoire éprouve surtout une diminution marquée; la volonté devient celle d'un vieillard caduc; une sensibilité puérile à la moindre impression morale fait pleurer le malade, qui perd le plus souvent ses sentiments affectueux et se concentre dans un déplorable égoïsme; ceux qu'il aimait le plus lui sont presque indifférents; les gens les plus soigneux de leur personne deviennent souvent alors malpropres, et prennent quelquefois une sorte de plaisir à se vautrer dans la fange; l'hypopsychisme ou démence et la paralysie générale succèdent enfin à l'ensemble des symptômes qui précèdent.

11879. Dans les myélorrhagies, la connaissance et l'intelligence sont conservées; mais si les lésions de la moelle ont été profondes et si la paralysie persiste, *le malade étant réduit à demeurer presque toujours couché sur le dos : des dermonécrosies sacro-coccygiennes (n° 11367) se déclarent ; l'anervismie cysturique a pour conséquence la distension de la vessie (n° 9401), et l'écoulement involontaire de l'urine ; une entérorrhée très-liquide succède à la scorentérasie symptomatique de la paralysie du rectum (n°s 7505, 7508, 7532), les matières fécales s'échappent de l'anus que les sphincters ne ferment plus, des états pathologiques nombreux et variés se succèdent du côté de l'angième, de l'angiaire et de l'angibrôme, et concourent à amener plus ou*

moins lentement une terminaison fatale. — On voit aussi, mais rarement, survenir chez certains vieillards portant des hémospéies ou des kysties encéphaliques, une anervismie cysturique, des dermonécrosies sacro-coccygiennes, en un mot l'ensemble des phénomènes dont il vient d'être parlé (n° 11876, etc.).

11880. Quelque peu étendue que soit une névraxorrhagie, presque toujours, si ce n'est toujours, elle entraîne la perte ou la diminution de quelques sensations, de quelques mouvements (ce dont il est facile de s'assurer en interrogeant et en examinant bien le malade) et d'une portion quelconque de l'intelligence, fait que l'on constate d'abord bien plus difficilement. Chose remarquable, quelquefois l'hypopsychismie est d'abord peu marquée, et dans les cas d'hémorrhagie très-peu considérables, occupant des parties d'une importance secondaire, on croirait, dans les premiers temps, que le malade est parfaitement sain d'esprit; mais peu à peu, chez les gens atteints d'hémospéies et même de kysties consécutives à des encéphalorrhagies, la mémoire, les perceptions, les sentiments affectueux, la volonté diminuent peu à peu; dans une période d'années qui varie, l'hypopsychismie sénile survient, et cela sans qu'il se déclare d'hémorrhagie nouvelle.

Récidive des névraxorrhagies.

11881. Malheureusement, dans le plus grand nombre des cas, une première névraxorrhagie guérie au degré dont il vient d'être parlé (n° 11880), est suivie, après quelques années ou quelques mois, d'une nouvelle hémorrhagie. Celle-ci a lieu dans quelque point du névraxe souvent voisin de celui où existent les hémospéies, ou les cicatrices du premier accident; en général même *cette seconde attaque* et surtout la troisième ou la quatrième qui les suivent, sont plus étendues et plus graves que la première. La raison de ces récidives n'est pas une diathèse *particulière, spéciale et fantastique*. Elle est la conséquence naturelle de la persistance des états organiques qui, tels que les cardies, les artérolithies, les angiairies, l'épidiaphratopie (nos 3987, 3989), la brièveté du cou, etc., avaient donné lieu à la première névraxorrhagie.

Marche, durée.

11882. En général les accidents qui résultent d'une névraxorrhagie, pour peu qu'elle soit considérable, durent au plus haut degré pendant vingt-quatre, quarante-huit, soixante-douze heures. C'est après cette époque, et lorsque la pneumonémie hypostatique

ou l'angiairaphrosie (n° 5962) ne viennent pas augmenter encore la gravité du mal, que peu à peu les premiers symptômes d'amélioration surviennent. Parfois même c'est seulement après huit ou quinze jours, et même après un mois, que l'anervismie commence à se dissiper. Dans certains cas, des mois se succèdent avant que toute la somme de sentiment et de mouvement désormais possibles pour le malade, puisse être obtenue.

Contractures consécutives simulant des paralysies complètes ; moyens remarquables de traitement.

11883. A la suite des encéphalorrhagies, quand le mouvement ne se rétablit pas, souvent et sans qu'il existe pour cela de malaxie, non-seulement les membres sont le siège d'une simple amyosthénie (paralysie des muscles avec résolution), mais encore ils sont à la longue contracturés et tenus ainsi dans une flexion continuelle, et à ce point : que les extrémités des doigts viennent souvent se placer dans la paume de la main qui s'en trouve blessée, que l'avant-bras est incliné vers le bras, et la jambe fortement portée vers la cuisse ; l'extension de ces parties est rendue très-difficile par suite de la tension des tendons, causée elle-même par la rétraction des membres. Souvent alors on croirait que ces membres sont entièrement paralysés, et en effet, dans cette position ils sont incapables d'exécuter aucun mouvement ; mais voici ce que nous avons récemment constaté ; et ce qu'il est fort important de noter en pratique : si l'on vient à étendre les parties que les contractures entraînent dans la flexion, et si l'on recommande alors aux malades de les fléchir, ils parviennent volontairement à exécuter cette flexion à un certain degré. Ce fait prouve que, dans les cas dont il s'agit, la perte de la motilité n'est pas aussi absolue que l'on serait porté à le penser ; il nous a conduit dans quelques cas à proposer un bandage contentif, et même la section des tendons des muscles constricteurs. Malheureusement diverses circonstances se sont opposées jusqu'à présent à l'exécution de cette dernière opération.

Diagnose des névraxorrhagies.

11884. L'ensemble des caractères et des symptômes établis dans les paragraphes 11855, et suiv., rapprochés de ceux qui sont propres aux traumanévrxies (n°s 11755, 11763, etc.), aux névraxémies (n°s 11780, 11783), à l'anémie névraxique (n°s 11805, 11806), aux névraxorrhées (n°s 11768), aux névraxémotaxies, aux toxémonévrxies, aux anoxémonévrxies, aux névraxopallies, permettra de distinguer, autant que l'état de la science permet de le faire, les

névraxorrhagies d'avec d'autres états organopathiques. La comparaison établie entre les accidents déterminés par les hémospées névraxiques (n° 11878), et ceux qui sont propres aux hétérotrophies du névraxe, et surtout les circonstances antécédentes de symptômes liés à une névraxorrhagie, serviront à tracer une ligne de démarcation entre les lésions consécutives aux épanchements sanguins et ceux qui résultent d'autres altérations chroniques de l'axe nerveux.

Diagnose : du siège, de l'étendue de l'épanchement sanguin ; des états organopathiques qui le suivent, etc.

11885. Quant à la détermination des points du névraxe où l'hémorrhagie a eu lieu, nous avons exposé dans les paragraphes précédents (n°s 11861, 11864, etc.), ce que l'état de la science apprend sur ce sujet ; la gravité, la généralité des symptômes observés fera apprécier jusqu'à un certain point l'étendue de la lésion et les proportions du sang épanché. L'appareil symptomatique propre à l'hémorrhagie névraxique (n° 11857), rapproché de celui qui correspond aux hémospées et aux kysties encéphaliques (n°s 11878), l'époque de l'invasion du mal, la marche des accidents, donneront les moyens d'apprécier l'état où, à la suite d'une hémorrhagie, se trouvera le névraxe.

Symptômes propres à distinguer entre elles une névraxorrhagie récente et des états pathologiques anciens de l'encéphale.

11886. De la flexion continue des doigts dans la main (n° 11883), du défaut de station et de progression pendant un temps plus ou moins long (n° 11883), résultent certains caractères propres à faire distinguer les névraxorrhagies anciennes d'avec les symptômes d'épanchements sanguins récents. Dans le premier cas : la paume des mains est humide, et recouverte d'un épiderme épais et sale, faits qui prouvent que depuis longtemps on ne s'en est pas servi ; la plante des pieds, lisse et unie, ne présente pas cette semelle épidermique, épaisse, qui est la conséquence de la marche ou de l'action de se tenir debout. Les individus paralytiques par suite d'hémospées ou de kysties anciennes, présentent aussi une émaciation des membres, résultat du défaut de mouvements longtemps continués, et rien de semblable ne se rencontre chez les personnes atteintes d'une encéphalorrhagie récente. De tels signes sont au lit du malade, alors que les circonstances commémoratives manquent, d'une extrême utilité, surtout quand le chef de service dans un hôpital se trouve dans la nécessité de traiter les malades dits apoplectiques, ou de renvoyer

dans leur famille de pauvres infirmes dont la société devrait prendre plus de soin qu'elle ne le fait.

Etiologisme, pathogénisme.

11887. En présentant le tableau des symptômes et de la marche des névraxorrhagies, nous avons énuméré la plupart de ses causes probables, et nous avons vu aussi, que bien souvent on ne peut apprécier quelles sont les influences sous l'empire desquelles ces lésions se déclarent. Se livrer à des commentaires étendus sur ce sujet, et faire de la statistique à cette occasion, serait peu pratique. Pour compléter l'étiologisme des névraxorrhagies, nous nous bornerons aux considérations suivantes : Il est fort rare de voir des hémorrhagies névraxiques chez les enfants, chez les jeunes adultes et chez les femmes encore réglées. Quelques exemples que nous en avons vus à de tels âges et chez de tels sujets, avaient eu lieu à l'occasion d'efforts musculaires assez considérables (d'attaques d'hystérie, par exemple). — Les gens qui ont dépassé quarante-cinq ans, les hommes plus fréquemment que les femmes, les individus des deux sexes qui arrivent vers la vieillesse, et à l'époque où le phosphate et le carbonate de chaux incrustent si facilement les vaisseaux et le cœur ; à ce temps de la vie où les tissus perdent de leur tenacité ; où des cardies, des pneumopathies sont fréquentes ; de telles personnes, disons-nous, sont plus que d'autres atteintes de névraxorrhagies, et l'on voit survenir celles-ci dans la vieillesse la plus avancée. Les nouveau-nés éprouvent fréquemment une méningorrhagie souvent en rapport avec des traumencéphalies causées par la parturition. — Les névraxorrhagies ont même assez souvent lieu chez les descendants des individus qui en ont été atteints. (Mémoire sur l'hérédité dans les maladies, par M. Piorry, 1840 ; chez J. B. Baillière.)

Relation entre les cardiopathies et les névraxorrhagies.

11888. Un développement anomal du cœur (les ouvertures des gros vaisseaux restant libres) est, ainsi que les autres circonstances de constitution précédemment indiquées (n° 11855), et surtout que l'épidiaphratopie, très-apte à prédisposer à l'hémorrhagie névraxique. En vain M. Rochoux a-t-il cherché à ébranler les propositions précédentes en collectionnant un certain nombre de cas dans lesquels l'hypercardiotrophie n'existait pas chez des apoplectiques. La statistique qu'il a faite à ce sujet donne des résultats opposés à ce qu'apprend la plus simple observation. Or, c'est faute d'avoir distingué

les cas, c'est pour avoir confondu entre eux beaucoup d'états organopathiques du cœur et des poumons, qu'il a pu arriver à cette étrangeté : de croire que les cardiopathies sont sans influences sur les névraxorrhagies. Voici les résultats de notre observation personnelle, qui s'accorde précisément avec les opinions généralement reçues. — 1° L'hypercardiotrophie, *surtout avec conservation du diamètre de l'aorte et des artères du cou*, préexiste souvent aux encéphalorrhagies (probablement si une aortosténosie existait par delà l'origine des vaisseaux de la tête, les malades seraient encore plus disposés aux épanchements encéphaliques). — 2° Toute cause anatomique qui détermine des stases, des dilatations dans le cœur droit et dans les poumons (n^{os} 1657, 5974), favorise le développement de la névraxémie, et devient une cause positive de névraxorrhagie. — 3° L'épidiaphratopie (n^{os} 3987, 3989), en gênant la circulation dans les extrémités inférieures, en causant une certaine accumulation de sang au-dessus du diaphragme, est à la fois une cause d'hypercardiotrophie et d'hémorrhagie encéphalique. — 4° La panhypérémie est dans le même cas, et cela a surtout lieu quand le cœur bat avec énergie. — 5° La brièveté du cou, en rapprochant le cœur du cerveau, agit de la même façon, etc., etc. ; et il en serait ainsi d'un développement anomal, par rapport aux autres vaisseaux de l'ensemble des artères de la tête.

11889. Les considérations précédentes expliquent l'influence, sur la production de l'hémorrhagie encéphalique, de certaines causes, telles que les émotions morales vives, qui augmentent brusquement l'action du cœur ; telles que les excès de vin, d'alcool, d'aliments, etc., et surtout que le froid. On croit en général que l'élévation de la température favorise ou détermine plus que son abaissement les hémorrhagies encéphaliques. On cite comme preuve à l'appui l'action directe sur la tête de l'insolation prolongée qui donne lieu à des morts promptes, accompagnées de symptômes *dits* apoplectiques. Il en arrive ainsi à beaucoup d'hommes pendant la moisson ; mais ici la tête est longtemps tenue abaissée, circonstance qui agit concurremment avec la chaleur du soleil pour produire des accidents qui, d'ailleurs, paraissent plutôt dus à de très-fortes congestions cérébrales qu'à des encéphalorrhagies. Rarement, dans de tels cas, a-t-on eu recours à la nécroscopie, qui seule aurait appris à laquelle de ces deux lésions la mort était due. Nous pouvons affirmer que dans l'hiver, sous l'influence d'une température basse, les névraxor-

rrhagies sont, à la Salpêtrière, incomparablement plus fréquentes que dans l'été, ce qui s'explique : soit par le resserrement des vaisseaux de la peau dans la saison froide, resserrement d'où résulte l'accumulation des liquides dans les organes profonds, soit par la fréquence très-grande, lors de cette saison, des stases veineuses vers le cœur et les poumons.

Les névraxorrhagies sont-elles les résultats de ruptures ou d'une sorte de malaxite (ramollissement inflammatoire) ?

11890. M. Rochoux et quelques autres pensent, qu'avant l'hémorrhagie il se fait dans le cerveau un travail morbide spécial ; qu'il s'y opère des altérations dans la circulation capillaire, d'où résultent de la rougeur et du ramollissement, et que, consécutivement, l'épanchement sanguin s'effectue. MM. Serres, Rostan et la plupart des auteurs admettent au contraire que l'hémorrhagie cérébrale se déclare d'une manière subite et sans prodromes. Notre expérience personnelle est tout à fait en rapport avec cette dernière manière de voir. Sur le très-grand nombre d'individus que nous avons vus en ville ou dans les hôpitaux être frappés de névraxorrhagie, la plupart n'avaient pas éprouvé de prodromes ; or, comment se ferait-il que l'altération encéphalique, supposée préexistante à l'hémorrhagie, pût exister sans donner lieu à des phénomènes symptomatiques appréciables ? On doit être bien peu disposé à admettre la possibilité d'un tel fait, si l'on se rappelle : que l'état du cerveau admis par M. Rochoux ressemble infiniment à certains ramollissements, et que ceux-ci donnent lieu à des symptômes très-caractéristiques : la rougeur et la mollesse que présente la substance encéphalique autour des hémospées, la teinte jaune qui se fait souvent à l'entour, nous paraissent, comme à beaucoup d'autres, être les résultats de l'infiltration sanguine, et non pas un travail morbide antérieur à l'hémorrhagie. Toutefois, dans quelques cas, il se peut faire qu'une stase veineuse, qu'un embarras dans la circulation, qu'un état phlegmasique, en un mot une sorte de malaxite soient les causes de l'hémorrhagie opérée dans les points de l'encéphale ainsi altérés ; mais ce sont là des exceptions et non pas la règle ; c'est là une coïncidence ou une succession d'états organopathiques qui, du reste, dans de tels cas ont chacun leurs symptômes spéciaux. Nous reviendrons ailleurs sur cette coïncidence entre les malaxies et les hémorrhagies névraxiques.

11891. On a cité à l'appui du développement des encéphalor-

rhagies par exhalation ou par un travail malaxophlegmasique que les névraxorrhagies se font principalement dans la substance blanche, peu vasculaire, et rarement dans la substance grise qui contient plus de capillaires. Mais il suffit dans les cas d'encéphalémie de couper une tranche de cerveau pour y voir des gouttelettes de sang qui proviennent d'artérioles ou de veinules très-nombreuses. Ce fait porterait donc à croire que les ramuscules dont il s'agit, et non pas les capillaires, sont le siège des hémorrhagies dont il s'agit et qui s'y feraient par rupture.

11892. Les considérations précédentes nous conduisent donc à croire que dans la très-grande majorité des cas, l'hémorrhagie cérébrale est la conséquence d'angioclasies. Tantôt, comme dans les faits vus par M. Serres (n° 11848), cette rupture a lieu dans les gros vaisseaux de la base du crâne, et alors surviennent des méningorrhagies; tantôt elles s'opèrent dans les artérioles qui pénètrent la masse nerveuse ou dans les capillaires mêmes de celle-ci, et alors se forment ces hémospées dont il a été parlé (n° 11846). De ce que, dans beaucoup de cas, on n'a pas constaté des artério ou des micrangioclasies (ruptures dans les vaisseaux capillaires), ce n'est pas une raison pour ne pas en admettre l'existence. D'une part, en effet, la difficulté de trouver des lésions presque microscopiques au milieu d'une masse de sang entourée de tissus rouges et ramollis est extrême, et de l'autre, des injections ne pourraient pénétrer dans des capillaires déchirés, et qui, consécutivement à la rupture, seraient remplis d'hémoplasties à travers lesquelles aucun liquide ne pénétrerait. Il est bien plus logique de s'appuyer sur les faits connus de rupture vasculaire pour expliquer les névraxorrhagies, que de faire des hypothèses relatives à une exhalation sanguine instantanée dans la trame du névraxe, fait complètement en désaccord avec ce que l'on observe ailleurs sur les écoulements sanguins dans les parenchymes. Du reste, dans quelques cas, les hémorrhagies peuvent s'opérer dans la substance nerveuse ramollie, et dont les vaisseaux doivent se rompre bien plus facilement que si cette substance était saine et solide. Ainsi l'opinion de M. Rochoux, vraie dans certains cas, ne peut l'être, suivant nous, dans une foule d'autres. Si le travail pathologique dont on parle, préexistait aux névraxorrhagies, pourquoi le verrait-on en général s'arrêter si bien après que l'épanchement s'est opéré, et pourquoi ne se propagerait-il pas tout à l'entour des hémospées qui en auraient été les suites?

11893. Les auteurs ont cru que les hémospées agissaient par compression sur l'encéphale. Des expériences de M. Serres sembleraient infirmer cette manière de voir. Ayant injecté des liquides dans la substance cérébrale au moyen d'une petite seringue dont la canule glissait le long de la lame d'un bistouri aigu et plongé dans la trame nerveuse, cet anatomiste habile n'a point vu survenir de symptômes analogues à ceux de l'encéphalorrhagie. Ces expériences ne reproduisent, suivant nous, que très-incomplètement les circonstances organiques qui ont lieu dans les névraxorrhagies. Quand on ouvre le crâne au moyen d'une couronne de trépan et lorsqu'on incise les membranes, du sang et du fluide céphalorachidien s'écoulent, et ce n'est plus là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu quand le crâne est fermé de toutes parts. Les tumeurs d'une autre nature que les hémospées et qui compriment diverses portions de l'encéphale causent des paralysies locales, et l'on ne voit pas pourquoi les hémospées auraient le privilège de ne pas produire un semblable effet. Seulement il faut avouer aussi que la destruction, la désorganisation de la substance nerveuse à l'entour du foyer sanguin est pour beaucoup dans l'anesthésie, l'amyosthénie symptomatiques des névraxorrhagies. En effet, après la formation du kyste et sa diminution ultérieure, après la formation d'une cicatrice, alors que le volume des masses morbides est infiniment diminué, il reste souvent encore une paralysie très-marquée; ici donc encore, il y a du vrai. Dans les deux opinions, le tort serait de trop généraliser, et il conviendrait, surtout en pratique, de déterminer quels sont les cas dans lesquels soit la destruction, soit la compression du névraxe sont les causes des accidents observés.

Thérapie de l'apoplexie tel que les auteurs l'indiquent. Traitement dans les doctrines anatomiques.

11894. Le traitement de l'apoplexie considérée au point de vue des auteurs, est tout à fait compliqué et ne repose sur aucune base pratique; il comprend en général et d'une manière collective les moyens qu'il convient d'employer contre de nombreuses névraxies, telles que les congestions, les épanchements sanguins et séreux, certaines affections dites nerveuses, divers cas d'hypémie, etc. (n° 11816). — Dans l'absurde logomachie qui a rapport à l'apoplexie, il est impossible de tracer une exposition claire des indications positives que présentent en particulier chacun des états pathologiques réunis arbitrairement sous ce nom. — Dans la doctrine des états pathologiques,

au contraire, l'hémorrhagie névraxique seule (c'est-à-dire l'écoulement de sang dans le névraxe) et la collection sanguine qui en résultent, doivent être isolément étudiées sous le rapport thérapeutique; de plus, le traitement des phénomènes précurseurs doit être considéré à part, et déjà nous l'avons fait pour la névraxémie (n° 11797); les accidents concomitants ou consécutifs, tels que la pneumonémie (n° 6821, 6848), l'angiairaphrosie (n° 6025), l'hypémie (n° 3964), l'anervismie et l'ectasie cysturiques (n° 9429), les dermonécrosies sacro-coccygiennes, etc. (n° 11385); les kysties, les malaxies encéphaliques qui font partie du tableau de l'apoplexie des auteurs, ont trouvé ou trouveront leur place dans d'autres parties de cet ouvrage. Avec cette manière de considérer les faits, tout devient clair, et les indications s'établissent en quelque sorte d'elles-mêmes.

Traitement des névraxorrhagies proprement dites.

11895. Le traitement des hémorrhagies névraxiques, isolément considérées et ayant actuellement lieu, est des plus simples. Il est le même que celui de toute autre hémorrhagie proprement dite (n° 6193, 6201), avec cette particularité, qu'il s'agit ici de lésions d'organes dont les fonctions sont actuellement liées à la conservation de la vie, et que ces lésions marchent ici avec une effroyable rapidité. D'un autre côté, le fond du traitement des névraxorrhagies ne peut différer de celui qui convient dans les congestions sanguines des centres nerveux (n° 1797); dans ces deux cas le même but doit être recherché : c'est de diminuer l'abord du sang vers le névraxe; seulement le danger extrême et la rapidité des hémorrhagies névraxiques doivent nécessairement conduire à insister avec énergie et promptitude sur les moyens dont on fait choix.

11896. D'abord, on ne doit pas attendre, pour agir, que l'on se soit bien assuré qu'il s'agisse d'une hémie ou d'un hémorrhagie névraxique. Bien que la seconde soit de beaucoup plus dangereuse que la première, les phénomènes initiaux se ressemblent si bien dans les deux cas, et il est tellement impossible d'affirmer qu'*actuellement* il se fait ou non un épanchement sanguin que, dans les premiers temps, alors que l'on suppose l'existence d'une violente congestion cérébrale, il convient de se conduire comme s'il s'agissait d'une hémorrhagie. Cette règle cependant souffre des exceptions, et, par exemple, il ne serait pas convenable de traiter activement (comme le font malheureusement trop souvent un grand nombre de praticiens) : 1° les encéphalémies consécutives à l'épilepsie et à l'hys-

térie des auteurs; 2° celles qui se déclarent chez certaines femmes à l'âge critique; 3° celles qui ont lieu pour la dixième fois sans qu'il en soit résulté des accidents ultérieurs.

11897. Il ressort nettement de nos travaux que des saignées abondantes et répétées, *quand elles ne sont pas excessives*, offrent peu d'inconvénients (n°s 11815, 11816, etc.). Toutes les fois donc qu'il y a lieu de craindre la désorganisation actuelle par une hémorrhagie et par le foyer qui lui succède, du névraxe, organe dont l'importance est extrême, on ne doit pas hésiter à avoir recours tout d'abord à de fortes évacuations sanguines. — Ce serait surtout au moment même où l'hémorrhagie se déclarerait qu'il faudrait prescrire *une saignée, qui devrait être portée aussi loin qu'il serait possible de le faire sans compromettre la vie du malade* (n°s 11815, 11816). On ne doit point ici avoir de pusillanime timidité; et il ne faut pas redouter d'affaiblir des individus déjà débiles. La névraxorrhagie est en quelque sorte la mort prochaine, l'infirmité, ou l'hypopsychisme (diminution de l'intelligence). On cherchera donc à causer une hypémie encéphalique *légère*. — L'application de quelques sangsues au cou ne suffirait pas, et la section de grosses veines hypodermiques est ce qu'il convient de faire. S'il s'agit d'une encéphalorrhagie considérable, la jugulaire externe du côté de l'épanchement sera utilement ouverte. S'il est impossible de préciser le côté malade, les deux veines qui portent ce nom seront à la fois incisées. — Rien ne peut être plus utile que de telles saignées pour désemplir les vaisseaux encéphaliques, et pour remédier aux stases qui s'y produisent. — En même temps on pourra comprimer avec quelque avantage les carotides (ainsi que nous l'avons fait pratiquer depuis longtemps), et même les vertébrales (*voyez dans l'Union médicale un intéressant mémoire sur ce sujet, août ou septembre 1849*); mais cette manœuvre est fort difficile à mettre en pratique; il est du reste aussi important *de laisser la veine jugulaire interne libre, que de comprimer l'artère*; les doigts du médecin ou d'un élève instruit, et non pas un bandage, pourraient remplir le but que l'on se propose dans ce cas.

11898. L'application de ventouses sur la totalité des membres ou sur de très-larges surfaces; des ligatures placées sur les extrémités et assez serrées pour retenir le sang veineux, et pas assez pour empêcher l'abord du liquide artériel, seront employées avec utilité.

11899. C'est surtout encore au moment même où l'hémorrhagie encéphalique s'accomplit, qu'il convient : 1° de maintenir la tête

plus élevée que les autres parties du corps (n° 11818); 2° de laisser dans l'eau chaude les membres suspendus en même temps que l'on place de l'eau froide ou de la glace sur le front et sur le cuir chevelu; 3° d'attirer les liquides vers la peau du corps au moyen de frictions pratiquées avec la flanelle échauffée; 4° de favoriser la circulation sanguine dans l'abdomen en évacuant promptement par l'emploi de purgatifs drastiques administrés en lavement, soit les fèces, soit les gaz; 5° de recommander aux malades (alors qu'il conservent encore un degré suffisant de connaissance) de faire de très-larges respirations, à l'effet de rendre plus facile le passage du sang à travers les poumons et le cœur. — Les excitants proprement dits portés sur la peau et sur les blennéings (1), ont infiniment moins d'utilité dans les névraxorrhagies, états liés à un écoulement sanguin mécanique, que dans les affections de l'encéphale dont diverses altérations de sensibilité seraient le caractère le plus important. Ayez recours si vous le voulez alors à l'inspiration par le nez des vapeurs ammoniacales, à l'introduction dans la bouche de sel marin, ou à l'ingestion dans l'estomac de quelque moyen du même genre; mais donnez-vous garde d'y compter assez pour ne pas employer des médications plus utiles (n°s 11897, 11898). Certes, ce n'est pas non plus dans le moment où l'hémorrhagie s'effectue qu'il convient d'avoir recours à l'alun, à la ratanhia, au sang dragon, etc.; le temps pendant lequel l'écoulement sanguin s'opère est infiniment trop court pour que ces médicaments, quand bien même ils seraient vraiment actifs, pussent être : absorbés, portés vers l'encéphale et y produire un arrêt dans le flux sanguin.

11900. L'abstinence des boissons, l'éloignement de toutes les circonstances qui sont propres à augmenter la quantité des liquides circulants sont, dans la curation d'une névraxorrhagie actuelle, des moyens de premier ordre.

Traitement des hémospées névraxiques.

11901. Les indications précédentes ne sont applicables aux épanchements sanguins, une fois effectués, que dans de certaines limites et avec des modifications nombreuses. On peut espérer, dans les premiers jours de la formation des foyers sanguins et avant que

(1) En vérité il est bien temps de cesser d'appeler *une muqueuse* telle membrane qui porte ce nom, et cela pour éviter le mot *membrane*. Une telle locution dans laquelle un *adjectif* féminin est employé *substantivement* est on ne peut plus incorrecte; le mot *blennéinge* permet d'éviter cette faute réelle de français.

les kystes soient formés, obtenir la résorption d'une partie du liquide déposé dans le névraxe. L'infiltration sanguine existant à l'entour des hémospéies (n° 11846) caractérisée par de la rougeur, des colorations jaunes décroissantes, etc. (n° 11846), porte surtout à faire admettre la possibilité de cette absorption. Or, il est utile à cette époque de faire que la quantité des liquides circulants soit médiocre et ne distende pas les vaisseaux (n° 3786); de là l'indication, non plus de saignées très-abondantes, mais bien de petites évacuations sanguines (de 100 à 150 grammes), répétées plus ou moins en raison des proportions et de la qualité actuelle du sang en circulation (nos 3786, 3830, 3823). — On administrera en même temps du tartrate antimonié de potasse, mais à de faibles doses, de façon à produire des selles sereuses abondantes, et l'on cherchera à éviter les vomissements, qui donnent lieu à des efforts susceptibles de porter vivement et avec force le sang vers la tête; des fragments de glace, l'usage du quinquina à de petites doses, seront même alors indispensables pour prévenir ces mêmes vomissements, et pour faire que l'action de l'émétique se borne à la nausée et aux évacuations alvines. Ce médicament ainsi administré à des doses fractionnées, répétées, de façon à éviter les secousses de vomiturition, ce médicament qui réussissait si bien à Dessault dans la curation des accidents qui suivent les plaies de tête, est non moins utile dans les hémospéies encéphaliques récentes. On peut lui substituer la scammonée, le jalap, l'aloès, l'extrait de coloquinte, etc., à dose purgative, et les injections anales propres à solliciter de nombreuses selles. — Peut-être que les bains de vapeur (pris de façon à ne pas être suivis de congestion vers la tête); les frictions sur la peau, auraient ici de l'efficacité. — Les vésicatoires appliqués sur de très-larges surfaces, *en évacuant de la sérosité*, pourraient aussi avoir de l'avantage. — Mais dans la curation des hémospéies névraxiques il importe surtout de ne pas gorger de boissons le malade, qui presque jamais ne les désire; elles ont l'énorme inconvénient de distendre les vaisseaux et de rendre l'absorption moins active. Au même point de vue, il serait utile de continuer à priver les apoplectiques de toute substance liquide.

11902. Autant il faut soumettre à une abstinence rigoureuse les gens chez lesquels on pense qu'actuellement une névraxorrhagie s'opère, autant serait-il absurde et dangereux de ne pas accorder quelques aliments à des individus qui portent des hémospéies en-

céphaliques; il ne faut pas, en effet, penser seulement à l'état du névraxe, mais bien à celui des autres parties du corps qui, à la suite d'une abstinence prolongée, se trouvent dans de mauvaises conditions d'organisation, et par exemple, les poumons chez les individus exténués sont plus disposés à la pneumonémie hypostatique, qui, comme nous l'avons dit (n° 6773), est une cause de mort pour beaucoup d'apoplectiques.

11903. Notons surtout un grand fait pratique relatif au traitement des hémospées névraxiques, c'est qu'il est très-rare qu'une nouvelle hémorrhagie s'opère dans les jours ou même dans le mois qui suivent immédiatement un premier épanchement sanguin. Ce fait conduit à ne pas insister d'une manière démesurée sur les saignées, et à ne pas soumettre le malade atteint d'hémospée névraxique, soit à une diète trop rigoureuse, soit à des médications inutiles.

Traitement des kysties, suites des hémospées névraxiques.

11904. Le traitement des kysties, suites des hémospées névraxiques, ne diffère pas de celui qui convient dans les autres tumeurs enkystées existant dans les centres nerveux; et nous ne verrons que trop, lors de l'étude de celles-ci, que ce traitement (à moins que ces tumeurs ne soient apparentes et accessibles aux moyens chirurgicaux) consiste seulement à combattre les états organopathiques auxquels leur présence expose les malades.

Traitement préservatif.

11905. Presque toujours les gens qui ont été atteints d'une première névraxorrhagie sont, après quelques mois ou après quelques années, frappés d'une hémorrhagie nouvelle, ce qu'il est facile de comprendre : les mêmes circonstances d'organisation qui ont donné lieu à un premier épanchement sanguin doivent favoriser, en effet, le développement d'un second. Bien plus, les désordres produits dans le névraxe à la suite de la première affection, et les altérations que les années apportent dans les organes, rendent nécessairement plus faciles et plus rapprochées de nouvelles attaques. Sous ce rapport surtout, il est utile de surveiller la santé des gens qui portent des hémospées ou des kystes névraxiques; toutes les fois que chez ces infirmes (car ils méritent ce nom) on observe : soit des symptômes prononcés de panhypérémie (n° 3786), d'hypercardiosthénie (n° 2107), de cardiasie (n° 1685) produite par des stases veineuses, pulmonaires (n°s 6845, 6849, etc.); soit de la gêne au retour du sang veineux du côté de la tête; soit une épidiaphratopie plus

marquée que d'ordinaire, il faut remédier à ces états organopathiques qui pourraient avoir pour conséquence la formation d'un nouveau foyer sanguin dans l'encéphale (n° 11846). — On recommandera en même temps à de tels individus : de tenir habituellement la tête élevée (nos 11816, 11818); de ne pas l'abaisser fortement; d'éviter de grands efforts (n° 11887), et toutes les circonstances capables d'entraver (nos 1650, 1653, 2347) ou d'accélérer par trop la circulation cérébrale. C'est en suivant ces principes, que nous avons été assez heureux pour voir des personnes (et notamment une vieille dame à laquelle nous portons une vive affection) qui avaient éprouvé à deux ou trois mois d'intervalle des hémorrhagies encéphaliques, vivre pendant quatre ou cinq ans sans en être de nouveau frappées, et succomber seulement à des affections de toute autre nature que la névraxorrhagie.

Curation des états pathologiques coïncidents.

11906. Dans ce qui précède, nous avons supposé les névraxorrhagies entièrement exemptes de toute coïncidence d'états organopathiques; or, dans une multitude de cas, des phlegmasies, des malaxies, des nécrosies, des hétérotrophies, compliquent les hémospées ou se déclarent ultérieurement à leur formation; l'étude de ces cas complexes ressortira du rapprochement que l'on pourra faire entre cet article sur les névraxorrhagies et les tableaux relatifs aux divers états pathologiques qui viennent d'être énumérés.

Réflexions relatives au traitement que nous proposons comparé à la curation des névraxorrhagies généralement employé.

11907. L'exposition qui vient d'être faite des névraxorrhagies et de leur traitement, est bien différente de celle qui en a été tracée dans les autres ouvrages classiques. Il y a bien autrement loin encore de la curation que nous proposons à celle qu'employaient des médecins anciens. Ceux-ci recommandaient empiriquement, soit la saignée à tout propos; soit l'émétique dans tous les cas; soit les antispasmodiques, les diurétiques, les spécifiques, tels que l'eau des Jacobins de Rouen, etc.; c'est que la médecine est vraiment en progrès, et que l'étude des lésions anatomiques et des indications en rapport avec la détermination des états pathologiques, ont constitué science, ce qui n'était auparavant que la routine dirigée par le hasard.

CHAPITRE VI.

NÉVRAXORRHÉS. — Lésions des centres nerveux en rapports avec un flux séreux.

HYDRONÉVRAXIES. — Hydropisies des centres nerveux, lésions produites par une accumulation de sérosité.

Nomenclature, considérations générales sur les hydronévrxies.

11908. Sous les noms d'hydrocéphale aiguë et chronique, d'hydropisie encéphalique, on d'hydrorachis, on a désigné les lésions qui consistent en ce que les cavités crâniennes ou rachidiennes contiennent du liquide en proportion exagérée. Ces expressions, composées dans l'esprit de l'onomapathologie, sont en rapport avec le progrès scientifique. Il n'en est pas ainsi des mots apoplexie séreuse et spinabifida; le premier conduit à admettre une analogie très-fausse entre l'apoplexie sanguine et une hydropisie; le second exprime seulement l'idée de la séparation que les tumeurs aqueuses rachiso-myéliques déterminent souvent dans l'épine dorsale. — Mais avant de rechercher par quels mots convenables on peut remplacer ce logomachisme, il faut d'abord établir quelles sont les névraxies que l'on peut attribuer à la sérosité accumulée dans les centres nerveux.

11909. Depuis les travaux de Cotugno et de M. Magendie, il est évident que la présence d'un liquide séreux dans la grande cavité céphalo-rachidienne est un fait anatomique incontestable. Les proportions de ce liquide, susceptible de se porter du crâne dans le canal rachidien par l'ouverture signalée par M. Magendie, peuvent être non-seulement en rapport, d'une part, avec une sécrétion plus abondante; de l'autre avec un défaut d'absorption; de l'autre encore avec la masse du névraxe. Par exemple, s'il existe une hypotrophie de ce névraxe, s'il diminue de volume par suite d'un certain degré de vacuité des vaisseaux encéphaliques causé par une hypémie prolongée, il en résulte nécessairement une augmentation dans les proportions du liquide céphalo-rachidien; le névraxe ne sera pas pour cela malade, et surtout il ne sera pas comprimé; si son hypémie cependant cause

une diminution dans l'énergie des sensations, une hypopsychisme, des convulsions et même la mort, ces phénomènes pourront alors être très-facilement, bien que faussement, rapportés à une hydro-pisie, tandis que la collection séreuse ainsi que les symptômes observés seront le résultat de l'atrophie ou de l'anémie survenue dans le névraxe lui-même.

11910. Dans l'étude que l'on a faite des accidents réunis sous le nom d'apoplexies séreuses, on n'a presque en rien tenu compte de la réflexion précédente. Aussi, presque tout ce qui en a été dit est on ne peut pas plus obscur et hypothétique. — Ce n'est pas tout, il semblerait en vérité que l'on ait en quelque sorte oublié à cette occasion les recherches des modernes, relatives aux causes organiques des épanchements séreux; partout ailleurs on attribue ceux-ci à des obstacles au cours du sang dans le *phlébosystème*, à quelque anomémie, etc. (nos 3836, 9695); on ne s'est guère donné la peine, au contraire, de rechercher, alors qu'il s'est agi des hydronévraxies, quel était l'état du cœur ou de la circulation. On a en quelque sorte supposé au flux de sérosité, dans l'encéphale ou dans le rachis, une sorte de puissance, de *vis à tergo*, suffisante pour contrebalancer l'énergie de la circulation artérielle de l'encéphale; et on a admis par exception ici, une *hydropisie* dite *active et indépendante d'un état phlegmasique*, que l'on était forcé par les faits de ne pas reconnaître ailleurs. Trouvant de la sérosité dans l'encéphale d'enfants et même d'adultes souvent hypémiés et dont le cerveau pouvait être atrophié, on en a déduit que l'épanchement séreux était la cause organique d'un mal dont la raison organique ne se trouvait pas. De là le nom d'hydrocéphale aiguë, donné à une succession de symptômes dans laquelle des phénomènes d'hypémie formaient souvent le premier temps, et dont les accidents propres à l'anémie névraxique constituaient la période ultime.

11911. La pathologie des hydronévraxies est donc presque entièrement à refaire, et dans l'état actuel de la science, on sera plus utile en rétrécissant leur cadre qu'en lui donnant de l'extension. Il ne faut pas s'attendre en conséquence à trouver dans ce qui va suivre une histoire très-détaillée des diverses maladies attribuées, par les auteurs anciens et modernes, aux collections séreuses du névraxe; les tableaux que l'on en a tracés nous paraissent pour la plupart être tout à fait hypothétiques, et nous nous bornerons à ce qui nous paraîtra être bien établi et d'une application pratique.

Névraxorrhée ; hydronévraxies.

11912. En procédant d'après toutes les analogies puisées dans une pathologie raisonnée, il doit d'abord exister deux sortes d'hydrorganies des centres nerveux ; dans la première, que nous appellerons hydronévraxorrhée, il y aurait une augmentation de sécrétion, une hypercrinie, ainsi que le dit M. Andral. Or, encore une fois (n° 11909), *aucun fait positif ne démontre une telle augmentation de sécrétion indépendante d'une méningite* ; dans la seconde, qui pour nous est une hydronévraxie, de la sérosité s'accumulerait dans le névraxe, et cela par suite d'un défaut d'absorption, d'un état hydrémique ou de toute autre cause dont l'action ne serait pas accompagnée d'un véritable flux. Cette dernière catégorie de faits a certainement lieu dans quelques cas ; mais il est extrêmement difficile de déterminer ceux-ci, et de tracer pendant la vie une diagnose même probable entre les faits dans lesquels l'hypercrinie légèrement phlegmasique produirait un épanchement séreux ou trouble avec altération peu marquée dans la structure des membranes névraxiques, et ceux où existe seulement une collection séreuse due au défaut d'absorption consécutif à des stases veineuses. Nous ne pouvons donc, dans la pratique, séparer les deux espèces, si différentes cependant, d'hydronévraxies, et nous nous contenterons d'émettre à cette occasion les considérations suivantes :

Annotations pratiques relatives aux hydronévraxies.

11913. S'il existait chez un malade des symptômes qui pussent faire croire à la présence dans le névraxe d'une proportion trop considérable de sérosité, il faudrait, dans l'intention d'en préciser le mode de production, rechercher avec soin : 1° si avant l'apparition des accidents observés, il n'existait pas, ou s'il n'existe pas encore des hémostasies veineuses (n° 6845, 6849), cardiaques (n° 1685), ou pulmonaires (n° 6845, 6849) ; 2° si les veines qui rapportent le sang du cerveau, ne sont pas distendues (ce qui impliquerait l'existence de quelque obstacle du côté du cœur) ; 3° si des hydries ethmoïques, pleurales, péritoniques, n'annoncent pas l'existence de quelque état anatomique (hydrémie, par exemple) qui aurait été la cause, non-seulement des hydrorganies dont il s'agit, mais encore d'un épanchement séreux dans le névraxe.

11914. Ce n'est pas à coup sûr la *pâleur de la face et des lèvres*, ce n'est pas la *faiblesse de la constitution*, etc., qui peuvent le moins du monde être considérées comme des signes d'hydronévraxies ; car

des individus qui se trouvent dans de telles circonstances sont parfois tout aussi bien atteints d'encéphalorrhagies que ceux dont l'organisation est meilleure.

Hydrokysties névraxiques.

11915. Le mécanisme par lequel des collections séreuses se forment dans des kystes névraxiques, diffère sans doute infiniment de celui qui est en rapport avec les épanchements méningiens. Si l'on voulait en conséquence rapprocher dans ce chapitre, ces tumeurs, des hydronévraxies, il faudrait établir à cette occasion une pathologie toute spéciale qui, du reste, rentrerait dans celle des kysties en général.

1° Apoplexies séreuses des auteurs.

11916. Certains individus éprouvent tout à coup des symptômes exactement semblables à ceux qui caractérisent les encéphalorrhagies; ils meurent, et l'on ne trouve pas dans les cavités encéphaliques, d'hémospéies; mais bien de la sérosité que l'on croit être en plus grande proportion qu'à l'ordinaire; on en a déduit qu'il s'agissait alors d'une *apoplexie séreuse*. Ces cas (très-rare pour les bons observateurs), cités comme exemples de tels faits, manquent de détails importants. Il se pourrait faire dans des cas semblables: 1° que des toxémies ayant porté leur action sur le névraxe aient causé les accidents dits apoplectiques et la mort; 2° qu'une hypémie encéphalique ait produit le même effet; 3° qu'une névropallie (n° 11632) ait entravé, suspendu, puis arrêté l'action névrique, etc.; or, n'ayant pas pu, ou peut-être pas su observer l'apoplexie séreuse des auteurs, nous nous donnerons garde de la décrire, et pour les détails historiques que ce sujet comporte, nous renverrons le lecteur à l'article du Compendium qui porte ce nom.

2° Hydrencéphalie océique ou aiguë.

11917. Se fondant sur des suppositions plutôt que sur des faits, les uns ont rapporté à une accumulation rapide de sérosité dans l'encéphale, les autres à une *fièvre cérébrale*, les accidents aigus que des auteurs modernes ont attribués au *développement* sur-aigu de tubercules dans les membranes du cerveau. Nous reviendrons sur l'appareil symptomatique dont il s'agit lors de l'étude de diverses névraxies dont les caractères anatomiques sont douteux. Déjà, dans l'ignorance où nous étions de la cause anatomique de ces accidents, nous les avons désignés en 1823 sous le nom d'irritation encéphalique des enfants. Cette expression est très-vague sans doute, mais

elle ne l'était pas plus que les idées qui sont encore généralement répandues sur ce sujet.

Hydrorachisomyélie.

11918. Presque toutes les considérations précédentes sont applicables aux épanchements séreux que l'on suppose se former océliquement (d'une manière aiguë) dans le canal vertébral. Y revenir, serait faire d'inutiles répétitions. Nous exposerons seulement ici quelques réflexions et certains faits cliniques qui nous paraissent ne pas être sans importance. — Tout épanchement un peu considérables de liquide : sang, sérosité, pus, qui s'accumulera dans le conduit rachidien, et tant qu'il n'y aura pas rupture ou tumeur extérieure formée par les méninges distendues, aura pour conséquence l'anervismie, ou paralysie des régions rachisomyéliques correspondantes aux points de la moelle les plus compromis. Or, quand le liquide sera libre dans la grande cavité méningomyélique, il en résultera nécessairement qu'en raison de la pesanteur ce sera par en bas que la plus grande proportion de ce liquide s'accumulera, et que les symptômes de cet accident commenceront à se déclarer dans les parties de la moelle les plus déclives. Ces accidents seront ceux de la compression (n° 11762), et dans de tels cas, en effet, on affirme avoir trouvé le rachisomyèle et les origines des nerfs hypertrophiés ; aussi devra-t-il arriver alors que les pieds, les jambes, les cuisses, puis le bassin, la vessie et le rectum, plus tard les membres supérieurs, perdent à la fois, mais d'une manière graduée, le sentiment et le mouvement. Nous disons à la fois, parce qu'il n'y a pas ici de raison pour que la compression nécessairement uniforme portée sur la moelle, agisse plutôt sur les cordons antérieurs que sur les postérieurs, et réciproquement.

Progression ascendante de l'hydrorachisomyélie considérée comme signe.

11919. Une progression ascendante de l'anervismie conduirait le plus à croire qu'il s'agit d'une accumulation de liquide dans la cavité rachidienne, et l'existence des états pathologiques précédemment signalés (nos 11916, 11918), comme causes organiques d'hydronévrxies, l'absence de douleurs et de phénomènes phlegmasiques, porteraient à penser que ce liquide serait de la sérosité.

Indications thérapeutiques dans les hydrorachisomyélies.

11920. L'indication serait ici la même que celle des hydrorganies considérées en général (n° 10413), c'est-à-dire d'enlever au sang une grande proportion de sa sérosité, et cela par tous les

moyens que l'art indique, tels que l'emploi du tartre stibié et des purgatifs à dose hydorrhéique; les vésicatoires volants; l'abstinence des boissons (n^{os} 6031, 10414). Pour les hydromyélies, plus que pour les autres hydrorganies, il faut agir avec promptitude et énergie; car la mort pourrait être la conséquence prompte du moindre délai. Nous nous sommes conduits d'après ces idées dans le cas suivant, et le succès le plus remarquable a couronné notre traitement.

Fait très-remarquable de guérison par le tartre stibié, dans un cas d'hydrosomymyélie présumée.

11921. Un homme robuste, âgé de quarante ans, n'ayant jamais éprouvé de névraxies, d'épilepsie, etc., était vers 1844 dans la salle Saint-Raphaël, n^o 5 ou 6, et se plaignait depuis quelques jours d'éprouver des malaises plutôt que des accidents graves. Après avoir ressenti des douleurs très-légères dans le rachis, il s'aperçut le matin que ses pieds d'abord, ses jambes ensuite, étaient insensibles et incapables de mouvements. Dans la journée du lendemain, les cuisses furent dans le même état, puis la vessie se remplit d'urine et ne put se vider. Il existait alors une anesthésie et une amyosthénie dans toute la hauteur du bassin et des lombes. D'une heure à l'autre il lui semblait que la paralysie progressait par en haut. L'examen du rachis ne nous permit d'y rencontrer ni déformation ni tumeur; seulement le malade se plaignait d'y ressentir une souffrance vague. *Il nous parut très-probable qu'il existait ici une hydromyélie*, et nous n'hésitâmes pas à prescrire 40 centigrammes de tartrate antimonié de potasse, en dissolution dans 250 grammes d'eau, et pris par cuillerée à bouche toutes les deux heures dans la journée. Deux vésicatoires de forme allongée furent placés dans toute l'étendue de la colonne vertébrale, et de plus, l'abstinence de toute espèce de boisson fut prescrite. De cette médication énergique résulta d'abord un effet effrayant: le malade éprouva exactement les mêmes symptômes que ceux de l'hypohydrémie suite du choléra grave (n^o 3886). Il eut quarante selles dans le jour. *Le cœur, le foie diminuèrent énormément de volume; les veines se vidèrent;* les battements cardiaques et artériels devinrent excessivement faibles; la respiration se ralentit et se fit très-incomplètement; une teinte cyanique légère et du refroidissement se prononcèrent, etc.; à mesure que ces symptômes d'hypohydrémie (n^o 3886) se dessinaient, l'anesthésie et l'amyosthénie diminuaient; le lendemain ils avaient, ainsi que la légère souffrance myélique, entièrement disparu.

Pour réparer les pertes, on donna du vin, des bouillons; l'hypohydrémie fut en huit jours remplacée par un état complet de santé, et il n'y eut aucune rechute. — Ce cas est le seul de ce genre que nous ayons observé; c'est aussi le seul que nous connaissions; le lecteur appréciera quelles sont les applications que l'on en peut faire aux hydromyélies et au traitement qui leur convient. Notons seulement : que notre intention n'était pas de provoquer des évacuations portées aussi loin; que nous ne chercherions pas dorénavant à obtenir la production d'un état hypohydrémique aussi prononcé, et que nous n'oserions peut-être pas, même dans des cas pareils, administrer des doses aussi élevées de tartre stibié. Si l'on jugeait convenable de le faire, on arrêterait au besoin l'action du sel d'antimoine au moyen de la décoction de quinquina et de la glace ingérée par fragments fréquemment administrés.

Hydrethmies névraxiques.

11922. On a désigné sous le nom d'œdème du cerveau l'infiltration séreuse du tissu cellulaire qui se trouve situé : soit entre les méninges de la cavité crânienne; soit entre le névraxe et la trito-méninge (pie-mère). On trouve quelquefois en effet dans les cadavres d'individus atteints de quelque gêne dans la circulation, et qui portent des hydrorganies variées, de la sérosité épanchée et accumulée dans le tissu cellulaire encéphalique, et cela sur les points qui viennent d'être signalés. C'est entre les circonvolutions correspondantes à la voûte crânienne, c'est vers les parties situées entre les saillies de la base de l'encéphale, que cet état est le plus fréquemment observé. Ses caractères anatomiques ne diffèrent pas de ceux que l'on trouve lorsqu'il s'agit de l'hydrethmie de toute autre partie du corps (n° 10596). Ici, ses symptômes ne pourront être différents de ceux qui sont propres à la compression lentement survenue (n° 11762). La diagnose de l'hydrethmie névraxique serait donc démesurément obscure; elle ne pourrait être établie que si, après avoir constaté l'existence de stases veineuses et circulatoires et d'hydrethmies du corps ou de la tête, on observait le développement lent et gradué des phénomènes en rapport avec la compression du névraxe. — Le traitement serait le même que celui des hydrethmies affectant des parties autres que les centres nerveux (nos 10616, 10617); seulement l'importance de l'organe affecté conduirait ici à agir dans l'hydrethmie encéphalique (si tant est que son existence pût avoir de la probabilité) avec une grande énergie (nos 11921).

Hydrencéphalie prégénésique (hydrocéphale congénitale des auteurs).

11923. Au moment de la naissance, le crâne présente quelquefois un grand développement, dû à l'accumulation dans les cavités encéphaliques d'une quantité considérable de liquide. Les auteurs ont désigné un tel état sous le nom très-convenable d'hydrocéphale, et nous prenons acte de ce mot, exprimant si bien le fait que l'on veut désigner, pour faire voir qu'il est impossible de ne pas admettre l'onomopathologie dans son ensemble (1).

11924. Nous éviterons de nous étendre sur l'hydrencéphalie prégénésique (congénitale), dont l'histoire tient peut-être plus aux infirmités congénitales ou monstruosité, qu'à l'étude des maladies internes, et nous renvoyons à l'article Hydrocéphale du *Compendium* pour les détails d'érudition que notre plan ne comporte pas. — Sans doute l'accumulation lente de sérosité qui se fait dans les cavités du névraxe ou du céphale, lorsqu'il s'y déclare diverses hétérotrophies (phymies, carcinies, etc.), sont, à vrai dire, des hydrocéphalies chroniques; ces épanchements peuvent avoir lieu : 1° entre la protoménige (dure-mère) et le crâne; 2° entre la trito et la deutoménige; 3° dans la grande cavité de celle-ci; 4° entre l'arachnoïde et la pie-mère; 5° entre cette tritoménige et l'encéphale; 6° dans les ventricules encéphaliques; 7° dans celui du septum lucidum; 8° on peut y rapporter encore les névraxokysties consécutives aux hémospées encéphalorrhagiques, ou à toute autre altération organique.

(1) A notre très-grand chagrin, ce n'est pas nous qui avons *inventé* une nomenclature régulière; certes, bientôt et quand elle sera consacrée par l'usage (et cela s'est déjà fait en partie), on ne manquera pas de dire bien haut que nous n'en sommes pas les auteurs; mais au moins on ne pourra pas nous faire le reproche de ne pas en être tout d'abord convenu. Les médecins instruits ont fait de judicieux efforts et des tentatives que l'on ne peut assez louer pour sortir de la routine du vieux langage; le mot hydrocéphale est l'un des meilleurs qu'ils aient faits; aussi n'a-t-il pas besoin d'être modifié. Il rentre tout naturellement dans l'onomopathologie, comme y rentraient aussi les termes : encéphalopathie, hydrorachis, hydropéricarde, etc., etc. Ce qui a manqué à la science c'est un ensemble, c'est une coordination de mots, ou plutôt une doctrine organique exprimée par des dénominations convenables. Or, c'est là ce qui nous appartient; à des médecins anciens l'honneur d'avoir indiqué une route dans laquelle les progrès scientifiques et l'esprit du temps nous ont permis de marcher. Le mot hydrocéphale, déjà reçu, nous sert aussi d'excuse pour avoir substitué, lorsqu'il s'est agi de désigner le cerveau, le mot céphale à celui d'encéphale; ici toutefois nous écrivons hydrencéphalie et non pas hydrocéphalie, parce que nous voulons désigner l'hydropysie de toute la cavité crânienne et non pas celle du cerveau proprement dit.

Or, plusieurs de ces hydronévraxies dites symptomatiques sont des organopathies d'une importance bien moindre que les lésions dont elles sont les conséquences, et pour la plupart d'entre elles, notamment pour les kysties, suites d'hémospéies, il n'y a, comme thérapie, rien de raisonnable à tenter. D'ailleurs, quand rationnellement on arriverait à pouvoir indiquer contre elles un traitement, en vérité, la diagnose (à part celle des kysties suites d'hémospéies) en serait tellement obscure que l'on ne pourrait songer à y avoir recours. Nous n'insisterons donc en rien sur ces diverses hydrocéphalies chroniques.

11925. Dans l'hydrocéphalie prégénésique (congénitale), sur laquelle Breschet a publié de bons travaux, le développement du crâne est constant. Quelquefois il y a diminution plutôt qu'augmentation dans les dimensions de cette boîte osseuse; mais il s'agit alors non pas d'une hydrocéphalie proprement dite, mais d'une atrophie encéphalique; le cerveau est alors remplacé par une grande proportion de fluide céphalo-rachidien (n° 11919); par contre, le développement de la cavité crânienne est parfois énorme; on a vu la circonférence du crâne portée dans de tels cas à 18, 25, 30, 35, et même, suivant le rapport de J. Franck, à 52 pouces. La base du crâne conserve ses dimensions habituelles; mais les autres parois prennent parfois un immense développement. Tantôt quelques os ou tous les os de la voûte du crâne deviennent transparents, flexibles, cartilagineux, très-minces. Plus rarement ces os s'épaississent, ont une structure spongieuse, et leurs bords sont arrondis. Les fibres ostéocalcaires sont disposées en forme radiée. Les membranes où se trouvent souvent les os wormiens séparent les différentes pièces crâniennes, et sont surtout très-étendues sur les points où chez les nouveau-nés existent ordinairement les fontanelles. Le développement des parois crâniennes est parfois fort inégal, de sorte qu'en avant, sur les côtés, en arrière, il arrive que les os offrent de remarquables saillies qui déforment singulièrement la tête, et en général, quand l'accumulation de sérosité est considérable, la portion frontale du coronal se trouve portée en avant, tandis que sa région orbitaire n'éprouve pas de changements. On a vu l'occiput se prolonger fortement en arrière. — La face est plus petite qu'à l'ordinaire, et paraît l'être d'autant plus que le développement du crâne est plus considérable. — On trouvera dans les écrits de J. Franck, de Breschet, etc., les détails relatifs aux nombreux états pathologiques que, dans l'hydrocéphalie,

présente le cerveau, et dont voici la simple indication : atrophie, ramollissement, décoloration, confusion des substances corticale et médullaire, effacement, déplissement des circonvolutions, amincissement tel que le cerveau forme une membrane épaisse de quelques millimètres; destruction de vastes portions de l'encéphale, telles que : les hémisphères ou l'un des deux, les couches optiques, les corps striés, le cervelet ou même le céphale entier; distension extrême des cavités encéphaliques, de telle sorte que le corps calleux soit porté jusqu'auprès de la voûte crânienne, etc., etc. Malgré tout le respect que l'on peut porter aux noms des auteurs qui ont relaté ces destructions considérables de cerveau dont il vient d'être fait mention, nous croyons qu'il y a eu quelquefois de l'exagération dans quelques-unes de leurs observations, ou que les investigations auxquelles ils se sont livrés n'ont pas été assez minutieuses pour trouver des parties qui, paraissant manquer, existaient peut-être à l'état rudimentaire. Toujours est-il qu'au point de vue physiologique, il est très-difficile de comprendre comment il a pu se faire que des désordres aussi considérables dans l'encéphale aient été compatibles avec la conservation des fonctions névraïques observées chez certains enfants hydrencéphales. — On a trouvé, dit-on, dans le crâne d'un certain nombre d'entre eux, 2, 3, 5, kilogrammes et plus d'une sérosité dont la composition chronique différait peu de celle du sérum ou du liquide contenu dans l'hydropéritonie; souvent coexistaient chez les hydrencéphales, des tubercules dans les méninges, et diverses monstruosités (bec de lièvre, écartement des os du rachis). Ce sont là des complications, d'états pathologiques qui ne rentrent pas dans le cadre que nous venons de tracer. Il importe bien plus de savoir que Wreibling a vu les vaisseaux encéphaliques contenir peu de sang, et que Buttner a trouvé les carotides et les vertébrales plus minces et plus faibles que de coutume.

Organographisme, symptomatisme.

11926. Un défaut plus ou moins complet de connaissance et d'intelligence, un assoupissement porté à des degrés divers, des convulsions fréquentes, une rotation habituelle des yeux, une diminution ou une absence de sensations, une extrême voracité bien que la digestion soit difficile, tels sont les symptômes qui, dans l'hydrencéphalie, précèdent ordinairement une mort prompte, et qui se dessinent principalement chez les enfants, dont la tête petite contient cependant beaucoup de liquide, et ce cas, encore une fois, tient

infiniment plus à une atrophie encéphalique primitive qu'à une véritable hydrencéphalie.

Hydrencéphalie après la naissance.

11927. Dans l'hydrencéphalie qui se développe après la naissance, le volume de la tête, déjà considérable, le devient de plus en plus, les sutures s'écartent au lieu de se rapprocher et ne s'ossifient pas. Il peut même arriver que l'on puisse saisir de la fluctuation sur le point où cet écartement a lieu. La pupille se dilate, souvent il y a strabisme, oscillation des yeux, parfois cécité, d'abord exagération de l'ouïe, qui plus tard se perd ; le faciès est sans expression ; sur beaucoup d'enfants, longtemps l'intelligence est conservée, et quelquefois même exaltée, mais ultérieurement elle s'affaisse, et s'anéantit, et le coma survient ; des convulsions sont fréquentes et se déclarent parfois alors que l'on comprime la tête. C'est surtout lorsque le crâne s'ossifie et devient inextensible, que les convulsions et que la mort ont lieu ; tant que cette ossification, comme l'a remarqué Wepfer, ne s'opère pas, de vastes hydrencéphalies ne sont accompagnées ni de convulsions, ni d'accès épileptiformes, ni de coma ; la locomotion, d'abord difficile et indécise, finit même par n'être plus possible, etc., etc.

11928. Presque toujours, les enfants atteints d'hydrencéphalie périssent peu de temps après la naissance, ou dans les premières années de la vie. On parle de faits dans lesquels les malades ont vécu jusqu'à 17, 22, 24, 30, 35, 43, 45, 48, 54, 71, et même 79 ans. Mais il faut le dire, de tels cas sont démesurément rares, et beaucoup d'entre eux ont été mal observés.

Diagnose.

11929. La grande dimension du crâne, l'écartement des os qui le forment, la conservation des membranes qui normalement devraient être remplacées par des sutures et des espaces dits fontanelles, la saillie du coronal, et de plus l'ensemble des symptômes précédemment énumérés (n° 11927), le tout existant depuis la naissance, ou depuis les premières années de la vie, et restant stationnaire, ou s'accroissant avec une extrême lenteur, tels sont les caractères diagnostiques de l'hydrencéphalie prégénésique. Il n'est guère possible de la confondre avec des fungus de la dure-mère ou avec toute autre tumeur (voyez les Traités de chirurgie) ; mais il n'en est pas ainsi de certaines conformations de la tête dans lesquelles le crâne, très-volumineux, présente une grande dimension. Nous nous rap-

pellerons toujours du jeune G. L...., qui, né d'une mère dont la constitution était très-faible et qui périt longtemps après d'une gastrocarcinie, présenta, dans les six premières années de sa vie, un tel volume du cerveau, que le crâne paraissait dépasser d'un tiers le volume normal. A trois ans, l'ossification des fontanelles ne paraissait pas être complète; l'intelligence était du reste très-développée, et le corps resta petit et faible jusqu'à l'âge de huit à dix ans. Nous avons cru, chez le jeune G. L...., à l'existence d'une hydrencéphalie dont le principe remontait à la vie intra-utérine. Une fois même des accidents rapportés par les auteurs à la fièvre cérébrale et des convulsions se déclarèrent; cependant le malade guérit, peu à peu les os se rapprochèrent, les sutures se formèrent, la face et le corps prirent un développement tout à fait normal, et actuellement, que G. L.... a vingt ans, sa tête est à peine plus volumineuse que celle d'un autre homme, et il ne présente aucun indice de maladie; tout porte à croire qu'il n'a jamais existé chez lui d'hydrencéphalie, ou qu'elle se sera peu à peu dissipée par suite de l'évolution successive de l'organisation. — La jeune fille d'un naturaliste de Paris, actuellement âgée de seize ans, a offert à peu près la même série de phénomènes.

Étiologisme; pathogénisme.

11930. Les causes de l'hydrencéphalie sont très-obscurcs. Presque tout ce qui en a été dit ne supporterait pas la moindre discussion. Souvent on a même été ici jusqu'à oublier l'influence que l'état des veines qui rapportent le sang de l'encéphale, peut avoir sur une accumulation de sérosité dans le crâne. Il y a tout lieu de croire cependant que le non développement de ces veines, comparativement aux artères correspondantes, et que leur oblitération ou leur rétrécissement accidentels doivent avoir eu quelque action sur la production du mal; par exemple, Fresnel a cité un cas dans lequel il n'existait qu'une seule veine contre deux artères. (Citation du *Compendium*, t. V, p. 576.) C'est peut-être en déterminant des oblitérations veineuses ou de la gêne à la circulation phlébique, que des lésions physiques portées sur le fœtus contenu dans le sein de sa mère, déterminent, si le fait est vrai, les hydrencéphalies et l'absence congénitale d'une partie du cerveau, phénomène qui, conséquence possible d'un rétrécissement ou d'un défaut de développement d'artère, peut être suivi d'une accumulation de sérosité dans le crâne (n° 11909). Il est certain qu'une organisation spéciale, congénitale et même

héréditaire, influe parfois sur l'hydrencéphalie, et l'on a cité la mère de six enfants hydrencéphales au moment de la naissance. Dire qu'un défaut d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption ait pour conséquence l'accumulation de sérosité dans le crâne, c'est faire une hypothèse gratuite, et quant aux causes générales de régime, de température, etc., que l'on a accusées de produire l'hydrencéphalie chronique, elles ne doivent avoir ici qu'une influence secondaire.

Thérapie.

11931. Le traitement de l'hydrencéphalie congénitale (quand la gravité de la lésion n'est pas telle qu'il faille renoncer à toute médication curative) repose presque exclusivement sur des moyens diététiques. La cause organique de l'hydropisie ou de l'hydropisie étant complètement inconnue, et devant aussi être très-variée, il est impossible d'indiquer ici une curation qui satisfasse la raison. — Des purgatifs hydorrhéiques propres à diminuer la quantité de sérosité contenue dans le sang, et partant, celle qui pourrait être déposée dans l'encéphale; des moyens propres à éliminer des liquides par les sueurs, et cela en même temps que l'on donnerait peu de boissons et des aliments réparateurs, tels seraient d'abord, en théorie, les moyens indiqués. — Puisque l'ossification des sutures a eu quelquefois pour conséquence des convulsions et la mort, il faudrait, s'il était possible de le faire, priver les malades de l'usage des aliments qui contiennent des sels calcaires, et notamment du phosphate de chaux. En ce sens, l'acide phosphorique étendu de beaucoup d'eau pourrait n'être pas sans utilité. — Si après avoir mesuré la tête avec soin, on voyait, *après quelques mois*, que les dimensions en fussent restées stationnaires, ce serait au contraire le cas de comprimer légèrement la tête et de donner à l'intérieur du phosphate de chaux (1).

11932. Non-seulement on a proposé de ponctionner le crâne pour évacuer le liquide encéphalique, mais encore on l'a exécuté. M. Velpeau, dans le troisième volume de son *Traité de médecine opératoire*, a fait le relevé de cas assez nombreux où cette opération a été pratiquée; or, dans quelques-uns d'entre eux la guérison a eu lieu. Nous avons quelque peine à admettre la convenance de cette

(1) La mensuration à des temps divers est encore ici une base utile pour conduire aux indications thérapeutiques; tant il est vrai que même dans les cas où on le pense le moins, on peut tirer un immense parti de l'organographie et de la mesure.

opération; car il s'agit moins ici d'évacuer la sérosité contenue dans le crâne, que de ramener à l'état normal le cerveau dont la structure est profondément altérée.

Hydrorachisomyélie; spina bifida.

11933. La plupart des considérations précédentes sont applicables à l'hydrorachisomyélie prégénésique; et quant aux détails qui les concernent, à ses caractères diagnostiques et aux ponctions que l'on a conseillé d'y pratiquer, nous renvoyons aux traités de chirurgie.

CHAPITRE VII.

NÉVRAXITES, INFLAMMATIONS DES CENTRES NERVEUX.

| | | |
|------------------|-----------------|---|
| CÉPHALITE | } Inflammations | du cerveau. |
| CÉPHALIONITE | | du cervelet. |
| MÉSONÈVRITE | | du mésonèvre (n° 11516). |
| MÉNINGOCÉPHALITE | | des membranes de l'encéphale. |
| RACHISOMYÉLITE | | de la moelle rachidienne. |
| MÉNINGOMYÉLITE | | des membranes de la moelle rachidienne. |

Considérations générales sur les névraxites. Notions historiques.

11934. L'étude des névraxites est extrêmement difficile; d'une part, elle est environnée de toutes les difficultés qui se rattachent aux souffrances des centres nerveux considérées en général (n° 11738), et de l'autre, elle est entourée de ce vague déplorable où l'on est encore sur l'inflammation (n° 883).

11935. C'est principalement sous le nom de phrénésies, que les anciens ont étudié les phlegmasies encéphaliques; quant aux phlogoses de la moelle, elles restaient presque inconnues, et se trouvaient en quelque sorte cachées sous les mots: apoplexie, convulsions, tétanos, paraplégie, etc., etc., qui servaient à exprimer des symptômes.

— Il a fallu que l'anatomie et la physiologie du névrosystème fissent de grands progrès pour que l'histoire des névraxites en fit elle-même. On doit infiniment sous ce rapport à MM. Lallemand, Bouillaud, etc. Les lettres du professeur de Montpellier sont en particulier des chefs-d'œuvre qu'on ne peut assez lire. — Les nombreuses discussions auxquelles se sont livrés MM. Rochoux, Rostan, Cruveilhier, Andral, etc., soit sur le ramollissement cérébral, soit sur l'apoplexie capillaire, ont aussi singulièrement servi à éclairer cet obscur sujet. — Nous avons cherché, soit dans notre mémoire sur l'irritation encéphalique des enfants (années 1822 et 1823), soit dans la

publication de faits en rapport avec le ramollissement cérébral dû à des artériosténoses (*Traité de diagnostic*), à faire voir que plusieurs états de l'encéphale, regardés comme inflammatoires, ne pouvaient pas être considérés comme tels, et que diverses anémies, telles que l'hypémie (n° 3840), l'hypoxémie (n° 3947), diverses toxémies (n° 4287), (l'alcoolémie, la septicémie (n°s 4287, 4710), la variolosémie (n°s 5059, 10988), par exemple, etc.), pouvaient donner lieu à des symptômes fort analogues à ceux de l'encéphalite. — Quant aux myélites, le livre d'Olivier d'Angers est une bonne compilation de travaux épars qu'il est très-utile de consulter. — La méningite a été étudiée avec beaucoup de soin par MM. Parent et Martinet, et de tels ouvrages ne doivent pas être oubliés; il en est ainsi de celui de M. Bayle neveu. Malheureusement, presque tous les médecins du même temps, entraînés par les idées généralement admises alors sur l'inflammation, n'ont pas toujours assez distingué l'arachnoïdite elle-même, des lésions anatomiques qui lui sont consécutives. — M. Piedagnel a fait un travail des plus remarquables sur le rôle que joue une nuance de la tritoméningite dans le délire qui a lieu chez les septicémiques. — Des observateurs, du plus grand mérite trouvant quelquefois chez les aliénés, chez des gens atteints des symptômes rapportés à la *paralysie générale*, des épaissements, de l'opacité, ou d'autres lésions anatomiques dans la deuto et la tritoméninge, ont rattaché à l'inflammation de telles altérations de structure qui nous paraissent pouvoir être produites par d'autres circonstances organiques, et, qui dans tous les cas, ne sont pas des états phlegmasiques, mais tout au plus des effets de la phlogose. — Malheureusement encore, on n'a presque tenu aucun compte, alors qu'il s'est agi de particulariser les symptômes dans les névraxites, de la relation existante entre les lésions anatomiques qui sont propres à celles-ci, et les états pathologiques coexistants ou *synorganies*. Le rôle que les toxémies coïncidentes pouvaient jouer, soit dans les symptômes, soit dans les altérations de structure observées dans les névraxites, a été presque complètement négligé. Une autre cause encore a jeté beaucoup d'obscurité sur ce sujet; c'est la difficulté de distinguer nettement ce qui, dans les lésions anatomiques et dans les troubles fonctionnels, tient aux malaxies des centres nerveux et ce qui est en rapport avec les phlegmasies névraxiques.

Nécrorganographie.

11936. C'est principalement à l'occasion des névraxites que

l'abus de l'admission des entités morbides éclate dans tout son jour. Nous mettons au défi les hommes les plus versés dans l'anatomie pathologique, d'indiquer *des caractères positifs propres à distinguer entre eux les états pathologiques suivants* : 1° certaines congestions cérébrales; 2° l'encéphalite; 3° le ramollissement rouge; 4° l'apoplexie capillaire; 5° l'induration rouge, etc. — En vain MM. Rostan, Lallemand, Bouillaud, Dance, Abercrombie, Durand-Fardel, Forget, Calmeil, Diday, etc., se sont-ils efforcés de spécifier les lésions anatomiques précédentes, dont M. Récamier avait attribué quelques variétés à *une altération du cerveau propre, suivant lui, à la fièvre ataxique*. Dans tout cela on ne trouve que confusion et obscurité. Nous ne pouvons citer ici notre expérience personnelle; car elle ne nous a rien appris à cet égard, et quelques descriptions fantastiques faites dans le silence du cabinet par divers auteurs, et données comme choses observées, ne nous ont pas mieux édifié à ce sujet que les recherches microscopiques de M. Gluge sur les productions de vaisseaux dans le cerveau enflammé et donnant lieu au resserrement des tubes d'Ehrembert, ou que les assertions relatives au dépôt de lymphe plastique ou de globules spéciaux sécrétés ou formés dans la partie phlogosée. — Ce qui, encore une fois, nous paraît être actuellement en dehors de toute logique, c'est de considérer comme phlegmasie : soit la suppuration ou les abcès; soit les kystes et les cicatrices névraxiques observés consécutivement à l'inflammation. — Dans l'organopathisme (doctrine des états pathologiques), isolant l'état phlegmasique proprement dit et le distinguant des pyites, des kysties, etc., on cherche vainement à tracer les limites qui séparent entre elles les lésions qui viennent d'être énumérées). L'état sablé, le pointillé rouge de l'encéphalémie se retrouvent dans la phlogose névraxique. — On a bien dit que dans cette dernière, les capillaires ultimes étaient abondamment pénétrés de sang, et que celui-ci suintait de la substance cérébrale sous la forme de gouttelettes arrondies, tandis que dans la congestion, les artérioles et les veinules contenaient surtout des liquides rouges; on a bien affirmé : que dans l'encéphalite, à l'entour des vaisseaux, le sang transsudait; que de là résultait le long de ces canaux des apparences rosées; que des teintes rougeâtres étaient produites par le sang écoulé sous la forme de gouttelettes, et qu'il venait teindre la substance nerveuse; qu'ailleurs encore se rencontraient des marbrures livides, et même des

colorations jaunâtres dues à la résorption du sang. Mais tout cela ne constitue pas des caractères propres à spécifier un état phlegmasique différent de l'encéphalémie. — Une sorte d'infiltration a bien lieu quelquefois dans la substance nerveuse qui est rosée, rouge, livide, violacée; mais de telles colorations peuvent être tout aussi bien liées à des stases veineuses résultant de phlébosténosies, qu'à l'inflammation proprement dite. — La partie altérée est parfois ferme (Forget), et même indurée, et ailleurs rouge, ramollie et livide. La plupart des auteurs ont considéré le premier état comme inflammatoire, et le second, dans bien des cas, comme une affection spéciale, dite *ramollissement*; d'autres y ont vu alors une *apoplexie capillaire*. On se fondait surtout, pour dénommer ainsi ce mal, sur ce que de petits caillots sanguins ont été quelquefois observés dans la masse rouge ramollie. De tels faits avaient même conduit M. Rochoux à admettre qu'un travail local et inflammatoire précédait l'hémorrhagie (n° 11890), fait qui peut quelquefois être réel, mais qui, pour la majorité des cas, n'est pas exact.

11937. Dans toutes ces lésions il ne faut pas voir des états pathologiques distincts, mais bien une succession d'accidents en rapport avec des troubles circulatoires accompagnés de stases, de distensions vasculaires, de transsudations, de macération et de désorganisation des tissus, et ayant pour conséquences le ramollissement des parties. *Cherchons à oublier, s'il se peut, l'entité : phlegmasie, pour mieux étudier les modifications dont est susceptible la circulation dans les tissus.*

11938. D'après tout ceci nous ne pouvons donc admettre un ramollissement rouge ou une *apoplexie capillaire* distincte des lésions propres à l'encéphalite. Nous pensons qu'en agir autrement, est substituer des êtres de raison établis seulement sur des mots, aux faits qu'une rigoureuse observation démontre.

11939. Il est encore moins convenable de rattacher aux névraxites les ramollissements blanchâtres que le cerveau présente quelquefois, et qui sont plus souvent accompagnés de décoloration que d'injection vasculaire ou de teinte rouge. A l'occasion des névraxomalaxies nous reviendrons sur ce sujet.

11940. En définitive : des lésions anatomiques presque semblables à celles de la congestion (n° 11774), ayant surtout leur siège dans les capillaires, existant dans des espaces circonscrits du névraxe, souvent accompagnées de traces évidentes de phlegmasie

dans les portions de membranes correspondantes ; parfois une adhérence observée sur le point où le mal existe, entre la tritoméninge et la substance encéphalique ; une induration ou un ramollissement rouge, le tout ayant été précédé pendant la vie, soit de l'action des causes ordinaires des phlegmasies (coups, chutes sur la tête, etc.), soit des symptômes aigus propres aux névraxites et dont il va être parlé ; tels sont les principaux caractères qui établissent autant que possible l'existence dans l'encéphale des phlegmasies proprement dites.

11941. Les infiltrations purulentes, les abcès (névraxopytes), les elcosies, les nécrosies encéphaliques qui peuvent succéder aux phlegmasies des centres nerveux, seront étudiés dans des articles ultérieurs. En somme, c'est spécialement l'encéphalite consécutive aux lésions traumatiques qui peut donner une juste idée de l'inflammation spontanée dont les centres nerveux peuvent être le siège ; aussi, dans des lettres qui ne le cèdent pas en valeur aux admirables écrits de Morgagni, M. Lallemand n'a-t-il pas manqué de tracer, au moyen des caractères propres aux traumencéphalites, le tableau des phlegmasies cérébrales. Or, à la suite des blessures, des contusions de l'action des corps étrangers, on trouve dans les parties affectées les caractères dont il vient d'être parlé (n° 11936), et auxquels, après un temps dont la durée varie, mais d'ailleurs assez court, se déclarent des collections purulentes, c'est-à-dire une encéphalitopyte dont nous traiterons ailleurs.

11942. La phlogose telle qu'elle vient d'être décrite, peut frapper des parties très-diverses du névraxe, telles que : la surface de l'encéphale (et dans ce cas il y a souvent coïncidence de méningite) ; les grandes masses centrales de substance blanche ; les couches optiques ; les corps striés ; la voûte ; le cervelet ; des points partiels du mésonèvre ; le rachisomyèle ; tantôt elle attaque à la fois et la substance blanche et la grise ; elle peut aussi atteindre séparément les couches superposées dont celle-ci est formée, couches dont M. Baillarger a étudié avec tant de soin et de sagacité l'organisation et les colorations diverses. — Cette phlegmasie est parfois très-superficielle, et cela a particulièrement lieu dans les cas de méningocéphalite. — Les uns pensent que la phlogose est plus fréquente dans la substance blanche que dans la grise, d'autres admettent le contraire (Lallemand). Il est difficile de se former une opinion sur ce sujet, alors que l'on ne s'entend pas sur le véritable sens des mots : céphalite, ramollissement rouge, apoplexie capillaire, et alors que les auteurs nom-

ment d'une façon ce que d'autres appellent d'une manière différente.

Méningites névraxiques. 1^o Protoméningite (inflammation de la dure mère).

11943. Très-rarement la protoméninge ou dure-mère est spontanément enflammée; nous ne pourrions pas en citer un exemple recueilli dans notre pratique. Tout au contraire, consécutivement à des coups, des blessures, des tumeurs, des conerétions existant dans son tissu, d'ostéies céphaliques ou rachidiennes, d'abcès formés près du crâne ou des vertèbres, on voit quelquefois des vascularités rouges (développées : tantôt d'une manière uniforme sur la surface de cette membrane, tantôt par plaques), des exsudations sanguines, de petits caillots, des épaisissements et une opacité remarquables. La protoméninge est même parfois détachée des os sous-jacents, soit par de la sérosité plus ou moins trouble ou mélangée de flocons fibreux, soit par du pus ou par des fausses membranes; il est même possible que de telles lésions se voient sur la face de la dure mère qui est juxtaposée à l'arachnoïde.

2^o Deutoméningite (inflammation de l'arachnoïde).

11944. La phlegmasie de l'arachnoïde a des caractères du même genre. Des vaisseaux plus ou moins volumineux paraissent soit dans le tissu cellulaire qui recouvre la deutoméninge, soit, ce qui est plus douteux, dans la membrane elle-même; *ces vaisseaux ramifiés passent d'une circonvolution à une autre en suivant le trajet de l'arachnoïde.* Celle-ci est rarement rouge, soit uniformément, soit par plaques : souvent elle est opaque et épaissie; circonstances qui le plus souvent sont dues au dépôt d'hydroplasties. Ces dernières forment des pseudoméninges sur les surfaces de la deutoméninge. Il nous a paru comme à d'autres auteurs que l'opacité et l'épaisseur anormale dont il s'agit sont quelquefois dues à des altérations de structure propres à la membrane elle-même. La convexité des hémisphères (comme on en voit de nombreux exemples chez les adultes), la grande fente cérébrale, la base (principalement chez les enfants), et surtout les points voisins des diverses scissures, la convexité et la base à la fois (Parent et Martinet) sont fréquemment le siège de ces altérations. Souvent il suffit de détacher quelque fragment de l'arachnoïde pour constater une opacité et un épaisissement des plus marqués. Les parties de cette méninge qui s'étendent dans les ventricules cérébraux sont parfois aussi, mais plus rarement, le siège de ces lésions anatomiques. Le feuillet viscéral plutôt que le pariétal de l'arachnoïde est souvent enflammé.

11945. De la sérosité contenant en suspension une quantité plus ou moins grande de fibrine qui le rend trouble, se trouve parfois dans toute la grande cavité arachnoïdienne; c'est beaucoup plus l'absence de diaphanéité que la quantité de ce même fluide qui prouve l'existence d'un état phlegmasique. On a cherché à évaluer dans quelles proportions cette sérosité devait être pour constituer un état morbide, et on l'a portée à 50 ou 60 grammes. Il y a sous ce rapport de grandes variations, et nous avons déjà vu qu'il était presque impossible d'en assigner le chiffre exact (n° 11909). — Il nous est impossible d'admettre, avec certains auteurs, que la sécheresse de l'arachnoïde soit un indice de sa phlegmasie; il en est ainsi de ces corpuscules grisâtres qui se trouvent, surtout chez les vieillards, dans les portions de deuto et de tritoméniges voisines du sinus longitudinal supérieur, et qui, ayant aussi été considérées comme des phymies, se rencontrent chez certains individus non tuberculeux ou n'ayant jamais offert le moindre symptôme de méningencéphalite. — Quelquefois on rencontre, *à la suite des symptômes assignés à cette lésion*, de petites granulations grisâtres, demi-transparentes et formant une légère saillie au toucher. Elles sont assez dures, plus ou moins espacées et très-variables en nombre. Elles occupent fréquemment la base de l'encéphale, et affectent surtout la tritoméninge. On les a considérées comme tuberculeuses. Assez ordinairement en effet elles coïncident avec la présence de phymies dans les poumons ou ailleurs. Mais dans d'autres cas on la trouve, alors qu'il n'existe nulle part de productions tuberculeuses. Peut-être consistent-elles dans le dépôt de petites masses fibrineuses et non pas dans celui de matières phymiques. MM. Calmeil, Pruz, etc., pensent aussi que ces granulations ne sont pas des tubercules. Il est probable cependant que chez les gens atteints de phymémie (n° 4590), la méningite aiguë peut être suivie du dépôt, dans les granulations fibrineuses dont il s'agit, de matière phymique, et de là résulterait la coïncidence observée dans quelques cas entre les tubercules ménigiens et les granulations dont il s'agit.

11946. En somme, ces petits corps, ainsi que les plaques blanches qu'offre parfois l'arachnoïde, ne sont pas le moins du monde des caractères de phlegmasie actuelle, et indiqueraient tout au plus qu'une méningite aurait existé.

3° Tritoméningite (inflammation de la pie mère).

11947. La pie mère ou tritoméninge présente, lors de sa phleg-

masie, des vascularités très-nombreuses, des rougeurs plus ou moins vives, des épaisissements, du ramollissement, des exsudations de sérosité trouble, et dont l'apparence est gélatineuse. Ce liquide contient : soit de la fibrine en suspension sous la forme de corpuscules, de flocons ou de fausses membranes ; soit des globules purulents disséminés ou rapprochés, constituant un pus épais, jaunâtre et verdâtre. Celui-ci est tantôt déposé en couche continue (ce qui est rare), et tantôt en plaques membraniformes plus ou moins limitées. On trouverait facilement dans les auteurs des exemples de ces divers états pathologiques.

Méningite septicémique ou épidémique.

11948. C'est surtout dans la méningite septicémique ou épidémique, que l'on a observé cette suppuration des méninges, et particulièrement dans celle de ces membranes qui touche à la moelle. La face de la tritoméninge (pie mère) qui correspond à l'arachnoïde et par conséquent au liquide céphalo-rachidien présente surtout dans de tels cas, *et dès les premiers jours de la phlegmasie*, une exsudation purulente plus ou moins abondante, et souvent concrétée sous la forme de couches membraneuses, épaisses (C. Broussais). Il est même rare que la méningite septicémique soit bornée à des rougeurs, bien que l'on en ait cité quelques exemples.

11949. La présence du pus à la surface des méninges ou dans les cavités qu'elles circonscrivent, n'est pas une phlegmasie, mais un état organique nouveau surajouté au premier, ou bien lui succédant et présentant des indications différentes. (Voyez l'article névraxi-topyte.)

Biorgonagraphisme ; symptomalogisme.

11950. Tant que la phlogose est bornée à une augmentation dans l'action vitale et dans la circulation des parties malades, des phénomènes d'excitation ou mieux d'hypérisme (augmentation d'action) se prononcent. A cette première série de phénomènes se rapportent : 1° *Certains troubles dans les sensations, et de la douleur* qui est profonde, n'augmente pas par la pression du derme ou des nerfs épicroâniens. Cette circonstance est importante à noter pour distinguer ces cas des souffrances dues aux névralgies (nos 11639, 11657, 11659). La souffrance dont il s'agit est exaspérée par les efforts de la respiration, de la toux ; par une position déclive de la partie malade. Cette douleur dans l'encéphalite est faible, sourde, obtuse, mal limitée, profonde. Quelquefois même les malades ne se plaignent

pas d'en éprouver. Il est difficile de dire si la phlegmasie de la substance corticale est plus douloureuse que celle des masses blanches, et même si ces derniers peuvent en être le siège. L'intensité des douleurs, dans quelque cas de méningite aiguë, est parfois extrême, surtout lorsque la pie mère est malade, et qu'elle est adhérente à la surface encéphalique. Ce fait porterait à croire que, pathologiquement, la surface du cerveau peut être très-sensible et très-douloureuse. Cependant de telles lésions ont quelquefois lieu, notamment dans les fièvres graves, sans que le malade, qui du reste est alors dans un état de stupeur, accuse de vives souffrances. — Celles-ci dans la méningite aiguë consistent dans des sensations comparées par ceux qui les éprouvent : à des coups de marteau, à des élancements, à une térébration, etc. Elles augmentent au moindre mouvement. — Dans la méningite, et peut-être dans l'encéphalite superficielle, l'impression d'une lumière plus ou moins vive et des bruits, même légers, sont très-difficiles à supporter et augmentent de beaucoup l'encéphalalgie. Le malade recherche l'obscurité, le silence, et ferme instinctivement les paupières alors que le jour, la flamme d'une bougie ou des sons divers viennent le frapper. Il lui semble quelquefois voir des corps rouges et brillants, des étincelles, des flammes, etc., ou entendre des bruits variés, et qui fréquemment sont isochrones aux pulsations du cœur. Quelquefois, mais plus rarement, l'odorat donne lieu aussi à des sensations exagérées, pénibles et à des aberrations diverses. — Les malades, surtout dans le début de l'encéphalite profonde, éprouvent quelquefois dans les membres des douleurs excessives qui ne sont accompagnées d'aucun changement apparent dans la structure des parties où elles ont lieu (1). C'est particulièrement dans la rachysomyélite que ces douleurs des membres, et surtout de leurs extrémités, sont souvent développées (2). — Un point douloureux correspondant à la partie affectée existe plus souvent dans la méningite rachidienne que dans la myélite elle-même; mais la difficulté pour établir cette proposition est de déterminer ce qui, dans les affections de la moelle, doit être ou non rapporté : à l'état

(1) Une souffrance pareille existant dans l'épaule droite et à la nuque, et coïncidant, chez un vieillard, avec une vive céphalalgie existant du côté opposé de la tête, nous a permis dans un cas de diagnostiquer à son début une phlegmasie cérébrale.

(2) Dans l'épidémie de Paris (n° 11911), les douleurs des pieds, des jambes et des bras, précédaient et accompagnaient les symptômes de rachisomyélite qui se déclaraient.

phlegmasique, au moins est-il que, dans certains cas très-aigus, où se déclare brusquement l'anervismie des extrémités inférieures et de la vessie, certaines gens éprouvent une vive douleur dans quelque point du rachis. A la mort, on trouve chez de tels individus, les caractères anatomiques assignés par les auteurs aux phlegmasies de la moelle ou de ses membranes. C'est particulièrement à la suite des lésions traumatiques que de tels phénomènes sont observés, et presque toujours il y a alors, dans les parties affectées, non-seulement phlogose, mais encore compression, contusion, en un mot altération de structure autre que l'inflammation. — La phlogose des cordons postérieurs ou opisomyèles (n^{os} 11519, 11522) est probablement plus douloureuse que celle des cordons antérieurs ou promyèle (n^o 11513) (1). — Les phlegmasies de la moelle dans la région cervicale doivent être accompagnées de douleurs dans les membres supérieurs, et celles de la région dorsale donnent sans doute lieu à des souffrances dans les membres inférieurs.

11951. Dans les premiers stades de l'encéphalite superficielle et de la méningencéphalite, il y a en général exaltation et bientôt altération de l'intelligence; le délire qui en est le résultat varie en raison d'une multitude de circonstances parmi lesquelles il faut compter : 1^o le caractère du malade; 2^o les sensations et les impressions qu'il a éprouvées les jours précédents; 3^o l'intensité et la gravité du mal; 4^o la constitution. Un organisme robuste prédispose à un délire violent; chez les gens à organisation faible et détériorée, en général le dérangement intellectuel est plus calme. Lorsque la disposition névrismique prédomine, souvent se prononcent de la loquacité, de l'exaltation portée jusqu'à la fureur, etc. — Nous renvoyons pour plus de détails à l'étude de l'anomopsychismie (délire, aliénation mentale).

11952. Les céphalionites et les rachisomyélites ne sont pas en général accompagnées, à leur début, de troubles dans l'intelligence. Des contractions musculaires, vives, promptes, répétées, saccadées, se renouvelant par accès ordinairement rapprochés (contractions épileptiformes), marquent en général le début de l'encéphalite profonde, peut-être de la céphalionite, et à coup sûr de la mésonévrite; elles semblent surtout correspondre à la phlegmasie des masses blanches de l'encéphale. En théorie, et très-probablement en fait,

(1) Une faute typographique grave a été commise au n^o 11519, lisez : *pleuro-myèle*, faisceaux latéraux de la moelle, et non pas *plusomyèle*.

les parties du corps où elles se déclarent doivent être ou sont précisément celles qui reçoivent leurs nerfs moteurs des portions du névraxe atteintes de phlogose. Aussi voit-on parfois dans les phlegmasies de la base céphalique, dans la mésonévrite, dans la myélite cervicale, survenir des mouvements spasmodiques dans les muscles respirateurs, dans ceux de la glotte, du diaphragme, etc., d'où résultent de grands troubles dans l'oxémisme (respiration), et quelquefois aussi la mort.

11953. A ces convulsions momentanées et passagères, succèdent souvent et d'une manière plus ou moins rapide des *contractures*. On appelle ainsi une rétraction permanente des muscles telle qu'ils résistent à l'extension, et que si l'on porte la main sur les fibres ainsi contracturées on les trouve dures et tendues. *Elles présentent même, lors du plessimétrisme, une résistance au doigt très-marquée, et une sonorité particulière qui se rapproche du son ostéique (1).*

11954. En général les contractures dont il vient d'être parlé se déclarent moins dans les névraxites proprement dites, que lors des lésions chroniques qui les suivent ou qui se déclarent : soit à la suite des névraxorrhagies; soit d'une manière primitive et indépendante de tout travail congestif (phymies, carcinies, hydatidies, etc.). Les convulsions momentanées et les contractions dites épileptiformes, les mouvements spasmodiques se manifestent aussi très-fréquemment dans des cas qui n'étant en rien phlegmasiques, sont en rapport avec des névropallies (n° 11550, 11632), ou encore avec l'hypémie et des toxémies ayant pour résultats des encéphalies, etc. Il faut donc se donner garde de croire à l'existence d'inflammations dans quelques parties des centres nerveux, par cela seul que l'on verrait survenir des mouvements involontaires, des convulsions ou des contractures.

11955. Ces phénomènes, alors qu'ils sont symptomatiques des névraxites, se manifestent ordinairement dans les parties qui correspondent physiologiquement aux points de l'axe cérébro-spinal affectés; par exemple : dans une phlegmasie occupant l'un des hémisphères cérébraux, ils se déclarent du côté opposé du corps; dans les rachisomyélites dorsales, ils affectent les extrémités inférieures, etc. Cette règle cependant souffre des exceptions; car la nécroscopie est

(1) Quand ces contractions sont aiguës et permanentes, elles ont reçu le nom de contractions tétaniques, et se font souvent remarquer dans les phlegmasies de la moelle ou de ses membranes.

loin de démontrer une relation constante entre le siège de la phlegmasie et celui du trouble survenu dans les mouvements.

11956. Aux influences que la méningencéphalite encore à la période d'excitation peut exercer sur les organes de l'ensemble de relation se rapportent : — 1° Un faciès spécial dans lequel les yeux sont brillants, les pupilles atteintes de mouvements oscillatoires, les paupières injectées, une physionomie menaçante, furieuse, désespérée, ou exprimant une douleur physique et morale profonde; faciès dans lequel les traits sont *tirés*, tandis que les muscles des orbites, des lèvres, du nez, de la joue, sont atteints de mouvements spasmodiques. — 2° Des cris ou des vociférations que les malades font entendre, et qui tantôt expriment une douleur intense (dont l'altération survenue dans l'intelligence ne permet pas aux malades de rendre compte) et tantôt sont en rapport avec l'objet du délire. — 3° Ailleurs, des gestes, des mouvements déraisonnables et conséquences de l'état mental des fébricitants, d'où résultent des luttes avec les assistants, des actions telles qu'ils s'élancent parfois de leur lit et attentent même à leur vie ou à celle des autres.

11957. Dans l'encéphalite profonde, dans celle de la base, on voit au contraire, dès les premiers temps : le malade être abattu, un délire sourd exister, du coma souvent entrecoupé par des cris plaintifs avoir lieu, tandis que dans la mésonévrite et dans la rachisomyélite existant au niveau des premières vertèbres, une gêne extrême de la respiration, du stertor, du ronflement, parfois des convulsions du diaphragme, sont les symptômes dominants. Dans les rachisomyélites, au contraire, et lorsqu'elles existent sans que l'encéphale soit atteint, l'intelligence est conservée, et l'on observe seulement : dans les extrémités supérieures et inférieures, si la lésion a lieu très-haut; dans les membres pelviens seuls, si le mal est inférieurement placé, les altérations de sensibilité, les convulsions, les contractures tétaniques dont il a été parlé (n° 11953). Le corps est parfois porté d'une manière continue dans une extension forcée; il se courbe en arrière (*opisthotonos*), ailleurs il est infléchi latéralement (*pleurosthotonos*), etc., et ce qui rend la diagnose très-difficile, c'est que de telles contractures *tétaniques*, qui tantôt persistent tant que le malade n'a pas succombé, et qui d'autres fois paraissent seulement par accès, se déclarent fréquemment dans des cas où il n'existe ni myélite ni méningomyélite.

11958. Le plus ordinairement un état fébrile accompagne dans

les premiers temps les véritables névraxites, et il y a parfois coïncidence d'hémite (n° 4078) et de panhypérémie (n° 3787). On observe alors un frisson initial suivi d'une chaleur vive. Le pouls, surtout dans la méningencéphalite, est en général petit, dur, serré, très-accéléré, et la respiration est courte, haletante, suspicieuse et entrecoupée. Du reste, il y a, pour ces symptômes, autant de variantes que de complications diverses d'états pathologiques ou d'anomalies ; ce serait donc très à tort que l'on voudrait tracer un tableau fixe et unitaire dans lequel on établirait, dans les névraxites, des phénomènes respiratoires et circulatoires spéciaux. On voit, en effet, se prononcer, sans fièvre, certaines céphalites et diverses myélites traumatiques ou spontanées, tandis que, dans quelques autres, les battements du cœur et la respiration sont très-accélérés et tout à fait modifiés.

11959. Des vomissements marquent souvent le début et les premiers temps de l'encéphalite et de la méningite. Il est utile de tenir compte de ce fait qui peut, dans certains cas, conduire à reconnaître le mal surtout chez les jeunes enfants. Souvent enfin, et même dans les premiers temps des névraxites, *l'urine s'accumule dans la vessie* (n°s 9391, 9401, 9402), et cela, soit que les malades atteints d'encéphalites oublient d'évacuer ce liquide, soit que frappés de myélite, il arrive déjà que la cysture ne remplit plus ses fonctions. *Cette cysturésie* (n°s 9391, 9402) est un symptôme auquel il faut porter, dans les névraxites, la plus grande attention, parce qu'elle éclaire le médecin sur les caractères du mal et de la lésion névrique, et parce que, indépendamment de celle-ci, elle constitue un état pathologique fort grave (n°s 9391, 9410), et auquel il faut d'abord remédier.

11960. La plupart des autres symptômes assignés par les auteurs aux névraxites ne sont autre chose que l'expression d'états pathologiques autres que les phlegmasies, et qui viennent compliquer celles-ci et modifier le tableau qui leur est propre.

11961. Des symptômes consistant en une diminution ou une abolition de l'action névrique se déclarent lorsque la phlegmasie ayant son siège dans les centres nerveux, a eu pour résultat une atteinte profonde portée à la structure des parties malades, et cela : soit que celles-ci deviennent le siège d'un ramollissement (n° 11940) ; soit que du pus s'y forme (n° 11941) ; soit que l'induration y ait lieu (n° 11940) ; soit enfin que des hétérotrophies viennent à se déclarer. Les symptômes ne sont plus alors ceux de l'inflammation, mais bien

l'expression des états pathologiques qui se développent concurremment avec la phlegmasie ou consécutivement à cette même phlogose. Pour être logique avec cette idée, et pour l'être aussi avec l'organopathisme, nous renvoyons à d'autres articles l'étude de ces monopathies (états organopathiques isolés). Nous nous bornerons seulement ici, et dans l'intention de ne pas scinder l'histoire des névraxites, à dire : que ces phénomènes concomitants ou consécutifs à l'inflammation donnent lieu : — 1° soit à des accidents en rapport avec la destruction des parties phlegmasiées et par conséquent à la cessation de leurs fonctions, c'est-à-dire à l'anervismie des organes qui reçoivent leurs nerfs des parties malades (anesthésie, ou au moins hypoesthésie, amyosisthénie ou au moins hypomyosismie, contractions, apsychismie ou hypopsychismie, etc.). Ce sont des phénomènes de ce genre qui se déclarent lors des malaxies, des pyites, peut-être de certaines hétérotrophies et même de névraxonécrosies bornées et circonscrites (certains ramollissements dus à des sténosies vasculaires) ; — 2° soit à des symptômes dus à la compression des parties du névraxe voisines de celles où le mal a son siège, d'où résultent (suivant les parties où se distribuent les nerfs partant des organes névraxiques malades) : 1° l'anesthésie ou au moins l'hypoesthésie occupant des points plus ou moins étendus : de la peau, de l'iris (et alors la pupille se dilate) ; de la rétine, de la pulpe auditive (et alors la surdité se déclare) ; 2° des troubles dans les actions dont la huitième paire ou les nerfs respirateurs, diaphragmatiques sont chargés, tels que la gêne dans la déglutition, des vomissements, de la difficulté à respirer et à expectorer ; 3° des altérations dans l'influence exercée par les nerfs myéliques et consécutivement : la paralysie de la vessie, du rectum, des extrémités inférieures, etc. — Parmi ces phénomènes de compression (mais alors généralement exercée sur l'encéphale), il faut citer de plus : la diminution ou même l'abolition apparente des facultés intellectuelles, affectives et de la volonté. (*Voyez*, pour plus de détails, les généralités sur la compression du névraxe (n° 11762), et les articles : névraxomalaxie, sclérose, pyite, hétérotrophies, nécrose, etc.)

11962. Lorsque l'encéphalite, la méningoencéphalite occupent des parties de l'encéphale qui correspondent à l'origine ou au point d'émergence des nerfs intracrâniens, des troubles dans les mouvements ou dans le sentiment des parties où ces nerfs se distribuent, se manifestent ; de là proviennent certaines douleurs de la face, du

front ou du cou. Dans des cas analogues on voit encore survenir, suivant que tel ou tel point est affecté, la paralysie : de la paupière supérieure; du muscle droit externe, et l'œil est alors dirigé en dedans; des muscles qui élèvent, soit les ailes du nez, soit la commissure des lèvres; du buccinateur, des fibres musculaires linguales, pharyngiennes, etc.; par suite de ces amyosthénies surviennent : la gêne dans l'articulation des mots, dans la mastication, la déglutition, etc.

Invasion, marche, durée, terminaisons, prognose.

11963. L'invasion des névraxites est aussi variable que les circonstances qui leur donnent lieu sont nombreuses. A la suite d'une lésion traumatique elles succèdent d'une manière brusque aux accidents primitivement produits par les contusions, la commotion, les blessures, les corps étrangers, les débris d'os fracturés, etc. Les hémospées hémorrhagiques sont elles-mêmes des circonstances matérielles propres à éveiller d'une manière rapide autour d'elles, des phénomènes inflammatoires. Entre le moment où les lésions dont il s'agit se sont effectuées et celui où l'état phlegmasique se déclare, il se passe en général un temps plus ou moins considérable et même plusieurs jours (1). — Ailleurs, la névraxite est précédée de *prodrômes* qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les autres phlegmasies aiguës, tels que des frissons, des chaleurs, etc.; et ces prodrômes ne sont ordinairement que l'expression phénoménale : soit de quelque anomémie (hémite (n° 4078)), pyémie (n° 4500), galémie (nos 4449, 4454), phymémie (nos 4590, 7097), toxémie (n° 4252), septicémie (n° 4692), niloiémie (n° 4931), etc., qui ont présidé au développement de la méningencéphalite : soit de quelque phlegmasie qui, telle que la pneumonite (nos 6900, 6918, 6943), la néphrite (nos 9457, 4435), etc., a précédé la manifestation des accidents névraxiques. On voit d'après ceci : que la durée des phénomènes qui constituent les prodrômes est ici des plus variables; que les tableaux qui en ont été tracés sont tout à fait hypothétiques, et qu'ils diffèrent surtout en raison d'une multitude de circonstances étiologiques et synorganopathiques. — La marche et la durée des névraxites elles-mêmes sont non moins variables. Tantôt, comme il arrive souvent à la suite des lésions traumatiques, le mal acquiert tout d'abord une grande intensité et les phénomènes s'aggravant toujours,

(1) Ce fait est important à noter au point de vue thérapeutique, attendu qu'il conduit à avoir recours dans les traumanévraxies à la médication antiphlogistique, non pas au moment où la lésion qui la cause vient d'être produite, mais bien lorsque l'invasion de la phlegmasie a lieu.

finissent par être promptement suivis des conséquences des phlegmasies persistantes, c'est-à-dire : de suppuration, de ramollissement, de compression, et par conséquent de destruction (n^{os} 11770, 11771). Consécutivement à ces phénomènes, et quand il s'agit de la partie du névraxe superposée aux vertèbres cervicales, une mort prompte a lieu, et quand le mal occupe la moelle rachidienne au dos, l'anesthésie et l'amyosthénie des parties sous-jacentes se déclarent d'une manière graduée. Quelquefois, pendant quelques heures ou même durant un ou deux jours, les accidents paraissent se calmer, puis ils reprennent avec plus d'intensité, et une mort prompte en est alors le résultat. Ailleurs encore, les symptômes névraxiques semblent présenter de la rémittence, c'est-à-dire que s'aggravant périodiquement, bien que persistant toujours à un degré marqué, ils prennent la forme d'attaques séparées par des intervalles plus ou moins longs. Dans la méningencéphalite, le délire, les cris, les contractions épileptiformes (n^o 11952), se renouvellent particulièrement avec périodicité, et plus les paroxysmes se rapprochent, et plus aussi le mal présente de gravité.

11964. Toute névraxite proprement dite est en général fort grave et se termine ordinairement par la mort. Cependant on voit fréquemment guérir des individus qui ont présenté des symptômes prononcés de méningencéphalite (n^o 11956), et quelquefois même d'encéphalite centrale; mais il est bien difficile d'assurer (vu l'extrême difficulté de décider si les phénomènes observés ont bien tenu à une phlegmasie et non pas à quelque névraxie de cause toxémique (n^o 4287) ou névropallique (n^{os} 11551, 11632)), s'il a bien existé, dans de tels cas, *une inflammation véritable*. Cependant de telles guérisons ne sont pas non plus démesurément rares, car on a trouvé parfois chez des individus qui avaient éprouvé des accidents névraxiques les traces réelles de phlegmasies anciennes, telles que pseudoméninges, épaississements, adhérences, etc. Trop souvent, à l'inflammation réelle des centres nerveux, succèdent des pyïtes, des malaxies, des sclérosies, des hétérotrophies, déterminant des phénomènes chroniques qui font périr les malades, ou les rendent infirmes. Ce dernier résultat a lieu dans certaines destructions partielles consécutives aux encéphalites, et dans lesquelles la démence ou l'imbécillité, la perte de certains mouvements, des contractures, ou même une pananervismie (paralysie générale), se déclarent. La rachisomyélite suivie de lésions qui causent la destruction du

faisceau rachidien a pour conséquence une paraplégie incurable (1).

Névraxites développées dans le cours d'autres affections.

11965. Les névraxites se déclarent parfois, comme la plupart des organopathies, pendant la durée d'autres phénomènes morbides,

(1) OBSERVATION TRÈS-REMARQUABLE DE DESTRUCTION PARTIELLE DU RACHISOMYÈLE.

Le cas suivant nous paraît très-propre à éclairer l'étude physiologique du rachisomyèle : Une femme chez laquelle le plessimétrisme avait permis, un mois avant sa mort, de reconnaître et de dessiner avec exactitude une tuméfaction considérable des dernières vertèbres dorsales, fut frappée d'une anesthésie complète des membres inférieurs et même du bassin. Toutefois, lorsque l'on cherchait à provoquer de la douleur dans ces parties, la malade éprouvait dans le rachis au-dessus de la tumeur vertébrale, une sensation très-pénible, tandis que sur le lieu excité par l'explorateur, l'insensibilité était absolue. Chose remarquable, à l'occasion de ces excitations des membres pelviens, tout à coup survenait une flexion très-violente des jambes sur les cuisses et de celles-ci sur le bassin. Cette flexion était due à une contraction tout à fait involontaire survenue dans les muscles de ces parties; la malade ne pouvait au contraire exécuter aucun mouvement volontaire des membres inférieurs. La vessie un moment paralysée cessa promptement de l'être. Cette malheureuse femme, présentant toujours le même état, resta près d'un an (1848-1849) dans nos salles et fut souvent le sujet de nos leçons cliniques. Vingt fois, peut-être, nous constatâmes la réalité des faits précédents. D'innombrables moyens furent inutilement employés par nous contre cette affection; nous admîmes : qu'il existait une rachisophymie, et que, consécutivement au ramollissement des tubercules, le rachisomyèle avait été détruit dans l'étendue de quelques centimètres.

Cette femme, à la suite d'une dermonécrosie sacro-coccygienne (n° 11378), dont nous entravâmes longtemps la marche fatale (n° 11385), périt d'une manière lente. La nécroscopie permit de vérifier en tous points la diagnose : à la hauteur des dernières vertèbres dorsales, la moelle, dans l'étendue de cinq centimètres, n'existait plus; on ne trouvait à sa place que des débris membraneux entourés d'un fluide purulent et qui provenait de phymies ramollies. Celles-ci avaient eu pour sièges les vertèbres qui, au niveau de la région myélique détruite, étaient profondément excavées et dont la surface du côté correspondant au canal rachidien était rugueuse, inégale et couverte de pus; au-dessus et au-dessous la moelle était intacte.

La théorie de ce fait, avant et après la mort, est pour nous la suivante : la destruction de la moelle sur un point étendu ne permettait pas à l'action sensoriale de parvenir des extrémités vers l'encéphale et d'être perçue; la même circonstance s'opposait à ce que des mouvements volontaires fussent transmis du cerveau aux membres inférieurs. La douleur qui se déclarait au-dessus de la tumeur était due à ce que des anastomoses entre les nerfs provenant du bout supérieur et du bout inférieur du rachisomyèle divisé, communiquaient au bout supérieur un certain degré d'action sensoriale. Si l'excitation des membres inférieurs causait des

et cela : tantôt d'une manière rapide, tantôt d'une façon chronique, insidieuse, et à ce point qu'elles sont souvent méconnues. A peine leurs symptômes sont-ils d'abord apparents, mais bientôt elles se dessinent avec une grande énergie, et sont souvent promptement suivies d'accidents mortels. Il en arrive ainsi dans des cas : d'iléospilosie septicémique (n° 8006), d'hémitopneumonite (n° 6943), d'entéropéritonite (surtout à l'époque galactogénique (n° 4443), etc.); aussi, pendant la durée de ces états pathologiques, faut-il tenir compte des symptômes qui peuvent dénoter le développement initial des névraxites. — Ici la difficulté de déterminer si ces phlegmasies existent ou non, est souvent extrême, et par exemple, *certaines symptômes que beaucoup de médecins attribuent à l'encéphalite ou au moins à des encéphalies coïncidant avec l'iléospilosie, ne sont pas le moins du monde en rapport avec une souffrance cérébrale : Tel fébricitant parle d'une manière inintelligible et peut à peine prononcer quelques mots, non pas parce que son cerveau est malade, mais bien parce que sa langue est couverte d'enduits secs et épais qui gênent les mouvements de cet organe. Tel autre ne prononce aucune parole, parce qu'il est trop paresseux et trop faible pour le faire. Celui-ci est sourd parce que le salpyngé (trompe d'Eustache) est obstrué par des mucosités épaissies (n° 11502); la vessie de cet autre se distend par l'urine, et seulement parce qu'il oublie d'uriner. — Tel individu délire parce que le cerveau n'est pas suffisamment excité par un sang trop peu nourri (n° 11811); nous avons vu la commissure des lèvres ou la langue déviée d'un côté, parce que les dents de ce côté manquaient, etc., etc. — Dans tout ceci encore*

contractions involontaires, c'est que, d'une part, le bout inférieur était devenu chez cette femme un centre nerveux secondaire, accidentel et indépendant de l'encéphale, qui est exclusivement lié au moi sentant, voulant et agissant. La partie inférieure du rachisomyèle recevait dans ce cas des sensations non perçues en rapport avec l'excitation des membres inférieurs, parce que les nerfs de ceux-ci y aboutissaient; elle réagissait sur les mouvements d'une manière seulement automatique et non par une influence de la volonté, parce que le rachisomyèle séparé de l'encéphale n'est plus lié d'action avec l'âme. Enfin il s'agissait ici d'une action réflexe dont le centre était le bout inférieur de la moelle vertébrale. Ainsi répétons-le à dessein, cette femme avait en quelque sorte deux centres nerveux dont le premier, l'encéphale, aboutissant des sensations perçues, point de départ de mouvements volontaires, correspondait à la moitié supérieure du corps; tandis que le second, la région rachisomyélique et dorso-lombaire, foyer de sensations non perçues et de mouvements automatiques, était en rapport avec le bassin et les membres qui sont articulés avec lui.

une fois, il ne s'agit pas de symptômes d'encéphalite, et il y aurait des inconvénients extrêmes, un danger très-grand pour le malade, à attribuer, comme on le fait si fréquemment, de tels phénomènes à des altérations anatomiques du névraxe.

Etats pathologiques variés se développant pendant la durée des névraxites.

11966. Pendant la durée des névraxites, soit comme conséquence de l'existence de celles-ci, soit comme simples coïncidences, se déclarent divers états anatomiques, que les *ontopathologistes* font rentrer tout à fait à tort dans les tableaux propres aux encéphalies ou aux myélies elles-mêmes. Dans nos doctrines, ces états constituent des monorganies qui se présentent alors comme complications, et qui donnent lieu à des indications spéciales. Les principales sont les suivants : diverses cardiopathies (n^{os} 1699, 1844), la panhypérémie (n^o 3783), la panhypémie (n^o 3838), la pneumonémie hypostatique (n^o 6673), l'angiairaphrosie (n^o 5950), l'hypoxémie (n^o 3943), la scorentérasie (n^o 7502), l'aérentérasie (n^o 7502), l'épidiaphratrie (n^{os} 7506, 3986), l'urocysturasie (n^o 9401), les dermémies, les dermites et les dermonécrosies sacrococcygiennes (n^o 11378). *Ces derniers accidents sont surtout fréquents dans les rachysomyélies, et les praticiens ne peuvent y faire trop d'attention.* Nous renvoyons aux articles indiqués par les numéros précédents pour l'étude de ces diverses synorganies.

Etiologisme, pathogénisme.

11967. Dire que les causes des névraxites sont en grande partie celle des autres organites, est exprimer un fait réel, mais qui, pour avoir de la signification, devrait être étudié dans ses détails et dans la spécialité de ces affections. L'histoire de ces causes a été d'ailleurs en partie indiquée à l'occasion des considérations qui précèdent ou bien qui le seront lors des recherches pathogéniques qui vont suivre. L'action d'un grand nombre des causes assignées par les auteurs aux névraxites est fort douteuse, parce qu'ils ne s'entendent pas bien sur ce que l'on doit considérer comme des encéphalites, des myélites, etc. Certes, les agents physiques et mécaniques produisant : *des commotions, des plaies et des dilacérations, des phlébémphraxies, des artériosténosies et des désorganisations*, occasionnant dans le névraxe *la présence de corps étrangers*, etc., sont susceptibles de donner lieu à des névraxites qui n'ont en elles-mêmes aucun caractère spécial ou funeste ; mais ces névraxites se terminent par la

mort, alors que les lésions dont elles sont les suites (n° 11761) ne sont pas elles-mêmes curables. Ce sont là des *traumanévrxites* qui peuvent être utilement comparées à la *traumapneumonite* (n° 6946), ou à toute autre phlegmasie dont la cause est une contusion, une blessure, etc. A ce genre de névraxite, on peut utilement rapporter celles qui succèdent à des angioclasies, à des hémospéies, à certaines hétérotrophies encéphaliques ou myéliques, etc.

11968. La stase survenue sous l'influence de la *position déclive* (1), de la panhypérémie, de l'acardiosthénie, en un mot des hyperémies persistantes dans les centres nerveux, donne quelquefois lieu à des névraxites qui peuvent être désignées sous les noms de *névraxites* : *hypostasique*, *panhypérémique*, *acardiosthénique* (n°s 6797, 6849), etc.

11969. Nous n'avions pas observé de cas dans lesquels l'*hydroplastémie* ou *hémite* (n° 4078) parût être une cause de phlegmasie des centres nerveux. Nous parlerons bientôt d'un cas où évidemment l'hémite était liée à une rachisomyélite (n° 11974). Des faits de ce genre mériteraient le nom d'*hémitonévrxites*.

11970. Les *névraxies* et les *anomismies névraxiques* (états anomaux des fonctions du névraxe) et qui sont les résultats de diverses toxémies, peuvent, quoique assez rarement, être suivies, dans les mêmes parties, de phénomènes phlegmasiques. Il s'agit alors de *toxémonévrxites* (2). A celles-ci doivent se rattacher : 1° les *pyémonévrxites* qui, conséquence de la résorption purulente, viennent parfois à se déclarer, soit dans la pneumophymie; soit à la suite des abcès par congestion, etc.; 2° les *galémonévrxites* (n° 4454), qui ne sont autres que ces phlegmasies encéphaliques ou myélorachidiennes que l'on voit quelquefois se développer lors de l'état dit puerpéral; 3° la *septicémonévrxite* (n° 4720) qui se rapporte à ces accidents cérébraux aigus observés dans les fièvres graves et qui, bien plus rarement qu'on ne l'a dit, sont l'expression de véritables inflammations; c'est à un tel état pathologique qu'il faut rapporter ces adhérences observées par notre ami et consciencieux collègue, M. le docteur Piedagnel, chez des gens atteints d'iléospilosie, et qui

(1) Il est surtout urgent de tenir compte de l'influence de l'hypostase sur le développement de certaines myélites qui se déclarent dans les fièvres graves.

(2) Nous aurons plus tard à parler des encéphalies autres que les inflammations qui sont les résultats de diverses toxémies.

avaient éprouvé du délire et d'autres accidents cérébraux; 4° la *septicémoméningite rachidienne* dont nous allons bientôt parler avec détail; 5° l'*euroloiémonévraxite* (n° 4915), ou les phlegmasies de l'encéphale qui se développent sous l'influence du typhus d'Europe et sur lesquelles nous regrettons de ne pouvoir suffisamment insister (1); 6° la *niliôiémonévraxite* (inflammation des centres nerveux dans la peste) (n° 4936); 6° la *dysiloiémonévraxite* (inflammation des centres nerveux dans la fièvre jaune, etc.) (n° 4965); 7° les *toxinévraxites*, dues à l'action de divers poisons provenant du règne minéral, végétal ou animal, mélangés avec le sang et introduits dans l'économie: soit sous la forme de gaz par l'angiaire; soit à l'état liquide ou solide par l'angibrôme. Nous reviendrons peut-être sur de tels sujets lors de l'étude des toxi et des toxémonévraxies.

11971. De ces diverses névraxies une seule nous paraît mériter ici une mention particulière, soit parce qu'elle est d'une extrême importance, soit parce qu'elle n'est bien connue que depuis peu d'années, soit enfin parce que nous avons eu l'occasion de l'observer récemment et de pouvoir peut-être ajouter quelques traits utiles aux très-bons tableaux qu'en ont tracés MM. Tourdes, Faure et Villars, Forget, Lionnet, Lévy, Boudin, etc:

SEPTICÉMOMÉNINGITE RACHIDIENNE.

11972. On a étudié depuis quelques années avec beaucoup de soin une affection spéciale et épidémique qui frappe particulièrement les membranes du rachisomyèle à la région cervicale, et est souvent remarquable par la facilité et la promptitude avec lesquelles du pus vient à se former sur la deuto et la tritoméninge. Parfois, en un ou deux jours, des couches pseudoméningiennes, épaisses, adhérentes, constituées par des globules purulents agglomérés, se forment sur les surfaces des membranes rachidiennes ou encéphaliques; et celles-ci présentent des traces évidentes de phlegmasie. Ailleurs, le pus reste liquide, et ses proportions varient; les symptômes de cette affection consistent, d'une part, en ceux des rachisoméningites aiguës, mais se déclarant d'une manière insidieuse. M. le docteur

(1) Dans l'état actuel de la science on ne peut considérer pathologiquement et thérapeutiquement de tels accidents que comme des névraxies développées sous l'influence de l'agent toxique de cetyphus, et qui réclament d'une part des moyens dirigés contre la névraxie, et de l'autre une médication en rapport avec l'agent délétère supposé.

Lionnet a étudié avec beaucoup de soin l'épidémie de ce genre qui, au printemps de 1849, s'est déclarée parmi les enfants de la colonie de Petit-Bourg et dans l'arrondissement de Corbeil. M. Lionnet a noté, dès les premiers temps, *une violente douleur du cou* qui empêchait les malades d'exécuter les mouvements de la tête sur le rachis, et qui mettait particulièrement obstacle à son extension. Ce symptôme se prolongeait pendant toute la durée du mal, qui parfois faisant périr le malade en peu de jours, dans d'autres cas, persistait longtemps sous une forme chronique. En même temps, existaient des douleurs violentes dans les bras, et chez plusieurs malades, par nous observés, *elles existaient dans les nerfs eux-mêmes, depuis le plexus brachial jusqu'aux doigts; le dessin des points douloureux permettait de constater ce même fait.* Quand l'affection dont il s'agit avait quelque durée, en général le caractère des malades, qui souvent déliraient, devenait maussade et acariâtre; et les deux enfants que nous avons vus à Corbeil, avec notre estimable ami M. Lionnet, étaient particulièrement dans ce cas. Il est vrai que les douleurs produites par des vésicatoires dénudés, qu'il avait fallu poser, avaient pu, chez ces jeunes enfants, contribuer à les rendre d'une humeur très-difficile.

11973. Eclairé par les communications que nous avait faites M. Lionnet, il arriva qu'à la même époque (printemps de 1849), nous observâmes à la Pitié cinq cas qui se rapportaient évidemment à la rachisomyélite que nous mentionnons. *La douleur de cou existant dans la région myélique et mettant obstacle au redressement de la tête, la névralgie consécutive existant le long des bras et exaspérée par la moindre pression, l'état fébrile qui s'y joignait, ne nous eussent pas laissé de doutes à ce sujet, même dans le cas où nous n'eussions pas perdu de malades; mais, malheureusement, l'un des cinq succomba vers le dixième jour.* Or, chez cet homme, les méninges rachisomyéliques étaient recouvertes de pus concret, disposé sous la forme de fausses membranes; ce qui permettait de constater l'exactitude de notre diagnose. Trois de nos cinq malades présentèrent des accidents très-graves et des symptômes septicémiques; celui qui périt avait éprouvé de la stupeur, une entérorrhée, et l'ensemble des symptômes propres à la septicémie (n° 4692). On trouva chez lui une iléospilosie (n° 7972) non ulcérée. Les deux autres ne furent atteints que de symptômes rachisomyéliques; les trois premiers avaient été placés dans de mauvaises circonstances d'habitation ou d'encombrement; et ce furent ceux-là qui présentèrent des accidents septi-

cémiques. Chose remarquable, celui qui mourut était un insurgé de juin qui sortait des casemates du fort de Clamart, et trois autres femmes logeaient avec des soldats ou avaient communiqué avec eux.

Cas remarquable d'hémitorachisomyélite et d'hémitonévrite.

11974. Actuellement nous donnons des soins à M. A..., jeune Arménien, auquel nous portons une vive affection, et qui est atteint de symptômes dont, sans la connaissance des cas précédents, nous ne comprendrions, peut-être, ni le siège ni la cause. Il s'agit de douleurs intenses excessivement rebelles, ayant leur *maximum* d'intensité dans la région cervicale de la colonne vertébrale, se manifestant en même temps dans le plexus brachial, dans les nerfs du bras, de l'avant-bras et de la main. La peau de ces parties est extrêmement douloureuse; *les articulations ne sont en rien* malades, et toute la souffrance est dans les nerfs et la peau. En même temps existent des symptômes d'hémite extrêmement prononcés (n° 4078). A deux reprises, le sang tiré des veines s'est recouvert d'une couche fibrineuse très-épaisse (n° 4064); en même temps la rate était volumineuse (10 centimètres de haut en bas), et il y avait des accès fébriles quotidiens, circonstances qui furent heureusement combattues par de hautes doses de sulfate de quinine. — Cette affection, qui dure depuis plus de cinquante jours, a résisté aux moyens les plus rationnels employés avec persévérance; seulement depuis peu de temps elle prend une marche décroissante; les douleurs diminuent peu à peu d'intensité; et il ne se manifeste pas d'anervismie ni d'accidents, soit vers l'angibrôme ou les poumons, soit vers les centres circulatoires. Nous avons maintes fois, pour nous préserver de toute erreur, examiné le cœur et les gros vaisseaux, et nous n'y avons rencontré aucun signe d'endocardite ou de péricardite. Le but de cette recherche était évident: c'est que l'extrême analogie qui existe entre ce cas et l'hémitarthrite (n° 4156) nous imposait le devoir d'explorer attentivement les organes circulatoires. Nous pensons qu'il existe dans ce cas remarquable, *le seul de ce genre que nous ayons observé*: 1° une hémitoméningite rachisomyélite et une hémitonévrite; que des pseudoméninges se sont formées sur les membranes de la moelle cervicale, et qu'avec le temps ces productions anormales s'atrophieront et se transformeront en tissu cellulaire, et que la guérison définitive en sera le résultat. Aujourd'hui 18 octobre le malade marche et est en pleine convalescence.

Complication de septicémie et de rachisomyélite; d'un iose spécial et du septiose.

11975. Dans l'épidémie de Corbeil et de Petit-Bourg, dans celles de Strasbourg, décrites par MM. Tourdes, Forget, etc., dans celle de Versailles observée par Faure et Villars et dans celle du Val-de-Grâce, dont les symptômes sont si bien tracés par M. Levy (1), il y avait souvent complication de septicémie et de rachisomyélite. Cette complication était sans doute due à la respiration d'un air vicié par les émanations provenues d'un grand nombre d'hommes réunis dans un même lieu, ou à des causes du même genre. C'est en effet parmi des soldats casernés, que l'on a vu à Toulon, à Strasbourg, à Versailles, à Paris, etc., se déclarer les cas les plus graves, et il semble que dans ces observations que l'on a recueillies il y ait eu deux agents morbides : le premier, l'iose inconnu qui déterminait la névraxite (comme il y a peut-être un poison spécial qui donne lieu à l'iléospilosie); le second, l'agent septique lui-même ou septiose produit de l'encombrement ou des matières en putréfaction; celui-ci mélangé au sang causerait ici les accidents septicémiques. Quand le premier de ces virus agirait seul, le mal serait peu grave, ainsi qu'il en est arrivé pour trois des malades précédents et pour plusieurs de ceux qu'ont vus M. Lionnet et les autres auteurs; lorsque le second combinerait son action à celle du premier de ces poisons, alors se déclareraient les phénomènes septicémiques : rhinorrhagies, troubles graves de circulation, dermorrhagies, angibrômorrhées, nécrosies, etc., etc. (n° 4692). Ce serait dans de tels cas encore que du pus se formerait promptement sur les surfaces rachisomyéliques, etc.

11976. Telles sont les considérations sommaires auxquelles conduit l'étude de la rachisomyélite septicémique considérée sous le rapport de ses causes, de ses symptômes et de sa pathogénie. Quant au thérapeutique qui leur convient, évidemment il se compose de celui qui est applicable : d'une part, aux *névraxites*, de l'autre, à la septicémie (nos 4817, 4859), et aux toxémies en général (n° 4343), car malheureusement on ne connaît en rien le poison spécial qui cause le mal, ni les moyens chimiques et spécifiques de le détruire. Quelles que soient d'ailleurs les médications que l'on emploie ici, il faut combattre les états pathologiques et accidentels qui, tels que la panhypérémie, l'hémite (n° 4119) ou l'hypémie, viennent à se manifester.

(1) Il est utile de consulter sur la rachisomyélite épidémique, les excellents travaux de MM. Levy, Lionnet et ceux des autres auteurs qui viennent d'être cités.

Continuation de l'étiologisme des névraxites.

11977. Une infinité de causes admises par les auteurs comme déterminant des névraxites sont plus ou moins hypothétiques ou agissent par la médiation des circonstances qui viennent d'être énumérées. On pense en général que des *impressions morales* peuvent donner lieu aux phlegmasies des centres nerveux, ce qui nous paraît être tout à fait douteux. Sans doute à la suite de troubles divers de l'intelligence on a vu quelquefois se déclarer des accidents névraxiques, et en théorie l'organe qui se rattache le plus au psychisme (accomplissement régulier des phénomènes intellectuels) doit être celui que les impressions morales altèrent davantage; mais presque toujours dans des cas pareils en cherchant bien, on finit par trouver à côté de ces causes anomopsychismiques, diverses circonstances très-matérielles qui ont donné lieu à la phlegmasie des centres nerveux. *Les excès dans l'alimentation et dans l'usage des liqueurs alcooliques, la stase des fèces, ont paru quelquefois déterminer des névraxites, et cela peut avoir eu lieu par suite du refoulement du diaphragme de bas en haut, et par l'introduction de l'alcool ou d'autres substances délétères, dans la circulation. — Une gêne habituelle dans la respiration et dans la circulation peut influencer sur le développement de l'encéphalite ou de la rachisomyélite.*

11978. A tous les âges, les névraxites sont susceptibles de se déclarer. Chez les jeunes enfants les méningocéphalites sont, dit-on, très-fréquentes; mais souvent on a pris pour telles les encéphalies du premier âge dont plus tard nous aurons à parler. Chez l'adulte on voit fréquemment des méningencéphalites se manifester avec des phénomènes aigus. Chez le vieillard, des affections du cerveau qu'il est fort difficile de rapporter plutôt au ramollissement qu'à l'inflammation se développent souvent avec rapidité et violence. Il semble que les névraxites soient plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, ce qui provient sans doute de ce qu'il est plus qu'elle exposé aux causes traumatiques et toxémiques. Il faut ne jamais oublier que chez les hystériques on voit souvent se manifester des accidents encéphaliques ou myéliques en rapport avec des névropallies de source angioviscérique (hystérie), névropallies qui simulent à s'y méprendre des encéphalites et des rachisomyélites (1). *Les professions*

(1) Les circonstances commémoratives d'accidents hystériques, l'absence de tout phénomène fébrile, l'âge de la femme, la coïncidence de l'approche des règles, etc., permettent fréquemment d'établir le véritable caractère de ces états pathologiques.

en rapport avec des causes capables de produire des névraxites y prédisposent manifestement. Telles sont, par exemple, celles dans lesquelles des ouvriers sont exposés à l'inspiration ou à l'ingestion de substances délétères, dont l'action spéciale porte sur le cerveau. Encore une fois (n° 11975), c'est presque exclusivement *chez les militaires* que l'on a observé la méningomyélite septicémique. Il paraît que *l'insolation*, que *l'habitation dans les pays chauds*, ont une influence marquée sur le développement des phlegmasies encéphaliques; mais on les voit survenir aussi dans *la saison froide et dans les climats septentrionaux*. Des tableaux statistiques relatifs à la fréquence relative de ces causes diverses sur le développement des névraxites ne sont pas actuellement exécutables, attendu que l'on n'est pas d'accord sur les caractères propres aux phlegmasies des centres nerveux.

11979. Les seules névraxites qui se déclarent d'une manière *épidémique* sont produites par un agent iosique spécial influant aussi épidémiquement sur les hommes; telles sont les névraxites scepticémiques (n° 4720), euroloiémiques (n° 4915), dysiloiémique (n° 4965), niloiémique (n° 4936). — Les influences exercées par *les lieux que l'on habite* (endémies) sur le développement des phlegmasies ayant les centres nerveux pour siège, peu connues d'ailleurs, sont probablement bornées à celles en rapport avec divers agents toxiques (miasmes paludéens, iosiques, septicémiques, etc.).

11980. Parmi les causes organiques d'encéphalites ou de rachisomyélite, il faut compter : *les états pathologiques soit des os du crâne, soit des vertèbres* : les tumeurs fongueuses de la dure-mère, les ostéites du rocher, les fractures suivies d'abcès à la base du crâne, les phymies, les elcosies du rachis, etc. ; toutes ces lésions, et plusieurs autres du même genre, sont fréquemment suivies de phénomènes névraxitiques qu'il n'est pas toujours facile de distinguer d'avec les accidents déterminés par les états organopathiques qui viennent d'être relatés.

11981. Il résulte des considérations précédentes, que les névraxites, bien que produites par des circonstances diverses, peuvent à la rigueur être considérées comme des états pathologiques à part, et que plusieurs d'entre elles étudiées au point de vue étiologique avec d'autres organopathies, en sont tantôt les causes, tantôt les conséquences, et ailleurs les simples coïncidences. Presque toujours au lit du malade, il faut que le praticien isole dans sa pensée telle

névraxite qu'il observe, des autres états pathologiques avec lesquels elle est compliquée. Chacun de ces états pathologiques offrira, pour le médecin observateur, ses indications spéciales. Ce sera à ce médecin de les établir, de les harmoniser pour constituer le traitement général, non pas de la maladie, mais des états anatomiques existant chez les gens atteints de névraxite.

Diagnose des névraxites.

11982. Les caractères diagnostiques des névraxites ressortent de l'ensemble des considérations qui précèdent. S'il fallait entrer dans les détails que ce sujet comporte il ne s'agirait rien moins que de répéter la plus grande partie de ce qui vient d'être dit. Pour dire en quoi diffèrent, comme symptômes : l'encéphalite et certains ramollissements de l'axe nerveux ; la myélite et les myélies dues à la compression de la moelle ; les névraxies en rapport avec l'hystérie, l'épilepsie, et celles qui sont le produit d'un état inflammatoire, etc., de nombreuses pages seraient indispensables : nous nous donnerons garde de le faire. Le seul moyen d'acquérir les connaissances nécessaires dans un tel sujet, est de comparer l'histoire des névraxites avec celle des affections dont les symptômes sont analogues, telles que : les névraxémies (n° 11779), les névraxorrhagies (n° 11850), les névraxomalaxies (n° 12006), les toxémonévraxies (n° 12056), les névraxophymies, les névraxopallies, etc. Nous renvoyons donc aux divers articles qui viennent d'être énumérés pour établir comparative ment les caractères propres à chacun de ces états organopathiques.

11983. La diagnose des névraxites repose en général non-seulement sur les symptômes dont il vient d'être parlé, mais encore sur les circonstances dans lesquelles elles se déclarent, sur la marche et la succession de leurs phénomènes. Un grand nombre de ces symptômes, en effet, tels que la douleur, le délire, les altérations de l'intelligence, les convulsions, les contractures, peuvent survenir dans un grand nombre de *névraxies non phlegmasiques*, telles que l'épilepsie, l'hystérie, diverses toxémonévraxies (accidents cérébraux de l'empoisonnement par l'opium, la jusquiame, etc.). L'absence ou la présence de la fièvre ne peuvent en rien ici servir à éclairer la diagnose ; car parfois les encéphalites, les myélites, les méningites ne sont pas accompagnées d'un état fébrile, et l'on voit certaines névraxies qui surviennent dans la vario, la rubio ou dans la scarlotoxémie (n° 5039), accompagnées d'une fièvre vive. — Donnons un exemple de deux faits : l'un de névraxite ; l'autre d'une souffrance

du névraxe non inflammatoire. Ces deux tableaux fourniront les éléments de la diagnose pour les cas divers qui pourront se présenter.

11984. Un homme a reçu un coup violent sur le crâne : à l'instant, il a éprouvé des étourdissements, de l'embarras dans les idées ou la perte de connaissance. Ces symptômes se sont promptement et en grande partie dissipés. Le lendemain, le blessé ressent une vive céphalalgie qui augmente le jour suivant. La nuit d'après, viennent se joindre à cette douleur un délire plus ou moins fort, puis des convulsions ou des contractions épileptiformes ; celles-ci continuent avec quelques rémissions ; plus tard même les membres de l'un des côtés du corps sont anervismés et offrent de la raideur ; évidemment il s'agit ici d'une névraxite. — Un autre homme, au contraire, est sujet à des accès d'épilepsie ; il a éprouvé un sentiment douloureux vers quelques parties du corps ; ses yeux se sont ensuite convulsés ; puis il est tombé sans connaissance ; cet état a duré une demi-heure ; lorsqu'il en est sorti il a éprouvé de la céphalalgie, de la pesanteur de tête, de l'embarras dans les idées ; puis du délire, ou un état comateux ; il s'y est joint, de temps en temps, quelques convulsions et des contractions, etc., et ces accidents ont duré quelques heures ou quelques jours, etc. Or, cet homme n'est pas atteint de névraxite, mais est frappé d'épilepsie. Des deux côtés ce sont presque les mêmes symptômes, et cependant dans l'un d'eux il s'agit d'une méningo-encéphalite, et de l'autre tout au plus d'une névraxémie consécutive à une névraxopallie.

11985. Ce qui précède prouve que la diagnose dans les névraxites est bien loin d'avoir ce positivisme que comporte celle des phlegmasies d'un grand nombre d'autres organes. C'est qu'il n'y a pas ici de caractères anatomiques qui viennent éclairer l'observateur. — *Dans les cas obscurs qui se présenteront, et lorsque l'on sera dans le doute sur la question de savoir : s'il s'agit ou non d'une inflammation de l'axe nerveux, la règle pratique sera de se conduire, sous le rapport du traitement, comme s'il s'agissait en effet d'une névraxite ; seulement, il ne faudra pas agir alors avec une énergie telle, ou employer des moyens si violents qu'il en puisse résulter quelque péril pour la vie des malades.*

Thérapie des névraxites.

11986. Le traitement des névraxites tel qu'il faudrait le tracer dans les idées généralement reçues, et alors qu'une infinité de lésions différentes sont confondues sous les noms d'encéphalite, de myélite, etc. ; ce traitement, disons-nous, est d'une obscurité extrême, et

exigerait d'innombrables détails dans lesquels nous nous dispenserons d'entrer. En considérant exclusivement comme névraxites les états anatomiques exclusivement caractérisés par les accidents aigus propres aux véritables inflammations (n° 896), la curation des phlegmasies dont les centres nerveux sont susceptibles devient infiniment plus simple.

11987. 1° Avant tout il faut avoir égard, dans le traitement des névraxites, aux circonstances étiologiques et organiques, aux états organopathiques qui ont présidé à leur développement. Ainsi, il faudra, suivant qu'il s'agira de névraxites : traumatiques (n° 11584), panhypérémiques, hypostasiques, acardiosthéniques, phlebemphraxiques (n° 12012 ; note), hydroplastémiques (n° 4078), pyémiques, septicémiques (n° 4692), toxémiques (n° 4273), etc., chercher à remédier : aux altérations de texture, au trop de sang, à l'hypostase, à la faiblesse dans l'action du cœur, aux obstacles survenus à la circulation veineuse, à l'état couenneux du sang, à la résorption et à l'infection purulentes, aux anomémies en rapport avec la présence dans le sang de substances toxiques, etc. Si des encéphalites, des myélites sont les conséquences d'hétérotrophies névraxiques, crâniennes ou rachidiennes, ce sont particulièrement celles-ci qu'il faudrait pouvoir combattre avant de traiter directement ou pendant que l'on attaque avec énergie les phlegmasies des centres nerveux.

11988. 2° Presque toujours à côté des névraxites et concurremment avec elles, il existe d'autres états pathologiques que présentent : soit les centres nerveux (céphalémie (n° 11779), céphalorrhagie (n° 11853), hémospéies encéphaliques (n° 11846), névraxophymies, etc.) ; soit l'angième (hypercardiotrophie (n° 4592), cardiase (n° 1764), cardiosténosies (n° 1623), phlebemphraxies (n° 3437, etc.) ; soit le sang (panhyperémie (n° 3787), panhypémie (n° 8848), hémite (n° 4078), hypoxémie (n° 3934), toxémies (n° 4273), septicémie (n° 4692), etc.), soit l'angiaire (angiairaphrosie (n° 5950), pneumonémie hypostatique (n° 6773), pneumonite (n° 6900), épidiaphratopie (n° 3977)) ; soit enfin l'angibrôme (gastrasie (n° 7500), gastrite (n° 7847), scorentérasie (n° 7502), aérentérasie (n° 7502)), en un mot des états pathologiques excessivement nombreux et qui peuvent avoir leur siège dans presque tous les appareils organiques. Or, il faut faire marcher de front le traitement des phénomènes morbides dont il s'agit avec celui des névraxites. Sans cela on fait de la médecine routinière, du thérapisme en rapport, non pas avec

les états pathologiques existants, mais bien avec l'unité fantastique : *maladie*, représentée ici par les mots : névraxite, céphalionite, méso-névrite, rachisomyélite, etc.

11989. 3° Il faut combattre la névraxite elle-même, et ici c'est le traitement dit antiphlogistique le plus énergique qui convient; on doit le modifier en raison du siège, de l'intensité du mal, comme aussi des amomémies et des autres états pathologiques coïncidants (n° 11987). — Du reste, le traitement ne diffère en rien ici de celui qui convient dans les névraxémies très-aiguës (n° 11796). Quand les phénomènes inflammatoires seront bien prononcés, on agira ici avec une extrême vigueur; on ne sera même pas arrêté dans l'emploi des saignées par l'hydrémie qui pourra exister (n° 3842); toutefois, la panhypémie devra rendre plus circonspect sur les pertes de sang, et il faut toujours se rappeler qu'elle donne souvent lieu à des accidents cérébraux faciles à confondre avec des phénomènes congestifs ou inflammatoires (nos 11827, 11827).

11990. A coup sûr, dans les phlegmasies de l'encéphale, les saignées générales (même celles de la jugulaire) devront être aussi largement pratiquées que, sans compromettre la vie des malades (n° 11817), il est possible de le faire. Elles seront répétées tant que les accidents persisteront à l'état vraiment *phlegmasique*, et aussi dans les proportions que comporteront les quantités et les qualités du sang actuellement en circulation (n° 11817); la formule de l'emploi de ces saignées sera établie sur la condition organique du malade, et sur le degré dans la gravité du mal. La myélite occupe en général une étendue circonscrite, elle affecte un organe peu vasculaire et dont la dimension est petite; or, il en résulte que les ventouses scarifiées et que les sangsues peuvent être plus avantageusement prescrites dans cette lésion que dans l'encéphalite. Les méningites encéphaliques ou rachidiennes très-étendues et très-aiguës exigent encore une saignée abondante. Si l'on soupçonne, au contraire, que la phlegmasie dont il s'agit soit circonscrite, il est utile d'avoir recours à des évacuations sanguines locales pratiquées auprès des parties affectées. Dans les méningites de la base du crâne, les sangsues ou les ventouses scarifiées seront placées au cou, et près de l'angle des mâchoires, et cela à cause des communications existant entre les branches externes des artères carotides et des veines jugulaires avec les vaisseaux intra-crâniens.

11991. Dans la méningite rachidienne, des communications vas-

culaires existant entre la peau et les membranes rachisomyéliques doivent conduire aussi à prescrire les saignées locales sur les régions de la peau correspondant à celles où le rachisomyèle est malade. — Chez les jeunes enfants, la difficulté que la phlébotomie présente, engage souvent à avoir recours à des sangsues ou à des ventouses scarifiées. Il faut cependant bien surveiller, chez de tels malades, l'écoulement sanguin; car il est trop souvent arrivé (et nous pourrions en fournir des exemples remarquables) qu'aux symptômes de la névraxite, observés sur des individus très-jeunes, ont succédé (sous l'influence d'une abondante perte de sang occasionnée par des morsures de sangsues) des phénomènes d'hypémie, et la mort. Les considérations relatives à l'emploi, dans le traitement des névraxites : 1° des vésicatoires et des autres agents dits dérivatifs; 2° du tartre stibié (employé avec avantage dans les traumencéphalites, mais alors en lavages ou en doses faibles et répétées); 3° des purgatifs; 4° de l'application locale du froid; 5° de la position des parties malades et de la compression pratiquée sur les artères du cou; 6° des moyens hygiéniques, tels que le régime, le repos, etc., diffèrent trop peu de celles qui ont été établies à l'occasion des névraxémies (n° 11833), pour que nous pensions convenable de les reproduire ici.

11992. Le caractère spécial des névraxites toxémiques, septicémiques, loïémiques, etc., ne peut être combattu avec avantage que par les moyens appropriés à la curation des états pathologiques dont il s'agit (n° 11987). — Dans les *névraxites épidémiques* (n° 11975), il serait sans doute avantageux de pouvoir détruire l'agent toxique ou météorologique qui donne au mal un caractère particulier; mais malheureusement, bien qu'ils aient largement insisté sur les causes épidémiques, les auteurs, et Sydenham lui-même, n'ont pas encore assigné de traitement spécifique propre à combattre ce caractère spécial; ils n'ont pas déterminé en quoi le traitement applicable aux épidémies diffère de la curation convenable dans les affections dites sporadiques. Dans toute collection d'états pathologiques, où se dessinent les symptômes d'encéphalite, de méningite, de rachisomyélite, il faut bien s'enquérir : 1° de l'état de la rate; 2° du caractère intermittent des accidents; fréquemment, en effet, il est arrivé que l'on a pris pour des névraxites certaines névraxies toxipaludéennes liées à une splénopathie et à une toxémie (n° 8862, 8975). De cette façon, en ayant exclusivement recours à la médication antiphlogistique, on a laissé périr des gens que l'on aurait guéris promptement

et complètement en employant le quinine à doses élevées et plus ou moins répétées.

11993. Enfin, quand il s'agit d'une véritable coïncidence entre une névraxite et une splénopathie, il y a de l'avantage à administrer du sulfate de quinine, et non pas de l'alcoolé de quinine; la cause en est l'action de l'alcool sur le névraxe. Nous n'avons pas vu d'ailleurs le sulfate de quinine, donné dans de tels cas, augmenter l'intensité des accidents névraxitiques, et il offre le très-grand avantage de détruire un état pathologique fort grave et qui donne aux lésions pathologiques, avec lesquelles il se réunit, un caractère extrêmement fâcheux.

CHAPITRE VIII.

NÉVRAXITOPYOÏE. — Suppuration des centres nerveux.

NÉVRAXITOPYOÏTE. — Suppuration des centres nerveux suite de phlegmasie.

NÉVRAXOPYOÏES KYSTOÏDES. — Abscess enkystés des centres nerveux.

Nécroorganographie.

11994. A la suite des névraxites, fréquemment du pus se dépose dans les diverses parties des centres nerveux. Lors de la traumanevraxite, tantôt ce liquide s'accumule en collections plus ou moins abondantes dans le cerveau, plus rarement dans le cervelet, quelquefois dans le rachisomyèle, et très-ordinairement à la surface des membranes, ou entre celles-ci et les organes avec lesquels elles sont en contact. Dans la rachisomyélite septicémique, nous avons vu le pus être sécrété avec une grande promptitude (n° 11972); de sorte que les cas où dans de telles épidémies on n'en rencontre pas, sont assez rares. Le contraire a lieu pour les autres méningencéphalites. — C'est là un caractère spécial à cette affection qui, sous ce rapport, peut être comparée à la septicoplébite (n° 3543), à la septico-utérine (n° 10185), dans lesquelles des organopyies se développent si facilement et si généralement; tandis que rien de semblable ne se voit dans la phlébite et dans l'utérine simples. Toutefois, dans des méningites qui ne paraissaient pas être dues à des causes traumatiques ou septicémiques, nous avons trouvé du pus sur les surfaces membraneuses. Parfois on l'y rencontre étendu de sérosité qu'il trouble et où il est suspendu; ailleurs il est condensé, membrani-forme, assez semblable à la crème qui recouvre du lait longtemps

tenu exposé à l'action de la chaleur. Nous en avons vu d'extrêmement consistants; c'est particulièrement entre les circonvolutions, au niveau des anfractuosités, qu'il s'amasse et qu'il forme des couches épaisses. A la base, il s'accumule entre les lobes; on en voit parfois aussi, soit dans les ventricules encéphaliques, soit sur les nombreux replis de la deuto et de la tritoméninge. La quantité totale du pus déposé sur les surfaces méningiennes et qui peut être circonscrit par des adhérences dans divers points de la surface névraxique s'est élevée à 30 grammes et plus. Quelquefois on voit aussi dans la substance blanche ou dans la grise des pyoïes comprimer, déchirer ou détruire les masses nerveuses qui les circonscrivent, y creuser des cavités ayant pour parois des surfaces dilacérées qui sont les détritiques mollasses et informes des tissus d'alentour, et qui, rarement recouvertes de pseudoméniges récentes, présentent dans certains cas l'apparence de véritables kystes. — Ailleurs, le pus est infiltré dans le tissu névraxique, qu'il ramollit au point de le convertir parfois en une sorte de bouillie, qu'il décolore en donnant à la substance blanche et même à la grise une teinte blafarde ou jaunâtre. Parfois, la suppuration est bornée à une partie très-circonscrite du névraxe; et nous avons trouvé plusieurs fois, à la suite des rachisomyélites et des rachisostéies, la moelle divisée par un petit abcès ou au moins par un ramollissement survenu dans une substance qui présentait tous les caractères du pus; seulement nous avons eu le tort de n'avoir pas examiné cette substance au microscope, à l'effet de savoir s'il y existait des globules purulents.

11995. Un très-grand nombre d'états pathologiques coïncident en général avec la formation et l'accumulation du pus dont il vient d'être fait mention; le plus fréquent de tous est à coup sûr la phlegmasie avec ses divers caractères et se manifestant, soit dans l'encéphale, soit dans le rachisomyèle, soit dans les méninges (nos 11936, 11943, 11944, 11947). Viennent ensuite, comme fréquence: diverses ostéies, parmi lesquelles il faut surtout citer: 1° pour l'encéphale: soit les caries du rocher, donnant lieu aussi à des otopathies, cas fâcheux, dans lequel parfois se déclarent d'une manière brusque des phénomènes de méningite et de compression cérébrale en rapport avec une méningopyrite (il en arrive surtout ainsi chez des gens qui rendent habituellement des liquides sanieux et rougeâtres par le conduit auditif externe); soit les tumeurs de la dure-mère, ou les syphiostéies crâniennes; 2° pour la moelle: les

rachisophymies, soit endostéiques (ayant leur siège dans les os), soit périostéiques (existant au-dessous du périoste); 3° pour tout le névraxe : les phymies, des carcinies, les hydatidies, etc. Dans les cas précédents, le mal s'est étendu localement; tantôt c'est l'état phlegmasique qui a provoqué la formation du pus (n° 11936); tantôt c'est la présence de la suppuration, dont les produits ayant eu leur source dans les organes voisins, sont venus se déposer sur des surfaces et qui ont provoqué la formation du nouveau fluide purulent; enfin dans d'autres faits ce sont des hétérotrophies, des tumeurs qui ayant comprimé, altéré, modifié les parties d'alentour, y ont déterminé des phlegmasies partielles limitées et suivies de pyoïes. On ne voit point en général des hémospéies déterminer la formation du pus; c'est que la présence du sang, coagulé ou non en masses fibrineuses, alors qu'il n'est pas altéré par de l'air pénétrant dans la cavité où il est contenu, ne provoque point de pyogénie. — La septicophlébite, ou plutôt les phlébitopyoïtes, les grands foyers de suppuration existant dans divers organes, provenant ou non de phlegmasies, de phymies malaxiées, d'utériles septicogalémiques (n° 4457), ou d'entérelcosies, de pneumonitopyoïtes, etc., peuvent aussi être suivies de névraxopyoïes. De tels cas sont rares et marchent d'une façon plus ou moins chronique; ceux plus rares encore où l'on trouve des pyospéies (cavernes purulentes) entourées de kystie, ne paraissent pas être dus à un travail vraiment inflammatoire, mais à une pyogénie spéciale, due primitivement au dépôt dans les centres nerveux de quelques-uns des matériaux constitutifs, soit du pus, soit des tubercules ramollis, soit du lait altéré.

Biorganographisme, symptamalogisme, etc.

11996. Les symptômes en rapport avec la présence du pus dans le névraxe se rapportent tous aux troubles fonctionnels en rapport avec la destruction ou la compression de celui-ci; de sorte qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de décider si telle paralysie (par exemple, la dilatation de la pupille, la surdité, le coma, la perte partielle des actions sensoriales ou motrices) tiennent à un épanchement purulent ou séveux, ou bien à la désorganisation des régions névraxiques en rapport d'action avec les parties où l'anervisme est observée. Ce sont les phénomènes qui ont précédé les accidents dont il s'agit; c'est la circonstance d'une encéphalite ou d'une méningite aiguë, d'une chute faite ou d'un coup porté sur le

crâne ou sur le rachis, ayant immédiatement précédé le développement de phénomènes paralytiques, supposés dépendre de la suppuration ; c'est l'existence d'une épidémie de rachisomyélite (n° 11972) ; c'est la coïncidence, dans quelque point de l'économie, de foyers contenant du pus, de tubercules ramollis, ou celle d'organes atteints d'infiltration purulente, etc., le tout joint à la rapidité du début du mal, à la présence de petits frissons, qui peuvent conduire à regarder comme très-probable l'existence d'une suppuration dans le cerveau.

Thérapisme.

11997. Au premier abord, il semble peu logique de séparer en états pathologiques distincts les organites et les organitopyoïtes, et de réunir à celles-ci les pyoïes ; on se demande, en effet, à quoi sert de s'éloigner ainsi des doctrines généralement reçues et d'établir isolément l'étude de phénomènes qui s'enchaînent et sont liés d'une manière intime, tandis que nous réunissons à des états inflammatoires des lésions non phlegmasiques ; mais *la pratique, sans laquelle toute théorie pathologique est une subtilité inutile*, parle en faveur de notre distinction ; les indications dans l'inflammation, en effet, sont complètement différentes de celles qui conviennent dans la suppuration, même de source phlegmasique ; les évacuations sanguines, la privation d'aliments, etc., convenables pour les unes, seraient pernicieuses pour les autres. Les pyoïtes et les pyoïes, au contraire, réclament des moyens identiques ; seulement, pour les premières, il est certain cas dans lesquels, alors que l'inflammation persiste encore, dans une grande étendue, ou à un haut degré, on peut combiner les moyens applicables à la curation des phlegmasies avec ceux qui conviennent contre les collections purulentes.

11998. Le premier soin, alors qu'il s'agit de collection de pus dans les centres nerveux, devrait être de donner issue au liquide ainsi formé. Malheureusement l'obscurité qui règne sur la constatation d'un tel état, la profondeur à laquelle les parties qui en sont le siège sont placées, l'extrême importance de ces mêmes parties, les parois osseuses qui les recouvrent, etc., font, qu'à part les vastes pyoïtes, suites de traumanévrxites consécutives, soit à des ostéoclasies, soit à des traumostéites (inflammation des os dont la cause est traumatique), il est impossible d'avoir recours pour remplir cette indication à des opérations chirurgicales. D'ailleurs, le pus formé dans le névraxe est le plus souvent déposé en couches minces

et sur des surfaces membraneuses ; il y est trop épais et trop bien circonscrit par des adhérences pour que, si l'on cherchait à lui livrer passage, il pût facilement s'échapper, etc. On est donc réduit à avoir exclusivement recours à des moyens internes, dont l'action est on ne peut pas plus douteuse, c'est-à-dire à employer des médications, moyens propres à opérer lentement un vide dans les vaisseaux, et cela dans l'intention d'activer l'absorption. C'est à ce titre que l'on peut avoir recours aux purgatifs hydorrhéiques, à la privation des boissons, à des bains d'étuve sèche, etc. Les saignées qui détermineraient brusquement un vide dans l'angîème pourraient avoir de grands inconvénients en favorisant une rapide pénétration du pus dans l'appareil circulatoire. Peut-être de larges vésicatoires pourraient-ils avoir ici de l'avantage. Les aliments réparateurs sont encore indiqués dans les cas chroniques, parce qu'il s'agit, dans les névraxopyoïes, d'états organopathiques qui nécessairement, quand la mort ne survient pas tout d'abord, doivent avoir une longue durée.

11999. Un grand nombre de praticiens considéreront comme devant être absolument mortels tous les cas dans lesquels du pus est formé ou déposé dans le névraxe ; par conséquent, ils n'attacheront aucune importance au traitement de ces affections. En général, quelque graves que soient les lésions organiques, et tout en avouant qu'un grand nombre d'entre elles doivent nécessairement faire périr, nous ne pouvons guère nous décider à ne pas tenter, dans de tels cas, quelques moyens, soit dans une espérance extrêmement douteuse de guérir, soit au moins avec l'espoir de prolonger la vie. D'ailleurs, nous avons *vu et bien vu* des ethmopyoïtes, des ganglionitopyites, des pyies, développées dans le tissu de la peau, perdre par absorption leur partie la plus liquide ; être réduites à une petite masse d'abord d'apparence phymique, puis d'aspect lithique, et nous ne comprenons pas comment il se ferait que la suppuration dans les membranes ou dans la substance névraxique ne pourrait pas à la longue et très-lentement se dessécher, s'épaissir, devenir solide, prendre l'apparence d'abord phymique, puis crétacée, être alors inoffensive et permettre à la vie de se continuer fort longtemps. Ces considérations sont, il est vrai, purement théoriques ; mais elles sont appuyées sur des analogies pratiques si nombreuses, qu'en vérité elles nous paraissent avoir beaucoup de valeur et devoir conduire à employer un traitement actif contre les pyoïes et les pyoïtes névraxiques. — Nous avouons cependant avoir fort peu de

confiance, pour des cas semblables, dans le thérapisme routinier qui consiste à provoquer une salivation abondante contre des névraxies chroniques que l'on pourrait présumer être en rapport avec la formation et la présence du pus dans quelques points de l'axe cérébrospinal.

CHAPITRE IX.

NÉVRAXOMALAXITE ou par abréviation NÉVRAXOMAXITE. — Ramollissement inflammatoire des centres nerveux.

NÉVRAXOMALAXIE ou NÉVRAXOMAXIE. — Ramollissement des centres nerveux.

Notions historiques.

12000. C'est seulement dans ce siècle, et depuis les travaux de MM. Rostan etALLEMAND, que l'on a étudié convenablement les lésions anatomiques qui consistent dans la diminution de consistance survenue dans les centres nerveux. Les recherches d'ABERCROMBIE, de notre ancien élève et ami M. le docteur DECHAMBRE, de M. ANDRAL, etc., ont perfectionné cette étude. Sous le nom de ramollissement on a considéré ces divers cas *comme une maladie* dont on a décrit les symptômes fixes et la marche régulière ; dès lors on a fait des tableaux de fantaisie tellement disparates, que chaque auteur disant ce qu'il avait réellement observé, a assigné au *ramollissement* une expression symptomatique différente de celle qu'en donnaient d'autres écrivains. Il n'en pouvait être autrement ; car l'état de mollesse des centres nerveux se retrouve, comme il va être dit, dans des circonstances pathologiques diverses, et ne peut en conséquence être la source de phénomènes identiques. On a cherché, il est vrai, à en établir diverses variétés, fondées sur des nuances de coloration et de consistance, sur l'étendue des désordres, etc. ; mais ces distinctions sont insuffisantes, parce qu'elles établissent encore des *sous-maladies* spéciales bien déterminées ; tandis qu'il existe seulement, dans des cas pareils, des variantes ou des degrés séparés par des nuances insensibles.

Nécroorganographie.

12001. L'encéphale ou le rachysomyèle, observés sur le cadavre, sont parfois beaucoup plus mous qu'à l'ordinaire. Quand cette malaxie est générale, sans altération dans la couleur de la substance nerveuse ; quand elle n'est pas limitée ; lors encore que la température est élevée et humide, ou qu'il s'est écoulé un certain temps

depuis que la mort a eu lieu ; lorsque les vaisseaux névraxiques ne sont pas congestionnés, ou qu'ils ne le sont que sur les parties restées déclives par suite de la position du cadavre, il s'agit simplement d'un effet de décomposition ou de putréfaction. — Ailleurs, la substance névraxique a conservé sa couleur normale, mais la mollesse peut être portée jusqu'à l'état pulpeux et même à la diffluence, de sorte qu'elle n'est plus qu'une sorte de bouillie de consistance crèmeuse, qu'elle adhère aux doigts alors qu'on la touche, et qu'elle *graisse* le scalpel avec lequel on cherche à l'inciser. Ce premier état ne se reconnaît qu'avec de l'attention, et ne pourrait se constater si l'on ne le recherchait avec soin. Lors donc qu'il y a quelque présomption de l'existence d'une névraxomalaxie, il faut, si l'on veut éviter des erreurs, explorer avec le plus grand soin les diverses parties du névraxe. — Ailleurs, le tissu ramolli pouvant présenter du reste les divers degrés de consistance dont il vient d'être fait mention, offre une teinte un peu plus jaunâtre, et présente du pus mélangé avec la substance nerveuse où le microscope permet jusqu'à un certain point de le découvrir. — D'autres fois encore, la teinte de la malaxie est plus jaune et semblable à celle d'une ecchymose ; — Ailleurs cette teinte est rouge, livide, et même brunâtre, pénétrée de globules sanguins ; il existe même parfois dans les tissus ramollis, de petites hémospéies.

12002. Dans les tissus malaxiés, surtout dans le *ramollissement blanc*, les fibres nerveuses sont encore appréciables ; mais à mesure que le mal progresse ou qu'il a lieu dans des couches plus profondes, les traces de l'organisation primitive s'effacent, et il finit par ne plus y avoir qu'un magma informe de tissu névraxique altéré. En général, c'est au centre des masses affectées que le ramollissement est porté plus loin.

12003. Le ramollissement blanc (1), bien que non cadavérique,

(1) M. Dechambre a principalement appelé l'attention sur un état particulier du cerveau, assez commun chez les vieillards. *Toute la masse encéphalique* est d'une pâleur et d'une mollesse extrême, et quelquefois c'est là tout ce qu'on observe ; mais le plus souvent la mollesse augmente de plus en plus en différents points, et l'on peut suivre ses divers degrés jusqu'à la réduction de la pulpe en un *liquide d'un blanc sale*. Les centres ovales présentent alors des cavités multiples, et le septumucidum est parfois diffluent ainsi que le corps calleux. Dans cette variété le cerveau porte ordinairement la trace d'anciens foyers hémorrhagiques ; les méninges sont épaissies et les mailles de la pie-mère ainsi que les ventricules contiennent beaucoup de sérosité.

peut être général, et c'est ce qui a particulièrement lieu chez les vieillards atteints de pananervisme (paralysie générale), chez certains idiots, à la suite d'hypémie ou d'hydrémie chroniques, conséquences elles-mêmes de diverses hétérotrophies ou de perte habituelle de liquides. Les ramollissements colorés (n° 12001) sont ordinairement bien plus circonscrits ; tantôt on les voit superficiellement placés, occupant particulièrement la substance grise ; ailleurs, ils existent dans les corps striés, les couches optiques et leurs irradiations ; on en trouve dans le cervelet (bien que rarement), et dans le rachisomyèle ; on en rencontre affectant le centre ovale, la voûte à trois piliers. Celui du septum lucidum est fréquemment en rapport avec la présence d'un liquide abondant déposé dans les ventricules latéraux ; souvent les substances blanches et grises sont à la fois affectées ; suivant les uns, la première de ces deux substances est le plus souvent attaquée ; d'autres auteurs sont d'une opinion contraire. Tantôt l'épaisseur des points ramollis est considérable, et tantôt la surface seule du cerveau est malaxiée. On lira avec intérêt dans les écrits de M. Andral la fréquence relative des malaxies dans les diverses parties du névraxe. Il résulte de cette recherche statistique qu'il n'est pas de point des centres nerveux qui ne puisse en être attaqué. Pour notre part, surtout pendant les sept années où nous avons été chargé du service de la Salpêtrière, nous en avons observé, dans toutes les parties du névraxe, de très-variables en étendue et en couleur. Plusieurs fois nous avons trouvé, dans une étendue de plusieurs centimètres, le rachisomyèle entièrement malaxié, et exactement coupé en deux à la suite d'ostéies rachidiennes, et de pyoïes qui en avaient été les suites.

État des vaisseaux qui se rendent aux parties du névraxe ramollies.

12004. L'état des vaisseaux qui entourent les points du névraxe ramolli n'a pas été suffisamment étudié. Cependant on a noté que les vieillards atteints de névraxomaxie présentent souvent des artérolithes encéphaliques. Abercrombie a cité des cas dans lesquels ces vaisseaux étaient malades. On a noté (ce dont il est bien important de se rappeler) que dans les portions de névraxe ramollies on ne trouvait pas de sang dans les vaisseaux. Bientôt nous citerons un fait curieux dans lequel nous avons reconnu pendant la vie : 1° une phlegmasie et une oblitération de l'une des artères vertébrales ; 2° un ramollissement qui avait pour siège les parties où ce vaisseau allait se distribuer. — Dans les ramollissements blancs, très-ordinairement

la substance nerveuse d'alentour change de coloration et perd sa structure propre d'une manière graduée, sans qu'il y ait de ligne colorée en jaune, en rouge ou en livide, qui établisse une démarcation précise entre les points malades et les tissus sains. — Dans les névraxomalaxies colorées en rouge ou en livide, on trouve souvent des nuances jaunes décroissantes qui s'étendent plus ou moins loin dans la trame névrique. Fréquemment aussi les ramollissements rouges entourent les hémospéies. Les névraxomalaxies existent dans bien des cas en même temps que des névraxokysties suites d'épanchements sanguins, et que d'autres lésions aiguës ou chroniques du névraxe et de ses membranes. Elles coexistent ailleurs avec des ostéïes qui souvent en sont les causes organiques; autour des névraxopyôites souvent le tissu névrique est ramolli.

Symptomalogisme ; diagnose.

12005. Le tableau nécrorganographique qui vient d'être tracé des névraxomalaxies, tableau qui nous paraît être d'une grande exactitude, suffit pour démontrer que le ramollissement du névraxe est la conséquence des divers états organopathiques, et qu'il ne constitue pas lui-même une lésion unitaire. De là vient qu'il ne peut donner lieu à des symptômes fixes et caractéristiques. — Tant que la fibre névraxique, bien que molle, est encore conservée, il peut y avoir de la douleur dans les parties malades, des altérations dans les sensations et dans les mouvements des régions du corps qui correspondent avec les portions du névraxe affectées (n° 11522), et des troubles variés dans les fonctions intellectuelles.

Symptômes de la névraxomalaxie commençante.

12006. L'encéphalalgie souvent extrêmement intense des premiers jours a été notée comme l'un des symptômes les plus caractéristiques de l'encéphalomalaxie (Rostan); à peine cependant certains auteurs la relatent-ils parmi les phénomènes initiaux des ramollissements. Il est certain qu'elle existe fort souvent, mais nous l'avons vu manquer dans bien des cas; cela peut être dû : soit à ce que de tels malades rendent mal compte de ce qu'ils ont éprouvé; soit à ce que le symptôme dont il s'agit manque en effet. Peut-être la présence de l'encéphalalgie est-elle liée à l'état congestif et phlegmasique qui précède un certain nombre d'encéphalomaxies. Quoi qu'il en soit, alors que la douleur de tête existe, il faut se rappeler qu'elle a lieu *du côté où le mal siège*, c'est-à-dire sur des points opposés à la moitié du corps où se déclarent les halgies (douleurs), les con-

tractures, l'anervismie, etc., tandis que *dans les sensations pénibles dues à des névropathies épicroâniennes, la douleur a lieu du côté même où les mouvements spasmodiques et la paralysie sont observés*. Ce fait est culminant dans la diagnose des cas dont il s'agit.

12007. Les douleurs ou sensations pénibles qui ont lieu dans les diverses parties du tronc ou des membres existent ici comme dans l'encéphalite (n° 11950). Il en est ainsi des mouvements épileptiformes et des contractures qui les suivent (n°s 11952, 11953). La malaxie de la substance corticale est parfois accompagnée d'un trouble de l'intelligence, et ce trouble consiste plutôt en un affaiblissement mental, une lenteur de perception, une hésitation à répondre aux questions adressées, qu'en un véritable délire; souvent même, comme dans les encéphalorrhagies, il y a du coma et du stertor. La parole devient embarrassée; quelques lettres, telles que les P, les B, etc., qui exigent des mouvements énergiques des lèvres, peuvent d'abord être très-difficilement prononcées; puis le malade ne peut s'exprimer qu'avec une peine extrême; la déglutition est parfois tout d'abord très-gênée, les boissons font entendre un bruit de glou-glou dans le pharynx et y tombent comme dans un sac; pénétrant même dans le larynx et la trachée, elles donnent lieu à une petite toux pénible, et de tout cela résultent de graves angiairites suivies vers les voies aériennes, d'accidents mortels etc.

12008. Quand le rachisomyèle commence à se ramollir, il y a aussi : de la douleur dans le point affecté; des sensations variées et pénibles dans les extrémités inférieures. Celles-ci ont surtout leur siège dans le sciaticonèvre et dans ses divisions (n° 11687); alors on observe en effet des fourmillements le long des cuisses, des jambes, des pieds, et à la face plantaire de ceux-ci. Il semble parfois au malade qu'il marche sur un corps mou, tel que du coton; la vessie retient plus longtemps l'urine, et le rectum est plus lent à rendre les fèces; la marche est difficile, vacillante, et le devient chaque jour de plus en plus; des contractions épileptiformes des membres pelviens ou même thoraciques, des contractures viennent encore se joindre à ces accidents morbides.

12009. Les symptômes angiémiques, angiairiques, angibrômiques sont trop variables au début des névraxomalaxies pour qu'il soit possible de les décrire comme propres à de telles affections.

Symptômes de la névraxomalaxie confirmée.

12010. Quand le ramollissement est porté jusqu'à la destruc-

tion de la fibre névraxique, alors il y a anesthésie, amyosthénie des parties du corps qui correspondent aux portions de névraxe affectées, et en même temps sur les régions voisines de celles-ci on observe des symptômes analogues à ceux qui se montraient lorsque les fibres commençaient à être altérées (n° 12006). A l'anervismie en rapport avec la destruction névrique il faut rapporter : 1° le défaut de sensibilité et de mobilité de certaines parties du corps; 2° la dilatation de la vessie par l'urine; 3° la paralysie absolue du rectum; 4° par suite du décubitus ou du défaut de mouvement locomoteur, les dermémies ainsi que les dermonécrosies sacrococcygiennes, trochantériennes, cubitales; celles enfin des diverses parties sur lesquelles le corps repose. — L'intelligence, alors que la désorganisation est étendue, et surtout lorsqu'elle envahit les surfaces cérébrales, est presque nulle et le devient même complètement; le malade tombe alors dans un état de démence (hypopsychismie) que l'on a appelée sénile, parce qu'elle se déclare principalement chez les vieillards, et dans lequel les fèces et l'urine sont souvent rendues involontairement ou sans aucune retenue par l'homme ainsi dégradé et qui semble alors se vautrer à plaisir dans la fange, etc. Le malade ne parle plus, bave, et avale très-mal; la déglutition devient tout à fait difficile ou impossible, et la mort finit par mettre un terme à cette vie devenue automatique.

12011. Quand le céphale n'est point le siège de la malaxie; quand le mal est profond et que les couches superficielles du cerveau ne sont pas atteintes, alors très-souvent et pendant fort longtemps l'intelligence n'est pas compromise, et ne le devient qu'au moment où le ramollissement s'étend, et surtout alors que des hémorrhagies, des hydrorrhées, des phlegmasies, etc., viennent à se déclarer dans la cavité crânienne et à y déterminer la compression ou la destruction du céphale.

Prodrômes. Marche.

12012. Les accidents qui précèdent la névraxomalaxie sont en rapport avec les états pathologiques très-nombreux qui en sont les causes organiques (hémies, hites, rhées, pallies, hétérotrophies, ayant leur siège dans les centres nerveux; innombrables affections de l'angième, de l'angiaire, de l'angibrôme, etc.), c'est-à-dire que ces symptômes précurseurs doivent être très-divers, et qu'il est impossible de les spécifier. La marche en est presque toujours progressive, mais en général fort lente, de sorte qu'entre les premiers

symptômes de l'invasion (n° 12006) : la douleur, la difficulté dans la prononciation, les sensations anormales dans les membres, l'affaiblissement léger de l'intelligence, jusqu'à l'état le plus grave du malade (n° 12010), il se passe des semaines, des mois et même des années. Ailleurs, et pendant une longue période, le mal reste en quelque sorte stationnaire, puis tout à coup, et sans causes appréciables, il acquiert une extrême intensité. On a donné cette lenteur dans la progression de la névraxomaxie comme un caractère tout à fait propre à la distinguer des névraxorrhagies. Or, dans un grand nombre de cas, le début et la marche du ramollissement névraxique est des plus rapides. Parmi les faits de ce genre que je pourrais citer, il en est surtout trois des plus remarquables : — Un jeune homme atteint, dans la salle Saint-Raphaël, d'iléospilose et de septicémie, éprouve tout à coup, alors que précédemment il n'avait pas présenté d'accidents cérébraux marqués : de la douleur de tête, des contractions épileptiformes, puis des contractures d'un côté. Il perd bientôt connaissance et meurt le lendemain. Sur le cadavre, on trouva indépendamment de la lésion des plaques de Peyer un ramollissement blanc des corps striés et des couches optiques du côté opposé à celui où les phénomènes s'étaient prononcés dans les membres. — Une vieille femme de la Salpêtrière, n'ayant pas éprouvé de douleur de tête, se lève bien portante, fait son lit *et prend son café du matin ; tout à coup* elle tombe sans connaissance ; tout un hémisphère cérébral était ramolli. — Le troisième fait a été signalé dans le Bulletin clinique, n° 101, et dans le Traité de Diagnostic, n° 4272 (1).

(1) Bulletin clinique n° 101, t. 1^{er}, pag. 104. Voici le résumé de ce fait : femme de 63 ans, douleur très-vive dans le bras droit, main *fraîche* et non violette. Ceci avait lieu le 6 juin ; le 7 contractions épileptiformes de tous les membres. Du 7 au 8, les pulsations de l'artère axillaire droite sont à peine perceptibles ; on ne peut distinguer ceux de l'artère brachiale du même côté (il y a ici une erreur dans le Bulletin clinique ; par une faute typographique des plus graves, on a mis gauche pour droite), les battements de l'artère brachiale opposée, ceux des carotides et des aurales sont fort développés, à 90. Ongles violets, doigts bleuâtres, ecchymosés, main et avant-bras froids ; veines de l'avant-bras vides, sensibilité optique diminuée à gauche, pupilles non dilatées, perte du sentiment dans le membre supérieur droit ; sensibilité conservée dans la jambe gauche ; lorsqu'on la pince le malade remue la jambe droite. Connaissance très-imparfaite. A peine existe-t-il quelques mouvements musculaires dans le côté gauche de la face qui se distend lorsqu'on fait souffler la malade pour gonfler ses joues. *Anervisme* du mouvement du membre supérieur droit, toutes les fois que la femme Vincent veut se servir de ce membre ; il est raide et légèrement contracté. — *Perte complète du mouvement de la jambe gauche.*

Nous admîmes qu'il existait un ramollissement cérébral. Comme il y avait des symptômes des deux côtés, nous pensâmes qu'une hémorrhagie ou un ramollissement pouvaient avoir lieu à gauche ; nous affirmâmes en outre qu'il y avait une obli-

12013. Les faits et les considérations qui précèdent prouvent assez combien est difficile la diagnose de la malaxie et de l'hémorrhagie névraxique. Dans les cas bien tranchés, et en tenant compte : 1° des symptômes propres aux épanchements sanguins (n° 11853) ; 2° des phénomènes en rapport avec les ramollissements (n° 12006) ; 3° de la marche des uns (n°s 1853, 11857, 11859), et des autres (n°s 12006, 12012) ; il est possible de reconnaître la lésion existante. Malheureusement, dans les cas que l'on croit être les plus clairs on commet ici des erreurs ; à plus forte raison en est-il ainsi des faits

tération des artères du membre supérieur droit ; que cette oblitération ne s'étendait pas à la carotide, mais qu'elle devait avoir lieu dans la vertébrale et dans ses branches ; qu'elle était en rapport avec le ramollissement cérébral dont le siège devait correspondre aux divisions de cette artère.

La mort eut lieu le lendemain matin. L'oblitération annoncée dans la sous-clavière droite, la brachiale, l'artère vertébrale, existait ; tous ces vaisseaux contenaient des caillots plus ou moins solides ; l'artère carotide droite était libre, les autres vaisseaux étaient sains.

Les circonvolutions postérieures droites étaient ramollies dans toute leur profondeur, à tel point, qu'elles formaient une bouillie épaisse que l'on pouvait couper par tranches. Il en était ainsi des circonvolutions latérales ; la couleur de la substance blanche était moins éclatante que dans l'état normal ; sa consistance était crémeuse ; la surface ramollie embrassait, dans une étendue de trois pouces, la circonférence de l'hémisphère cérébral droit. Le corps strié droit avait la consistance de la bouillie ; la surface supérieure du cervelet à droite présentait un ramollissement à consistance pulpeuse, à couleur gris-rougeâtre et d'un pouce et demi de long sur six lignes de large. Cette lésion s'étendait profondément jusqu'à la substance blanche centrale qui paraissait saine.

L'artère vertébrale droite à sa sortie du canal rachidien dans le crâne, contenait un caillot dur, résistant, qui la bouchait entièrement avant qu'elle ait fourni aucun rameau à la masse encéphalique. Ce caillot était formé par une substance pseudo-méningienne analogue à la couenne du sang ; il existait un fragment de cette substance jusque sur le tronc basilaire, mais il était beaucoup plus petit ; l'artère cérébelleuse supérieure droite était entièrement oblitérée par un caillot semblable.

Les circonvolutions, le corps strié gauche étaient dans l'état normal ; *peut-être* la partie inférieure de la couche optique avait-elle un peu moins de consistance qu'à l'ordinaire ; les artères carotide et vertébrale gauches, les sinus étaient libres et exempts de toute altération.

Depuis, nous avons eu l'occasion, en ville, de voir en consultation avec M. Leroy d'Etiolles, un vieillard dont la vessie contenait du pus ; il survint une pneumonémie hypostatique qui, bientôt, devint une grave pneumonite ; les saignées firent trouver des granulations dans la couenne (n°s 4469, 4500) ; les accidents ne s'amendèrent en rien. Le lendemain du jour où les granulations avaient été trouvées dans le sang, le membre supérieur droit devint le siège de refroidissement, de lividité des doigts, d'oblitération de l'artère, et de douleurs vives ; quelques heures après, l'axillaire droite cessa de battre, et bientôt se déclarèrent : de la contracture, de l'anervisme et un abaissement de la commissure des lèvres du même côté, etc. ; en un mot, des symptômes de ramollissement dans le côté droit du cerveau. D'après le succès de diagnose que nous avions eu dans le cas précédent, nous crûmes devoir annoncer la même lésion ; malheureusement on nous refusa opiniâtrement l'ouverture du crâne, et il nous fut impossible de constater le fait qui ne laisse cependant aucun doute dans notre esprit.

Il nous paraît évident que dans ces deux cas il ne s'est pas agi d'une inflammation du cerveau, mais bien d'une oblitération vasculaire qui, conséquence d'une artérite, a été suivie d'un arrêt de circulation dans les vaisseaux du cerveau, et par conséquent de la gangrène ou du ramollissement de cette partie.

dans lesquels les symptômes sont mal dessinés. Alors, tout médecin prudent hésitera à se prononcer, et agira comme s'il était question d'une névraxorrhagie. — Il faut même convenir que dans plus d'un cas se déclarent des phénomènes analogues à ceux des hémorrhagies ou des malaxies névraxiques, sans qu'il y ait : ni foyers sanguins, ni ramollissement. (*Voyez l'histoire des névraxopallies, de la paralysie générale, etc.*) — A plus forte raison, *la diagnose de l'espèce de névraxomalaxie qui se déclare ne peut être établie ou plutôt soupçonnée* que sur l'existence antérieure ou simultanée des états pathologiques qui peuvent avoir donné lieu au ramollissement ; tels que : les hémies (n^{os} 11780, 11783), les hémorrhagies (n^{os} 11857, 11884), les pyites (n^o 11996), les hydrorhées (n^o 11916), les angiosténosies névraxiques, les angiémies, les anomémies, etc.

12014. La diagnose des névraxomalaxies repose encore sur la connaissance des circonstances sous l'influence desquelles elles se manifestent le plus ordinairement.

Étiologisme, pathogénisme.

12015. Les causes organiques de la névraxomalaxie ne diffèrent point de celles qui président au ramollissement des autres organes. Il faut d'abord noter celles qui sont en rapport avec une sorte de macération ; telles sont, par exemple, la présence d'une grande quantité de liquides dans les cavités crâniennes ou rachidiennes ((hydronévrasies (n^{os} 11916, 11918), névraxorrhagie (n^o 11846), hémospée névraxiques (n^o 11846), encéphalémie (n^o 11774), etc.), et ces états pathologiques peuvent eux-mêmes résulter de causes diverses ; hypocardiosthénie (n^o 2131), hypostase sanguine (n^{os} 11793, 111779), sténosies (n^o 12012 note), angiolithies (n^{os} 2047, 2331), hémoplasties artérielles couenneuses, angiairies gênant la respiration, angiairaphrosie, bronchorrhée, etc.) ; ces causes agissent avec plus d'action pour produire le ramollissement alors qu'il y a coexistence de l'hydrémie (n^o 3819), ou d'hypoplastémie (n^o 3906), de phymémie (n^o 4590), etc.

12016. Dans un âge avancé la peau s'amincit, les muscles s'exénuent, les os perdent et de leurs parties organisées et de leur phosphate calcaire (ostéomalaxie) ; en un mot, sous l'influence de la vieillesse, les tissus se raréfient et s'atrophient. Le névraxe n'échappe pas à cette loi commune. De là, ce ramollissement général du cerveau observé chez des gens âgés et chez des individus que des névraxies chroniques, compliquées surtout d'un état d'hyporganisme

(état d'affaiblissement général de l'organisation) ont frappé d'une caducité anticipée.

12017. L'inflammation, comme nous l'avons vu, détermine aussi fréquemment la névraxomalaxie, et à ce point que M. Lallemand, dans ses admirables lettres, a cru pouvoir y rapporter les ramollissements des centres nerveux en général. Cet état phlegmasique ramollit-il le tissu nerveux par suite des stases sanguines qu'il cause, et par une sorte de macération analogue à celle dont il vient d'être parlé (n° 12015) ? agit-il en altérant la trame de ce tissu ? est-ce des deux façons qu'il produit l'état malaxique ? détermine-t-il une infiltration purulente entre les molécules nerveuses ? Il est très-probable que tous ces éléments pathogéniques se réunissent souvent pour produire le ramollissement, et que, dans les cas divers rapportés par les auteurs à l'inflammation, ce n'est pas au même degré qu'il en arrive ainsi.

12018. D'après ce qui précède, évidemment la névraxomalaxie n'est pas due exclusivement à l'individualité hypothétique : inflammatoire ; mais bien à des séries de phénomènes organiques divers qui s'enchaînent d'une façon variable. Dans bien des cas, la pathogénie de la névraxomalaxie est la même que celle de la dermonécrosie qui suit les oblitérations artérielles (n° 2352), ou les phlébosténosies (nos 3435, 3442, 3468), de sorte que nous serions souvent tentés de comparer à la gangrène sénile (nos 2352, 3435, etc.) un grand nombre de ramollissements observés chez les vieillards.

12019. Tout ceci nous conduit à nous rendre raison de l'action des causes attribuées par les auteurs aux névraxomalaxies.

12020. Les vieillards, hommes ou femmes, sont très-fréquemment atteints de ramollissement général ou partiel, non accompagné des caractères anatomiques ou symptomatiques des phlegmasies ; aussi, est-ce à la Salpêtrière que MM. Rostan, Dechambre et moi, nous avons observé en grand les divers états anatomiques qui s'y rapportent. Les enfants, dont les organes sont, plus que ceux des adultes, pénétrés de sucs, sont fréquemment frappés de ramollissement. On trouvera dans le *Compendium* le relevé de la fréquence de celui-ci dans les divers âges, dans les deux sexes, etc., etc. — Les névraxomalaxies se déclarent souvent dans la saison froide et humide et dans les maladies pendant lesquelles le décubitus dorsal a longtemps lieu. Elles surviennent aussi, et souvent d'une manière aiguë, chez les personnes phymiques, chez des gens atteints de grands foyers purulents, ou chez

les femmes, à l'époque puerpérale. — Enfin, les causes indirectes des névraxomalaxies sont en définitive toutes celles qui sont aptes à produire les états pathologiques susceptibles de donner lieu aux ramollissements des centres nerveux.

Prognosté, thérapisme.

12021. Le ramollissement de l'encéphale et de la portion supérieure du rachisomyèle est presque constamment suivi de la mort qui a lieu par un enchaînement de divers phénomènes angiémiques, angiairiques, etc., et cela en un temps parfois très-court, et ailleurs très-long (n° 12012). Cependant, quand, dans le céphale ou le céphalion, le mal est très-circonscrit, un travail réparateur peut avoir lieu dans la partie malade, et l'on doit à M. Dechambre des recherches fort intéressantes sur ce sujet.

12022. Avant tout, le traitement de la névraxomalaxie consiste dans l'emploi des moyens que réclament les états pathologiques qui la causent ou l'entretiennent (n° 12015). Il faut surtout se rappeler que des stases dans la circulation des parties affectées sont souvent pour beaucoup dans le développement d'un grand nombre de névraxomalaxies comparées par nous à la dermonécrosie consécutive aux artéro et aux phlébosténosies (gangrène sénile) (n° 12018); dans les cas donc où l'on sera conduit à supposer l'existence de quelque gêne dans la circulation encéphalique; dans ceux, par exemple, où des aggrégats offrant les symptômes de l'encéphalomalaxie, présenteront soit des artérolithies appréciables au toucher, soit de grands obstacles à la circulation veineuse, etc., on maintiendra la tête élevée, on prescrira une médication dite tonique et des aliments réparateurs, etc. Les saignées générales pourraient cependant être inutiles, même dans de tels cas, en facilitant le cours du sang, et il en résulterait ainsi des purgatifs hydorrhéiques. En même temps, on aurait recours, comme il vient d'être dit, aux moyens hygiéniques et pharmaceutiques réputés fortifiants. — Les ramollissements, accompagnés des états locaux et généraux rapportés à l'inflammation, exigent à leur début l'emploi des saignées et du traitement dirigé contre les névraxites dont il est impossible, du reste, de les distinguer. — Mais il faut le dire, la malaxie en elle-même n'est susceptible d'autre cure que celle qui est en rapport avec la diminution de nutrition de l'organe malade, et qui consiste en des aliments réparateurs, quelques excitants, etc.; seulement les états pathologiques conco-

mittants ou ceux qui persistent, après avoir déterminé le mal, méritent en même temps une curation spéciale.

CHAPITRE X.

| | | |
|---------|---|---|
| NÉVRAXO | (SCLÉROSIE — induration | } du névraxe ou des centres nerveux. |
| | MACROSIE — augmentation de volume | |
| | HYPERTROPHIE — augmentation dans la nutrition | |
| | MICROSIE — diminution dans le volume | |
| | ATROPHIE — diminution dans la nutrition | |
| | (AGÉNÉSIE — défaut congénital de développement | |

1° NÉVRAXOSCLÉROSIE; INDURATION DU NÉVRAXE.

12023. L'induration du névraxe, en partie signalée par quelques anciens auteurs (Littre, Lancisi, Boerhaave, etc.), a été étudiée avec soin, au moins sous le rapport de ses caractères anatomiques, par Morgagni. Les observations qu'il a recueillies sur ce sujet se rapportaient principalement à des cadavres d'insensés. Les modernes ont admis plusieurs degrés de névraxosclérose. Dans le premier cas, la substance nerveuse offre une consistance analogue à celle d'un cerveau qui a macéré pendant quelque temps dans de l'acide azotique affaibli; dans un deuxième, cette substance est ferme comme de la cire ou comme du fromage de Gruyère; dans un troisième, sa consistance est celle du cartilage et l'élasticité en est très-marquée. Ces prétendus degrés ne sont pas séparables les uns des autres par des limites tranchées; des nuances de consistance très-variées existent entre des cas divers qui s'y rapportent; le premier degré est le seul qui puisse être combattu avec quelque chance de succès. Souvent même, à ce degré, qui est probablement l'état initial de la névraxosclérose, les parties affectées sont peu colorées et leurs vaisseaux paraissent presque exsangues; quelquefois cependant on y observe une légère hyperémie; ailleurs, la pulpe nerveuse offre un blanc éclatant et résiste à la traction. — Tout l'encéphale est quelquefois atteint d'induration qui affecte principalement la substance blanche. Les circonvolutions sont assez souvent atteintes de sclérose. On les trouve alors fermes au toucher, jusqu'à un certain point résistantes à la section. — Cette lésion est loin d'être toujours facile à reconnaître, et est, dans certains cas, réunie à l'hypertrophie né-

vraxique. Il paraît en arriver quelquefois ainsi à la suite de l'encéphalie molybdique (saturnine).

12024. *Les symptômes et les caractères* de cet état lui sont à peu près communs avec ceux des hypertrophies et de certaines hétérotrophies névraxiques. Nous avons été fort peu édifiés par les considérations qui ont été émises sur les moyens d'en établir la *diagnose*. On a surtout noté, au début du mal, 1° une céphalalgie plus violente encore que les douleurs de tête existant dans la *fièvre cérébrale* des enfants; 2° un affaiblissement, un état obtus ou une perversion de l'intelligence; 3° une sorte de stupeur, des étourdissements fréquents, etc.; de ces symptômes et de quelques autres on a fait une *première période* attribuée aux accidents de l'encéphalosclérose. — D'une manière rapide se déclarent ensuite l'anesthésie, l'amyosinervisme (Dance), des accès convulsifs (qui, suivant M. Calmeil, sont à peu près constants et ces symptômes ont parfois le caractère de l'épilepsie), des vomissements bilieux (qui nous paraissent avoir ici peu d'importance comme *diagnose*), du délire, du coma, de l'idiotie; tels sont les principaux phénomènes propres à la *seconde période* de la névraxosclérose et qui ne tardent pas à être suivis de la mort. Un affaiblissement marqué de l'intelligence (Portal, Belhomme, etc.) a surtout lieu lorsque le mal occupe une étendue plus ou moins grande des hémicéphales (n° 11519), etc. — *Les causes organiques et la pathogénie* de la névraxosclérose sont à peu près inconnues; certes, quoi que l'on en ait dit, même au degré où existe une très-légère hyperémie, ce n'est pas là une phlegmasie. A plus forte raison l'induration blanche ou fauve n'est pas une inflammation. Il est possible qu'elle en soit le résultat, mais au moment où elle existe il n'y a plus qu'une altération non phlegmasique de la partie malade; l'induration névraxique est en effet un état complexe et peut se rapporter à diverses circonstances anatomiques. De la fibrine déposée dans la trame névrique, de la matière tuberculeuse ou squirreuse infiltrant le tissu nerveux peuvent lui donner de la dureté, et de tels états ne sont pas à beaucoup près identiques; il en peut être ainsi d'autres matériaux organiques ou inorganisés déposés dans le névraxe, tels, par exemple, que la gélatine du tissu fibreux ou de faibles proportions de phosphate de chaux. Peut-être ces dernières substances rendent-elles plus durs les cerveaux de certains vieillards. Ces suppositions mériteraient des recherches chimiques; mais elles suffisent pour faire voir que la névraxosclé-

rosie n'est pas un état organique simple et unitaire, et que très-souvent il se combine avec diverses hétérotrophies. — Sous l'influence de l'intoxication saturnine, il arrive même parfois que le cerveau s'indure, ce qui démontre que des agents spéciaux sont susceptibles de produire une telle lésion.

12025. On a pensé que les congestions encéphaliques répétées qui si souvent se déclarent chez les épileptiques, à l'occasion de leurs accès, pouvaient être les causes de certaines névraxosclérosies. Il est possible qu'il en soit ainsi, mais nous pensons avec divers auteurs que, dans de tels cas, certaines anomémies, coïncidant avec la congestion, donnent lieu au dépôt de matériaux capables de déterminer les indurations dont il s'agit.

12026. Des indurations peuvent avoir lieu dans le rachisomyèle comme dans l'encéphale. Elles sont trop peu connues et leur étude a trop d'analogie avec celle des encéphalosclérosies pour qu'il soit utile d'y insister.

12027. On ne voit pas de *traitement* rationnel à opposer à la névraxosclérose; le seul principe à poser, c'est qu'il faut combattre avec soin les états pathologiques que l'on suppose aptes à la produire, et qui, d'une manière coïncidente, peuvent marcher avec elle. M. Gaudet a proposé, dans sa dissertation inaugurale, l'emploi des affusions froides contre l'induration névraxique; mais nous pensons que ces moyens ne réussiraient pas mieux dans une telle affection que les cautères, les vésicatoires, qui ont été inutilement employés. L'état hyperémique des premiers temps comporterait des évacuations sanguines.

2° NÉVRAXOMACROSIE; AUGMENTATION DANS LE VOLUME DU NÉVRAXE.

12028. L'augmentation dans le volume des centres nerveux peut être la conséquence d'un grand nombre d'états pathologiques ou en est seulement le symptôme. Les principaux de ces états sont : la névraxémie (n° 11779), la névraxite (n° 11950), certains cas d'hémorrhagie (n° 11853), d'hémospéies (n° 11846), de phymies, de carcinies, et enfin d'hypertrophie névraxiques. Avant d'exposer très-succinctement l'histoire de la névraxomacrosie, remarquons qu'il faut bien distinguer le simple accroissement dans le volume des centres nerveux d'avec l'augmentation dans leur nutrition; malheureusement c'est ce que plusieurs auteurs n'ont pas fait. Les mots né-

vrxomacrosie et névraxhypertrophie expriment très-bien la différence qui existe entre ces deux états morbides.

Hypertrophie du névraxe.

12029. La plupart des cas considérés par les auteurs comme des exemples d'hypertrophie névraxique, sont compliqués de lésions anatomiques autres que l'augmentation de volume ou de nutrition. Bien que des observateurs anciens, tels que Hunauld, Lieutaud, Morgagni et surtout Portal (An. Méd. 1803, t. I^{er}, p. 93), etc., aient cité des cas qui peuvent être rapportés à l'hypérnévraxotrophie, ce sont les modernes, et spécialement Dance, Scoutteten, Andral, Calmeil, Dubuc, Grisolles, qui ont le mieux tracé l'histoire de cette altération de structure dont voici les principaux caractères anatomiques : Lors de l'ouverture du crâne, la dure mère paraît être appliquée sur l'encéphale, et semble avoir trop peu d'étendue pour contenir le cerveau. La surface de celui-ci présente une teinte violacée ; les sinus renferment peu de sang. A l'incision, la masse nerveuse s'échappe comme si elle avait été contenue dans une poche membraneuse trop étroite et qui la serrait. L'arachnoïde et la pie mère sont accolées ; non-seulement elles ne contiennent pas de sérosité ; mais encore elles sont sèches, ou au moins le toucher en est visqueux. Les circonvolutions de la surface encéphalique sont développées, aplaties, pressées les unes contre les autres et comme accollées. Les sillons qui les séparent semblent à peine exister, et l'on dirait que l'encéphale n'est plus qu'une masse uniforme.

12030. Les parties du névraxe ainsi hypertrophiées ont quelquefois l'apparence de la pâte de guimauve, ou du blanc d'œuf durci ; ce qui prouve qu'indépendamment de l'augmentation de volume, de poids, de densité, de fermeté, de tenacité, d'élasticité, observables dans de telles circonstances, il y a aussi une véritable hétérotrophie. Les ventricules névraxiques presque effacés ne contiennent pas non plus de sérosité et les vaisseaux encéphaliques sont presque vides.

12031. La substance médullaire est d'autres fois plus blanche et la corticale moins colorée que d'ordinaire. Les coupes qui sont faites dans l'encéphale sont nettes, et les bords de ces sections sont anguleux ; souvent le céphale, rarement la mésonèvre, et jamais, dit-on, le céphalion ne sont atteints de cette hypertrophie qui peut, à la rigueur, exister partiellement dans des points limités de la masse névraxique.

12032. Ordinairement le crâne ne se dilate pas à proportion que

l'encéphale prend du développement, fait remarquable, et qui explique de reste les symptômes de compression qui se déclarent. Quelquefois cependant il s'agrandit; le premier de ces cas doit avoir lieu quand la marche du mal présente quelque acuité, et lorsque les os sont assez mous. Le contraire a lieu dans des circonstances opposées.

12033. *Les symptômes* de l'hypertrophie névraxique parvenue à un degré avancé, ne peuvent guère être que ceux de la compression se développant d'une manière lente (nos 11767, 11769), c'est-à-dire : la diminution dans l'action sensoriale, la dilatation de la pupille, la langueur et la perte apparente de l'intelligence ; le coma, les paralysies plus ou moins complètes, quelquefois des contractures et des accès épileptiformes, etc., dans les premiers temps du mal, qui sans doute sont accompagnés de phénomènes congestifs, les symptômes de l'encéphalémie peuvent se prononcer, et parmi ceux-ci : une céphalalgie extrêmement violente, et plus forte encore que celle qui se déclare lors de l'encéphalie généralement désignée sous le nom d'hydrocéphale aiguë, est ici l'un des caractères distinctifs principaux. Du reste, la diagnose de l'hypertrophie névraxique est démesurément obscure ; ni l'absence de fièvre, ni la succession lente et graduée d'accidents d'abord assez aigus, puis chroniques, ni la longue durée du mal, ou l'intensité des douleurs de tête, etc., ne peuvent, suivant nous, la caractériser de façon à la faire reconnaître d'une manière positive. Seulement, l'hypertrophie névraxique due à l'action du plomb, et dont il sera bientôt parlé, peut être très-raisonnablement soupçonnée alors que les accidents précédemment indiqués se manifestent d'une manière très-aiguë chez des individus qui ont été exposés à l'action du plomb, ou qui portent à leurs gencives le liséré violacé, indicateur de cette intoxication (Tanquerel des Planches) (n° 8214).

12034. L'hypertrophie encéphalique se déclare indifféremment, dit-on, *dans les deux sexes*, et spécialement vers l'âge de 40 ans. On croit que des atteintes répétées d'encéphalémie peuvent en être une des principales causes organiques ; cela est possible, probable même, mais non pas démontré. Les faits prouvent que sous l'influence de l'intoxication saturnine le cerveau augmente quelquefois de volume, ce qui, du reste, n'est pas une raison pour qu'il soit véritablement hypertrophié.

Thérapisme.

12035. L'hypertrophie névraxique est la conséquence symptomatique de divers états pathologiques (encéphalémie, encéphalies,

NÉVRAXOMACROSIE (AUGMENT. DE VOLUME DES CENTRES NERVEUX.) 325
méningies variées, etc.). Ce serait donc contre ces états pathologiques qu'il faudrait d'abord diriger le traitement. — Si l'action du plomb en était la cause, on devrait combattre cette intoxication (n^{os} 8235, 8236). — Un régime sévère, l'abstinence même, des évacuations sanguines ou séreuses pratiquées fréquemment, des exutoires suppurant largement (appliqués surtout près de l'encéphale hypertrophié), paraîtraient indiqués contre l'hypertrophie encéphalique *simple*. Malheureusement, de tels moyens n'exerceraient pas une action limitée à la partie malade, mais détermineraient une exténuation générale plus dangereuse pour l'ensemble de la constitution qu'avantageuse pour la lésion locale. — *La compression modérée et continue des artères carotides, si elle pouvait être exécutée indépendamment d'une pression sur les veines jugulaires*, serait peut-être le seul moyen rationnel de remédier à l'hypertrophie encéphalique ou d'en arrêter les progrès. — S'il était possible de constater l'existence d'une hypertrophie partielle de l'encéphale, ce serait du côté malade que l'artère devrait être comprimée.

Hypotrophie, atrophie, agénésie névraxiques.

12036. L'hypotrophie ou l'atrophie des centres nerveux dont l'étude offre peu d'utilité pratique, est tantôt congénitale, et a reçu alors le nom d'agénésie cérébrale ou encéphalique (Breschet, Cazauvielh); tantôt accidentelle, et celle-là seule fait partie de la pathologie appliquée au thérapeutique.

12037. L'agénésie névraxique peut être générale ou partielle, et les fœtus chez lesquels elle existe d'une manière étendue, meurent pendant la vie intra-utérine, ou au moment de la naissance. — L'atrophie accidentelle des hémicéphales (hémisphères (n^o 11519)) est plus fréquente que celle des autres parties du névraxe. Dans un cas recueilli à Bicêtre, et que M. le docteur Thiaudière de la Vienne nous a fait voir, un hémisphère entier du cerveau manquait, et cependant le malade, nous a-t-on assuré, avait conservé de l'intelligence. Les couches optiques et les corps striés étaient hypertrophiés et altérés. *Le crâne du même côté, très-rétréci*, contenait de la sérosité qui y remplaçait la portion du névraxe non développée. — Dans d'autres cas, une ou plusieurs circonvolutions sont diminuées de volume, soit à leur base, soit à leur sommet, ou manquent complètement, et à leur place existent des dépressions ou des kystes séreux. Les masses névraxiques de la région frontale sont plus souvent que d'autres atteintes d'atrophie. Chose remarquable, parfois,

sur chaque hémisphère et sur les points correspondants de ceux-ci, des circonvolutions viennent à manquer. Tantôt la diminution de volume porte seulement sur la substance grise, offrant alors une teinte fauve ou rosée ; on a vu, sur une fille de 15 ans (Breschet), un lobe et même les deux lobes antérieurs manquer. Il en a été quelquefois ainsi des couches optiques et des corps striés, et d'une portion plus ou moins étendus du rachisomyèle, etc.

12038. Comme les os, comme les poumons, *le névraxe se raréfie avec l'âge*, et quand la vieillesse est très-avancée, le cerveau, suivant M. Dumoulin, pèse un vingtième et même un quinzième de moins, sous un même volume que cela n'a lieu chez l'adulte.

12039. La plupart des atrophies qui viennent d'être citées ne sont pas, il faut le dire, accidentelles. Il en est d'autres qui le sont complètement. Les tumeurs hétérotrophiques, les kysties, les hémospées, etc., comprimant le névraxe, déterminent des hypotrophies partielles dans les parties environnantes. — Les rétrécissements artériels ne peuvent manquer d'être suivis d'une certaine diminution de volume dans les régions névraxiques auxquelles les vaisseaux qui en sont atteints se distribuent. — *Une hypémie longtemps continuée cause à coup sûr une exténuation du névraxe, comme elle est la source d'un amincissement des muscles, d'une raréfaction du tissu osseux, d'un amaigrissement de tout l'organisme.* A cette cause, il faut rapporter la diminution des manifestations intellectuelles survenue à la suite des longues maladies et de la diète prolongée. — Le ramollissement lui-même est une véritable atrophie, etc., etc.

12040. Dans l'agénésie névraxique, on voit souvent les nerfs et les vaisseaux conservés, et si l'hypotrophie ou l'atrophie a pour siège le cerveau, on observe *fréquemment des déformations, des aplatissements du crâne qui peuvent servir jusqu'à un certain point à éclairer la diagnose.* Ailleurs, l'enveloppe crânienne, d'ailleurs très-étroite ou singulièrement épaissie, contribue à remplacer comme masse, la portion du névraxe qui fait défaut. — Les individus atteints d'agénésie encéphalique sont en général d'une stature moins élevée que d'autres hommes.

12041. L'hypotrophie des centres nerveux est suivie d'une diminution, et l'atrophie de l'abolition, des fonctions propres aux parties ainsi altérées. Dans l'agénésie encéphalique étendue, l'idiotisme (apsychisme) est constant ; aussi M. Perchappe a-t-il constaté que

les idiots ont ordinairement un crâne de petite dimension, ou déformé : de cette altération de fonctions résulte encore l'hypoesthésie ou même l'anesthésie, et surtout l'hypomyosisme ou l'amyosisme des divers points du corps qui reçoivent leurs nerfs des régions névraxiques hypertrophiées ou atrophiées. Soit en vertu d'un rapport direct existant entre la diminution ou l'absence d'une partie du névraxe et la nutrition des muscles ; soit plutôt par cette raison : qu'un organe de l'ensemble de relation qui ne fonctionne plus, ne prend pas de développement ou s'hypotrophie, les fibres musculaires s'amincissent, pâlisent, deviennent dans l'agénésie névraxique en quelque sorte rudimentaires ; les os eux-mêmes sont alors peu développés ; leurs aspérités, leurs empreintes tendineuses sont à peine marquées ; les articulations deviennent peu mobiles ou se soudent dans un degré plus ou moins marqué de flexion, etc., etc. ; en somme, les malheureux ainsi affectés sont des infirmes et non pas des malades.

12042. La diagnose peut seulement être déduite : 1° Pour les agénésies névraxiques : de la coexistence des paralysies sensoriales, intellectuelles et motrice (n° 12041), avec les déformations du crâne (n° 12037), ou du rachis. 2° Pour les hypotrophies ou les atrophies encéphaliques accidentelles : soit des symptômes antécédents de quelque névraxie ou de quelque autre lésion susceptible de produire le défaut de nutrition des centres nerveux (n° 12041) ; soit d'un âge avancé de la décrépitude qui en est la suite, et des paralysies de sentiment, d'intellection ou de mouvement (n° 12041), qui sont alors observées.

12043. *Les causes organiques* des agénésies névraxiques sembleraient devoir être des sténosies. Le plus grand nombre des auteurs qui se sont le plus occupés de ce sujet disent cependant ne pas en avoir constaté l'existence. Les atrophies encéphaliques accidentelles peuvent être produites : 1° par des rétrécissements ou des oblitérations d'artères ; 2° par des compressions extérieures ; par l'hypémie, l'hydrémie longtemps continuées ; 4° par les changements qu'une vieillesse avancée ou anticipée apporte dans la nutrition du névraxe ; 5° par le défaut d'exercice des fonctions encéphaliques et musculaires, etc. Ces considérations étiologiques constituent les seuls documents propres à guider dans le *traitement* des atrophies névraxiques accidentelles.

CHAPITRE XI.

HÉTÉROTROPHIES NÉVRAXIQUES. — Altérations dans la nutrition des centres nerveux, productions anormales qui s'y développent.

| | | | | |
|-------------------------------|---|------------------------|---|---------------------------|
| NÉVRAXO | { | PHYMIE — tubercules | { | dans les centres nerveux. |
| | | CARCINIES — cancers | | |
| | | HYDATIDIÉS — hydatides | | |
| NÉVRAXOSTÉIES — ossifications | { | | { | dans les centres nerveux. |
| NÉVRAXOLITHIES — concrétions | | | | |

12044. Au point de vue pathologique, l'étude des hétérotrophies névraxiques est curieuse, mais sous le rapport pratique son importance n'est pas aussi grande. On ne peut malheureusement rien contre les tubercules, contre les cancers encéphaliques et les phymies, les carcinies développées primitivement *dans la moelle rachidienne ou dans ses membranes* ne sont pas plus curables. Les hydatidies ayant pour siège les masses nerveuses du canal vertébral pourraient seules comporter l'emploi de moyens chirurgicaux. Toutefois, si l'opinion généralement reçue était fondée, si les accidents rapportés par les auteurs à la *fièvre cérébrale des enfants* étaient dus à une méningite tuberculeuse, alors il y aurait une grande utilité à s'occuper avec détail des méningophymies. Dans notre opinion, il n'en est pas ainsi ; les granulations qui ont été fréquemment observées dans ces cas coexistent parfois avec des encéphalophymies véritables, mais ne sont pas, à beaucoup près, toujours tuberculeuses. D'ailleurs, nous avons vu trop d'enfants succomber à ces accidents sans qu'il existât des granulations de ce genre dans les méninges, pour croire qu'elles constituent le caractère anatomique principal des phénomènes dont il s'agit et que nous étudierons dans un autre article. Ce qui va être dit des phymies, des carcinies et des hydatidies névraxiques sera donc aussi succinct que possible.

Nécroorganographie. Phymonévraxies.

12045. D'après MM. Leveillé et Copland les tubercules peuvent se présenter dans le névraxe sous deux aspects. Dans le premier, qui est le plus rare et qui a été très-bien décrit par M. Leveillé, il se forme à la surface du cerveau des plaques blanches, plus ou moins épaisses et à surface inégale ; dans les seconds, qui sont beau-

coup plus communs, on rencontre dans les masses névraxiques des phymies arrondies ou ovoïdes, quelquefois aplaties, et alors qu'elles sont très-volumineuses, d'une apparence bosselée. La dimension de celles-ci varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à des proportions supérieures à celles d'un œuf de poule, ce qui, du reste, ne s'observe que rarement. Suivant les uns elles se déclarent principalement dans la substance blanche, et suivant les autres dans la grise; d'après les relevés publiés par M. Andral, les tubercules se développent indifféremment dans l'une et dans l'autre, et quelquefois entre les deux. On en a vu de situés entre deux circonvolutions. La fréquence relative des phymies névraxiques dans les diverses parties du névraxe a lieu à peu près suivant l'ordre que voici : Les hémisphères cérébraux; le cervelet; le mésocéphale; le bulbe rachidien; le rachysomyèle; les pédoncules du cerveau et du cervelet; les couches optiques et les corps striés; les régions les plus exposées aux phlegmasies ne sont pas celles, d'après les relevés précédents, où l'on rencontrerait le plus souvent des phymies. Les tubercules sont en général peu nombreux dans la substance blanche, et se voient en grandes quantités alors qu'ils ont pour siège le tissu cellulaire de la pie mère. On a vu le cervelet être en quelque sorte disparu à la suite du développement d'une énorme masse tuberculeuse. La couleur des phymies névraxiques est d'abord jaunâtre, opaline, et plus tard blanchâtre et même d'un blanc nacré ou jaune verdâtre; leur consistance est, suivant les divers états qu'elles présente : ou dure, ou molle et analogue à celle d'un pus épais; ailleurs elle est crétaçée. M. Rochoux pense, contrairement à d'autres auteurs, que les tubercules se développent entre les fibres nerveuses qu'il laissent intactes en les écartant. Les uns admettent que toutes les phymies névraxiques sont entourées d'une membrane fine et celluleuse, variable en épaisseur; cette membrane serait alors formée aux dépens du tissu cellulaire des parties voisines, et présenterait de nombreuses cloisons entourant la matière phymique (Léveillé); suivant les autres, ce fait est fréquent, mais non pas constant (Andral, Lar-cher). Des états pathologiques très-variés : de l'hyperémie, des phlegmasies, des pyoïes, des malaxies, des sclérosies, etc., ont été quelquefois trouvées autour des masses tuberculeuses qui sont aussi susceptibles de se ramollir, et de donner lieu à des spées contenant une masse pyoïde. Ailleurs, les phymies deviennent crétaçées, fait important à noter, car on sait que dans les organes angiairiques elles

subissent souvent cette transformation qui les y rend inoffensives (n° 7124). Très-ordinairement, mais non pas toujours, alors qu'il existe des tubercules névraxiques, on en rencontre aussi dans les poumons et dans d'autres appareils organiques.

Carcinies névraxiques.

12046. Sous le nom de cancers des centres nerveux on a réuni diverses tumeurs qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, ne sont peut-être pas toutes de véritables carcinies, mais qui au moins sous le rapport pathologique et thérapeutique peuvent en être rapprochées; ce sont : des tissus squirreux (n° 467); encéphaloïdiques (n° 481), une matière colloïde (n° 473) ou albuminoïde, mélanosique (n° 519); des productions fibro-cartilagineuses assez analogues aux cicatrices (Lallemand); des tissus variés que les auteurs anciens ont très-obscurément désignés sous le nom de sarcômateux; enfin, de véritables encéphaloïdes reconnaissables à leur aspect d'un blanc laiteux se rapprochant de l'apparence du cerveau, bien qu'ils en diffèrent essentiellement comme structure, et qu'ils offrent sur certains points une teinte rosée (n° 519). — Ces diverses hétérotrophies sont à quelques nuances près dans le névraxe, ce qu'elles sont ailleurs (n° 467, 473, 481, 519). Dans un relevé de 43 cas fait par M. Andral, elles ont occupé 31 fois les hémisphères. Quelquefois elles affectent principalement la surface ou les membranes cérébrales. (Voyez le beau travail de Louis, de l'Académie royale de chirurgie, relatif aux tumeurs fongueuses de la dure-mère.) Le volume des névraxocarcinies est parfois tel qu'on les a vues détruire et remplacer tout un lobe, tout un hémisphère. Ailleurs, elles ne dépassent pas la grosseur de petites granulations. Souvent multiples, elles sont parfois fort nombreuses. — *Nous avons vu la surface de l'encéphale présenter des taches mélaniques en assez grand nombre* (n° 10989). — Autour des carcinies névraxiques, les fibres nerveuses sont souvent intactes, ailleurs hypérémisées, enflammées, ramollies, indurées, ou encore elles contiennent de petites hémospées, etc.; souvent il y a compression, amincissement, destruction des portions du névraxe d'alentour (n° 11763); cela se voit pour la moelle comme pour l'encéphale. Les tumeurs cancéreuses de la périphérie du névraxe et qui, dans le plus grand nombre de cas, ont eu leur point de départ dans les enveloppes membraneuses ou osseuses du cerveau, finissent par perforer les os frontal, coronal, etc.; on en a vu même qui pénétraient dans les trous de la base du crâne, comprimant et atrophiant les nerfs et les

vaisseaux, s'introduisant à travers les débris de la lame criblée de l'ethmoïde, alors détruit jusque dans les fosses nasales, etc.

Entozoaires névraxiques.

12047. On a constaté que plusieurs espèces d'entozoaires peuvent se développer dans les centres nerveux; les désordres qu'ils y causent sont en rapport avec la compression et la destruction des parties qui les entourent. On pourra lire dans le *Compendium* les noms des auteurs qui ont publié des cas de névraxies entozoairiques, et la description succincte des espèces d'hydatides qui ont été trouvées dans l'encéphale. Les cysticerques, si fréquents chez les ruminants, qu'ils frappent des accidents désignés sous le nom de tournis, sont infiniment plus rares chez l'homme et sont à peu près les seuls entozoaires dont il est vraiment utile, sous le rapport pratique, de tenir compte.

Symptomalogisme.

12048. Les symptômes des *hétérotrophies névraxiques* ne peuvent être autres que ceux de la compression ou de la destruction des parties où elles se sont formées. Si des productions anormales se développent aux dépens de la masse nerveuse sans que de véritables tumeurs se prononcent, alors il y a désorganisation, destruction bornée et limitée à la portion du névraxe correspondant. De là : d'abord douleur souvent très-vive, phénomènes congestifs dans les régions affectées (n° 11780), puis cessation de fonctions, et par conséquent anesthésie, amyosismie des organes en rapport avec ces mêmes régions; or, s'il n'existe pas d'autre névraxie coïncidente, ces symptômes peuvent alors être bornés à une partie du corps dont l'étendue correspondra à celle des points du névraxe frappés par l'altération organique. Lorsque le développement des hétérotrophies névraxiques est tel qu'il en résulte une compression plus ou moins considérable des portions du névraxe situées à l'entour des points où le mal a son siège, alors surviennent des accidents dont la gravité et l'étendue correspond à la compression plus ou moins générale que les tumeurs dont il s'agit exercent sur l'encéphale ou sur la moelle (n° 11768). A ces phénomènes directs se joindront les symptômes généraux que les tubercules, les cancers, etc., peuvent exercer sur l'économie, c'est-à-dire le caractère de la phymémie (n°s 4590, 7097, 7113) de la carcinémie (n° 4593), etc.

Diagnose des hétérotrophies névraxiques.

12049. En général, on soupçonne plutôt que l'on ne reconnaît les hétérotrophies névraxiques. Les caractères diagnostiques qui leur sont propres sont tirés des symptômes lentement survenus de compression ou de destruction (n° 11763). — Il n'y a guère que la coïncidence physiquement constatée : soit de tubercules, soit de cancers, soit d'hydatides dans d'autres organes, et accompagnée des anomémies correspondantes (n° 4590, 7097, 4593); il n'y a guère que l'âge, l'ensemble de la constitution, des circonstances d'hérédité qui puissent éclairer le praticien sur la nature de l'hétérotrophie qui s'est formée. Dans deux cas, nous avons pu reconnaître le siège et l'espèce de lésion organique existant dans le névraxe. — Dans l'un, il s'agissait de mélanoses développées sous la forme de taches arrondies à la surface des hémicéphales, et cela chez un sujet atteint de délire à la suite d'une variolosémie. Cet homme avait porté au bras une tumeur mélanosique contre laquelle nous avons employé la compression (n° 10989). — L'autre se rapporte à un homme qui, atteint de tumeurs encéphaloïdiques développées dans divers organes, éprouva des accidents analogues à ceux d'une compression lentement exercée sur l'un des hémicéphales; les symptômes de la carcinémie (n° 10989) étaient manifestes; nous annonçâmes *pendant la vie* l'existence d'une tumeur cancéreuse développée dans l'un des hémisphères; et lors de la nécropsie cette lésion fut en effet constatée. Malheureusement, nous nous rappelons assez incomplètement ce fait, qui doit faire partie d'une masse d'observations où il nous serait difficile de le retrouver. Il est possible que le hasard seul soit la source de ce cas heureux de diagnose. Nous pensons cependant encore que si un individu de quarante à quatre-vingts ans, *portant des cancers isolés ou multiples*, atteint de carcinémie (n° 4593), venait à éprouver les symptômes précédemment indiqués (n° 12048), on pourrait, sans trop de préoccupation d'esprit, le croire affecté de névraxo-carcinie. Nous pensons encore qu'il en serait ainsi d'un individu offrant la même collection de phénomènes, ainsi qu'un *fungus médullaire de l'œil*. Nous admettons de plus, comme très-probable, qu'un enfant atteint de ganglionies chroniques, présentant un organisme peu énergique, et venant à éprouver des symptômes de compression et de destruction névraxique ou encore des phénomènes de méningie plus ou moins aiguë ou chronique, porterait des phymies dans le névraxe, etc., etc. — Disons bien, toutefois, que de telles croyances,

quoique *motivées*, ne seront pas toujours sanctionnées lors de la nécroscopie. — Des considérations du même genre sont applicables aux hydatidies encéphaliques.

Thérapeutique.

12050. Le traitement des hétérotrophies névraxiques se réduit à l'emploi : soit d'un régime réparateur propre à *faire vivre les malades le plus longtemps possible* ; soit des moyens dirigés contre les états organopathiques qui viennent compliquer l'hétérotrophie. Si l'on pouvait supposer que des phymies fussent les causes organiques des accidents observés, l'iodure de potassium pourrait être proposé. Si des tumeurs hydatidiques s'étaient développées dans le cerveau ou le rachis, et si l'on pouvait les reconnaître et les atteindre, il faudrait, comme Wepfer l'a vu pratiquer sur des animaux par des bouviers suisses, chercher à bien constater par la percussion (n° 636) ou autrement, le vrai caractère du mal, et ouvrir alors hardiment la tumeur. — Dans un cas publié par nous dans la *Gazette des hôpitaux*, une jeune fille paralysée pendant plusieurs semaines de tous les sens, de tous les mouvements, et chez laquelle un grand nombre de médicaments avaient été inutiles, reprit tout à coup le sentiment et la faculté d'agir ; un moment auparavant elle avait éprouvé la sensation d'un liquide qui sembla tout à coup s'écouler de la cavité du crâne dans le rachis. Nous supposâmes alors qu'une hydatide développée près du méso-nèvre s'était rompue et que la sérosité contenue avait en effet glissé dans la cavité rachidienne. Cette diagnose était du reste très-hasardée, et peut-être s'agissait-il simplement ici d'une névraxiopallie (n° 11550) de cause névrovarique (n° 10309), et qui aura subitement cessé.

Névraxostéies, névraxolithies.

12051. Quelques observations, recueillies par d'anciens auteurs, font mention de *cerveaux ossifiés ou transformés en pierre*. Gall a fait voir tout ce que de telles observations ont de faux et d'incomplet. Ces faits se rapportent en général à des tumeurs, à des hétérotrophies, telles que des corps fibreux dans la dure mère, des masses tuberculeuses ou cancéreuses qui se sont incrustées de phosphate calcaire. Ce sujet est trop peu pratique pour que nous y insistions. — On trouve fréquemment dans les cadavres, surtout dans ceux de vieillards parvenus à un âge avancé, des ossifications morbides ou des concrétions. Elles ont pour siège : la grande faux du cerveau ; plus rarement la tente du cervelet. Les parois du sinus, les autres replis de la dure mère, la portion crânienne et rachidienne de celle-

ci, souvent les artères névraxiques présentent des concrétions qui ont peut-être quelque influence sur la production des névraxorrhagies (n° 11892). On ne connaît pas de symptômes propres à de telles lésions rencontrées chez certains épileptiques. Les détails relatifs aux ostéies et aux lithies névraxiques se rapportent jusqu'à présent à l'anatomie pathologique non appliquée à la pratique.

CHAPITRE XII.

NÉVRAXONÉCROSIE. — Gangrène des centres nerveux.

12052. Sous le nom de gangrène du cerveau, des observateurs anciens ont publié des faits dans lesquels les caractères généralement attribués à cet état de mortification ne se rencontrent pas. Le vague qui existe dans la science relativement à ce que l'on doit entendre par gangrène (n° 574) est la cause de l'extrême obscurité qui règne sur la nécrosie dont le névraxe peut être partiellement atteint. La plupart des auteurs, même les plus modernes, pour admettre la mortification des organes, veulent y trouver : un certain degré de putréfaction ; des apparences bleuâtres, livides ; un ramollissement porté jusqu'à la diffuence, et *surtout une odeur caractéristique*. Pour les régions profondément placées, c'est là une très-grave erreur. Le fœtus mort dans l'utérus ou dans l'abdomen est certainement gangréné ; or, ses organes se ramollissent en partie, puis sont absorbés ; à la longue il ne reste plus qu'une masse souvent amorphe, et dans laquelle se reconnaissent des dents, des os, des cheveux, des ongles, etc. ; il n'y a pas plus là d'odeur gangréneuse que d'ammoniacque ou d'acide sulfhydrique dégagés. La raison de ce fait est qu'il ne parvient pas d'air atmosphérique dans le kyste où le produit de la conception est contenu ; la putréfaction et les émanations odorantes qui en sont les résultats proviennent de l'action exercée par l'oxygène sur les substances animales. S'il n'en pénètre pas dans un tissu mort, il ne peut y avoir de putréfaction. Le même fait a lieu pour les organes profonds qui ne communiquent pas avec l'air. Le tissu cellulaire frappé de mort et situé au-dessous du derme sans qu'il y ait d'ouverture extérieure qui permette l'abord de l'oxygène, est sans odeur et n'est pas pourri ; les nécrosies du foie sont dans le même cas, etc., etc.

Par contre, les escarrhes gangréneuses du poumon sont accompagnées d'une extrême mortification et de la production des gaz les plus fétides, et il doit en arriver ainsi, car l'air abonde dans ces parties, et la chaleur ainsi que l'humidité y sont extrêmes. Les escarrhes mortifiées de l'estomac et de l'intestin ont aussi une odeur infecte et sont le siège d'une décomposition portée fort loin ; or, cela est évidemment dû à l'abord d'une certaine proportion d'air atmosphérique jusqu'aux tissus mortifiés ; le pus contenu dans des foyers bien fermés est sans odeur, il devient ammoniacal et septique tout aussitôt qu'il est en communication avec l'oxygène. Si les pyites développées autour du rectum ont une odeur fétide, cela provient ou d'une ouverture de communication avec le rectum, ou d'un fait d'endosmose, c'est-à-dire de la pénétration du gaz à travers les membranes.

12053. Or, les cavités névraxiques (à part les cas de lésions traumatiques ou syngénésiques), suivies de mortification, ne sont en aucune façon en communication avec l'air. La conséquence en est qu'il ne faut pas s'attendre à trouver dans les névraxonécrosies les caractères de gangrène dont il vient d'être parlé. Seulement, lors des blessures dans lesquelles l'encéphale ou le rachisomyèle sont à découvert, les phénomènes de la putréfaction peuvent se déclarer.

12054. Il résulte de tout ceci que la névraxonécrosie est peu connue, que les auteurs n'y ont pas rapporté tous les cas qui devraient y être rattachés. Pour nous les névraxomalaxies portées à un haut degré, surtout celles qui sont liées à des sténosies artérielles, sont de véritables nécrosies, et il peut en être ainsi pour les surfaces pariétales de certaines hémospées encéphaliques.

12055. Nous n'avons point à insister autrement sur la névraxonécrosie contre laquelle il n'y a aucun traitement à indiquer.

CHAPITRE XIII.

TOXINÉVRAXIES. — Affections des centres nerveux de cause toxique.

TOXÉMONÉVRAXIES. — Affections des centres nerveux dues à des altérations toxiques du sang.

12056. Si nous n'avions pas traité dans un grand nombre des articles précédents, et particulièrement dans ceux qui ont trait aux toxémies (n° 4287), à la septicémie (n° 4710), à la niloiémie

(n° 4936), aux dermites étiotoxémiques (n° 5058, 10988), etc., des névraxies produites par des agents délétères, ce chapitre serait un des plus importants de notre travail ; mais nous n'aurons à établir ici que des rapprochements généraux : d'une part, entre les diverses altérations toxiques dont les centres nerveux sont susceptibles, et de l'autre, entre ces mêmes lésions et les affections du névraxe qui ne sont pas produites par des poisons. De là résultera, nous l'espérons du moins, des applications pratiques relatives aux névraxies diverses qui se déclarent dans un grand nombre de circonstances. Cet article sera en grande partie de la physiologie pathologique ; ce sera au médecin d'appliquer les considérations qui vont suivre aux cas particuliers qui se présenteront.

Onomopathologie.

12057. Faute d'un mot spécial on n'a pas étudié en général les intoxications névraxiques. L'on a souvent rattaché aux encéphalites ou aux myélites les accidents cérébraux ou rachidiens qui sont en rapport avec l'influence exercée directement par les poisons sur les portions centrales du névrosystème. Ces accidents sont les résultats : tantôt de l'action de poisons matériels et très-appreciables par les sens ; tantôt de corps plus subtils et dont la chimie peut à peine révéler la présence ; tantôt, enfin, d'agents inconnus et dont on est seulement forcé d'admettre l'existence par voie d'induction et d'analogie.

12058. Les symptômes que peuvent produire les agents toxiques dans le névraxe ne peuvent, en définitive, être différents de ceux auxquels donnent lieu les autres souffrances de cette partie principale du névrosystème. Il s'agira toujours ici : de troubles dans la perception ; de modifications dans les facultés intellectuelles, et d'altérations dans les mouvements. Les seuls moyens d'arriver à la détermination de la nature des phénomènes toxinévraxiques consisteront : soit dans les circonstances commémoratives de l'action de telle ou telle substance toxique, dont l'existence aura été chimiquement ou physiquement constatée ; soit dans la marche des phénomènes et dans la connaissance acquise de l'action active ou spéciale de l'agent délétère sur telle ou telle portion du névraxe. Nous nous étendrions facilement sur ce sujet si nous ne craignons de nous laisser entraîner par delà le plan que nous nous sommes tracé.

Action de certains poisons matériels et appreciables sur le névraxe.

12059. Certains poisons, susceptibles d'être analysés et retrouvés

dans le sang et dans les organes, déterminent d'abord un état d'excitation cérébrale, de l'encéphalalgie, puis de l'assoupissement, des convulsions et même des phénomènes qui rappellent ceux de la compression du cerveau (dilatation de la pupille, coma, etc.) (n° 11763). De tels symptômes ont lieu à la suite de la respiration : soit de l'hydrogène sulfuré et arseniqué ; soit des gaz qui se dégagent du charbon commençant à s'allumer, soit même de l'ingestion dans l'estomac de poisons arsénicaux ou d'acides minéraux énergiques. Le plomb détermine des phénomènes du même genre et des accès épileptiformes (n° 12033) ; l'anervismie ou l'hyponervismie est souvent la conséquence de la névraxie molybdique (nos 12033, 12034), et c'est encore une question que de savoir si un grand nombre de paralysies partielles des membres, survenues à la suite de l'action du plomb, sont dues à une lésion des nerfs qui sont en rapport avec les parties paralysées, ou à une altération de quelque partie du névraxe.

12060. Les principes actifs contenus dans l'opium, la belladone, la jusquiame, le datura stramonium, la morelle, et d'autres solanées ; le hachish, l'alcool et les substances qui, telles que les liqueurs distillées, le vin, la bière, le cidre, le poiré, en contiennent, etc., donnent lieu à une série de phénomènes encéphaliques. Ceux-ci ne sont pas toujours exactement les mêmes, et sous le rapport de la diagnose comme de la médecine légale il sera très-utile d'étudier avec soin dans la Toxicologie de M. Orfila, les effets spéciaux de chacun d'eux (nos 4287, 4288). Ils consistent en général : dans des hallucinations (hachish, opium, jusquiame, etc.), du délire (gai pour l'opium à petites doses et pour le hachish, sombre pour la jusquiame) ; une incitation dans les mouvements, puis des convulsions ; du coma ; des anervismies momentanées et plus ou moins circonscrites ; des troubles de respiration dont la cause se rapporte à des modifications dans l'action des muscles respirateurs ou de la glotte ; des congestions de la face et des paupières, des accidents épileptiformes, etc.

12061. Quelques-uns de ces poisons, la strichnine et la brucine, exercent une action spéciale sur le rachisomyèle, et donnent lieu à des secousses convulsives, à des accès tétaniques répétés qui finissent par être suivis de la mort.

12062. L'éther, le chloroforme surtout, portent une action telle sur le névraxe, qu'après une période fort courte d'excitation et qui manque fréquemment, une insensibilité plus ou moins complète,

une sorte de sommeil se déclarent; alors, les sens sont engourdis ou paralysés, tandis que l'intelligence et le sentiment du moi se conservent et s'exercent souvent sur des perceptions anciennes que la mémoire renouvelle. De là, une série d'idées plus ou moins fantastiques. Des effets du même genre ont aussi lieu pour le hachish (lisez sur ce sujet l'excellent travail de M. le docteur Moreau). Chose remarquable, et qui, en thérapeutique, peut avoir une immense portée; c'est que l'application locale des agents précédents sur la fibre ou le tissu nerveux, peut avoir une influence analogue à celle qu'ils exercent par la médiation du sang sur le névraxe. Ainsi, chez les animaux, M. Flourens engourdissait les parties centrales et encéphaliques du système nerveux en les imbibant de morphine; ainsi, les physiologistes ont maintes fois produit des effets du même genre sur les nerfs, en les arrosant avec des préparations opiacées; enfin, depuis quelque temps, nous avons constaté avec beaucoup d'autres médecins, que l'application locale du chloroforme sur les tissus où se distribuent des nerfs encéphalorachidiens, engourdissait parfois l'action sensoriale et partant les douleurs dont ces parties sont le siège.

Action de divers poisons très-subtils sur le névraxe.

12063. Lorsque l'on verse sur l'œil d'un lapin une goutte d'acide cyanhydrique, il meurt d'une manière presque instantanée; d'autres animaux périssent aussi promptement sous l'influence du dépôt sur les membranes muqueuses ou dans le tissu cellulaire de ce terrible poison. C'est, à coup sûr, en paralysant directement le névraxe, ou au moins certaines parties du névraxe liées : soit avec le *psyché* ou le *moi*; soit avec les organes centraux de la circulation et de la respiration, qu'un semblable effet est produit; or, cet effet est démesurément rapide. Il l'est autant que les résultats de l'action de l'alcoolé de quinine sur la rate (n° 5167). C'est en moins d'une minute que la mort survient. On conçoit peu toutes les objections faites à la promptitude des effets de la quinine soluble, quand on sait combien il est impossible de contester la rapidité avec laquelle l'acide cyanhydrique agit sur le névraxe ou sur le mésonèvre. Des deux côtés : l'absorption, une toxémie, une influence spéciale portée sur un organe isolé, sont les effets toxiques ou thérapeutiques observés. Or, dans le cas de toxémonévraxie produite par l'acide cyanhydrique, il est bien certain qu'un poison a agi; on connaît ses attributs physiques, sa composition chimique, on l'a appliqué ou vu appliqué en faible quantité sur des tissus absorbants;

on sait qu'il a pénétré dans les vaisseaux en proportion bien plus minime encore. Or, cette dose faible, dont une fraction si peu considérable a été portée jusqu'au névraxe, cause la mort, et cela sans qu'il soit possible de constater sa présence dans le sang, ou de trouver dans les centres nerveux aucune lésion apparente des effets délétères de cet agent terrible. Qui pourrait nier cependant qu'il ait existé ici une lésion matérielle produite par le poison, et que cette lésion que l'on ne peut démontrer, soit la cause anatomique de la paralysie du névraxe? Les mêmes réflexions sont applicables à quelques-uns des agents matériels précédents (n° 12960), en quelque sorte plus grossiers et certainement plus faciles à constater.

Névraxies dues à des poisons que l'appréciation des symptômes, de la marche du mal et les analogies portent à admettre.

12964. On ne connaît point le variole (n° 10965), le rubiosé (n° 11081), le scarliose (n° 11082). On est bien forcé cependant d'admettre l'existence de ces poisons virulents (nos 4319, 10960) et leur action spéciale sur la peau. On n'a pu analyser les miasmes des marais, et bien qu'on ne les ait pas analysés, on ne peut nier leur action délétère sur la rate. L'agent septique, le septiose si l'on veut, bien que n'ayant pas été vu, touché ou analysé, existe cependant, et n'en exerce pas moins une influence spéciale sur le sang et sur les iléospiloses (tâches de Peyer). Il est bien difficile aussi de nier que les loïoses (poisons des pestes) n'existent pas en fait et n'altèrent pas le sang et consécutivement divers organes. Il en est ainsi, sans doute, de divers modificateurs en rapport avec les épidémies (1). Or, un grand nombre de ces agents délétères, qu'encore une fois on est forcé d'admettre comme réels, portent à des degrés divers une influence sur le névraxe, et donnent ainsi lieu à des toxinévraxies. Tels sont ; 1° la céphalalgie, le délire, si souvent observés dans les toxémies variolique, rubiosique et scarliosique ; 2° les douleurs de tête dans la paludotoxémie suivie de splénie, et qui, dans les cas graves, sont

(1) Il faut distinguer avec soin les épidémies qui tiennent aux modificateurs organiques et habituels dont les variations causent certains états morbides (les alternatives de froid et de chaleur, donnant lieu à l'hémitopneumonite; le froid humide déterminant la bronchite ou certaines myosalgies, etc.), des faits étiologiques en rapport avec des poisons gazeux ou miasmatiques agissant sur l'angière, l'angiaire, ou sur la peau, etc., et causant des phénomènes rapportés aussi aux épidémies. Les premiers pourraient être désignés sous le nom d'agents *hygioépidémiques*, les seconds sous celui de modificateurs *toxépidémiques*.

souvent accompagnées de coma, d'assoupissements, de convulsions, etc., de fièvres intermittentes : céphalalgique, délirante, comateuse, épileptique, hystérique, tétanique (n^{os} 8862, 8864), etc.; 3^o les pentanévralgies (névralgies de la cinquième paire), la céphalalgie, la typhomanie, le coma, observés dans beaucoup de cas et rangés parmi les fièvres dites : graves, typhoïdes, ataxiques, ou rattachés au typhus (n^o 4909), à la peste (n^o 4921), à la fièvre jaune (n^o 4955), etc., faits complexes que nous considérons comme des états morbides, dans lesquels la septicémie (n^o 4608) et les loïémies (n^o 4908) jouent un rôle important; 4^o divers toxépidémies dont l'action semble se porter particulièrement sur le névraxe; telles sont, par exemple, celles qui ont été observées par MM. Lespès, Lefebvre à Rochefort, Faure et Villars à Versailles, Forget, Levy Boudin, Lionnet de Corbeil, Piorry, et un grand nombre d'autres, sous le nom de méningite épidémique, de céphalomyélite, rachisomyélite septicémique, etc.

Spécialité dans l'action des agents divers sur différentes parties du névraxe.

12065. Dans ce qui précède nous nous sommes élevé des symptômes névraxiques produits par les agents toxiques les plus matériels et les plus saisissables possibles, jusqu'à ceux qui ne peuvent être admis que sur des considérations étiopathologiques. Dans la plupart de ces cas, nous avons vu les agents délétères non-seulement modifier le névrosystème en général, mais surtout exercer une action spéciale et élective sur tel ou tel département de l'axe nerveux : — La belladone modifie les parties du névraxe en rapport avec le sens de la vue; l'opium, l'alcool, le hachish agissent sur les régions névraxiques liées à l'intelligence; la strychnine, la brucine sur la partie motrice du rachisomyèle dont elles provoquent l'influence myosismique (de contraction musculaire); l'acide cyanhydrique affecte le mésonèvre et la moëlle dont il anéantit les actions sensoriales et motrices; le plomb paralyse l'action exercée par telle ou telle région du névraxe sur le myosisme (contraction musculaire); l'éther et surtout le chloroforme inspirés, le hachish ingéré à petites doses, suspendent l'exercice des phénomènes sensoriaux et moteurs dans les régions névraxiques en rapport avec ces actes, tandis que le mésonèvre, lié plus directement au principe de la vie, au moi, à l'âme, semble n'être altéré par ces poisons mélangés avec le sang qu'à des doses plus élevées (1).

(1) Il faut lire au sujet de l'action soit de l'éther, soit du chloroforme, et de

12066. Certains poisons agissent donc d'une manière spéciale sur telle ou telle partie du névraxe ; mais la plupart de ceux qui sont dans ce cas modifient aussi les autres régions du système nerveux ; la morphine, le chloroforme qui, mélangés avec le sang, déterminent dans certaines parties du cerveau des effets si remarquables, appliqués sur des parties douloureuses, suspendent l'action sensoriale de celles-ci et fournissent ainsi des moyens puissants de calmer les halgies les plus violentes.

12067. C'est sans doute matériellement qu'agissent ces diverses substances ; qu'elles soient immédiatement appliquées sur la fibre nerveuse, que mélangées ou combinées avec le sang, dissoutes dans le sérum, elles soient portées par les vascularités jusque dans la trame organique du névraxe, les effets sont les mêmes. Mais dans ces deux cas on ne saisit pas les changements momentanés ou persistants qui certainement ont lieu dans la structure des fibres nerveuses. Ces changements tiennent certainement à une modification matérielle, physique et chimique survenue dans les organes, et qui, bien que susceptible de les frapper de mort, est cependant inappréciable ; ce grand fait nous prouve que des lésions névraxiques différentes de celles auxquelles les poisons donnent lieu et dont la nécroscopie ne révèle pas la présence, sont aussi susceptibles de déterminer les plus graves symptômes.

12068. La marche des accidents dans les toxinévraxies varie en raison : de l'espèce de poison absorbé ; de sa dose ; des états organopathiques coïncidents ; des conditions organiques individuelles, etc. Quand, dans les expériences sur les animaux, la substance toxique est portée directement sur le névraxe, les phénomènes morbides se déclarent presque immédiatement. L'action de l'acide cyanhydrique

leurs applications chirurgicales et médicales, le travail remarquable de M. Flourens, et les discussions auxquelles se sont livrés à l'Académie MM. Malgaigne, Guérin, Roux, Velpeau, Blandin, Amussat, etc. ; le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas d'insister sur ces intéressants détails. Nous nous bornerons à dire que l'éther inspiré dans des cas rapportés par les auteurs à l'hystérie, a déterminé, chez cinq malades placés dans notre service, des phénomènes effrayants de coma, de convulsion et de paralysie. Ces accidents ont été si graves que malgré l'amélioration dans l'état antérieur dont l'emploi de ces moyens a été suivi, nous n'avons pas osé réitérer leur usage pour d'autres hystériques ou épileptiques. Les faits observés par nous sur ce sujet ont été insérés dans la *Gazette des Hôpitaux*. Plusieurs observations incontestables prouvent, du reste, que l'inspiration du chloroforme a quelquefois causé la mort.

absorbé est presque subite : ailleurs il s'écoule quelques minutes ou quelques heures entre l'anomémie produite par le poison et les névraxies qui en résultent (belladone, datura, opium, etc.). Les poisons agissent d'autant plus vite sur le névraxe que leur fluidité est plus grande, et qu'ils sont plus purs. Aussi les agents toxiques incorporés ou combinés avec des substances végétales ou animales de consistance solide ou pâteuse, et introduits dans l'angibrôme, ne produisent-ils pas sur le névraxe des effets aussi rapides que les solutions aqueuses et surtout alcooliques des mêmes poisons. — La manière dont se succèdent les symptômes toxinévraxiques n'est pas la même pour les diverses substances vénéneuses et chez des individus différents. En général, il y a d'abord, un premier temps d'excitation caractérisé par des troubles sensoriaux, du délire s'il s'agit d'une toxencéphalie, des mouvements convulsifs ; puis successivement : de l'assoupissement, de la paralysie ou des contractures, ce qui a surtout lieu pour les toximyélies ; car l'acide cyanhydrique engourdit tout à coup l'action névraxique, et sans que des convulsions se déclarent, produit l'anervismie et la mort. De très-fortes doses d'alcool plongent tout d'abord les malades dans un assoupissement complet. Du reste, la période d'excitation est aussi variable que le sont les substances ingérées.

Difficulté et inconvénients de classer les médicaments en catégories,

12069. *Difficilement peut-on classer les agents toxinévraxiques en catégories caractérisées par une identité d'action ; chacun de ces corps modifie l'encéphale ou la moelle à sa manière ; il y a seulement quelque analogie entre l'influence des uns et celle des autres, mais les symptômes produits par chacun d'eux ne sont pas absolument identiques. Le délire, effet de l'opium, n'est pas celui que cause le datura, la belladone, l'alcool, le deutocide d'azote ; la belladone détermine la dilatation de la pupille ; la strichnine agit sur le rachisomyèle de façon à produire des attaques de contractions convulsives ; l'administration du hachish est fréquemment suivie de fantastiques et agréables hallucinations ; la quinine à haute doses détermine, provoque des troubles singuliers dans les sensations et les perceptions en rapport avec la vision et l'ouïe, et même la progression (n° 9073) ; l'acide cyanhydrique paralyse l'action nerveuse ; le chloroforme et l'éther n'anéantissent pas les phénomènes de perception et le sentiment d'individualité, mais font perdre les actions sensoriales et motrices, etc. Tous ces phénomènes varient donc d'un médicament*

à l'autre. Un praticien très-exercé pourrait même quelquefois soupçonner au caractère du délire observé, la substance toxique qui causerait le trouble intellectuel. Dans le cas de toxencéphalie produite par l'opium déjà cité (n° 11710), le malade se croyait être dans un monde fantastique éclairé par mille lumières et se livrait à tous les mouvements que son état pouvait lui permettre ; mais il souffrait toujours ; ses conjonctives, ses paupières, son nez étaient rouges et la face pâle ; le pouls présentait de la force et de la largeur ; nous crûmes qu'il ne s'agissait pas d'une méningencéphalite entée sur la rachisomyélie, mais d'une toxémie, et nous soupçonnâmes avec raison l'action de l'opium d'être la cause des accidents (n° 11710).

12070. Les considérations qui précèdent sur la spécialité d'action des agents toxiques ont pour conclusion : *Qu'il est infiniment préférable, en thérapeutique, d'étudier isolément l'influence névraxique de certains médicaments, que de classer ceux-ci en catégories dites narcotiques, antispasmodiques, etc. Ces classifications conduisent à confondre entre elles des actions qui sont loin d'être identiques.*

Diagnose.

12071. La difficulté de distinguer les toxinévraxies ou les toxémonévraxies, des névraxies produites : par les simples hémies, par les hémorrhagies, les phlegmasies, etc., est souvent extrême. Les symptômes des deux côtés sont souvent semblables. Seulement la marche est différente, et tandis que dans les toxémonévraxies, on peut très-souvent remonter aux circonstances commémoratives de l'action d'un poison, ou d'une toxépidémie, on ne rencontre rien de pareil dans les affections en rapport avec des hémies, des hites, des hémorrhagies, etc., névraxiques. Prenons pour exemple l'alcoonévraxie ; eh bien, dans ce cas, l'odeur d'alcool que l'air expiré exhalera, la circonstance antérieure de quelque orgie ou d'excès de boissons, la présence dans l'estomac de liquides ou de solides constatée par le plessimétrisme, serviront à faire distinguer les symptômes d'une telle ivresse de ceux qui sont propres à une névraxémie ou à une névraxorrhagie en rapport avec d'autres causes. — Il en sera ainsi des névraxies produites par la morphine, la strichnine, etc. — L'habitation dans une localité où règnent des fièvres d'accès, et de plus une splénomacrosie coexistante feront reconnaître une toxémonévraxie déterminée par les *miasmes paludéens*. — Dans l'hypertrophie névraxique causée par le plomb et qui donnait lieu à des attaques épileptiformes, l'action antérieure de ce métal, le *liseré*

bleuitre des gencives, et l'existence antérieure ou actuelle d'une entéropathie saturnine éclaireront la diagnose. — Dans un temps d'épidémie, de peste (n° 4921), de typhus (n° 4909), de méningonévraxite septicémique (n° 11972) la connaissance que l'on aura de l'existence généralement répandue de ces affections fera remonter à leur source. — A plus forte raison si la variole (n° 10965) a été inoculée, et si le malade a été soumis à l'influence de ce virus suspendu dans l'air, on peut en inférer qu'il est la cause des phénomènes névraxiques observés, etc., etc. Tels sont dans des cas pareils les éléments d'une diagnose solide ; *ce qui précède hautement proclamé prouve que les véritables organopathistes, alors qu'il s'agit de motiver leur jugement, ne se renferment pas dans le cadre de l'examen actuel et matériel des parties, mais qu'ils tiennent compte de toutes les circonstances qui ont pu avoir de l'influence sur la production des altérations organiques.*

12072. Ainsi, toutes les fois que le praticien sera appelé pour un malade qui présentera des symptômes douteux de toxinévraxies, de névraxémie, de névraxorrhagie, etc., son premier soin devra être de s'enquérir des circonstances commémoratives qui ont précédé les accidents, et des états organopathiques coïncidents et propres à éclairer sur les causes traumatiques, iosiques ou phlegmasigéniques des accidents observés.

12073. Dans plus d'une névropathie, il restera malheureusement des doutes sur le caractère toxique ou non toxique des phénomènes morbides. Alors il faudra agir dans la supposition du cas le plus probable, et surtout dans l'hypothèse de l'existence de la lésion la plus grave. Toutefois les moyens que, dans le doute, on jugera utile de prescrire ne devront jamais, quelle que soit l'affection qui ait lieu, avoir de graves inconvénients.

Thérapie.

12074. Le traitement des toxinévraxies repose évidemment sur deux ordres de faits : 1° sur ceux qui sont en rapport avec la destruction des poisons qui, soit directement, soit par la médiation du sang (c'est-à-dire par toxémie), agissent sur le névraxe ; 2° sur les moyens thérapeutiques dirigés contre les effets organiques de ces mêmes poisons.

12075. Lorsque les enveloppes névraxiques sont intactes, aucun poison ne peut être porté directement sur l'encéphale ou sur le rachysomyèle. Les toxinévraxies proprement dites (et à part les cas où des portions du névraxe seraient mises accidentellement à découvert)

sont donc à peu près impossibles; par conséquent, au point de vue thérapeutique on peut se borner à dire que dans un tel cas, il faudrait prescrire un contre-poison (n° 4343), et avoir recours à des lotions très-abondantes (n° 4348) sur le point des centres nerveux où la substance toxique a été déposée. Les toxémonévraxies ne peuvent réclamer d'autre traitement que celui des toxémies qui leur donnent lieu (n° 4337), car puisque le poison agit sur le névraxe, seulement par la médiation du sang, le moyen curatif ne peut guère être porté que par le fluide qui a été le véhicule de la substance vénéneuse. Nous avons donc établi, lors de l'étude des toxémies (n° 4337), le traitement qu'il convient d'employer contre les toxémonévraxies correspondantes. Seulement, alors qu'il s'agit des graves accidents étiotoxiques dépendant d'un appareil aussi important que l'est le névraxe, il faut insister, plus que dans tout autres cas, sur les moyens propres à combattre les toxémies qui les causent. — Malheureusement ici les antidotes, les neutralisants, les contre-poisons, ne sont absorbés que lentement et n'arrivent à l'organe malade qu'après avoir subi dans le sang l'influence de divers agents chimiques propres à les modifier. De là sans doute l'inefficacité trop fréquente du traitement spécifique employé contre la plupart des toxémonévraxies; de là vient encore que l'ingestion angiémique de l'eau à doses fortes et répétées, introduite par toutes les voies possibles, est, pendant la durée du temps où l'intoxication agit, le moyen sur lequel il faut, en général, le plus compter. Cependant il est certaines névraxotoxémies dans lesquelles des agents chimiques paraissent avoir une très-grande efficacité. — Nous avons, par exemple, fait cesser d'une manière subite le délire aigu de l'ivresse par l'usage de quelques gouttes d'ammoniaque dissoutes dans une verrée d'eau sucrée; les encéphalies chroniques, bizarrement désignées par les auteurs sous le nom de *delirium tremens*, et qui reconnaissent évidemment pour cause l'alcool et ses diverses préparations, nous ont paru, dans trois ou quatre cas, mais non pas toujours, céder d'une manière beaucoup plus prompte à cette solution ammoniacale, légère mais longtemps continuée, qu'à l'opium à hautes doses employé généralement dans de tels cas. Cette série de symptômes reçoit, en onomatopéologie, le nom d'alcoonévraxie chronique (1). Un délire profond, une démarche vacillante, un tremblement musculaire, constituent ses caractères les plus remarquables.

(1) C'est à Lévillé, encore une fois (n° 131), que l'on doit d'avoir introduit, à

12076. Les névrxies molybdiques dont il a été fait mention, à l'occasion de l'hypertrophie encéphalique (n° 12133), ont souvent pour effet à l'état chronique des anervismies plus ou moins complètes. Or, l'usage de la limonade azotique, à doses répétées d'une manière fréquente et continuée pendant longtemps, a, dans quelques cas de notre pratique, été suivi du retour des mouvements dans les membres paralysés. — Un de nos malades guéri une première fois d'une paralysie des muscles extenseurs à l'avant-bras, qui datait de plusieurs mois, se mit de nouveau à travailler au blanc de céruse; il fut bientôt repris de la même affection, rentra dans la salle Saint-Raphaël, et, sous l'influence du même traitement, les symptômes se dissipèrent encore de nouveau.

12077. Un imprimeur qui, depuis six ans, était atteint d'une hémiplegie presque complète et pouvait à peine parler, avait éprouvé au début divers accidents de cause saturnine. A une époque aussi reculée de l'invasion, il prit de la limonade azotique à des doses répétées, récupéra la plus grande partie des mouvements, et à un degré très-manifeste, la faculté de parler. — Il semblerait dans des cas pareils : d'une part, que les molécules de plomb infiniment ténues, portées par la circulation dans le tissu nerveux, seraient les causes matérielles de l'anervismie et entraveraient l'innervation par leur présence; et de l'autre, que des quantités minimales d'acide azotique, portées ainsi par le sang dans la trame du névrosystème, dissoudraient le poison et en faciliteraient ainsi l'évacuation.

12078. Les miasmes des marais, *alors qu'ils sont très-actifs, et peut-être alors que la rate ne suffit pas pour s'en emparer* (n° 9921), *et par conséquent pour en annihiler l'action, mêlés qu'ils sont avec le sang, agissent sur le névraxe.* De là résultent les collections de lésions et de symptômes dites : fièvres céphaliques, comateuses, épileptiques, tétaniques, etc. (n° 8862). Nous avons publié ailleurs un remarquable exemple de cette dernière (n° 8862); or, dans ce cas la toxoplénie donne lieu aux phénomènes fébriles intermittents, et la toxémonévrxie est la cause de leur caractère névraxique et perni-

l'occasion d'un mémoire sur la névraxie des ivrognes, l'expression encéphalopathie. On se demande comment il n'a pas remplacé l'adjectif ignoble : *crapuleux*, par le mot alcoolique, qui eût rendu sa pensée d'une manière plus délicate et plus juste. La réponse à ceci est que faute de principes généraux et de systématisation, il est impossible de donner au langage scientifique l'harmonie, la convenance et la signification qu'il est si désirable d'y trouver.

cieux. Or, dans de semblables circonstances, la quinine soluble, portée dans la circulation, remédie non-seulement à la toxémie, mais encore à la toxinévraxie d'une part, et à la splénopathie de l'autre. En réfléchissant sur les observations de fièvres intermittentes pernicieuses avec symptômes névraxiques consignées dans les écrits de Torti, d'Alibert et de tant d'autres, on trouve l'explication très-naturelle des phénomènes observés, et des succès que, dans de semblables cas, on a obtenus de la quinine administrée, en quelque sorte, comme contre-poison.

12079. Il serait à désirer que dans les accidents cérébraux qui suivent quelquefois la galémie (manie ou délire des femmes en couches), on pût trouver aussi quelque moyen spécial qui pût détruire l'agent qui vient causer dans le cerveau les accidents dont il s'agit ((n° 4454). Il y a tout lieu de croire que les toxinévraxies produites par l'opium et divers poisons rangés parmi les narcotiques, seront traités avec avantage par les divers agents chimiques qui décomposent ces substances ou qui détruisent dans l'angibrôme et probablement dans l'angième leur action délétère (n° 4343).

Traitement des effets organiques des poisons qui causent les toxinévraxies.

12080. Quant au traitement des effets organiques résultant de l'action des poisons, il ne peut se rapporter qu'à deux choses : 11° à la destruction ou l'élimination de la substance toxique ingérée ; pour, nous venons de traiter ce sujet avec quelque détail (n° 12075) ; 22° à la curation directe des états pathologiques dont il s'agit ; et elle ne diffère pas de celle qui serait applicable si ces mêmes états pathologiques se déclaraient en dehors de toute action toxique.

CHAPITRE XIV.

MÉNINGENCEPHALIE PAIDIQUE OU PAIDENCEPHALIE (1). — Fièvre cérébrale, hydrocéphale aiguë, arachnoïdite, irritation encéphalique, méningite tuberculeuse des enfants, etc.

Généralités ; onomopathologie ; notions historiques.

12081. Une série de phénomènes névraxiques des plus graves, et que bientôt nous allons décrire, se déclare fréquemment chez les enfants. Elle présente des symptômes très-voisins de ceux qui sont

(1) De *ἐγκεφαλος*, encéphale ; *παῖς*, enfant, et *pathie* ou *ie*, maladie.

assignés à la méningite, aux hypertrophies et aux hétérotrophies encéphaliques (nos 12028, 12048). Les auteurs, d'après les idées qu'ils se formaient sur la nature du mal dont il s'agit, lui ont donné les noms les plus divers, dont les principaux sont indiqués dans le titre de cet article. Nous verrons bientôt que la plupart de ces dénominations ne sont en rien fondées. Dès 1822 et 1823, nous avons déjà cette opinion; aussi, tout en cédant aux idées d'alors, et précisément parce que nous considérons comme très-obscur la nature de tels phénomènes, nous avons désigné cette collection symptomatique sous le nom d'*irritation encéphalique* (1). Dès cette époque aussi nous nous prononcions avec énergie contre les abus de la nomenclature généralement reçue, et contre le pseudontologisme; dès lors, en effet, nous écrivions la phrase suivante : « Dans ce cas, comme dans tant d'autres, le nom donné à la maladie, plutôt que l'expérience, a dirigé le traitement que l'on a cru indiqué. » Ce travail est entièrement écrit dans les doctrines organopathiques; seulement nos travaux ultérieurs de 1825 et 1826, sur les pertes de sang (n° 11817, note), nous ont prouvé depuis qu'il n'est pas sans danger dans les névrxies, chez les jeunes enfants, d'insister autant sur les évacuations sanguines que nous le faisons à cette époque. — Dans l'extrême embarras où nous sommes d'assigner un nom à une collection de symptômes nombreux, et dont les causes anatomiques sont encore pour nous des objets de doute, nous éviterons de préjuger par une dénomination trop absolue sur la nature de ces accidents, qui sont certainement en rapport avec divers états pathologiques qu'il faudrait étudier et spécifier; *en attendant que cela soit possible*, et, à cause de l'imperfection de la science, ne pouvant faire autrement, nous traiterons d'une manière succincte de cette collection phénoménale *comme d'une maladie*, et nous la désignerons par le mot *méningencéphalie paidique* (des enfants) ou *paidencéphalie*; en effet, malgré les travaux et les observations de Dance sur ce sujet, nous n'avons pas dans une longue pratique observé, chez des individus de plus de 15 ans, un seul exemple d'une semblable affection.

12082. Ce n'est pas dans les écrits d'Hippocrate, de Cœlius, ni même des auteurs qui ont précédé le dix-huitième siècle, qu'il faut chercher des notions exactes sur la méningencéphalie du jeune âge.

(1) *Mémoire sur l'irritation encéphalique des enfants*, 1823, J. B. Baillière, rue de l'École de Médecine, n° 19.

Duverney (1704), J. L. Petit (1718), etc., en recueillirent les premières observations; Whytt, en 1768, publia de ce mal une description fidèle; Fothergill, Manbride, Ludwig, Odier, Quin, etc., se sont aussi livrés à des travaux importants sur ce sujet que MM. Bouvier, Collinet (1817), Coindet surtout, contribuèrent aussi à élucider. En 1822, trois opinions principales étaient en présence. Les uns croyaient que la névraxie dont nous traitons n'était autre chose qu'une fièvre dite cérébrale, ou qu'une hydrocéphalie (n° 11912); les autres la rapportaient à une arachnoïdite. Ce fut alors que nous publiâmes notre travail dans lequel nous cherchâmes à faire voir qu'il ne s'agissait ici : ni de l'être fantastique, fièvre, ni d'une arachnoïdite, ni d'une hydrencéphalie; mais que le cerveau lui-même était non pas enflammé, mais malade (de là le nom d'irritation encéphalique). Nous admîmes, en fait, qu'il ne s'agissait pas dans de tels cas d'une maladie simple et unitaire, mais bien de lésions anatomiques sans doute inconnues, mais réelles et susceptibles de se lier à divers états pathologiques des organes. Alors nous indiquâmes quelques caractères nouveaux de cette terrible affection, et nous publiâmes des observations de succès très-remarquables obtenus, alors qu'il existait des paroxysmes rapprochés, par l'emploi du quinquina donné en injection dans le rectum. — Depuis cette époque, des recherches cadavériques nombreuses et des travaux importants auxquels se sont livrés MM. Senn (1825), Guersant, Papavoine (1830), Béricheteau, Rilliet et Barthez, Piet, etc., ont conduit à attribuer au développement, dans la tritoméninge, de tubercules granuleux, les phénomènes que nous allons décrire.

Nécroorganographie.

12083. Le point culminant dans l'étude de la méningencéphalie paidique, c'est que fréquemment on n'a pas trouvé dans le névraxe ou dans ses membranes d'*indices de tubercules*. Les auteurs du *Compendium* eux-mêmes admettent bien (et certes avec raison) que l'on doit chercher à distinguer la méningite tuberculeuse des autres états névraxiques qui, chez les enfants, donnent lieu aux symptômes rapportés à l'hydrocéphale aiguë; mais, suivant eux, *tous les auteurs et les observateurs* ont vu des cas dans lesquels les accidents de la paidencéphalie existaient sur des gens dont les membranes encéphaliques ne présentaient pas de tubercules (article Méningite, t. 5, page 616). Ils ajoutent même que des méningites avec exsudation de fausses membranes sont parfois accompagnées de

phénomènes semblables à ceux que produisent les phymies de la pie mère (*ibid.*); bien plus, on n'a pas toujours constaté, dans le névraxe, des lésions, n'importe lesquelles, en rapport avec les symptômes assignés au mal dont nous traitons. En décrivant donc les granulations des méninges signalées, dans le plus grand nombre des cas par les auteurs, et tout en parlant de quelques autres états organiques parfois observés, nous ne voulons pas dire que de telles circonstances anatomiques soient les causes exclusives et directes des phénomènes propres à la méningencéphalie paidique.

12084. Les principales altérations de structure observées à la suite des symptômes rapportés à cette collection phénoménale ont consisté : 1° dans des congestions (n° 11774), des phlegmasiës (n° 11936), affectant les membranes encéphaliques; et cela, soit à la base, soit entre les circonvolutions, soit à la surface des hémicéphales (obs. XIII du Mémoire sur l'irritation encéphalique, p. 27); — 2° dans des exsudations pseudoméningiennes occupant les mêmes parties et siégeant particulièrement sur les surfaces de l'arachnoïde et de la pie mère (obs. XIV, p. 28), (n° 12083); — 3° dans des épanchements purulents déposés sur les parties précédemment énoncées, principalement vers la base de l'encéphale (n° 11994); — 4° dans des granulations rapportées aux tubercules; — 5° dans des ramollissements blancs et crêmeux du cerveau (n° 12003); — 6° dans une hypertrophie de l'encéphale (n° 12029); — 7° dans une accumulation de sérosité dont les cavités du crâne sont le siège, accumulation qui très-rarement est assez considérable pour expliquer les phénomènes observés, et qui est quelquefois bornée à un ventricule. Nous n'insisterons ici que sur les granulations et sur les tubercules encéphaliques.

Granulations fibrineuses ou tuberculeuses de la pie-mère.

12085. « Les granulations dont il s'agit sont opaques, blanchâtres ou jaunâtres, demi-transparentes, *semblables à des grains de semoule*, de sable ou de millet; elles sont arrondies dans les anfractuosités; aplaties et lenticulaires dans les circonvolutions. » Une teinte jaunâtre ou verdâtre se prononce lorsqu'elles deviennent anciennes et volumineuses. Visibles à l'œil nu, leur siège principal est dans les mailles et sur le feuillet de la tritoméninge du côté de l'encéphale, le long des vaisseaux artériels et veineux, où elles forment parfois des masses arrondies. Les uns les admettent comme plus fréquentes à la base du cerveau; les autres les ont vues plus souvent

sur les hémisphères ; cela prouve qu'elles peuvent exister dans ces deux parties. Une grande étendue de la pie mère a été quelquefois infiltrée d'une matière verdâtre et transparente, à travers laquelle les granulations étaient apparentes ; le nombre de celles-ci, parfois de quatre ou cinq seulement, est ailleurs très-considérable. Ces corps sont facilement distingués des glandes de Pacchioni par le siège de celles-ci qui se trouve dans l'arachnoïde, au voisinage de la grande scissure. Au premier abord, les granulations tritoméningiques ne semblent être en rien analogues aux tubercules proprement dits. Au microscope, on a cru y trouver des caractères phymiques ; mais, à l'analyse chimique, M. Pelouze les a vues formées d'une matière albumineuse ; et par conséquent, elles sont plus analogues aux éléments solides du sérum qu'aux corps gras des tubercules ou à de la phymatine.

12086. Les granulations dont il s'agit sont-elles des phymies ? La solution affirmative de cette question serait fondée : — 1° sur les analogies existant entre de telles productions et celles qui ont été notées dans la pleurophymie (n° 7078) ; mais pour ces dernières, existent aussi des doutes sur leur nature intime, et il n'est pas prouvé qu'elles soient elles-mêmes des tubercules ; il est bien vrai que les granulations tritoméningiques, surtout quand elles sont anciennes, présentent parfois chez les phthisiques un aspect phymique ; mais un tel fait est probablement la conséquence du dépôt de la matière tuberculeuse dans les tissus accidentels alors formés ; — 2° sur ce que les productions dont il s'agit coexistent souvent avec des phymies développées dans le cerveau ; mais de ce qu'il y aurait simultanéité de formation, il ne s'en suivrait pas que ces productions, si différentes entre elles d'apparence et de structure, soient identiques et qu'elles aient le même degré d'incurabilité ; — 3° sur ce qu'elles se manifestent souvent chez des individus portant des tubercules dans d'autres organes, et notamment dans les poumons et le mésentère. D'après les relevés de M. Piet, les proportions de cette fréquence ont été, dans 85 cas où des granulations méningocéphaliques existaient, de 46 fois où les tubercules ont été constatés dans les poumons, 40 fois dans les glandes bronchiques, 24 fois dans le mésentère, etc. Nous avons vu assez fréquemment, dans le cours d'une longue pratique, des individus très-robustes, nés de parents sains, et qui, avant et après le décès de leurs enfants, n'ont pas été atteints d'affections tuberculeuses, être saisis *tout à coup* des symptômes de

la méningencéphalie paidique, succomber et présenter des granulations tritoméningiques. D'après ce qui précède, ces corps pourraient donc, comme l'admettent MM. Charpentier et Senn, n'être que des fausses membranes constituées par les matériaux du sang déposés en points isolés. Ils ne seraient pas, comme l'affirment MM. Guer-sant, Guerhard, Piet, Fabre, Rilliet et Barthez, Monneret et Fleury, de la matière tuberculeuse. D'ailleurs, M. Piët lui-même, sur 87 cas de paidencéphalie, n'en a rencontré que 63, c'est-à-dire un peu plus des trois quarts, où des tubercules existaient dans les autres organes (*Compendium*, tome 5, p. 621). L'opinion que l'on se forme sur ce sujet n'est pas indifférente, car s'il s'agit de phymies, on est porté à désespérer du succès dont le traitement peut être suivi, et à avoir une grande tendance à ne pas employer un thérapisme actif, tandis que s'il existe seulement ici des pseudoméninges fibrineuses ou albumineuses, la curation de telles lésions est possible; et par conséquent, l'on peut tenter avec quelque chance de succès les moyens les plus actifs. — Nous verrons bientôt que dans plusieurs cas où les symptômes conduisaient à admettre la présence de granulations, un traitement énergique est parvenu à remédier au mal. — Remarquons d'ailleurs que les relevés statistiques sur la fréquence dans la méningencéphalie paidique des organophymies, ont été faits sur des individus faibles, cacochymes, reçus dans les hôpitaux, et qui, bien plus que les enfants de la ville (disposés comme eux à la fièvre cérébrale), sont souvent atteints d'affections tuberculeuses.

État des organes autres que le névraxe.

12087. Les organes autres que le névraxe ne présentent pas des lésions constantes auxquelles on puisse attribuer une influence constante sur la paidencéphalie. — L'estomac qui, dans de tels cas, n'est pas phlogosé est souvent le siège d'une malaxie qu'il faut parfois plutôt attribuer à l'abstinence imposée aux malades et à l'action exercée sur ce viscère par les sucs qui y sont contenus, qu'à toute autre cause (n° 7654). Il est surtout important de noter que chez un grand nombre de sujets qui ont succombé à des symptômes de méningencéphalie paidique, le cœur, les artères, les veines, les capillaires du poumon et de tous les organes, ceux de l'encéphale, présentent les caractères de l'hyponévrxémie (nos 3837 note, 11803). Cette considération est éminemment pratique; malheureusement, nous n'avons pas recherché sur le cadavre quel était l'état de la rate;

mais sur quelques individus que nous avons récemment traités, et avec succès, de méningencéphalie paidique, nous avons constaté par le plessimétrisme le volume de rates qui dépassaient de quelques centimètres les dimensions normales. Dans un peu moins du quart des enfants atteints de granulations tritoméningiques, M. Piet a trouvé de ces corpuscules dans le tissu splénique. L'angiaire, chez les enfants dont il s'agit, contient parfois de l'écume, et rarement trouve-t-on sur leurs cadavres des pneumonémies hypostatiques.

Biorganographisme, symptomalogisme.

12088. Un bruit de souffle spécial (bruit encéphalique, bruit musical de la tête), assez semblable au bourdonnement que produit un cousin, et, dans d'autres cas, au son que détermineraient deux morceaux de craie frottant l'un contre l'autre, a été observé par M. Fisher, sur la tête des enfants atteints de méningencéphalie paidique. Ce bruit, isochrone aux battements du poulx, et particulièrement appréciable à la base du crâne, serait distinct de ceux dont la respiration est accompagnée (Americ. Journal, 1838); nous l'avons recherché dans quelques cas sans pouvoir le constater. D'autres praticiens, versés dans la pratique du stéthoscopisme, n'ont pas été plus heureux. Ce n'est pas une raison pour nier la réalité des choses vues par M. Fisher. *Nous savons trop par nous-mêmes ce que valent les négations et les doutes de ceux qui n'ont pas vu ou pas su voir un fait, pour nous rendre coupables de la légèreté ou du mauvais vouloir dont tant de fois nous avons souffert.* Il nous semble que le son dont il s'agit n'est autre que celui qui se manifeste dans l'hydrémie (n° 3826); car, dans bien des cas, les malheureux enfants qui succombent à la suite des accidents névraxiques dont il s'agit sont hypémiques à un haut degré (n° 3818). Il y aurait de nouvelles recherches à faire sur ce sujet.

12089. On a divisé la série d'accidents de la méningencéphalie paidique en diverses périodes (Robert Whytt, Senn, Guersant, Coindet, Ruz), et par exemple en celles : 1° d'excitation; 2° d'assoupissement; 3° de contractures ou de paralysie. Plusieurs auteurs modernes (MM. Charpentier, Rilliet et Barthez, Piet) n'attachent aucune importance à ces divisions, et nous partageons leur avis. Il n'y a rien de fixe, soit dans la succession des accidents, soit dans l'invasion d'un tel mal. — Nous avons eu la douleur de voir l'enfant de sept ans le plus intelligent, le mieux organisé, être bien portant à midi, perdre l'appétit le soir, s'assoupir, éprouver un état fébrile

et un léger délire. Nous l'avons vu bien supporter une saignée, pâlir le lendemain, être alors dans le coma, devenir rouge et pâle par intervalles; en même temps, le regard était fixe *et dirigé vers le plafond*; le malheureux enfant perdit du sang par vingt sangsues que Guersant jugea utile de lui faire appliquer, et à la suite d'une convulsion des muscles du larynx et des ailes du nez, il périt trente heures après l'invasion. — Ailleurs, le mal commence de la manière la plus insidieuse, par un léger assoupissement avec peu de fièvre, et augmentant peu à peu de façon à ce que les parents et les médecins peu expérimentés croient que l'enfant est dans un sommeil naturel et réparateur (Obs. XIV du Mémoire sur l'irritation encéphalique, dans laquelle l'assoupissement dure deux jours sans que l'on cherche à combattre les accidents); après quelques heures, quelques jours même, le délire, les convulsions des yeux, les cris plaintifs n'éclairent que trop les assistants sur le danger auquel sont exposés les malades. — Parfois des contractions convulsives, musculaires et une sorte d'attaque d'épilepsie commencent la série des symptômes. — Très-souvent, c'est pendant la durée d'accidents attribués à la *fièvre typhoïde*, c'est au début des toxémies dermitogéniques (rougeole, scarlatine), surtout lorsque l'on saigne les enfants qui en sont atteints, que l'on voit se déclarer la méningencéphalie paidique. — On ne peut trop insister sur la manière fréquente dont cette affection se prononce chez des individus qui, à la suite de maladies longues et graves, ont perdu par l'abstinence et par les évacuations sanguines une grande quantité de liquides. Dans notre enfance médicale nous pensions avec tant d'autres que *l'irritation se portait alors vers l'encéphale*; aujourd'hui nous craignons bien que l'hydrémie et la panhypémie (n^{os} 3842, 3816) ne causent, dans quelques-uns de ces cas, une hyponévraxémie suivie de convulsions et des phénomènes analogues aux accidents que nous décrivons.

12090. De quelque façon que le mal ait débuté, la *céphalalgie* est fréquente, et elle a été notée 53 fois sur 64. Cette douleur, parfois très-vive, est probablement la cause qui fait proférer à l'enfant, pendant son assoupissement, un *cri aigu et violent, exprimant une vive douleur, cri qui a reçu le nom d'hydrencéphalique* et qui a été considéré comme l'un des principaux signes de la méningencéphalie paidique. Ailleurs, cette douleur, qui du reste est tantôt frontale, tantôt pariétale, etc., est en général sourde, profonde, et l'en-

fant s'en plaint à peine. — Une *anomopsychisme* variable se déclare. Elle survient pendant que l'enfant est assoupi; elle semble n'être autre chose qu'une série de rêves dont le sujet se rapporte aux affections, aux sentiments habituels, aux jeux ou aux craintes des jeunes enfants; le délire est souvent triste, car ces pauvres petits malades éprouvent de la douleur. Ce délire varie d'aspect comme le caractère de ceux qui l'éprouvent. Dans de tels cas, il s'agit si bien de rêves, que si l'on réveille complètement les enfants, ils répondent juste, mais brièvement et d'une manière toute spéciale aux questions qui leur sont faites. Pendant toute la durée du mal, ils sont *acariâtres, difficiles, hargneux, criards*, ce qui vient de la douleur, du malaise qu'ils éprouvent, ou de l'ennui que leur causent les moyens que l'on emploie. — Le sommeil pathologique qui paraît souvent aussi calme que celui de la santé persiste; il est souvent porté jusqu'à l'*assoupissement le plus profond*, de sorte que le réveil est difficile, rarement spontané, et l'enfant semble être étonné, étourdi alors qu'on le fait sortir du coma dans lequel il est plongé (1); le petit malade reste alors à peu près éveillé pendant une, deux, cinq, dix minutes, ou même un quart d'heure; mais il est triste, cesse ordinairement d'être affectueux, ne recherche plus les jeux de son âge et répond par des grogneries ou par de la colère aux caresses de ses parents; puis il s'endort et retombe dans l'assoupissement. — Pendant la durée de celui-ci surviennent, toutes les dix minutes, tous les quarts d'heure, ou même plus souvent, des rougeurs vives de la face qui se colore brusquement et comme si un coup de piston portait le sang vers les capillaires des joues; cette hémie dure quelques instants et bientôt lui succède une pâleur blafarde, qui se maintient jusqu'au retour prochain d'une congestion nouvelle. Nous avons beaucoup insisté en 1823, et nous insistons plus que jamais sur ce caractère que nous considérons comme rémittent et que nous rapportons aux phénomènes intermittents à courte période, comme le dit M. Mélier (Mém. de l'Acad. roy. de méd.). Ce serait, au point de vue thérapeutique, un très-grand tort que de passer légèrement sur ce symptôme.

12091. Pendant l'assoupissement, surtout au moment où les

(1) Il est urgent, dans le but de ne pas prendre ce sommeil physiologique pour le coma, de s'enquérir : si l'enfant est très-dormeur, et habituellement assoupi, s'il sommeille en général aux heures où on l'examine actuellement, s'il n'a pas été éveillé depuis longtemps, etc.

joues deviennent rouges, *des convulsions, des mouvements automatiques se déclarent dans les muscles des yeux, des ailes du nez, de la face*; alors les paupières s'écartent, les yeux semblent être plus larges qu'à l'ordinaire, *ils sont fixes; il semble que le petit malade examine attentivement les objets*, et comme il est couché sur le dos, *c'est vers le plafond qu'il dirige un regard qui ne varie pas d'expression ou de direction. Le malheureux enfant ne fixe rien; il est sans connaissance et il paraît insensible à l'action de la lumière.* S'il arrive en effet que l'on approche des yeux une bougie allumée ou tout autre corps, *les paupières ne se ferment pas*, et le regard reste le même. Parfois, pendant l'assoupissement, ces voiles membraneux sont fermés; mais alors qu'on les écarte, on voit que *le globe oculaire est maintenu dans la position qui vient d'être dite, par une contraction persistante de ses muscles.* — En général, c'est seulement à une époque très-avancée du mal que surviennent : soit un *strabisme* convergent ou divergent; soit des convulsions dans les muscles de la face, du tronc, ou des membres. — Nous avons eu la douleur de voir périr un fils de sept ans, atteint de la cruelle affection dont nous traitons; et cela *par l'effet d'une contraction tétanique des muscles inspireurs; soit du larynx, soit du thorax.* — Quelquefois les enfants succombent dans un assoupissement profond pendant lequel de petits mouvements convulsifs ont lieu.

12092. Quelquefois, après plusieurs jours de maladie, et lorsque tout faisait augurer une mort prochaine, le mal paraît se dissiper, la connaissance revient, l'enfant parle et répond aux questions qui lui sont adressées; il joue même; les parents le croient sauvé; les médecins peu expérimentés partagent cette pensée; calme trompeur, fausse espérance, *le regard encore fixe et hagard du jeune malade, sa parole brève, son teint blafard, son pouls vermiculaire* apprennent à l'homme instruit que peu d'heures s'écouleront sans que la mort frappe le malheureux enfant! Quelquefois, mais rarement, la terminaison funeste a lieu par angiairaphrosie ou par pneumonémie hypostatique. Plus souvent l'hypémie précède immédiatement la mort.

12093. Pendant toute la durée du mal, la circulation est en général accélérée, et l'on a attaché beaucoup d'importance à tel ou tel caractère du pouls qui ne nous a offert aucun signe spécial de ce mal. *La respiration n'est guère troublée que pendant les convulsions.* Dans la grande majorité des cas, suivant les auteurs, se déclarent au début *des vomissements*; on a fait même des recherches statistiques sur la

fréquence de ce symptôme. — Quand les enfants sont déjà malades et ont été soumis à l'abstinence au moment où le mal commence, ces vomissements peuvent être en rapport avec une gastromalaxie souvent observée à la suite de tels cas (n° 7637). Quand la méningencéphalie paidique survient pendant la durée d'une entérorrhée abondante, celle-ci continue sa marche et hâte la terminaison fatale. — On n'observe que rarement des paroxysmes de fièvre intermittente franche, mais à de courts intervalles se renouvellent les rougeurs de la face (n° 12090) et de l'accélération dans le pouls; alors on trouve souvent à la rate une dimension de sept ou huit centimètres de haut en bas, dimension qui pour les enfants est de beaucoup supérieure à celle de l'état normal.

Terminaisons, prognose, durée.

12094. Guersant admet que sur cent enfants atteints de méningencéphalie paidique il en échappe à peine un seul. Des malades, au nombre de 750, traités par Gorlis, sont presque tous morts; Fothergill et Whytt regardent la fièvre cérébrale comme mortelle. MM. Guérhard et Piet, sur 32 enfants, Dugès, sur 18, Senn, sur 12, n'en ont pas vu guérir. Cependant, parmi 16 cas, Odier a compté 4 succès. — Bien des faits, par nous observés avec un soin extrême, sont moins décourageants; et depuis quelques années surtout, nous avons vu se rétablir peut-être la moitié des enfants atteints de fièvre dite cérébrale. Il est vrai que nos idées sur le pathogénisme, et les indications curatives que nous nous proposons dans de tels cas, diffèrent infiniment de celles qui sont actuellement reçues. Green, sur 117 malades, a vu 31 enfants périr le 7^e jour; 49 entre le 7^e et le 14^{me}; 31 entre le 14^{me} et le 20^{me}, et 6 après le 20^{me}. Parmi les 750 faits de Gorlis, presque tous les enfants ont succombé entre le 13^{me} et le 17^{me} jour; aucun avant le 3^{me}, et quelques-uns, après le 24^{me} et le 30^{me}. Il paraîtrait que la moyenne, pour la durée de la paidencéphalie, serait de 13 à 14 jours, ce qui n'empêcherait pas que l'on ne voie des enfants mourir en 24 et 36 heures, et d'autres traîner leur existence jusqu'au 34^{me} jour (Guersant).

Étiologisme, pathogénisme.

12095. Trop souvent plusieurs enfants nés de parents atteints d'affections névraïques ont successivement succombé à la méningencéphalie paidique. Parmi les faits de ce genre observés par nous, il faut noter les suivants : Une dame, d'un caractère fort difficile, avait été atteinte, lors de sa première couche, d'anomopsychisme ga-

lémique (n° 4454); son frère était mort d'épilepsie ; sa mère avait beaucoup de petites manies singulières ; son oncle, volontairement, et bien que dans l'aisance, s'était laissé mourir d'inanition (n° 3837 note). Or, cette dame eut quatre enfants : l'un d'eux ne voulut pas téter et périt à trois semaines d'âge ; deux autres succombèrent, l'un à cinq mois, l'autre à sept ans, aux accidents *de la fièvre dite cérébrale* ; il n'y eut qu'une demoiselle dont la santé fut excellente ; mais elle avait heureusement hérité de la robuste constitution du père, et non pas de la disposition rachitique et névrique de sa mère. — Une autre dame portait une maladie convulsive de l'un des bras ; elle vit mourir successivement deux enfants de méningencéphalie paidique, etc. — Ailleurs, des parents d'une excellente constitution, et non atteints antérieurement d'affections névraïques, voient plusieurs enfants périr du mal affreux dont nous traitons. — Souvent, les individus très-excitables, doués au plus haut degré des qualités du cœur et de l'esprit, en sont de préférence atteints. — Les enfants dont la circulation est faible, qui sont pâles, hypémiques, dont la circulation lymphatique est peu active, paraissent surtout disposés aux granulations méningiennes et aux phymies qui s'y joignent. A plus forte raison, les jeunes malades qui portent des tubercules dans les poumons ou dans le mésentère sont plus que d'autres exposés à la méningophymie. En définitive, l'ensemble des circonstances qui président au développement des tubercules en général (nos 4595, 7130) influe sur celui des phymies méningencéphaliques. — D'un autre côté, les enfants les plus vigoureux, les plus robustes, ceux qui présentent à un haut degré les symptômes panhyperémiques sont frappés d'accidents très-aigus, et périssent promptement à la suite de la paidencéphalie, sans que l'on trouve après la mort de tubercules dans leur cerveau. — *L'âge* auquel les accidents que nous décrivons se déclarent s'étend depuis les premières années de la vie jusqu'à la quinzième, et très-rarement par de là. Nous avons vu un enfant de cinq mois y succomber. Plusieurs autres, d'un an ou de deux ans, en ont été également frappés. — Tout récemment, une jeune fille de quatorze ans, atteinte de cette terrible affection, a eu le bonheur de guérir, et cela sous l'influence d'un régime réparateur et du sulfate de quinine en dissolution très-acidulée. Ce médicament a été administré, dans ce cas, à fortes doses ingérées par le rectum. D'après les relevés d'un grand nombre d'auteurs, le *maximum* des cas de méningencéphalie paidique serait vers 6, 7,

et 8 ans. Quelques médecins se fondent sur ce fait pour dire que le travail de la dentition exerce beaucoup moins d'influence qu'on ne le pensait autrefois sur le développement de la fièvre dite cérébrale ; suivant eux, les âges précédents ne seraient pas ceux marqués par l'époque principale du travail de l'évolution dentaire. Nous ne pouvons admettre cette manière de voir ; car d'une part, sur le plus grand nombre des enfants atteints de méningencéphalie paidique et observés par nous, l'évolution des dents s'opérait ; et de l'autre, il est certain que, suivant un grand nombre de circonstances, dépendantes de la constitution, des prédispositions, des synorganopathies, l'odontogénisme avance ou retarde de quelques mois ou même de quelques années. La plupart des enfants de huit ans manquent même de plusieurs dents dites de lait. Toutefois, l'influence exercée par la dentition, bien qu'elle nous paraisse réelle, ne se traduit pas en général ici par des phénomènes extérieurs ; car on ne voit pas chez la plupart des enfants atteints de fièvre dite cérébrale, que les gencives soient enflammées, ulcérées, abcédées, ou encore que les dents fassent saillie et blessent les parties qui les entourent. — Les enfants des deux sexes paraissent, d'après les relevés des divers auteurs, et d'après aussi nos propres observations, être à peu près également disposés à la paidencéphalie observée du reste dans toutes les époques de l'année.

12096. Pour cette affection, comme pour beaucoup d'autres maladies graves (n^{os} 7138, 4740), ce sont particulièrement les individus malheureux, *mal vêtus, mal logés, soustraits habituellement à l'influence salubre de la lumière, qui y sont le plus exposés* ; mais c'est aussi chez de tels enfants que l'on rencontre principalement la *phymoméningite*. Chez les petits malades qui se trouvent dans des circonstances hygiéniques favorables, on observe plus souvent des méningencéphalies non tuberculeuses. Quand nous donnions plus habituellement nos soins à des personnes habitant les quartiers insalubres de Paris, nous y voyions, proportionnellement à notre clientèle, plus de cas en rapport avec un tel mal, que depuis le temps où nous sommes en général appelés pour des gens vivant dans des conditions meilleures.

La méningencéphalie paidique n'est pas essentiellement de nature tuberculeuse.

12097. L'ensemble des accidents réunis sous le nom de fièvre cérébrale des enfants et auquel nous donnons, faute de pouvoir préciser le caractère anatomique qui lui correspond, le nom de

paidencéphalie, n'est pas dans tous les cas, à beaucoup près, une méningophymie. Aux raisons que nous avons déjà fait valoir à l'appui de cette proposition (n° 12086), nous ajouterons les considérations suivantes : — 1° Ce mal frappe très-fréquemment de la manière la plus rapide et la plus brusque des enfants robustes (nos 12089, 12095) dont les parents ne sont pas tuberculeux (nos 12089, 12095), et qui ne portaient *dans aucun organe* la moindre trace de phymies ; en effet, dans un grand nombre de cas, l'examen le plus attentif des poumons, des intestins ou du mésentère ne nous a pas conduits à en découvrir ; — 2° la marche du mal est aiguë et ne correspond en rien à la succession lente et graduée des phymorganies ; — 3° on voit bien les granulations pleurétiques avoir de l'analogie avec celles des méninges ; mais il n'y a pas toujours identité dans leur apparence ; et d'ailleurs les affections tuberculeuses des plèvres ont une marche très-chronique, tandis que la méningencéphalie paidique parcourt ses phases d'une manière aiguë (nos 12089, 12094) ; — 4° le traitement généralement employé contre la paidencéphalie présumée tuberculeuse, échoue constamment ; tandis que des moyens curatifs, établis dans des vues très-différentes de celles qui rapportent le mal aux phymies, présentent, dans certains cas, de grands avantages. Cette dernière considération suffirait seule pour motiver notre opinion ; mais il en est d'autres propres à la confirmer : — 1° L'analogie d'apparence entre les granulations tritoméningiques et les tubercules n'est rien moins que positive ; — 2° la preuve microscopique que l'on en a donnée a peu de valeur aux yeux de ceux qui savent combien il est difficile de distinguer entre eux certains globules de fibrine, de mucus, de pus, de tubercules, etc. ; — 3° les véritables phymies, dites granuleuses, que l'on rencontre dans les méninges de sujets dits scrofuleux, peuvent avoir pris leur développement pendant la durée du mal, et par conséquent n'en être pas la cause ; — 4° dans certains cas, on trouve tout au plus quelques granulations disséminées, et cela sans autre lésion appréciable ; or, une altération de texture de si peu d'importance et d'une étendue si limitée n'explique en rien la gravité des symptômes observés, etc.

La paidencéphalie n'est pas due en général à des névraxites.

12098. La paidencéphalie n'est pas non plus en général le résultat d'une phlegmasie. Dans bien des cas, il est vrai, on trouve chez des sujets qui ont succombé à cette affection des deuto et des tritoméningites (Mém. sur l'irritation encéphalique, 13^m et 14^m

observations); mais sur un très-grand nombre d'autres, on ne rencontre rien de semblable; les cas de granulations dites tuberculeuses signalées par les auteurs, prouvent en effet que les traces cadavériques de ces phlegmasies manquent parfois complètement. Ce n'est guère que chez les enfants très-robustes et panhyperémiques, quand le mal a été très-aigu, la douleur très-forte, le délire violent, la fièvre vive, etc., que l'on trouve les traces de l'état inflammatoire des méninges rachidiennes. Il existe probablement alors une complication de phlogose et de l'affection que nous décrivons. Il est impossible de rapporter à une phlegmasie véritable des cas très-nombreux où après la mort on ne rencontre rien ou presque rien dans l'encéphale, ceux dans lesquels surtout on ne trouve, pendant la vie, aucun caractère phlegmasique, et cela chez des enfants hypémiques au suprême degré. — Une des raisons qui militeraient le plus en faveur du caractère phlegmasique de la *fièvre cérébrale*, c'est que l'on voit survenir des accidents du même genre chez des enfants qui ont reçu des coups ou fait des chutes sur la tête. Il s'agit alors des phénomènes de véritables traumaméningites, mais on n'observe pas alors cet ensemble et cette succession de symptômes que nous venons de décrire (nos 12089, 12090). D'ailleurs, il faut le dire, l'influence traumatique est bien moins fréquente et bien moins positive dans de tels cas qu'on ne le croit dans le monde; bien souvent, il y a plutôt coïncidence entre une chute ou un coup porté sur la tête et les accidents paidencéphaliques que rapport de cause à effet. Il en est peu parmi les jeunes enfants qui n'éprouvent une fois en quinze jours quelque accident de ce genre; et si le malheur veut qu'ils soient atteints de symptômes névraxiques, on ne manque pas de rapporter ceux-ci, et souvent très à tort, à la circonstance traumatique dont il vient d'être fait mention.

Paidencéphalies, suites d'hypémie.

12099. La collection symptomatique dite *fièvre cérébrale* est si peu une phlegmasie, qu'on la voit souvent se déclarer chez des enfants rendus presque anémiques par des pertes considérables de liquides causées : soit par des évacuations sanguines, soit par une entérorrhée, soit par un défaut de nourriture. Nous avons mentionné ce fait et publié des observations sur ce sujet dans notre mémoire sur l'abstinence et l'alimentation insuffisante (Procédé opératoire, du n° 796 au n° 804). — Les enfants en sevrage qui cessent d'avoir un lait convenable et qui surtout n'en prennent pas des pro-

portions suffisantes, éprouvent souvent des accidents parfaitement semblables à ceux de la paidencéphalie, accidents qui augmentent lorsque l'on élève la tête, et se dissipent alors qu'elle est abaissée (n° 11832); (Procédé opératoire, n° 804). Nous pourrions citer de nombreuses observations de ce genre; nous affirmons même qu'un très-grand nombre d'enfants périt dans la première année de la vie avec des convulsions, parce qu'on leur donne des aliments qui, se digérant mal, causent la diarrhée qui les rend hypémiques. De là, des accidents cérébraux et la mort; on guérit quelquefois de tels malades en leur donnant en abondance, et pour toute nourriture, du lait de bonne qualité (Mémoire sur l'irritation encéphalique, 1823). Nous avons cité de tels faits dans le Procédé opératoire (nos 802, 803 et 804). Cette raison, avec beaucoup d'autres, nous a conduits à exiger dans notre service, et à conseiller dans le monde, que les mères donnent pendant les quinze jours qui suivent l'accouchement, le sein à leur enfant, et cela alors même qu'elles veulent l'envoyer en nourrice (note du n° 10325 du Traité de médecine pratique). — Les faits dont nous venons de parler, et dans lesquels il eût été impossible de ne pas voir les symptômes de la paidencéphalie, prouvent jusqu'à l'évidence que celle-ci, pour le praticien, ne peut pas être considérée comme une phlegmasie, ni même comme une affection tuberculeuse. Ce seraient en effet de bien singulières phymies que celles qui, produites par quelques jours d'abstinence ou de mauvaise nourriture, se guériraient sous l'influence d'un régime convenable.

Névrxopallies causant la paidencéphalie.

12100. Enfin il est pour nous très-probable que la paidencéphalie est liée dans bien des cas à des névropallies propagées vers les centres nerveux (n° 11632), et déterminant des phénomènes analogues à ceux de l'épilepsie, phénomènes qui, prenant leur source dans divers nerfs, et notamment dans le névrome (n° 11468), s'étendent vers les tubercules quadrijumeaux. Quelques individus en effet ont été frappés, dans les premières années de leur vie, d'abord d'accidents analogues à ceux de la paidencéphalie, puis de *convulsions*, et enfin de véritables attaques d'épilepsie.

Conclusions de ce qui précède; la paidencéphalie se retrouve dans plusieurs états encéphalopathiques.

12101. Il résulte de ce qui précède: 1° que la paidencéphalie n'est pas liée à une suite de lésions appréciables; — 2° qu'elle se dessine

dans des cas ; d'hypémie, de phlegmasie encéphalique, de phymie et peut-être de pallies névraxiques; — 3° que dans l'état actuel de la science, elle ne peut exiger un traitement uniforme; — 4° que l'on doit enfin lui opposer des moyens en rapport avec les divers états organopathiques observables dans des cas pareils.

Caractère intermittent; développement de la rate dans quelques cas de paidencéphalie.

12102. Parmi ces états pathologiques, il en est un qu'il est fort important de ne jamais perdre de vue; c'est le développement de la rate; en effet, nous avons trouvé cet organe, chez des individus atteints de paidencéphalie, aussi volumineux que chez des adultes sains. Il existait en même temps des phénomènes intermittents à courtes périodes; nous avons alors administré la quinine soluble à de hautes doses (n° 9182); les enfants se sont rétablis d'une manière presque aussi rapide que cet homme dont l'histoire est ailleurs mentionnée et qui, présentant des phénomènes tétaniques à un haut degré, portait une splénomacrosie considérable (n° 8862). Ceci prouverait qu'une névraxopallie, consécutive à une splénopathie, pourrait être le point de départ dans certains accidents rapportés à la paidencéphalie. — Cette réflexion est d'une immense portée dans le thérapeutique. Il ne faudrait pas croire cependant que dans tous les cas où l'on observe des alternatives dans la rougeur et la pâleur de la face (n° 12090), la rate fût volumineuse, et qu'il fallût donner de la quinine seulement quand une splénomacrosie serait observée; tel n'est pas le résultat de nos observations, et quelquefois, bien que la rate ne fût en rien hypertrophiée, nous avons, dans des cas pareils, administré avec succès l'alkaloïde de quinquina.

La paidencéphalie est-elle due à un agent spécifique?

12103. Peut-être le cortège de symptômes de la paidencéphalie est-il lié à quelque condition organique inconnue, à une névraxopallie rémittente. Peut-être cet aspect spécial, ces yeux demi-couverts et convulsés, ce regard fixé en haut, ces alternatives de rougeur et de pâleur, ce sommeil et ce réveil alternatifs, ce faciès caractéristique, cet ensemble d'accidents qui fait qu'au moment où un médecin expérimenté entre dans la chambre du malade, il reconnaît *la fièvre dite cérébrale*, sont-ils les résultats de l'action d'un agent toxique sur une partie déterminée de l'encéphale. Mais ici rien de positif n'est connu. Les aperçus qui précèdent ne sont

que des conjectures; on ne peut combattre des agents supposés et non démontrés, et l'on est réduit, dans les cas dont il s'agit, à traiter seulement les états organopathiques observables, et non pas *une maladie* que l'on supposerait exister individuellement.

Le paidencéphalie n'est pas une hydrocéphalie, elle n'est pas due à la présence de vers dans le tube digestif.

12104. Presque tous les auteurs modernes ont renoncé à l'idée généralement adoptée autrefois que la fièvre cérébrale était liée à une hydrencéphalie. Cette opinion venait sans doute de ce que l'on attribuait à un état morbide la présence dans les cavités névraxiques du fluide céphalo-rachidien. Nous avons débattu cette question, pour nous dispenser d'y revenir ici (n° 11910). Le seul cas où l'on pourrait croire à l'influence d'un liquide accumulé dans les cavités crâniennes sur les accidents paidencéphaliques serait la présence d'une sérosité *très-abondante* dans l'encéphale, surtout quand elle serait circonscrite dans l'une des cavités névraxiques; mais des faits de ce genre sont démesurément rares et ne peuvent être appliqués au pathogénisme de la paidencéphalie considérée en général.

12105. Attendu que dans le tube digestif de la très-grande majorité des cas de paidencéphalie on ne trouve pas de vers, il serait absurde de rapporter à des entozoaires les accidents qui caractérisent la fièvre dite cérébrale.

Diagnose.

12106. La comparaison établie entre le tableau de la paidencéphalie, tel qu'il vient d'être tracé, et ceux de la méningite proprement dite (n° 11950); de l'encéphalite (n° 11950); de l'encéphalomalaxie (n° 12005) de l'épilepsie, etc.; et de plus la circonstance importante de l'âge des malades (n° 12095) seront les bases sur lesquelles on pourra distinguer les uns des autres, ces divers états pathologiques.

Thérapie; médications systématiques et empiriques.

12107. Quand on consulte les articles publiés sur *la fièvre dite cérébrale* ou sur *la méningite tuberculeuse de l'enfance*, on éprouve un sentiment pénible à lire les très-nombreuses pages consacrées au pathologisme de ces accidents, et les considérations vagues et superficielles en rapport avec le thérapeutique d'un tel mal. Les auteurs qui avouent avoir guéri tout au plus un malade sur cent (Guersant), ceux qui disent n'avoir pas obtenu un seul succès, se louent beaucoup de l'emploi des applications froides sur la tête, des vésica-

toires, etc. Nous comprenons peu la réunion dans un même article de telles louanges et de tels revers. Nous préférons voir MM. Monneret et Fleury avouer franchement n'avoir pas vu dans dix cas réussir les moyens réfrigérants, que de lire ces apologies de médications illusoires et qui ont au moins les très-graves inconvénients, pour de enfants très-jeunes et d'un caractère difficile : soit de les refroidir; soit de leur causer beaucoup de douleur et de les irriter. Les médecins qui attribuent la paidencéphalie à des tubercules méningiens ne manquent pas de renvoyer au traitement des phymies en général, traitement du reste, suivant eux, à peu près nul, pour la médication applicable aux granulations méningiennes; ceux qui y voient des méningites, des encéphalites, des hydrencéphalies, etc., dirigent la cure dans le sens de leur théorie, et l'empirisme ne donne ici que des résultats tout à fait décourageants. Dans le traitement de la paidencéphalie, nous avons été plus heureux que la plupart des autres praticiens, et nous croyons qu'il en a été ainsi parce que dans notre conduite nous avons tenu compte plutôt des états pathologiques observables et des caractères périodiques des accidents, que de la nature assignée à l'entité morbide dite fièvre cérébrale. Voici lesquelles ont été les bases de notre conduite.

Médication rationnelle.

12108. Sur des enfants panhyperémiques qui présentent des symptômes océïques (aigus) et plus ou moins analogues à ceux de la méningite (n° 11950), nous avons recours à des évacuations sanguines : 1° au moyen des saignées, si les veines sont volumineuses (et la jugulaire externe peut être utilement ouverte); 2° au moyen des ventouses et des sangsues (5, 10, 12, etc.), alors que le phlêbosystème sous-tégumentaire est peu développé. Dans ce cas, plus encore que dans tout autre, nous nous réglons, relativement aux proportions de sang tiré, sur la coloration des lèvres, de la langue, de la face; sur la dimension du foie et du cœur; sur le degré d'obscurité de son des poumons, etc. (n° 3829); nous ne réitérons ces évacuations que si l'état hyperémique persiste. En agissant ainsi, nous avons vu se dissiper chez des jeunes enfants, dits pléthoriques, des accidents qui nous paraissaient devoir être rapportés à la paidencéphalie (Mém. sur l'irritation encéphalique, obs. VI, VII). — Le plus ordinairement, les pertes de sang doivent être prescrites dans de tels cas, seulement au début des accidents, et quand il n'y a pas encore de symptômes d'hypémie. Il est rare qu'elles produisent rapidement une

grande amélioration ; comme nous avons eu presque constamment recours en même temps à d'autres moyens, et surtout aux lavements avec la poudre de quinquina, ou à la quinine soluble, nous ne pouvons pas dire si plusieurs succès obtenus par nous peuvent leur être rapportés (loc. cit. obs. IX, X, XI du Mémoire cité). Il faut infiniment redouter, chez les individus atteints de paidencéphalie, l'hypermie qui se déclare trop souvent, et qui laisse les malades dans un état de faiblesse, d'assoupissement, d'accélération et de petitesse du pouls dont rien ensuite ne peut les tirer. — Que l'on applique donc *dans les cas qui viennent d'être déterminés*, quelques sangsues au cou, mais que l'on surveille bien l'évacuation obtenue ! Evitez surtout que les morsures de ces annélides ne laissent couler du sang à votre insu ; restez auprès du jeune malade, ou mettez près de lui un aide intelligent qui explore le pouls avec soin, qui recherche par le plessimétrisme quelle diminution survient dans le volume des organes, etc. Sans cela, alors que vous voudrez être utile, vous pourrez faire beaucoup de mal.

12109. *La série des autres moyens antiphlogistiques* ne nous a en rien réussi. Nous avons prescrit en général chez les enfants panhyperémiques *l'élévation de la tête et l'abaissement des extrémités*, et nous croyons en avoir tiré quelque parti. La glace ou des vessies remplies d'eau froide appliquées sur le front, et cela soit d'une manière constante, soit par intervalles rapprochés, ne nous ont paru avoir d'autre avantage que celui de remédier *momentanément* à la chaleur que présentaient les parties sur lesquelles ces topiques étaient appliqués. Nous en dirons autant des *irrigations* qui, du reste, pour peu qu'elles soient mal faites, ont l'extrême inconvénient de refroidir le cou, la poitrine, de mouiller le lit. — Les *bains tièdes* ou *chauds* exigeraient des mouvements qui ne seraient pas sans inconvénients pour l'enfant. — Placez, si vous le voulez, des *cataplasmes chauds* sur les jambes et les cuisses des malades, mais n'y comptez en aucune façon. — Nous n'avons pas essayé des *bains de vapeur* de tout le corps, et pris en même temps que *la tête serait maintenue élevée, recouverte de corps réfrigérants et placée en dehors de ce bain*. *Théoriquement*, et en nous fondant sur des analogies, ce moyen nous paraîtrait devoir être utile. *Il serait au moins complètement indiqué dans le cas où l'on aurait des raisons de croire que l'enfant serait atteint d'une toxémodermite telle que la rubiosémie (rougeole), la scariosémie (la scarlatine), la variolosémie (variole), dont la dermite consécutive ne se prononcerait pas. Il faut toujours,*

au début des accidents paidencéphaliques, penser à la possibilité que ces accidents soient liés à ces toxémies (ou plutôt iosémies) dermitogéniques (n° 5059); bien souvent des évacuations sanguines ont été employées dans des cas pareils, et il est arrivé que la dermite venant ensuite à se déclarer d'une manière incomplète, les symptômes cérébraux ont suivi leur funeste marche. Or, dans des cas pareils on a accusé, et peut-être avec quelque raison, les médecins d'avoir fait périr le malade, et cela en le privant d'un sang utile. Observez donc toujours avec le plus grand soin la peau des enfants atteints d'encéphalie; voyez si des phénomènes de rubiosémie, de variolosémie, etc. (n° 1097, 11084); ne se manifesteraient pas; regardez avec soin si les téguments du dos ne présenteraient pas quelque trace des dermites dont il s'agit, et quand vous trouverez DES INDICES d'affections semblables, soyez réservés sur l'emploi soit des saignées, soit des sangsues, et surtout prévenez les parents de vos croyances sur l'existence probable d'une FIÈVRE ÉRUPTIVE.

12110. Les moyens dits *dérivatifs* et *révulsifs* ont, pour la plupart, le très-grand inconvénient de causer de la douleur et une extrême irritation à l'enfant qui, sous leur influence, délire davantage, souvent à des convulsions plus fréquentes, et dont le pouls s'accélère de plus en plus (n° 11818 note). — Très-rarement avons-nous vu : soit les *caustiques* appliqués temporairement ou à demeure sur la tête préalablement rasée, derrière les oreilles, aux extrémités pelviennes; soit les *synapismes* placés sur les mêmes parties, avoir de l'utilité. Nous réservons l'apposition d'un *emplâtre épipastique* d'une forme allongée, et sur chaque côté des *épinés rachidiennes*, aux cas où le mal a duré quelques jours, et où l'assoupissement est porté assez loin pour que les excitations de la peau soient à peine senties; alors encore nous recouvrons les plaies produites par la substance vésicante d'un large *emplâtre de diachylum*, et cela pour éviter des douleurs à l'enfant.

12111. On a administré fréquemment des *purgatifs* aux malades frappés de paidencéphalie. Le calomel surtout a été employé avec une vogue que les succès n'ont pas légitimée. D'autres ont blâmé l'usage du *tartre stibié*; nous avouerions notre préférence pour ce dernier moyen; mais nous tenons compte du danger très-grand qu'un tel médicament présente chez de jeunes enfants, alors qu'il produit des selles très-abondantes; c'est précisément parce qu'il provoque celles-ci qu'il peut être chez certains petits malades *non hypémiques* d'une grande utilité. Bien entendu qu'il ne faudrait encore ici le prescrire qu'à de très-faibles doses. — Les *lavements purgatifs* avec le *séné* et

les sirops de nerprun sont cependant préférables à l'émétique, parce qu'ils sont plus faciles à administrer aux enfants et parce que l'on peut davantage régler leur emploi. Ils conviennent particulièrement, ainsi que *les autres évacuants* : alors que l'on constate la présence de beaucoup de matières dans le tube digestif ; alors que l'estomac est rempli d'aliments ; dans les cas encore où l'on apprend que les malades viennent d'ingérer en grande quantité des substances alimentaires ; surtout enfin quand il existe une épidiaphratopie (n° 3977) causée par l'accumulation dans l'angibrôme des fèces et des gaz. (Obs. VII du mémoire précité.)

11112. On a employé extérieurement *les onctions mercurielles* et intérieurement *le calomel à doses élevées*, et cela dans l'intention, soit de remédier à la cause inconnue du mal, soit de déterminer une salivation abondante qui pût *le dériver*. On agissait ainsi théoriquement et non pratiquement. La preuve du peu d'utilité de *cette méthode hydrargyrique*, c'est que ceux qui l'employaient le plus n'ont guère fait mention de leurs succès et qu'ils ont fini par l'abandonner entièrement.

12113. *Les antispasmodiques* de toutes sortes, *l'opium*, *le camphre*, *le musc*, etc., ont été donnés dans la paidencéphalie sans résultats utiles. On serait tenté, il est vrai, d'administrer de l'opium aux enfants qui témoignent par leurs cris d'éprouver de vives souffrances ; mais il y a lieu de penser que ce médicament les calmerait fort peu. La seule substance qui, dans le mal dont nous traitons, soit véritablement utile, c'est le quinquina ou la quinine.

Règles pratiques pour l'administration de la quinine dans la paidencéphalie.

12114. Dans le mémoire sur l'irritation encéphalique des enfants, imprimé en 1822, nous avons publié quelques observations relatives à des succès obtenus, alors que nous avons employé la poudre de quinquina administrée par le rectum à des enfants atteints de paidencéphalie. Dans les unes (observations VIII^e, X^e, XI^e, XVI^e) il paraissait évident que l'amélioration ou la curation le plus souvent très-rapidement obtenues étaient dues à l'écorce du Pérou, qui avait été le principal moyen thérapeutique employé ; dans une autre (obs. IX^e), on pouvait attribuer la cure, soit à l'administration de la poudre de quinquina ; soit aux évacuations sanguines et aux autres médications simultanément mises en usage. Toutefois, l'impression qui résultait pour nous de ces faits était : qu'il fallait exclusivement rapporter à l'écorce du Pérou l'honneur de

la réussite. Nous l'avions vue échouer chez le jeune G... (obs. XIV^e); mais le père et l'oncle de cet enfant étaient atteints de convulsions habituelles dans les muscles des yeux; de sorte que nous ne pouvions reprocher au quinquina cet insuccès dans un cas où l'hérédité exerçait une influence aussi marquée.

12115. Ultérieurement à notre mémoire sur l'irritation encéphalique, l'usage de la quinine se répandit de plus en plus; et nous pensâmes, comme la plupart des médecins, que cet alcaloïde étant beaucoup plus actif que la poudre de quinquina, devait lui être substitué. Or, nous nous conduisîmes en conséquence de cette opinion; sur plusieurs enfants atteints de fièvre dite cérébrale, nous administrâmes le sulfate de quinine en injections par le rectum; tous ces enfants périrent, et cela, malgré l'emploi simultané de sangsues, de vésicatoires, de moxas, d'applications réfrigérantes, de purgatifs, etc.; c'était à se désoler et à abandonner à tout jamais l'emploi des préparations de quinine. Dans ces dernières années, nos recherches sur les splénopathies nous conduisirent à constater, et de la manière la plus positive, que plusieurs grammes de sulfate de quinine peu acidulés et portés dans le rectum n'ont aucune action sur la rate, tandis que si l'on vient à y ajouter un excès d'acide sulfurique, presque à l'instant même le volume de cet organe diminue (n° 9085).— Depuis cette époque nous avons eu l'occasion d'administrer sur dix enfants qui présentaient les symptômes les plus marqués de paidencéphalie (n° 12090), le sulfate de quinine très-convenablement acidulé (n° 9985); la guérison a eu lieu dans la plupart de ces faits qui, malheureusement, ne sont pas pour la plupart assez présents à notre mémoire pour que nous puissions les donner avec les détails nécessaires. Nous avons mis, du reste, la plus grande attention à bien constater l'existence des symptômes du mal, de sorte que nous ne pouvons pas douter qu'il se soit agi dans de tels cas de l'ensemble des symptômes que nous avons décrits (n° 12090). Certes, nous ne pouvons pas affirmer qu'il se soit agi dans ces observations : soit de granulations ou de phlegmasie méningiennes; soit de simples névrasopallies (n° 11632), ou même d'accidents en rapport avec l'hypémie; mais toujours est-il qu'il existait une série de phénomènes qui ont presque toujours fait périr les malades avec les symptômes de la paidencéphalie et que sept de ces enfants se sont rétablis. Sur un huitième, petite fille espagnole âgée de moins d'un an, et sous l'influence des lavements contenant du sulfate de quinine avec excès

d'acide, les accidents de la paidencéphalie (n° 9084) ont cessé ; mais une hémiplegie en rapport sans doute avec le développement de phymies dans l'encéphale persista ; la mort eut lieu près d'un mois plus tard et sans autre accident encéphalique. La plupart des enfants dont nous venons de parler étaient hypémiques, et nous avons eu le soin de les faire nourrir autant que le permettait la manière dont ils prenaient et dont ils supportaient les aliments. Il faut bien tenir compte sans doute de cette partie du traitement ; mais enfin nous ne pouvons douter que le sulfate de quinine très-acidifié n'ait été chez ces petits malades le principal moyen de guérison.

12116. L'opposition si marquée existant entre nos insuccès pendant vingt ans, lors de l'administration par le rectum du sulfate de quinine peu acidulé, et les heureux résultats récemment obtenus avec la quinine rendue très-soluble, nous paraît être un fait de la plus haute importance pratique. La connaissance en est due aux recherches plessimétriques relatives à la diminution rapide de la rate à la suite de l'emploi de la quinine (n° 9084). En vérité, nous ne pouvons comprendre comment la prévention et la rivalité ne permettent pas à un grand nombre de nos confrères de comprendre ou d'avouer la nécessité pratique d'apprendre mieux qu'ils ne le savent à pratiquer le plessimétrisme. C'est là pour eux un devoir de conscience ; si leur amour-propre les en empêche, que l'humanité triomphe de ce mauvais sentiment ! Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas de publier d'observations récentes de cas dans lesquels la paidencéphalie s'est dissipée sous l'influence de la quinine soluble. Nous le regrettons peu, car les réflexions qui vont suivre sont les corollaires naturels : soit de ces faits, soit de ceux qui, dans notre pratique, avaient été précédemment observés.

12117. *L'emploi des préparations de quinquina, lorsqu'il s'agit de la paidencéphalie, est surtout indiqué dans les circonstances suivantes :*

— 1° Quand on trouve la rate volumineuse, et que des accidents analogues à ceux des fièvres d'accès (n° 8810) viennent à se déclarer.

— Alors il faut se conduire, à l'égard de l'administration de la quinine, comme s'il s'agissait d'une splénomacrosie, et ne pas être arrêté dans la prescription de la quinine par la coexistence d'accidents cérébraux, de phénomènes en rapport, soit avec l'iléospilosie (n° 8003), soit avec la septicémie (n° 8001), etc. — 2° Quand, la rate étant de volume normal, on observe des alternatives de rougeur ou de pâleur se manifestant à des époques régulières et à des

intervalles plus ou moins rapprochés (n° 12090). — C'est lorsque la pâleur existe, que dans de tels cas il faut avoir recours au quinquina; c'est, en effet, dans de telles circonstances qu'avant 1823 (mémoire sur l'irritation encéphalique), et que dans ces dernières années, nous avons obtenu de la quinine soluble les résultats les plus avantageux. — 3° Quand il existe à de certaines heures une augmentation notable dans l'intensité des accidents; la paidencéphalie, affection éminemment névropathique est, comme toutes les souffrances en rapport avec le névrosystème, sujette à une aggravation périodique; ici donc, l'emploi de la quinine à de hautes doses peut au moins calmer les paroxysmes. — 4° Quand immédiatement avant le début du mal se sont prononcés des phénomènes fébriles intermittents. — 5° Quand on peut saisir *un point de départ névropallique aux accidents névraïques* (n° 11531); alors, il serait raisonnable de penser que l'administration prompte de la quinine très-soluble pourrait enrayer la marche progressive de l'affection névropallique. — 6° Enfin, en désespoir de cause, et dans l'absence des circonstances précédentes, peut-être convient-il d'essayer l'emploi des préparations de quinquina; alors il faut bien peu compter sur ce médicament; mais son emploi n'étant pas dangereux, il n'y a pas d'inconvénient réel à y avoir recours; il est convenable d'en agir ainsi seulement alors que les accidents ont cessé d'être très-aigus, et qu'il n'existe pas de symptômes angibrômiques très-graves.

12118. De ce qui précède, on est conduit à conclure que presque dans tous les cas de paidencéphalie on devrait administrer du sulfate de quinine. Toutefois, dans certaines circonstances, il est bien plus formellement indiqué que dans d'autres. Ce n'est pas surtout lorsque des phénomènes hyperémiques se présentent qu'il convient de l'administrer. — Dès 1823, nous avons remarqué que la diarrhée n'établissait pas à ce sujet une contre-indication absolue (mémoire cité). Nos recherches sur l'emploi de la quinine dans les fièvres d'accès (n° 9163) ont pleinement justifié ce qu'à cette époque nous écrivions sur ce sujet.

Choix et mode d'administration des préparations de quinquina.

12119. Depuis que nous avons constaté l'action du sulfate acide de quinine porté dans le rectum, nous donnons à ce médicament, dont l'action est énergique, la préférence sur la poudre de quinquina, sur l'alcoolé de quinine, qui irriteraient l'intestin, sur

le sulfate neutre ou sur la quinine brute qui ne sont pas absorbés.

12120. S'il est possible d'administrer le sulfate ou l'alcoolé de quinine dans l'estomac, ce qui a rarement lieu chez les jeunes enfants, surtout lorsqu'ils sont assoupis, convulsés, ou que leur humeur est difficile, il faut l'ingérer par cette voie, et cela comme s'il s'agissait d'une splénomacrosie. La dose en sera de 40, 50, 60 centigrammes en une seule prise, et dans 15 ou 30 grammes de sirop. On réitérera son emploi deux ou trois fois par jour. Il ne faut pas être effrayé de ces proportions élevées qui n'ont aucun inconvénient. Nous avons donné, en une seule fois, à des enfants très-jeunes, 75 centigrammes de sulfate de quinine sans en avoir vu résulter le moindre accident. En général il est bon de commencer par des doses plus faibles; mais contre des phénomènes aussi terribles que les symptômes de la paidencéphalie, il ne faut pas se laisser arrêter par de puériles terreurs sur le danger dont on supposerait accompagnée l'action de l'alcaloïde du quinquina.

12121. Cette considération est tout à fait applicable aux injections dans le rectum de sulfate de quinine acide; celles-ci sont indiquées alors que l'on ne peut porter ce médicament dans l'estomac. — *Immédiatement avant de pratiquer ces injections* on commence par laver en quelque sorte l'intestin au moyen de l'ingestion dans l'anus d'une quantité suffisante d'eau pure ou rendue *très-légèrement acide*. Le but de cette médication est d'évacuer les matières que renferme le rectum, et de saturer l'ammoniaque ou les autres alcalis qui peuvent s'y trouver contenus. — *Aussitôt* que l'évacuation est produite, on introduit *lentement* dans le fondement la dose de sulfate acide de quinine prescrite, et que l'on a fait dissoudre dans 30 grammes d'eau. On fait en sorte que cette dissolution reste dans l'intestin, et cela, soit en faisant comprimer au besoin l'anus avec le doigt d'un aide; soit en y plaçant un tampon qui serve de bouchon; en somme, de la bonne exécution de cette médication peut résulter la conservation de la vie chez un enfant, et c'est un devoir absolu que de s'assurer de la manière dont on la met en pratique. On continue du reste pendant une douzaine de jours l'emploi du moyen précédent, qui ne cause pas, comme la poudre de quinquina, l'*irritation* et l'inflammation du rectum.

12122. L'entérite de la dernière portion du tube digestif nous a paru dans quelques cas suivre l'introduction dans l'anus de l'écorce du Pérou en poudre. Nous nous sommes même demandé, en 1823,

si c'était par la dérivation produite par cette phlegmasie que l'amélioration et la guérison de la paidencéphalie avait lieu (Mémoire sur l'irrit. encéph.) ; bien entendu que nous avons résolu négativement cette question ; aujourd'hui nous ne l'aurions pas même posée. Nous désirons éviter l'entérite rectale, et, en ce sens encore, nous ne recommandons pas l'emploi du quinquina en substance employé par Hipp. Cloquet *le premier*, parce que le tanin et les autres matériaux que cette écorce contient sont susceptibles d'enflammer le rectum. Il faut même, sous ce rapport, éviter d'ajouter à l'eau du lavement, avec le sulfate de quinine, de trop fortes doses d'acide sulfurique.

12123. *On ne connaît aucun spécifique capable de remédier à la paidencéphalie et à l'agent spécial qui pourrait la déterminer.*

Alimentation.

12124. L'alimentation dans la curation de la paidencéphalie est un point capital. Certes, quand les enfants sont depuis peu de temps malades, quand ils n'ont pas été soumis à une abstinence prolongée, il convient d'être sévère sur le régime ; mais il faut toujours avoir présent à l'esprit cet important aphorisme d'Hippocrate : *minimè jejunium ferunt pueri*. Nous avons établi sur des faits, dans le mémoire sur l'irritation encéphalique, et dans le Procédé opératoire, que des enfants périssaient à la suite d'encéphalies, par le défaut de nourriture qui les avait rendus hypémiques : de là des accidents d'hyponévraxémies difficiles à distinguer des phénomènes attribués à la *fièvre dite cérébrale*. Donnez donc des aliments légers et d'une digestion facile aux enfants débiles et affaiblis par la diète ou par des évacuations abondantes ; sachez bien surtout que des nourrissons qui têtent peu ou point de lait ou encore de mauvais lait, sont fréquemment atteints de *convulsions* et d'*assoupissements* guéris parfois au moyen d'une alimentation suffisante et appropriée à leur âge. Ce n'est pas seulement la quantité des substances nutritives que l'on fait prendre à laquelle on doit avoir égard, mais c'est aussi leur qualité. Par exemple, il arrive que des enfants à la mamelle sont gorgés de bouillons, de potages, de viandes, etc., et que ces substances, indigestes pour eux, leur causent une entérorrhée qui les épuise et les rend hypémiques ; alors ils sont fréquemment atteints d'accidents cérébraux (n° 11816). Leur donne-t-on abondamment du lait pur et cesse-t-on leur mauvais régime, alors en quelques jours les phénomènes de paidencéphalie se

dissipent, et l'enfant se rétablit. Nous avons publié des observations semblables dans le mémoire sur l'irritation encéphalique, et dans le Procédé opératoire; nous pourrions, s'il était utile de le faire, en ajouter ici un grand nombre d'autres.

12125. Les autres moyens hygiothérapiques ne diffèrent pas dans la paidencéphalie de ceux qui conviennent dans la méningencéphalite (n° 11951).

CHAPITRE XV.

CRYPTONÉVRAXIES. — Affections des centres nerveux de cause obscure.

NÉVRAXOPALLIES. — Oscillations pathologiques des centres nerveux.

12126. Dans les accidents névraxiques étudiés jusqu'ici, tantôt une circonstance matérielle actuellement appréciable par les sens a été la cause évidente des symptômes observés; tantôt des considérations étiologiques et pathologiques ont conduit à admettre comme un fait positif l'existence de modifications organiques donnant lieu aux phénomènes morbides (exemples: les toxémonévraxies); mais dans d'autres cas dont il nous reste à parler, l'anatomie pathologique, l'investigation la plus scrupuleuse n'ont pas permis de constater des lésions de structure, ou au moins, si dans un certain nombre de ces faits on a rencontré des lésions d'organes, elles n'ont rien eu de fixe et qui puisse se rapporter constamment aux phénomènes observés. — La plupart des affections de ce genre ont été appelées névroses: ce nom est meilleur que beaucoup d'autres, puisqu'il signifie maladie de nerf. — Les principales affections que l'on peut rapporter aux névroses des auteurs, aux cryptonévraxies (névraxies de cause inconnue de la nomenclature) sont: — 1° L'hystérie, l'épilepsie, le tétanos et la rage, que nous considérons comme des névro et des névraxopallies prosectasiques (oscillations morbides et progressives dans les nerfs et dans le névraxe). 2° La chorée, la catalepsie, qui pourraient bien encore avoir le même mécanisme organopathique. — 3° Certains symptômes névraxiques qui, dans une foule de cas, sont produits par des circonstances matérielles, mais dont la raison anatomique ne peut pas être toujours appréciée;

telles sont les diverses paralysies. — 4° Les anomodynamismies (altérations dans les conditions de l'organisme que l'on est convenu d'appeler forces). — 5° Enfin, les modifications pathologiques dont les phénomènes intellectuels sont le siège.

CHAPITRE XVI.

NÉVRAXOPALLIES ÉTIANGIOVIQUES. — Oscillations morbides du névraxe de cause angioviique; hystérie.

12127. On a donné le nom d'hystérie, d'hystéricisme, de suffocation utérine, d'attaques de nerfs, etc., à des collections symptomatiques qui se remarquent particulièrement chez la femme, et dont le caractère principal consiste dans une sensation de strangulation ou de boule qui de l'abdomen remonte jusque vers l'œsophage, le pharynx, le larynx et l'encéphale. Une telle définition, fort différente de celles qui en ont été données (Cullen, Hoffmann, Georget, etc.), ne comprend pas, à vrai dire, tous les phénomènes que l'on a rapportés à l'hystérie; mais s'il fallait exprimer tous les symptômes qui ont été compris sous ce nom, il serait impossible de pouvoir rendre en quelques phrases un cortège d'accidents aussi disparates. *L'hystérie des auteurs n'est pas à coup sûr une maladie spéciale; c'est l'assemblage d'une foule de névropathies et de névraxies se déclarant chez des femmes à constitution hypernévrismique.* Il eût été peu logique de réunir en un seul chapitre tous ces accidents; nous avons déjà traité de plusieurs d'entre eux; ainsi : lorsque nous avons parlé des névrangioviies et des névrovaralgies (n°s 10028, 10306, 10312, 10314), nous avons mentionné la part que l'appareil génital de la femme peut avoir dans la production des accidents dits hystériques; lors de l'étude des névropathies périphériques (n° 11550), et des névropallies prosectasiques (n° 11663), nous avons fait voir comment on pouvait comprendre les phénomènes dits hystériques tels qu'ils se propageaient le long des nerfs; à l'occasion des dermonévries (n° 11362), nous avons parlé des altérations de sensibilité (hyperesthésies, hypoesthésies, anomesthésies) dont la peau des femmes dites hystériques est susceptible (n°s 10228, 10234). Ailleurs encore, nous avons vu les névralgies intercostales être fréquemment liées à des névrangioviies (n° 11683). Nous avons

encore noté qu'un grand nombre de névropathies du larynx (n° 6566), de l'estomac (n° 8489), des plexus lombaires et sacrés (n°s 11682, 11687), étaient plus ou moins liées à des souffrances angioviques ou mieux névrangioviques (n° 10314). La progression, la succession de ces diverses névropathies a même été mentionnée avec soin. Nous avons donc seulement à nous occuper ici de la partie des phénomènes *dits hystériques* qui appartient au névraxe lui-même.

Nécrorganographie.

12128. Les auteurs s'accordent à dire que, même chez les femmes qui ont éprouvé les attaques les plus fortes, les plus complètes et les plus répétées d'*hystérie*, on ne trouve dans le névraxe aucune lésion de structure qui puisse rendre compte des phénomènes observés. Nous n'avons pas été nous-mêmes plus heureux. — L'angiove, au contraire, a souvent présenté des états pathologiques plus ou moins graves, et dont nous avons déjà fait mention (n°s 10309, 10312).

Biorganographie, symptomalogisme.

12129. Lorsque les phénomènes névropalliques (n°s 11550, 11632) s'étendent au névraxe (rachisomyèle, mésonèvre, céphalion et céphale), une série d'*accidents dits nerveux succèdent à la sensation de pesanteur, de constriction, d'étranglement ou de boule* que la femme éprouvait : *dans les régions utérines, ovariennes; aux lombes, à l'épigastre, à l'œsophage, au pharynx et au larynx. Elle se plaint parfois de ce que le mal remonte vers la tête et va causer la suffocation.* Les prodromes de ces accidents consistent donc dans la sensation de névropallie prosaïque qui vient d'être mentionnée, et qui souvent elle-même est précédée, soit de l'angioorrhagisme (flux périodique des règles) (n° 10100) ou de l'angioémie, soit d'utéro-pathies en rapport : avec les excès vénériens, la présence de corps étrangers (un pessaire, par exemple), une hypo-utéro-pie (n° 10036), le travail de l'accouchement (ce qui donne lieu à l'éclampsie des auteurs), une utérocarcinie (nous avons vu à la Salpêtrière une vieille femme qui jusque-là n'avait point eu d'attaques de nerfs, en être atteinte, alors qu'un carcinôme de la matrice attaqua le col et le corps de l'utérus). — Ailleurs, des impressions morales et des états anomaux de l'intelligence précèdent les attaques dites hystériques (Astruc Pinel, Georget); mais la plupart des auteurs qui ont admis l'existence de ces prodromes voulaient absolument que le mal eût pour point de dé-

part le cerveau. Chose digne de remarque, les impressions morales dont il s'agit sont le plus souvent en rapport avec l'angiovisme (action physiologique de l'angiove). Récemment, *une jeune fille éprouva brusquement une jalousie extrême à l'occasion de la vue d'une femme qu'elle supposait devoir être sa rivale; dix minutes après, elle ressent une vive douleur dans la région ovarique droite; cinq minutes se passent; un sentiment de resserrement a lieu à l'épigastre; quelques instants plus tard, il lui semble qu'une boule remonte au cou et qu'elle va produire la suffocation. Un quart d'heure s'était à peine écoulé qu'elle était atteinte au plus haut degré des symptômes névraxiques rapportés par les auteurs à l'hystérie.* — Une foule d'autres phénomènes indiqués dans les livres comme prodrômes des attaques d'hystérie, ou bien n'ont avec ces attaques que des rapports de coïncidence, de succession éventuelle, ou consistent en quelque névropathie, quelque névralgie locale liée avec la souffrance névrangiovisque et la précédant. — Du reste, rien n'est plus variable que le temps qui s'écoule entre ces névralgies, les autres symptômes prodrômiques et les accidents névraxiques que nous allons décrire (1). — Cette succession est éminemment rapide, et l'*aura hystérica* des auteurs (pour nous, la névropallie étiangiovisque à son point initial) est assez lente dans sa marche progressive. (Quelques heures ou même un jour s'écoulent avant que les accidents névraxiques qui y sont liés se déclarent. Les nerfs par lesquels sa progression paraît avoir lieu sont presque toujours : les plexus lombaires et les nerfs intercostaux, probablement le grand sympathique, la huitième paire, enfin le mésonèvre et les parties voisines du céphalon et du céphale. La marche des accidents, la série de sensations douloureuses et de phénomènes qui se déclarent semblent au moins se propager de cette façon. Assez souvent cependant l'existence de névralgies au front, aux tempes, dans les organes de la vue et de l'ouïe, porteraient à croire que l'*aura* ou la *névropallie* s'étend à la cinquième paire avant d'arriver au névraxe; comme aussi les nerfs phréniques pourraient participer à ces accidents, comme les accès de suffocation, la respiration diaphragmatique que présentent souvent les malades, conduiraient à le faire supposer. La douleur que les femmes hystériques éprouvent assez fréquemment

(1) Déjà Loyer Villermay avait noté comme premiers symptômes de l'hystérie : un mouvement oscillatoire montant et descendant du bas-ventre vers l'épigastre et le pharynx.

378 NÉVRAXOPALLIES ÉTIANGIOVIQUES (HYSTÉRIE) ; PRODRÔMES ; AURAS.
en arrière et au sommet de la tête, ferait admettre le même fait pour les nerfs sous-occipitaux, comme les syncopes ou les modifications dans les contractions du cœur, observées quelquefois comme prodrômes des attaques, portent à croire que les plexus cardiaques sont aussi susceptibles d'être le siège d'une telle névropallie ascendante.

12130. Les accidents prodrômiques dont il vient d'être parlé constituent en quelque sorte, pour l'hystérie des auteurs, le *petit mal* ou les attaques de névropallies étiangioviques (de cause angiovique) qui avortent dans les nerfs avant de parvenir au névraxe. Nous verrons plus tard l'épilepsie présenter aussi des *attaques incomplètes ou un petit mal*, qui ne sont autre chose, suivant nous, que des *auras* qui s'arrêtent dans leur trajet.

12131. Quoi qu'il en soit, après les prodrômes précédents, qui d'ailleurs, dans une infinité de cas, se déclarent sans être suivis d'accidents céphalomyéliques, et qui, dans quelques autres plus rares, semblent manquer complètement, survient un état tout particulier du névraxe : la femme éprouve le plus ordinairement de la pesanteur de tête, une sorte d'engourdissement intellectuel ; un coma incomplet, une sorte d'extase ; ses yeux sont souvent fermés et entr'ouverts de temps en temps ; parfois ses regards sont animés d'une sorte de fureur, ou d'une passion brûlante ; alors que ses paupières sont ouvertes, elle distingue et la lumière et les objets : elle entend, et l'on doit tenir compte de ce fait pour éviter des indiscretions que l'on pourrait commettre devant elle. Elle croit ressentir des odeurs variées. La femme hystérique éprouve évidemment des perceptions, mais parfois existent pour elle des hallucinations ; sa mémoire n'est pas anéantie, car plus tard la malade se ressouvient en partie de ce qui lui est arrivé ; pendant les attaques *dans les cas simples*, elle ne perd pas connaissance, et cependant il ne se passe pas en elle d'actes intellectuels assez réguliers, il n'y a pas un exercice assez libre de la parole, pour qu'elle réponde nettement aux questions qui lui sont adressées. Le plus souvent même à peine lui est-il possible de prononcer quelques mots, et fait-elle entendre des sons rauques et mal articulés. On a dit qu'au début du mal, elle jetait un cri ; mais il n'en arrive ordinairement ainsi que lors de la complication d'épilepsie. De violents efforts, *souvent précédés d'une profonde inspiration*, assez comparables à ceux qui, lors de la parturition, sont l'expression des contractions musculaires liées à

l'expulsion de l'enfant, se déclarent. La respiration durant un moment paraît être suspendue pendant un effort. Alors, principalement chez les femmes panhypérémiques, dont l'angième est très-développé, les lèvres, la face, se colorent et deviennent même parfois livides, et cela d'autant plus que la respiration est plus longtemps arrêtée et que l'effort porté plus loin présente une plus longue durée ; les veines jugulaires et le cou se tuméfient, mais les battements du cœur, et par conséquent le pouls, n'éprouvent pas en même temps d'accélération ou d'autres phénomènes graves. Ce fait trouve son explication en ce que l'arrêt dans les mouvements respirateurs n'est pas assez prolongé pour altérer profondément l'oxémisme (respiration). Pendant tout ce temps, on ne voit guère d'autres mouvements involontaires qu'une contraction prolongée des muscles extenseurs, de sorte que les membres, le cou, le tronc, présentent pendant quelques instants une raideur marquée. — Puis survient une expiration énergique, et alors se déclarent des contractions musculaires propres à l'hystérie. Ce sont des mouvements étendus, *non saccadés*, parfois assez lents, plus souvent très-rapides, dans lesquels les masses charnues se resserrent de manière à devenir dures et à donner *un son très-sec par le plessimétrisme*. Les muscles fléchisseurs de l'avant-bras et de la main se contractent avec force, tandis que les parties supérieures des membres se livrent à des contractions des extenseurs et des fléchisseurs, des adducteurs et des abducteurs ; ces phénomènes se déclarent plutôt d'une façon presque circulaire qu'angulairement. C'est là ce que l'on appelle *des pandiculations*. Il y a beaucoup d'analogie entre ces mouvements morbides et ceux auxquels la femme se livre lors de l'orgasme vénérien, ou lors du travail de l'accouchement. Georget attribuait très à tort, suivant nous, les sensations ascendantes éprouvées par les femmes, à des convulsions se déclarant successivement dans les muscles abdominaux.

12132. Les malades éprouvent ensuite *un retour incomplet à la liberté de l'intelligence*. Elles répondent mieux aux questions ; elles cessent de se livrer pendant une ou plusieurs minutes aux pandiculations et aux autres mouvements involontaires précédemment signalés. Puis survient une série d'accidents du même genre que les premiers (n° 12131), et souvent avec une énergie très-grande. Ces accidents sont suivis d'un nouveau calme, auquel succèdent encore des crises, et cette succession continue pendant dix minutes, un quart

d'heure ou même une ou plusieurs heures. — Le mal cesse enfin, laissant à sa suite une vive douleur de tête, un sentiment de brisement des membres, un abattement moral très-grand, un besoin de sommeil qui, s'il est satisfait, soulage infiniment les malades et contribue à les ramener vers un état différent de la santé, seulement par une lassitude extrême. — Du reste, les attaques sont loin d'être toujours semblables; elles varient d'énergie, et leurs symptômes sont plus ou moins nombreux (Cullen). — Louyer Villermay et quelques autres ont cherché à partager les attaques en trois stades, mais au lit du malade cette distinction ne paraît pas être applicable. — Georget considère les grandes attaques d'hystérie comme étant composées de petites attaques qui se succèdent, et comme pouvant durer jusqu'à quarante-cinq jours, pendant la durée desquels il y a entre les petits accès des intervalles de calme qui peuvent être de quarante à quarante-cinq minutes. — On a dit (Galien, Zacutus Lusitanus, Louyer Villermay, etc.) que les attaques se terminaient par une évacuation utérine ou vaginale, semblable à celle qui est rendue dans l'acte vénérien, et que l'on a très à tort considérée comme une excrétion spermatique. Georget doute, et avec raison, de l'exactitude de ce fait.

12133. *Les attaques de nerfs* ne se bornent pas en général aux accidents névraxiques précédents (n° 12131). Très-ordinairement la femme, pendant les accès convulsifs, porte ses mains à son cou comme pour le déchirer et pour enlever un corps étranger qui l'étranglerait; évidemment elle éprouve alors au suprême degré la sensation de *la boule dite hystérique*; son intelligence n'est pas assez nette pour comprendre que les mouvements auxquels elle se livre sont inutiles, peuvent la blesser, ou encore elle n'est pas maîtresse de ne pas les exécuter. D'autres fois ont lieu des contractions musculaires violentes et qui paraissent n'avoir aucun but; la femme hystérique frappe avec les membres les corps qui l'entourent, et même le dossier de son lit, dans lequel parfois elle semble bondir. Souvent ses jointures craquent, ses dents grincent, elle exécute l'expulsion de la salive; sa face est le siège de mouvements spasmodiques, mais ne se livre pas à de hideuses grimaces. Vous verriez une chétive jeune fille, à membres grêles, lutter avec avantage contre plusieurs hommes robustes qui veulent la maintenir. Elle sanglote, jette des cris, vocifère, prononce des mots entrecoupés, se plaint avec colère, parle des objets qui l'ont contrariée, ou de l'homme qu'elle

naime; ailleurs des mouvements convulsifs de tout le corps, une élévation spasmodique du bassin, une contraction en quelque sorte tétanique du tronc en des sens divers se manifestent à plusieurs reprises; la respiration est souvent suspirieuse et bruyante; de petits mouvements spasmodiques des muscles du tronc ou des membres, ont lieu de temps en temps et même pendant le calme qui succède aux accès; les muscles de l'ensemble nutritif se livrent même parfois à des contractions énergiques, ainsi que le prouvent : soit les tumeurs mobiles de l'intestin que l'on constate par la palpation, et qui paraissent ou se dissipent d'une manière successive; soit les borborygmes si fréquents chez les hystériques; soit les vomissements, les battements irréguliers du cœur, et les contractions utérines, etc.

12134. On voit trop fréquemment survenir, pendant les attaques de névraxopallie étiangiovique (symptômes névraxiques de l'hystérie), des phénomènes dits épileptiques (*hystérie épileptiforme* les auteurs) ou des *mouvements choréiques* et des *contractions tétaniques* plus ou moins intenses ou prolongées; on a vu de ces femmes éprouver *l'horreur des liquides et l'envie de mordre*. D'autres encore sont plongées pendant longtemps dans une véritable *extase* et leurs membres restent dans la position où on les place. On en trouve qui sont frappées d'un délire sans fièvre semblable à celui de l'*aliénation mentale* et qui se prolonge plus ou moins avec des caractères divers. — Tous les cas précédents sont des complications de la névraxopallie étiangiovique avec d'autres cryptonévraxies dont nous traitons plus tard.

12135. Telles sont les attaques d'hystérie qui se renouvellent fréquemment plusieurs fois dans un jour, souvent à des distances de 8, 19 jours; *attaques qui ont très-fréquemment lieu dans les temps qui précèdent ou qui suivent immédiatement l'angiovorragisme (n° 10100), qui rarement se déclarent avant et après les époques de la vie où le flux menstruel apparaît ou cesse complètement; ces attaques se renouvellent quelquefois d'une manière intermittente, à des jours et même à des heures périodiques, ce dont, au point de vue thérapeutique, il est très-important de tenir compte.*

État des femmes dans l'intervalle des attaques.

12136. Les attaques d'hystérie laissent souvent après elles une exaltation marquée de la sensibilité physique et morale, phénomène qui se rencontre aussi chez certaines femmes disposées aux attaques

de nerfs sans en être réellement atteintes. On en voit éprouver des douleurs vésicales ou mammaires, des crampes, ou même *des souffrances excessives fixées dans les parois abdominales et qui simulent la péritonite* (nos 11362, 10314). Une lumière vive, le moindre bruit les impressionnent extrêmement; chez les femmes dites hystériques, le goût est parfois le siège d'appétits bizarres ou de répugnance pour tel ou tel aliment; le toucher donne lieu à des sensations exagérées. les moindres douleurs extérieures ou profondes sont plus vives que ne le comporte l'action des modificateurs qui les causent; en un mot, les perceptions de toutes sortes sont exagérées ou modifiées. Aussi les femmes hystériques sont-elles les principaux acteurs dans les miracles magnétiques, et sont-elles aussi les somnambules ou les somniloques par excellence. Il y a chez elles une sensibilité morale excessive, des chagrins et des colères sans causes réelles, des rires ou des pleurs sans motif, et un tel état d'excitation de l'intelligence ou des sentiments affectueux, une telle insuffisance de volonté alors qu'il s'agit de dominer leurs pensées ou leurs actions, qu'en vérité cet état se rapproche de l'aliénation mentale. Ce même état, du reste, présente des formes très-diverses en raison du caractère, des passions, et d'une foule de circonstances que nous ne pouvons indiquer ici.

Nosomanie hystérique.

12137. Cependant parmi *ces formes* il faut surtout noter la disposition d'esprit qu'ont certaines femmes dites hystériques à s'occuper continuellement de leur santé et à exagérer de beaucoup les périls que leurs souffrances habituelles leur font éprouver. Il faut le dire, la constitution propre aux femmes ne les rend pas heureuses; elles ressentent presque constamment quelques douleurs : approches, durée, suites du flux menstruel; grossesses, accouchement, puberté, âge critique, amour physique et moral souvent non satisfaits; telles sont les circonstances qui, en santé même, sont pour elles les sources de sensations pénibles. Joignez à ceci toutes les souffrances physiques qui lui sont communes avec les hommes, et vous aurez les conditions qui font que la vie de la femme est une suite continue non pas de maladies graves, mais d'impressions parfois très-doulo-reuses. Est-il donc surprenant qu'avec son caractère impressionnable, qu'avec cette disposition d'esprit qui lui fait porter si loin le désir de plaire, qu'avec cette opinion que ses souffrances vont altérer sa constitution et sa beauté, elle s'inquiète tant *des malaises* qu'elle éprouve et qu'elle s'en préoccupe sans cesse? Aussi peut-on

dire que la nosomanie dont nous parlerons ailleurs est un état très-fréquent chez les hystériques.

12138. Les femmes de médecin entendant souvent parler maladies, sont surtout disposées à s'inquiéter sur leur sort, et trop souvent il en résulte pour elles un caractère irritable qui altérant toutes leurs qualités morales, les rend égoïstes, acariâtres, et fait le désespoir et d'elles-mêmes et des autres.

12139. Ailleurs, le désir de faire parler d'elle porte la femme hystérique à simuler des affections qu'elle n'a pas, et à se rendre intéressante par des actions extraordinaires et qui frappent les crédules. De là certains miracles de somnambules, de là des extases cataleptiques prolongées, des convulsions ou des paralysies incomprises (*voyez* l'article Convulsionnaires, du *Dictionnaire des Sciences médicales*). Il y a des cas où il est très-difficile de savoir si certaines femmes simulent ou exagèrent des maladies. Nous avons vu une jeune demoiselle hystérique qui, n'étant rien moins qu'amaigrie, affirmait avoir vomé depuis deux ans, à l'exception du café noir sucré, toutes les substances portées dans l'œsophage et l'estomac, elle les rejetait devant nous à chaque fois que nous lui en faisons prendre. Nous pratiquâmes vingt fois le cathétérisme œsophagien, et elle vomissait encore quelques moments après leur introduction, les aliments injectés par la sonde. Pendant un mois elle supporta très-bien cette opération, au moins fort ennuyeuse. Les renseignements pris avec un soin extrême n'ont pu nous faire découvrir qu'elle prit en secret des aliments substantiels; il nous a été impossible de dissiper nos doutes sur ce sujet.

Douleurs locales dites clous hystériques.

12140. Les femmes sujettes à des attaques d'hystérie se plaignent souvent : soit de souffrances vagues; soit de douleurs aiguës, limitées (clous hystériques), et de névralgies thoraco-brachiales (n° 11669), ou intercostales (n° 11676); soit d'altérations en plus ou en moins dans la sensibilité de la peau (hyperesthésies, hypoesthésies dermiques) (n°s 11361, 11719, 11720). Les blennéméniges (membranes muqueuses) et les nerfs sensoriaux éprouvent aussi parfois des altérations du même genre, etc.

Amyosthénies dues à des névropallies étiangioviques (de cause hystérique).

12141. Le mouvement lui-même, après des attaques violentes et répétées de névropallies étiangioviques (et parfois même lorsque les attaques ont été rares, faibles, et même qu'il a seulement existé

une hypernervismie habituelle), est parfois suspendu pendant un temps très-long, soit dans un ou plusieurs muscles, soit dans la moitié latérale ou inférieure du corps; ce sont là ces paralysies hystériques que dès 1835 ou 1836, nous avons le premier peut-être étudiées avec le plus grand soin. M. le docteur Macario a publié sur ce sujet, dans l'excellent journal de MM. Cerise et Baillarger, un mémoire dont les observations et les principales idées avaient été prises dans notre hôpital et dans nos leçons. Nous prions le lecteur de vouloir bien consulter ce travail remarquable. On peut lire aussi, dans les *Transactions de la Société de Médecine de Londres*, t. XXI, et dans la *Gazette médicale* (n° 3, janvier 1839), quelques observations de ce genre. Nous avons vu un grand nombre d'amyosthénies étiangioviques : tantôt la peau était privée de sentiment et les muscles de mouvement dans un seul membre ou dans une partie de ce membre; tantôt les extrémités inférieures des deux côtés étaient parfaitement immobiles. Les bras nous ont paru assez rarement frappés de telles anervismies; bien souvent, au contraire, la vessie et le rectum perdent leur mouvement, et de là résultent une rétention plus ou moins complète des matières fécales ou de l'urine (n° 11522), et par conséquent des ectasies entériques (n° 7531), et cysturiques (n° 9420), qui simulent quelquefois la grossesse; les sphincters sont parfois paralysés; les distensions qui se déclarent d'une manière si prompte dans l'angibrôme, et qui, dues à l'accumulation des gaz, déterminent parfois un énorme développement du ventre lequel se dissipe plus tard subitement, paraissent être unis chez les hystériques à la paralysie des intestins. — Nous avons vu, chez les hystériques, le larynx être frappé d'aphonie, la déglutition s'opérer avec la plus grande difficulté, enfin tous les muscles de l'ensemble de relation être frappés de paralysie. Dans un cas précédemment cité, tous les sens et tous les mouvements ont été suspendus pendant plusieurs semaines. Il arrive même assez fréquemment que les anervismies n'ont pas un siège longtemps fixe, et qu'elles se portent d'une partie vers une autre. Récemment, il y avait encore dans notre service une femme qui, atteinte de loin en loin d'attaques d'hystéries (n° 12131), présentait à leur suite, tantôt une paralysie complète avec distension énorme de la vessie par l'urine, tantôt une hémiplégie, d'autres fois une anervismie des membres thoraciques et pelviens à la fois, et ailleurs encore une aphonie; pendant ces accidents l'intelligence, bien que conservée, s'exerce d'une manière assez incomplète.

12142. *La durée* des anervismies dont il s'agit est toujours assez prolongée. Elle a lieu pendant une ou plusieurs semaines, pendant plusieurs mois. Le début en est ordinairement rapide, et presque toujours ce début suit presque immédiatement une attaque d'hystérie. Une fois les accidents déclarés, ils persistent longtemps sans augmenter ou diminuer; quelquefois cependant *l'espace où le défaut de sensibilité a son siège, et que l'on a limité avec l'azotate d'argent* (cet espace correspond dans certains cas à toutes les divisions du tronc nerveux), se rétrécit d'un jour à l'autre, se borne à des filets de moins en moins nombreux, et finit par devenir nul. En général, ces anervismies se dissipent d'une manière rapide et presque instantanée. Nous avons vu des femmes rester pendant un mois paralysées du rectum et de la vessie, chez lesquelles les médicaments dits antispasmodiques les plus actifs, les purgatifs les plus énergiques, la glace, n'avaient pu en rien remédier à la distension, soit des intestins par les fèces ou les gaz, soit de la vessie par l'urine; tout à coup ces malades récupéraient le libre usage des actions propres aux intestins et à la cystûre (n° 9246).

12143. Trop souvent, quand les accidents sont ainsi complètement dissipés, *il suffit d'une nouvelle attaque* (n° 12131) *pour que l'anervismie se prononce de nouveau*, et cela, soit dans les mêmes parties où elle avait eu d'abord son siège, soit dans d'autres régions du corps. *Ces paralysies hystériques* sont bien loin d'être aussi graves que celles qui suivent : l'intoxication saturnine (n° 12059), les névraxorrhagies (n° 11853), les névraxites (n° 11961), les névraxomalaxies (n° 12010), les névraxocélies (n° 11768), etc. Nous n'avons pas vu de cas dans lesquels le sentiment ou le mouvement après un temps plus ou moins long ne se soit rétabli. *La diagnose* des anervismies étiangioviques et des états organopathiques qui viennent d'être énumérés, est, aux points de vue pronostique et thérapeutique, d'une grande importance. Elle se fonde sur les circonstances que voici : — 1° existence de cet état chez une femme plus ou moins jeune et sujette à des attaques de nerfs (n° 12131); 2° début rapide du mal à la suite des attaques dont il s'agit; 3° aucune variation en plus ou en moins et d'un jour à l'autre dans les symptômes; 4° coïncidence de divers accidents du côté de l'angiove ou de troubles dans l'angiovorragisme (n° 10100); 5° absence de tout état pathologique du cœur, des vaisseaux en général ou de ceux qui se rendent au névraxe; 6° état apparent de santé des viscères et de leurs fonctions, et cela, au milieu

des désordres en apparence les plus graves de l'innervation, etc. — Si l'on compare ce tableau à celui des anervismies, suites des névralgies précédemment étudiées (nos 11768, 11853, 11961, 12010, 12039), on conservera rarement des doutes sur le caractère de telles paralysies qui viendraient à se présenter à l'observation.

Contractures étiangioviques ou hystériques.

12144. Ailleurs, des *contractions persistantes* peuvent se déclarer dans divers muscles, et alors les parties que ces organes meuvent restent pendant un temps, souvent assez long, dans la position où cette contracture les maintient; les muscles de l'orbite causent ainsi un strabisme accidentel; par suite d'une contraction permanente, la tête est inclinée d'un côté; un membre devient raide et fléchi. — Nous croyons avoir le premier signalé un fait de contracture des muscles du bassin, simulant une luxation spontanée ou la carie de l'articulation sacro-iliaque: il s'agissait d'une sage-femme, fréquemment atteinte de très-fortes attaques de nerfs, et qui éprouva tout à coup une vive douleur dans les régions profondes des lombes et des reins. *En même temps, le membre inférieur du même côté parut raccourci de trois pouces. Nous mesurâmes la longueur de ce membre depuis la crête iliaque jusqu'aux orteils, et elle était parfaitement égale à celle de l'autre extrémité pelvienne; tout au contraire, le bassin du même côté se trouvait être très-rapproché du rebord costal correspondant; l'extrémité raccourcie était raide, la douleur profonde persistait; on ne trouvait aucune déformation des articulations coxo-fémorales ou sacro-iliaques, ni aucune tuméfaction des os.* Nous admîmes qu'il s'agissait ici d'une *contracture des muscles psoas et iliaques* dont la cause était hystérique. Cette contracture devait, d'après nous, élever le bassin de la même façon que des mouvements volontaires de ces organes déterminent en santé la même action. — Un chirurgien d'hôpital ne fut pas de cet avis; la malade entra à la Charité; dans la vue de remédier à une carie que l'on supposait exister à la symphise sacro-iliaque, on appliqua un cautère à la hanche: le lendemain le membre avait repris sa dimension ordinaire. — A une semaine de là, le raccourcissement reparut: on conçoit que l'on n'appliquât plus de cautère; or, pendant plusieurs années, et à l'occasion de nouvelles attaques d'hystérie, cette alternative d'accidents et de calme se renouvela fréquemment. Il devint donc évident qu'il ne s'était agi ici que d'une contracture en rapport avec l'hystérie. On a publié cette observation en rapportant la diagnose pré-

mière à d'autres praticiens. Nous avons dans d'autres temps revendiqué une priorité à laquelle nous attachons de l'importance, parce que de tels faits n'étaient pas alors connus.

Terminaison de l'hystérie ou névraxopallie étiangiovique.

12145. *La terminaison de l'hystérie* par la mort est rare; nous en avons vu un seul exemple; mais comme trois accès périodiques eurent lieu, comme la rate était hypertrophiée, comme le sulfate de quinine ne fut pas donné en temps utile ni à de hautes doses, peut-être ne s'agissait-il ici que d'une *fièvre intermittente pernicieuse dite hystérique* ou plutôt d'une *splénie* combinée avec une névraxopallie étiangiovique. — Quand les attaques d'hystérie se sont longtemps renouvelées d'une manière grave, on y voit quelquefois succéder l'épilepsie, la catalepsie, l'anomopsychisme (folie), l'érotomanie, la démence et la paralysie générale.

12146. Il se peut faire que l'anervisme étiangiovique envahisse un si grand nombre d'organes qu'elle simule la cessation de la vie. Tels sont probablement les cas de mort apparente mentionnés par Asclépiade, Pline, Ambroise Paré, et dont M. Georget et M. Du Bois ont fait mention. Nous croyons que de tels faits sont souvent plus merveilleux que vrais. *L'auscultation* permettant de saisir les bruits des battements du cœur; la conservation de la chaleur; l'absence, soit de raideur cadavérique, soit de putréfaction, préviendront de semblables méprises.

Diagnose, étiologisme, pathogénisme de l'hystérie et des attaques qui en sont les symptômes.

12147. La diagnose de la névraxopallie étiangiovique reposant sur les considérations précédentes, nous n'y insisterons pas. Il suffira pour l'établir de rapprocher le tableau qui vient d'être tracé (nos 12131, 12133), de ceux qui sont en rapport avec les névraxémies (nos 11780, 11783), les névraxorrhagies (n° 11857), la névraxomalaxie (n° 1210), les névralgies (n° 11638), les fièvres d'accès convulsives (n° 8862), le tétanos (n° 8862), etc., etc.

12148. Hippocrate et plusieurs auteurs anciens pensaient que dans l'hystérie, la matrice remontait vers l'épigastre ou la gorge et causait ainsi les accidents observés. Galien fit justice de cette étrange opinion. Plus tard on l'attribua à des vapeurs qui s'élevaient de l'utérus. Ces prétendues vapeurs, dont le public parle encore, étaient pour d'autres la liqueur spermatique qu'ils supposaient faussement exister chez la femme, et qui se reportant vers les organes intérieurs,

déterminait les attaques de nerfs. De telles explications ne valent pas la peine d'être réfutées. Les auteurs plus modernes, Morgagni, Pinel, Loyer Villermay, l'ont en général rapportée à l'excitation, à la congestion, à une phlegmasie de la matrice. Toutes ces hypothèses prouvent au moins un fait : c'est que de tout temps, on a observé une relation entre l'appareil génital de la femme et les accidents dits hystériques, comme l'étude des causes de ceux-ci porte à le faire admettre. La plupart de ces causes ont des rapports avec l'utérus, et presque toutes les prédispositions qui ont été signalées sont dans le même cas : âge de la femme, compris entre les approches de la puberté et le temps qui suit immédiatement la cessation des règles ; époque menstruelle (et il n'est pas un praticien qui n'ait vu l'ensemble des accidents hystériques être de beaucoup plus fréquents à cette époque que dans d'autres temps) ; suppression ou diminution de l'écoulement dont il s'agit ; accidents hystériformes pendant toute la durée de la gestation ; éclampsie ou hystérie épileptiforme chez un certain nombre de femmes se prononçant au moment de la parturition ; utéropathies chroniques de toutes sortes, et jusqu'à des cancers après l'âge dit critique (n^{os} 10239, 10289) ; dystopies utérines, varices, corps étrangers (tels que des pessaires), polypes utérins, adhérences entre les ovaires et l'épiploon (comme nous l'avons vu dans un cas bien remarquable (n^o 10554)) provoquant des attaques hystériques ; phénomènes du même genre, en rapport avec l'hydrémie des jeunes filles dans laquelle se prononcent des utéropathies ; prédispositions aux névrangioviés ; généralement reconnues comme étant liées aux accidents dits hystériques (abus ou privation des rapports sexuels ; conversation, lectures érotiques, vie de recluse ou contemplative, etc., etc.) ; telles sont les très-nombreuses circonstances qui militent en faveur de l'admission de causes angioviés aux accidents dits hystériques. Qui ne sait encore que l'orgasme qui chez la femme est le résultat du rapprochement des sexes, est accompagné de sensations, de mouvements en quelque sorte involontaires, d'efforts et même de cris qui rappellent des attaques d'hystérie ? Qui ne sait encore que les douleurs qui accompagnent le travail de l'accouchement, et les contractions musculaires qu'il provoque, ont beaucoup d'analogie avec les accidents décrits dans cet article ?

Le siège de l'hystérie est-il dans les viscères ?

12149. Les jeunes filles *chlorotiques* dont le sang est évidemment altéré (n^o 3842), sont fréquemment atteintes d'hystérie, et l'on

voit fréquemment les malades et les femmes sujettes à celle-ci, éprouver des angibrômies variées, des dyspnées extrêmes, des palpitations, etc.; de là, sans doute, cette croyance que les viscères sont les points de départ des attaques de nerfs. Une telle opinion est trop peu fondée pour qu'il soit utile de la réfuter.

Causes morales de l'hystérie; circonstances qui ont fait rapporter au névrosystème et au cerveau le siège de cette affection.

12150. C'est principalement chez les femmes excitables, dites nerveuses, c'est aux époques de la vie et dans les circonstances où cette excitabilité est la plus prononcée, que l'on voit surtout se déclarer les attaques d'hystérie, et la plupart des accidents douloureux ou pénibles de celle-ci ont leur siège dans des nerfs très-divers; de là l'opinion de Tissot, de Pomme, Brachet, etc., etc., que le névrosystème, considéré en général, ou quelques-unes de ses divisions (les ganglions, par exemple), étaient le point de départ des accidents que nous traitons.

12151. Déjà Willis, Ch. Lepois, avaient placé dans l'encéphale la source des accidents dits hystériques, et Georget a largement développé cette théorie. On voit en effet les impressions morales vives, les transports d'amour, de jalousie, de colère, ou encore les lectures, l'éducation qui surexcitent l'action cérébrale de la femme, les excès alcooliques, etc., provoquer des *attaques* de nerfs; on observe d'ailleurs, pendant la durée de celles-ci, une exaltation des sensations, des modifications soit : dans la perception, l'imagination, la mémoire, la volonté; soit dans les déterminations instinctives ou dans les actes intellectuels. On voit survenir : du coma, du délire, une perte momentanée du sentiment, du mouvement; des contractions spasmodiques, des contractures, etc. Or, tous ces phénomènes sont véritablement névraxiques, et au premier abord il semblerait que l'opinion de Georget fût la seule véritable.

12152. Mais les faits considérés de plus haut ne permettent pas de se circonscrire dans cette étroite localisation. Ici, comme dans tant d'autres cas, les explications diverses qui ont été données reposent chacune sur des faits, et c'est seulement en considérant ces faits dans leur ensemble qu'il faut en chercher la véritable théorie. En procédant ainsi, nous sommes arrivés depuis longtemps à nous rendre compte du point de départ et du siège de l'hystérie.

Pathogénisme de l'hystérie telle que nous la proposons.

12153. Dès le concours de 1826 pour l'agrégation, et dans une

leçon orale, nous avons établi que les phénomènes hystériques occupaient à la fois : soit l'appareil génital de la femme et ses nerfs, soit les plexus ganglionnaires et rachidiens qui y correspondent ; soit enfin toute la portion du cerveau ou de la moelle qui sont en rapport avec ce même appareil. De 1828 à 1836, dans la Clinique médicale de la Pitié, dans le Bulletin clinique, dans le Traité de diagnostic (n° 4677), nous avons, à plusieurs reprises, comparé les phénomènes dits hystériques à ceux de la migraine ou irisaigie. Les auteurs du *Compendium* (t. V, article Hystérie) ont même publié une note dans laquelle nous développons l'ensemble de nos idées sur cette collection de phénomènes névropathiques. Or, de ces idées, les unes ont trait à la nature intime des accidents névriques dont il s'agit, les autres se rapportent au siège qu'ils affectent et à leur progression.

Nature intime de l'hystérie ; névropallies étiangioviques.

12154. Encore une fois (n° 11550) les hypothèses relatives aux esprits animaux, à des vapeurs, à un raccornissement, à une irritation, à une subinflammation des nerfs, ne sont pas acceptables, et d'ailleurs elles ne rendent compte de rien ; ce sont là des mots dont on se paye faute d'avoir de bonnes explications à donner. Or, toutes les analogies avec les autres affections nerveuses nous font admettre que le phénomène spécial qui donne lieu à la série d'accidents dits hystériques n'est autre qu'une de ces oscillations morbides dont les nerfs nous paraissent être le siège, et auxquelles nous avons donné le nom de névropallies (n° 11550). L'analogie existant entre la migraine ophtalmique et celle qui est liée aux accidents dits hystériques, la succession observée quelquefois entre l'une et l'autre, la vue de l'image oscillante dans cette dernière et la sensation de vibrations, de fourmillement, d'auras avec tremblement, observables dans certains faits d'hystérie, la progression observée dans les phénomènes de celle-ci, leur mobilité si fréquente, etc. ; tout cela, disons-nous, conduit à admettre, dans les cas dont nous parlons, l'existence de névropallies prosasiques (nos 11550, 11632).

Siège des phénomènes rapportés à l'hystérie.

12155. 2° Dans notre manière de voir, le siège des phénomènes attribués à l'hystérie est multiple (n° 12127) ; il comprend non pas seulement l'utérus, ou exclusivement le cerveau, mais bien toute la partie du névrosystème dont l'action est liée à celle de l'angiove, c'est-à-dire : les nerfs de la matrice, des ovaires et de leurs annexes ; les rameaux ganglionnaires ou rachidiens qui y correspondent, enfin

les portions du névraxe spécialement liées aux fonctions angiovi-ques. Bien plus, la névropallie étiangiovi-que, en se reproduisant vers des parties du névrosystème autres que l'angiove, donnerait lieu aux douleurs et aux névropathies diverses que l'on voit succéder aux accidents utérins ovariens et névraxiques rapportés en général à l'hystérie. Si l'on avait égard à tous les symptômes que peut présenter cette affection, elle aurait pour siège tout le système nerveux de la femme. — Si l'on tenait principalement compte des sensations, des douleurs, des névries qui le plus souvent se déclarent au début de ce mal, il occuperait les nerfs de l'utérus et de l'ovaire. — S'il s'agissait des accidents qui ont lieu vers diverses parties, l'hystérie affecterait les plexus ganglionnaires du bassin, des lombes, peut-être le rachisomyèle, les nerfs intercostaux, le plexus brachial, la cinquième paire. — Quand la huitième paire est affectée, alors surviennent : soit la boule hystérique, soit les accidents laryngiens. — La céphalalgie frontale est en rapport avec une lésion semblable du pentanèvre. Quand se déclarent : l'extrême susceptibilité morale, les altérations dans les sensations, dans les perceptions, la perte incomplète de connaissance, les mouvements involontaires, etc., le névraxe est lui-même le siège de l'hystérie qui pourrait être rapportée aux nerfs moteurs et aux muscles, alors que se manifestent des contractures, des amyosthénies, etc. Ainsi, dans notre théorie, les accidents dits hystériques sont dus à une pallie qui, suivant les cas, est tantôt purement névrangiovi-que, tantôt sympathonévri-que; ailleurs purement névri-que, ailleurs encore névraxique ou même névromyosique. — Quand cette pallie progresse, suit la direction d'un nerf, elle détermine un *aura ascendant ou descendant* (1), et alors elle trouble les sensations ou les mouvements

(1) La pregression de la névropallie étiangiovi-que semble, dans sa marche, s'arrêter, ou se ralentir au moins vers différents points ou divers *nœuds*; et par exemple : à l'ovaire, aux plexus lombaires, solaire, au ganglion semi-lunaire, aux nerfs intercostaux, à la huitième paire dans l'œsophage ou au pharynx. Peut-être même certains ganglions nerveux seraient-ils le siège de ces *nœuds*. Ceux-ci arrêtent souvent l'oscillation névri-que ascendante, comme on voit la circulation lymphatique éprouver des stases aux ganglions qui entravent ainsi la progression vers le cœur de substances délétères (n° 3663). La boule hystérique au cou, à l'estomac, etc., semble correspondre à ces mêmes *nœuds*; quand l'oscillation les dépasse, alors surviennent des accidents plus complets. C'est ainsi que par delà le *nœud cervical* ou la sensation d'une boule, survient une attaque névraxique d'hystérie.

plutôt qu'elle ne les suspend. — Quand elle se fixe, les oscillations persistent, entravent l'innervation dans le point affecté; et de là résultent les anesthésies, les amyonérvismies, etc., dites hystériques. — Quand enfin des pallies étiangioviques se déclarent dans les nerfs ganglionnaires, surviennent des altérations fonctionnelles bizarres, variées en raison de l'organe où ces nerfs se distribuent, et qui simulent des organies ou des phlegmasies diverses, etc. — Dans notre théorie, la névropallie de l'hystérie peut être provoquée dans l'angiove par la congestion, les lésions physiques les plus nombreuses, comme aussi par les impressions morales en rapport avec l'appareil génital. Il peut même arriver à la rigueur que toute l'étendue de l'appareil névrangiovique, y compris la portion du névraxe qui y correspond, soit, dans certains cas, le point de départ de la névropallie dont nous nous occupons, et dont les symptômes, bien que l'oscillation primitive soit la même, varient en raison des nerfs affectés. L'angiosperme, considéré dans son ensemble, serait chez l'homme, et dans les cas rares où l'on a observé chez lui des phénomènes dits hystériques (n° 9908), le siège de la névropallie dont nous venons de traiter.

12156. Sans comparer la certitude des explications précédentes au positivisme des résultats plessimétriques (n° 683), nous avons beaucoup de confiance dans sa justesse, car elle rend compte de tous les faits observés, elle concorde avec l'explication d'autres affections dites névroses, et elle rend très-facile à comprendre les complications de l'hystérie avec l'épilepsie, la migraine, la catalepsie, etc., etc.

Thérapisme.

12157. C'est une chose triste que de voir comment, depuis tant de siècles, individualisant, sous le nom d'hystérie, des névropathies innombrables, on a constamment cherché à indiquer *un remède spécifique ou un traitement particulier contre cette prétendue maladie*. Faire l'énumération de ces *remèdes* (pris surtout parmi les collections de médicaments dits : antispasmodiques, narcotiques, toniques, anti-phlogistiques, etc.), ou présenter le tableau des médications de toutes sortes dirigées, dans des temps divers, d'après les idées systématiques en vogue, serait complètement inutile. Encore une fois (nos 12148, 12154), l'hystérie des auteurs est une réunion de phénomènes dissimilaires, qui souvent ont seulement de commun une oscillation névropathique. Cette oscillation se déclare dans des états morbides

très-différents de l'hystérie; il résulte de là : — 1° que ces névro-pallies étiangioviques ne constituent pas *une maladie unitaire*, mais bien des modifications morbides momentanément survenues dans la structure et dans les fonctions des nerfs; — 2° qu'il est impossible d'indiquer, contre cette affection, un remède ou un traitement spécial. — En lisant les écrits même les plus récemment publiés sur l'hystérie, on est surpris de voir combien est resté retardataire le traitement par lequel on la combat. C'est en étudiant séparément les indications présentées par les états morbides nombreux qui la constituent qu'il convient d'établir son traitement. Nous avons vu quelles étaient les médications applicables aux accidents attribués à l'hystérie des auteurs, et qui correspondent : soit à l'angiove (n° 10319); soit à la névropériphérie (n° 11562); soit aux nerfs considérés dans leur trajet (n° 11634).

Traitement de la constitution dite nerveuse.

12158. La disposition hypernervismique (constitution nerveuse) telle qu'elle existe en général, chez les femmes sujettes à des attaques de nerfs, n'exige pas de médicaments, mais bien une manière de vivre qui tende à calmer, à modérer cette disposition organique. Cette diététique se compose des moyens suivants : 1° une alimentation réparatrice dite tonique; 2° des exercices gymnastiques propres à développer l'appareil musculaire; 3° des occupations susceptibles de diriger l'intelligence ailleurs que vers les idées fantastiques ou contemplatives; 4° familiariser en quelque sorte les organes des sens avec les modificateurs qui les excitent, et cela à l'effet de diminuer leur impressionnabilité; 5° proscrire en conséquence la vie sédentaire et monastique tout aussi bien que les plaisirs qui enivrent ou surexcitent les passions; 6° conseiller les voyages, les bains de mer, les eaux minérales ou des occupations variées et plus ou moins agréables, mais cependant sérieuses; 7° les bains tièdes ou même froids, prolongés et répétés, etc.

Moyens de prévenir les attaques de névraxopallie étiangiovique.

12159. Pour prévenir le retour des attaques de névraxopallie étiangiovique, il faut d'abord chercher à faire éviter l'action des causes qui président à l'invasion de ces accidents (n° 12148). On s'efforcera donc d'éloigner toutes les circonstances qui du côté de l'angiaire sont susceptibles de ramener les phénomènes de névro-pallie ascendante, tels par exemple que les excitations trop vives des organes génitaux. Il faut surtout rechercher si quelque disposition

organique : stomatérelcosie ou ulcération du col utérin, hypo-utérotopie ou abaissement de l'utérus, ou quelque autre déplacement de la matrice; si un polype, un pessaire, un carcinôme, etc., ne sont pas les points de départ de l'*aura* hystérique (n° 12126). Trop souvent des lésions de ce genre, reconnues ou non pendant la vie, sont incurables; et alors le retour des attaques ne peut pas être prévenu; il en était ainsi dans ce cas d'adhérences entre le grand épiploon et les ovaires dont il a été parlé (n° 10554), et qui, alors que l'estomac distendu tirailant par en haut le ligaments larges, provoquait des accidents hystériques; — 2° dans les cas aussi de lésion organique profonde des ovaires, etc., il est impossible de remédier à de telles altérations, et partant d'empêcher l'invasion de la névropallie. On ne peut guère remédier complètement aux angiovémies qui, chaque mois, avant et après l'angiovorragisme (n° 10100), sont si fréquemment accompagnées de violentes attaques; toutefois, en favorisant, en modérant, en dirigeant convenablement cette évacuation, on parvient, dans quelques cas, à rendre les accidents névraxopalliques moins fréquents et moins graves.

12160. Quand il est possible de saisir le moment où la transmission de la névropallie se fait de la région ovarique à l'épigastre, à l'œsophage, au pharynx, et par conséquent quand on peut déterminer le temps qui précède plus ou moins immédiatement la progression du mal au névraxe lui-même, il faut tout d'abord recourir à des agents capables *d'entraver dans les nerfs la marche de l'aura, de la névropallie prosasique, des oscillations morbides et progressives*, comme on voudra les appeler. Ainsi, l'on prévient quelquefois l'extension du mal au centre nerveux. Nous avons déjà parlé des moyens convenables pour obtenir un semblable effet, tels que notre potion avec la quinine, l'alcool, la teinture de canelle et le sirop de fleurs d'oranger (n° 11568); tels encore que *la belladone et d'autres narcotiques* (n° 12157); peut-être que *divers excitants* de la peau, ou des membranes : buccale, gastrique et rectale pourraient agir dans le même sens. Il faut bien qu'il y ait de l'utilité à employer des moyens de ce genre; car les praticiens professant les opinions les plus diverses recommandent presque tous, au début de l'attaque, des médications semblables (du sel marin dans la bouche, des frictions éthérées et camphrées, de l'opium, etc.). Dans une infinité de circonstances, nous avons arrêté, au moyen de la potion avec l'alcoolé de quinine, des névropallies névrangioviques (n° 11568); et nous avons

ainsi complètement prévenu les accidents névraxiques. L'avantage de ce médicament sur les autres est principalement fondé sur la promptitude de son action prouvée par le retrait si rapide de la fièvre alors qu'il vient d'être administré (n° 5166), et sur la singulière propriété que présente la quinine de prévenir le retour des névropathies périodiques; aucun autre moyen ne nous a paru réussir aussi bien. — Si nous redoutions moins les effets toxiques de l'acide cyanhydrique nous l'employerions (mais avec une extrême circonspection) pour paralyser momentanément l'action des nerfs dans lesquels la vibration s'opère; du reste, c'est *théoriquement* et non pas *pratiquement* que nous le proposerions; tandis que nous avons maintes fois prévenu les attaques d'hystérie au moyen de notre poison. Ce résultat ne nous a pas paru être la conséquence d'une dérivation portée sur un organe autre que la partie affectée, mais bien d'une action spéciale sur le nerf affecté, action qui met un terme à la névropallie (1). Nous n'avons point vu en effet les sinapismes, les érucicatoires, les applications générales ou locales de calorique produire des effets analogues.

12161. Nous avons essayé l'emploi des *inspirations d'éther*, et dans trois cas sur cinq où nous avons employé ce moyen sont survenus presque immédiatement les attaques les plus terribles, des symptômes épileptiformes, de très-violentes convulsions, un état comateux, etc., etc. Cependant, ces femmes n'avaient pas éprouvé antérieurement de phénomènes de cette gravité. Deux d'entre elles eurent une amélioration réelle dans les névralgies étiangioviques dont elles étaient atteintes; mais les accidents névraxiques produits par l'éthérisation furent si graves, que nous n'avons pas osé, depuis, recourir à ce moyen. Peut-être les *inspirations de chloroforme* auraient-elles moins d'inconvénients; nous n'en avons pas encore essayé l'emploi; les exemples terribles de mort survenus brusquement à la suite de l'emploi de ce dernier moyen ne nous engagent pas à en faire usage, surtout alors qu'il s'agit d'une affection qui, telle que l'hystérie, compromet si rarement la vie.

Traitement de l'attaque alors qu'elle est déclarée.

12162. Une fois que l'attaque de névraxopallie étiangiovique est déclarée, il est fort difficile, s'il n'est impossible, d'en arrêter les

(1) Il n'est pas impossible que les oscillations ressenties par les malades, à la suite de l'administration de la quinine à hautes doses, dans les organes des sens et le système nerveux (n° 9144), entravent les névropallies spontanément développées.

périodes successives. Nous avons vu mettre en usage ou prescrit nous-même une infinité de remèdes de toutes sortes, depuis l'innocent *galbanum* ou le *castoreum*, l'*assafœtida*, dont l'odeur est repoussante; depuis la *myrrhe*, le *musc*, la *mélisse*, etc., qui frappent si vivement l'odorat; jusqu'à l'*opium*, la *belladone*, le *zinc*, etc., donnés en potions ou en injections dans le rectum. Nous avons appliqué de la *glace* sur le front, des *ventouses* ou des *cataplasmes chauds aux cuisses*. Nous avons fait tenir la *tête élevée* et les *pieds abaissés et pendants*, etc.; tout cela n'a pas entravé la succession des phénomènes névraxiques précédemment décrits (n° 12126). L'attaque se terminait à peu près comme si l'on n'eût rien fait. La *saignée* a paru quelquefois calmer les symptômes; mais c'était plutôt comme moyen de remédier à la panhypérémie ou à la névraxémie coéxistantes qu'elle était utile, et non pas pour guérir l'attaque elle-même. Les *sangsues* placées au bas-ventre, aux cuisses, à la vulve, non-seulement sont parfois, à cause des mouvements convulsifs, d'une application difficile, mais encore elles causent de vives douleurs qui exaspèrent les malades, et augmentent le violence des mouvements spasmodiques. — Peut-être pourrait-on appliquer à l'extérieur, et avec avantage, l'*éther* ou le *chloroforme* sur les régions correspondant soit à la moelle, soit à l'octonèvre (huitième paire), c'est-à-dire le long de la colonne vertébrale, à l'épigastre ou au cou. Pour cela on remplirait un verre avec de la ouate, puis on placerait par-dessus d'autre coton imbibé de chloroforme; on poserait le limbe du verre sur la peau de façon à ce que la vapeur dégagée restât en contact avec le tégument et ne s'échappât pas au dehors. On laisserait cet appareil en place pendant quelques minutes. Or, nous avons vu, ainsi que d'autres médecins, des névralgies être subitement calmées par ce moyen, et peut-être en arriverait-il ainsi pour la névraxopallie étiangiovique elle-même.

Soins à donner pendant le traitement.

12163. Il importe surtout d'avoir les plus grands soins des femmes qui sont actuellement frappées d'une attaque de névraxopallie étiangiovique. Il faut éviter qu'elles se blessent; les maintenir, *non pas avec violence et en luttant avec elles, mais en les retenant légèrement, et en les laissant se livrer aux mouvements non dangereux*. On les placera sur un matelas par terre, au milieu de la chambre; car alors elles ne seront pas exposées à se frapper la tête ou les extrémités contre les meubles ou les murs; on les traitera avec douceur;

on évitera de parler légèrement de leurs souffrances, et l'on aura pour elles tous les égards et toutes la retenue que leur état comporte. L'état mental où elles se trouvent fréquemment pendant et après les attaques est une sorte de délire auquel est applicable (à part les accidents utérins qui s'y joignent) la curation des troubles intellectuels dus à toute autre cause.

12164. L'opinion générale qui rattache l'hystérie aux troubles des fonctions des organes génitaux ou même à la rétention de la liqueur spermatique, a conduit les médecins, depuis les temps les plus reculés, à se livrer à *des manœuvres, à des attouchements* dont le moindre inconvénient est d'être le plus souvent inutiles.

Soins à donner après les attaques. Traitement des névralgies étiangioviques.

12165. Les soins à donner ultérieurement aux attaques sont en général de laisser les malades dans un état de calme et de repos; d'éviter de les exciter par des sensations, et de les émouvoir par des impressions morales. — Les névralgies qui surviennent après ces mêmes attaques et quel que soit leur siège, exigent le même traitement que les névralgies en général. Les contractures dues aux névropallies étiangioviques exigent non-seulement des cataplasmes et des bains, mais encore des moyens analogues à ceux qui conviennent pour arrêter ou pour entraver les oscillations morbides (n° 11568) qui peut-être en sont les causes.

Traitement de la paralysie hystérique.

12166. Nous n'avons pas vu, jusqu'à ces derniers temps, les anesthésies de cause névraxopallique et étiangiovique (paralysie de sensation ou de mouvement, en rapport avec l'hystérie) céder à la plupart des moyens dits : excitants, antispasmodiques, narcotiques, etc. Il est vrai que notre éloignement pour l'emploi de la *strichnine* ne nous a pas permis d'avoir recours à ce poison décoré souvent à tort du nom de médicament. *Les vésicatoires, les cautères, le magnétisme minéral, l'électricité, les mouvements provoqués*, ont le plus souvent échoué. La paralysie s'est le plus souvent dissipée d'une manière spontanée, sans que nous ayons pu connaître la cause de cette disparition. Plusieurs fois les passes magnétiques ont été sur plusieurs malades ainsi affectés tout à fait sans résultat; mais assez récemment, une femme paralysée depuis un mois à la suite d'une attaque d'hystérie : soit de la vessie et des gros intestins qui se distendaient par des gaz; soit des membres inférieurs de l'une des extrémités supérieures, fut soumise dans notre

service à des passes magnétiques. L'élève qui se chargea de cette opération était un jeune homme zélé et studieux, et sur l'honnêteté duquel je pouvais entièrement compter. Or, il est certain qu'à chaque séance magnétique, cette femme récupéra une partie du mouvement, et elle nous affirma que l'espace occupé par l'anesthésie de la peau diminuait à chaque fois d'étendue. La malade guérit complètement en quelques semaines. Certes, nous n'admettons pas que ce soit un prétendu fluide qui ait fait ici dissiper les accidents; mais nous pensons que la modification physique et intellectuelle qui, chez la femme dont il s'agit, a été la conséquence des manœuvres dites magnétiques exercées par un homme jeune et fort bien de sa personne, a été la cause réelle du succès obtenu.

12167. Dans un autre fait de paralysie hystérique datant de plusieurs mois, et qui était accompagné de vives douleurs dans la région du rachis, *l'application du chloroforme sur les points douloureux et par la méthode indiquée au n° 11712*, a fait cesser le mal comme par enchantement. Toutefois, la position de cette malade avait été déjà singulièrement améliorée au moyen de l'extrait aqueux de la belladone qui lui avait été administré à la dose de 40 centigrammes par jour, et que nous avons prescrit dans le but d'arrêter les oscillations morbides que nous supposons exister dans les parties du système nerveux correspondant aux parties privées de sentiment et de mouvement.

CHAPITRE XVII.

NÉVRAXOPALLIE ÉTIONÉVROMMIQUE. — Oscillation morbide des centres nerveux principalement due à une souffrance primitive du nerf optique (épilepsie des auteurs).

12168. On a fait dériver le mot épilepsie *επιληψία*, d'*επιλαμβάνω* (au futur *επιληψω*) je saisis, parce que, dit-on, l'affection qui a reçu ce nom, paraît brusquement saisir les malades. Cette ressemblance n'est en rien fondée; car, dans beaucoup de cas, les accidents ainsi désignés commencent par des symptômes d'abord faibles, qui prennent bientôt de l'intensité, et sont enfin suivis des phénomènes les plus effrayants. D'ailleurs, une infinité d'affections se déclarent tout aussi vite ou même plus rapidement, et par conséquent mériteraient mieux encore que l'épilepsie, le nom dont il s'agit. Les autres déno-

minations dont on s'est servi sont bien autrement fausses ou ridicules, exemples : *le haut mal, le mal caduc, le mal d'Hercule, de Saint-Jean ou de Saint-Valentin; morbus : divinus, sacer, comitialis, lunaticus, etc.* Là, comme ailleurs, les noms imposés à la maladie ont semblé destinés à prouver combien les médecins étaient ignorants sur son véritable caractère. Il faut avouer cependant que l'onomopathologie ne permettrait d'assigner un nom convenable à l'épilepsie ou aux divers symptômes qui ont été collectionnés sous cette dénomination, que si l'on adoptait des idées précises sur sa nature. Pour nous et par les raisons que bientôt nous allons exposer, nous désignons sous le nom de névraxopallie névrommique ou étionévrommique (oscillations morbides des centres nerveux dues à une affection du nerf optique) les accidents dits : *épilepsie*; mais notre opinion sur le caractère de ce mal étant sujette à controverse, nous conserverons fréquemment dans cet article l'expression *épilepsie*. Cette dénomination devra être entièrement abandonnée quand on sera tout à fait arrêté sur la nature des accidents qu'elle est appelée à exprimer.

Caractères symptomatiques, définitions de l'épilepsie.

12169. Les symptômes désignés par les auteurs sous le nom d'épilepsie sont les suivants : *perte de connaissance, précédée ou non de sensations variées dans divers organes, et auxquelles on donne le nom d'auras; état convulsif et fixité des yeux; au début, le malade jette un cri, tombe, se mord la langue et écume; il éprouve souvent à plusieurs reprises des convulsions saccadées, et cela dans les muscles des membres et même du tronc ou de la face. Après une durée variable de ces symptômes, l'épileptique revient à lui, tout en ne se ressouvenant plus de ce qui a eu lieu pendant le paroxysme et tout en restant dans un état de stupeur, d'abattement moral, parfois suivi de délire, ou même de manie furieuse. Cette affection apyrétique revient par attaques que séparent des intervalles d'un calme plus ou moins complet.*—La description succincte qui précède est préférable à une définition. Toutes celles qui ont été données sont en effet plus ou moins fautives et incomplètes. Les définitions de Cullen, de Sauvages, de Tissot, pas plus que celle d'Esquirol (une maladie convulsive ou clonique avec perte de connaissance), ne comprennent pas à beaucoup près tous les cas rattachés par les auteurs à l'épilepsie, et bien des attaques de ce mal ne sont pas accompagnées de convulsions ou même de perte absolue de connaissance. Il serait impossible de circonscrire nettement l'idée de la maladie : *épilepsie*, dans un cercle déterminé de phénomènes,

parce que le mal dont il s'agit est un assemblage de symptômes qui ne se manifestent pas toujours en même nombre, avec la même succession et d'une façon aussi complète. Ces symptômes sont sans doute l'expression de divers états morbides et de la souffrance d'organes divers. Voilà pourquoi il faut ici plutôt décrire que définir ; nous pensons que les caractères principaux de ce que l'on appelle épilepsie sont constitués par une névraxopallie de cause névrommique, mais nous savons que beaucoup de phénomènes rapportés à l'épilepsie ne rentrent pas encore dans le cadre que désigne cette expression.

Nécrorganographisme.

12170. Le même vague existe relativement dans l'anatomie pathologique de l'épilepsie. Les innombrables lésions qui ont été rencontrées à sa suite ne se rapportent pas à coup sûr à un état organique simple, mais bien à des altérations variées.

12171. *La conformation du crâne*, bien qu'ayant à peine offert des altérations dans bien des cas (Margue, 1824), présente en général chez les idiots épileptiques un front fuyant en arrière, rétréci, et dont l'angle se rapproche de 70 degrés. Quelquefois l'épaisseur de cette boîte osseuse est portée jusqu'à 9 lignes (Bonté). Par contre, les pariétaux (Portal), ou toute la voûte (Morgagni), sont dans certains cas très-amincis. Ailleurs, le crâne est plus spacieux qu'à l'ordinaire ou incomplètement ossifié. M. Bell a vu : la partie frontale droite être double en épaisseur de celle du côté opposé, la fosse orbitaire droite plus élevée, et la fente sphénoïdale déformée. Wenzell a observé une carie de la selle turcique et de ses apophyses ; d'autres ont noté des lésions graves des vertèbres, des rétrécissements du canal rachidien, des exostoses, des tumeurs du crâne, et l'on a cité le cas d'une balle incrustée dans la portion orbitaire du coronal (Ribes, citation de Portal : sur la nature et le traitement de l'épilepsie). — Des rougeurs, des vascularisations, des indices de congestion (Foville), ont été trouvés chez les épileptiques : dans la dure mère, dans la pie mère ou dans l'arachnoïde, qui souvent a présenté de l'opacité, de l'épaisseur, ou même des granulations grisâtres variant depuis le volume d'une graine de moutarde jusqu'à celui d'une lentille. — Ailleurs, on a observé, bien que très-rarement, des hémorrhagies dans la deuto ou dans la tritoméninge (deux cas vus par M. Parchappe). Lieutaud, M. Calmeil, y ont vu fréquemment des épanchements sérieux existant, soit à la surface cérébrale, soit dans les ventricules ; mais il faut bien se rappeler que l'on a pu prendre pour tels, la présence physiologique du

fluide céphalo-rachidien (n° 11909). Dans deux cas, on a noté une infiltration séreuse de la pie mère (n° 11922). On a vu tout le pourtour des hémisphères recouverts d'*hydatides* (Calmeil), qui dans un autre fait étaient contenues dans le canal vertébral. Enfin, on a observé de *vastes ossifications de la dure mère* à droite et des *tumeurs osseuses* (Esquirol), qui parfois ont occupé la grande faux cérébrale ou la tente du cervelet (Bell).

12172. Le tissu même du névraxe, le leucomyéle (substance blanche) comme le chloromyéle (substance grise ou colorée), ont présenté sur les cadavres d'épileptiques : 1° *des hypertrophies* (n° 12029) (Portal, Ferrus, Parchappe); *des atrophies* (n° 12036) (Boucher et Cazauvieilh); 3° *des malaxies* (n° 12001) (Portal, Boucher et Cazauvieilh); 4° *des hémorrhagies* (11846) (Parchappe); 5° *des abcès* (Lieutaud); 6° *des tubercules* (Portal); 7° *des cancers* (*idem*); 8° *des sclérosies* ou indurations (n° 12023) (Morgagni, Meckel, Boerhaave, Boucher et Cazauvieilh); on y a trouvé des lésions variées du céphale lui-même (indurations, ramollissement, etc.), du cervelet (M. Hofer l'a vu ulcéré dans un cas), des cornes d'Ammon, *des couches optiques* (M. Esquirol les a trouvées une fois converties en une bouillie brunâtre); de la glande pituitaire (souvent atteinte d'indurations, de ramollissements de concrétions); du prolongement rachidien (Esquirol et Amussat); des olives et des pyramides; etc. On a rencontré chez les épileptiques des altérations des divers troncs nerveux, tels que : les nerfs intercostaux, diaphragmatiques, laryngés, etc. Dans un fait très-remarquable, et dans lequel un *aura epileptica* prenait évidemment son point de départ du *nerf médian* droit, nous avons vu lors de la nécroscopie ce *nerf rouge, hypertrophié et beaucoup plus pesant que celui du côté opposé* (n° 11617).

12173. On a fait figurer au nombre des lésions organiques observées chez les épileptiques des *aortasies* (n° 2215), des *acardiotrophies* (n° 1823), des *phlébectasies* (n° 3490) intra ou extra-crâniennes; des *angibrômies* (n° 7358), et même des *utéries* de diverses sortes (n° 9961). Evidemment, il n'y avait, dans de tels cas, aucun rapport direct entre de telles lésions et les symptômes névriques ou névraxiques désignés sous le nom d'épilepsie.

12174. On a donc rencontré dans les cadavres d'épileptiques presque toutes les lésions possibles du névraxe, mais on n'en a trouvé aucune qui pût être rapportée d'une manière constante à la série d'accidents dits *épilepsie*. Parfois cependant, à la suite d'un tel

mal, on a constaté, ainsi que nous venons de le dire, des altérations dont le siège était voisin des nerfs optiques, à partir de la rétine jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. Nous aurons bientôt l'occasion de tirer parti de ce fait, et il est à regretter que l'on ne se soit pas attaché davantage à constater chez les épileptiques l'état de l'œil et du nerf optique.

Symptômalogisme ; attaque simple d'épilepsie bien caractérisée.

12175. Dans une attaque d'épilepsie bien caractérisée et considérée isolément des divers états morbides qui peuvent la précéder, voici en général ce que l'on observe : tout à coup les yeux deviennent fixes ou convulsifs ; le malade paraît regarder sans voir, souvent il jette un cri, tombe s'il est debout, ou devient immobile s'il est couché ; les mouvements respiratoires sont suspendus pendant quelques instants, et toute sensation, toute perception, toute connaissance, sont momentanément suspendues. Cet état dure quelques secondes, quelques minutes même, puis surviennent : une inspiration profonde et des mouvements involontaires consistant en une série de contractions peu étendues, mais très-énergiques, saccadées, et alternant avec de courts instants de repos. Dans les membres, au cou, quelquefois au tronc, ce sont les muscles fléchisseurs et les extenseurs qui, successivement et dans un très-court espace de temps, portent les parties dans des sens opposés et, par exemple, comme nous l'avons vu dans un cas (Bulletin clinique (n° 65)), la tête peut venir frapper par des battements presque égaux et rapides le traversin ou le dossier du lit sur lequel elle repose. A la face se déclarent des mouvements convulsifs, grimaçants, qui donnent à la physionomie une hideuse expression. Les contractions des muscles de l'œil entraînent ces organes dans diverses directions, d'où résulte un aspect horrible ; les masseters et les temporaux resserrent la mâchoire d'une manière alternative, de telle sorte que si la langue, souvent tirée alors hors la bouche, est serrée entre les dents, il en résulte de profondes morsures ; au pharynx, à la glotte, au diaphragme existent aussi des contractures très-énergiques qui, durant quelques moments, suspendent l'inspiration ; aussi le cou se tuméfie-t-il et des stases sanguines ont-elles lieu dans les cavités droites du cœur, dans les veines jugulaires, dans les capillaires veineux très-distendus du cou et de la face ; alors ces parties, ainsi que les lèvres et la langue, prennent une coloration livide, violacée ou brunnâtre. Bientôt succèdent des mouvements d'expiration et d'inspira-

tion aussi *saccadés*, et comme l'air passe et repasse à travers la bouche remplie de salive, celle-ci devient écumeuse, se répand au dehors, ou bien restant dans le pharynx, fait entendre un râle affreux.

12176. En même temps le cœur se contracte avec énergie, et dans quelques cas nous l'avons vu, pendant ces attaques convulsives, devenir momentanément très-résistant au doigt qui le percutait (Bulletin clinique); en même temps le pouls, surtout dans les artères du cou et de la tête, est en général fort et développé; quelquefois les intestins et la vessie se contractent de façon à ce que l'urine soit spontanément évacuée. Le malade fait parfois entendre du stertor, des cris, et comme des rugissements; rien de ce qui l'entoure ne le touche ou ne l'impressionne; l'œil, l'oreille, la peau, etc., ne sont pas sensibles à leurs excitants naturels. Aucun mouvement volontaire n'a lieu, et toutes les contractions musculaires alors observées sont convulsives.

Attaques composées; terminaisons des attaques.

12177. Rarement y a-t-il une attaque simple qui peut durer à peine quelques secondes ou une minute; presque toujours cette attaque est composée de petits paroxysmes convulsifs séparés par des alternatives d'un état apoplectiforme ou comateux, et d'une suspension de la respiration assez analogue à ce qui a lieu lors de l'effort. Ces attaques complexes et pendant lesquelles la connaissance est nulle, durent pendant dix minutes, un quart d'heure ou plus; tantôt les paroxysmes convulsifs vont en augmentant, tantôt en diminuant d'intensité. Enfin, les contractions musculaires, les troubles de la respiration cessent et le faciès reprend peu à peu son aspect ordinaire; tantôt le malade reste, pendant quelque temps encore, plongé dans un assoupissement profond et qui, à mesure que plus de temps s'écoule depuis la fin des accidents convulsifs, le devient de moins en moins; tantôt la connaissance revient tout d'abord, et dans les deux cas le malade est comme frappé de stupeur: il lui semble sortir d'un rêve, mais il ne se ressouvient en aucune façon ni de l'attaque, ni de ce qui lui est arrivé pendant sa durée. Peu à peu l'intelligence se rétablit complètement et tous les accidents se dissipent.

Marche des attaques; attaques uniques d'épilepsie; intermittence, périodicité.

12178. Probablement il arrive parfois qu'une seule attaque a

quelquefois lieu et ne récidive point. Il en est peut-être ainsi de certaines convulsions qu'éprouvent les enfants en bas âge, et qui plus tard ne se reproduisent plus. Mais, le plus souvent, après quelques mois, ou même quelques années, se déclare une récidive généralement plus intense et plus prolongée que l'atteinte première et qui, après un espace de temps plus ou moins considérable, se manifeste de nouveau avec une grande violence. Le mal reparaît ensuite de plus en plus fréquemment, de manière à ce que les accès ont lieu toutes les semaines, tous les jours, ou même plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Il arrive souvent que plusieurs attaques se renouvellent le même jour, et qu'il se passe des semaines ou des mois avant qu'il n'y ait de récidive.

12179. Dans cette névraxie comme dans beaucoup d'autres, non-seulement il y a de l'intermittence entre les attaques, mais elles reparaissent fréquemment à des époques périodiques ou à peu près périodiques, de telle sorte que presque régulièrement tous les mois, tous les sept ou huit jours, tous les quatre ou cinq jours, ou même la matinée, le soir, ou la nuit de chaque période diurne, les accidents se reproduisent.

Attaques incomplètes, variations qu'elles présentent.

12180. Telles sont les attaques d'épilepsie accompagnées des caractères qu'elles présentent alors que le mal, tout à fait confirmé, a longtemps duré, et telles aussi qu'on les observe dans les asiles consacrés aux infortunés qui en sont frappés; mais il ne faut pas croire que cette affection se présente toujours avec un cortège de symptômes aussi complet et aussi terrible.

Début, prodromes, auras, névropallies prosectasiques et initiales dans l'épilepsie.

12181. D'abord les prodromes, le début des attaques d'épilepsie varient extrêmement. Ce n'est suivant nous que dans le plus petit nombre des cas que l'invasion du mal est subite. Nous avons interrogé avec soin un grand nombre d'épileptiques qui se sont succédé depuis vingt ans, soit dans nos services hospitaliers, soit dans notre pratique civile, et presque constamment, quand le mal n'était pas congénital ou très-ancien, lorsqu'il n'avait pas récidivé un très-grand nombre de fois, alors encore que l'intelligence était assez développée pour que le malade pût nous rendre compte de ce qu'il avait éprouvé, nous obtenions de lui des renseignements fort importants à noter. *Il avait ressenti quelques secondes, quelques*

minutes, parfois une heure, dans certains cas un jour avant l'accès, quelques-uns des phénomènes suivants : 1° un sentiment de pression, de gêne, de douleur à l'épigastre, sentiment qui s'élevait vers l'œsophage et la tête (ce sont des cas pareils, déjà notés par Frank, Portal, Copland, qu'Esquirol rapportait à l'épilepsie gastrique et dont nous avons vu un grand nombre d'exemples) ; — 2° un fourmillement ayant son siège dans les nerfs, soit de l'avant-bras, soit de l'extrémité des doigts (le nerf médian au poignet, dans un cas observé par nous, était le point de départ du mal, et après la mort, comme il a été déjà dit (n° 11617), ce nerf fut trouvé hypertrophié, et plus pesant que celui du côté opposé (Bulletin clinique, n° 65)) ; — 3° des phénomènes analogues dans le trajet ou dans les filets du nerf sciatique (cas observés par Galien, Alexandre de Tralles, Raulin et par nous) ; — 4° une névralgie thoraco-brachiale ou intercostale (1) ; — 5° la névropallie étiangiovique (n° 11669) précède très-souvent la névraxopallie névrommique (ce sont là les cas d'hystérie épileptiforme des auteurs, dont Portal et tant d'autres ont parlé, et probablement aussi les faits désignés par les accoucheurs sous le nom d'éclampsie. Nous avons vu un très-grand nombre d'exemples de ces hystéries dites épileptiformes) ; — 6° de douleurs, de fourmillement au pourtour des lèvres, de la nuque (Wepfer), une tuméfaction de la langue (n° 12126), des rougeurs autour des narines, des gonflements dans les veines du front (Tissot) ; (une femme ayant été frappée à la nuque par un serpent mort qu'un homme lui avait lancé pour l'effrayer, éprouva depuis lors des attaques

(1). Actuellement, avril 1849, est encore dans nos salles une jeune fille qui, n'ayant jamais éprouvé d'attaques d'hystérie ou d'épilepsie, fut atteinte de névro-varie, puis de névralgie intercostale à gauche, d'accès fébriles intermittents et d'une légère splénomacrosie ; ce fut avec une peine extrême, et après deux mois de traitement, que sous l'influence du sulfate de quinine, des vésicatoires et surtout de bains tièdes prolongés, nous fîmes dissiper de tels accidents. Pendant cinq mois cette femme fut bien portante ; alors elle fut reprise : de névralgie intercostale à gauche et d'hypertrophie splénique ; mais cette fois un sentiment d'étranglement au cou, puis des éblouissements et enfin des attaques d'épilepsie très-fortes, vinrent se joindre plusieurs jours de suite à la névralgie. Nous craignîmes même qu'une fièvre pernicieuse ne se déclarât et que la malade ne succombât pendant un des accès. Le sulfate de quinine, la potion avec ce médicament, la teinture de canelle, l'alcool et le sirop (n° 11368), calmèrent et éloignèrent de beaucoup les attaques. Cependant la malade en est parfois encore atteinte et sa névralgie n'est pas entièrement dissipée.

d'épilepsie qui commençaient par une sensation pénible derrière le cou (Beau)); — 7° des mouvements spasmodiques des muscles des lèvres, des paupières, des autres parties de la face; — 8° des nausées, de la dyspnée, etc.

Auras épileptiques partant de l'appareil optique.

12182. Mais, de tous les phénomènes qui précèdent les attaques, et qui sont le plus rapprochés de l'instant où elles surviennent, c'est à coup sûr l'éblouissement qu'il est le plus utile de noter. Ce symptôme se prononce parfois d'une manière brusque et sans avoir été précédé d'aucun autre accident. Nous reviendrons bientôt sur ce fait. Mais ailleurs, et très-fréquemment, il succède aux diverses circonstances dont il vient d'être fait mention (n° 12181); presque toujours il précède d'une manière immédiate la perte de connaissance, le cri, la chute et les autres accidents cérébraux caractéristiques (n° 12175). Tout épileptique capable encore de bien exprimer ses idées, et qui conserve assez la mémoire des phénomènes éprouvés au début du mal pour pouvoir en parler, dit avoir éprouvé des troubles du côté de l'appareil optique, tels que : la vue d'une lumière vive, de flammes, de corps rouges colorés ou noirs (Arétée); des éblouissements (Esquirol les admet dans ce qu'il appelle *épilepsie pléthorique*); cent épileptiques *au moins* nous ont présenté ces symptômes. Ailleurs, ce sont des fantômes, des spectres, des hallucinations bizarres que croient entrevoir les malades, et qui rappellent des objets dont l'aspect avait parfois immédiatement précédé la première attaque. — Certains individus sont devenus épileptiques à la suite de la terreur que leur avait causé *la vue* d'un corps prêt à les écraser (Portal), ou celle d'une voiture dans laquelle se trouvait un homme portant un bonnet rouge; une autre personne *apercevant* un enfant menacé d'être renversé par une voiture, et étant lui-même sur une charrette, tomba, fut frappé d'une attaque d'épilepsie qui se reproduisait toutes les fois qu'il *voyait* un grand nombre de personnes près de lui. Ailleurs, le mal commençait par une *sensation optique* en rapport avec un *brouillard* qui l'empêchait de rien distinguer (Piorry, Bulletin clinique, n° 65). Dans un autre cas, un enfant fut frappé d'une *première attaque* alors qu'il fut *ébloui par un brâsier*; cet enfant éprouva depuis des récidives renouvelées aussi à l'occasion de la vue d'objets lumineux. Un soldat montant à la brèche lors du siège d'Anvers, fut *ébloui* par le feu de l'artillerie, et *étourdi par le bruit qu'elle causait*. Ce soldat devint *sur-le-champ*

épileptique, et le mal se reproduisait à l'occasion de l'action d'une vive lumière (Piorry, Bulletin clinique, n° 65). Un autre soldat, en Afrique, voit un Arabe qui le poursuit; il éprouve une première attaque, celles qui suivirent furent précédées de la vue d'un bournous blanc (observation de notre clinique). Parfois des malades sont prévenus de l'invasion du mal par des rêves effrayants dans lesquels ils croient voir des objets fantastiques. On a noté au début des accès que la pupille était contractée ou encore oscillante, qu'il y avait un affaiblissement de la vue ou de la cécité, soit des deux yeux, soit d'un seul.

Auras épileptiques variés.

12183. Dans des cas bien moins nombreux que les précédents, et nous en avons à peine observés, les malades sont avertis des attaques par des sensations acoustiques, telles que des bruits de scie, de cascade, de fusée, de canon, par un son imitant le vent (Portal), par des tintements d'oreille, etc. — Très-rarement la sensation fausse d'odeurs variées a semblé annoncer les accès. Plus souvent des convulsions ou des paralysies partielles, des mouvements bizarres, et par exemple : l'action de tourner sur soi-même, de faire des signes de croix (Foville), de se déshabiller complètement (fait observé par nous sur un homme de la Rochelle), ont précédé l'attaque, ou l'ont même constituée. On admet encore que les phénomènes épileptiques sont parfois annoncés les jours précédents par des troubles psychismiques, tels que : de l'exaltation, un caractère irritable, de la gaieté, de la tristesse, de la colère, des peines sans motifs (Tissot). Esquirol a cité le fait d'un épileptique qui éprouvait l'attaque à la suite d'un assoupissement profond; on prévenait les accidents en empêchant le sommeil. Nous avons vu un cas de ce genre, mais la malade, quand l'attaque la frappait pendant la veille, éprouvait des éblouissements précurseurs. Le mal reparait chez elle à des jours et à des heures presque fixes; cette dame guérit aussi sous l'influence : soit du réveil journalier aux heures des attaques; soit à la suite de l'administration du sulfate de quinine à hautes doses et de notre potion (n° 11568). — Le temps qui s'écoule entre le début des accidents du côté de l'œil et l'invasion des accidents cérébraux est, d'après le rapport des épileptiques, différent chez plusieurs d'entre eux. Il semble varier de quelques secondes à plusieurs minutes; ceux de ces malades qui ne conservent aucune mémoire de ce qui s'est passé au début, ou dont l'hypopsychisme est telle qu'ils ne rendent aucun compte de ce qui a

eu lieu lors du début, sont précisément ceux chez lesquels les attaques sont les plus graves, ont été les plus réitérées, débutent d'une manière plus instantanée, datent d'une époque plus reculée, et ont été presque congénitales. Or, si dans de tels cas on observe avec soin le début des accidents, on voit tout d'abord les yeux devenir fixes, immobiles, convulsés, souvent dirigés et maintenus en haut, au-dessous de la paupière supérieure; les pupilles sont dilatées ou du moins insensibles à la lumière, et cet état convulsif des globes oculaires dure tant que le paroxysme persiste. Au début, *pendant* les petits accès qui souvent, par leur réunion, constituent l'attaque, les convulsions des yeux se renouvellent.

Petit mal; auras s'arrêtant dans leur marche progressive.

12184. Ces *prodrômes*, ces *auras*, pour nous ces *névropathies ascendantes*, ces *névropallies*, sont loin d'être toujours suivies des accidents névraxiques qui constituent l'épilepsie des auteurs. Très-fréquemment des gens sujets à des attaques complètes et précédées d'un *aura* partant de tel ou tel nerf, de tel ou tel organe, éprouvent quelquefois et dans d'autres temps un *aura* semblable, une névropathie progressive exactement analogue, mais qui s'arrête dans son trajet ordinaire et ne parvient pas au névraxe ni même à l'œil. Alors il n'y a pas de perte de connaissance ni d'éblouissements. Ainsi nous avons observé des névropathies qui, chez certains malades, étaient plus souvent précurseurs de l'épilepsie, et qui portaient des rameaux nerveux sciatiques, médians, cubitaux, intercostaux, octonévriques, etc., s'élever jusqu'à une certaine distance vers la tête et se dissiper en route; ainsi nous avons vu l'éblouissement prodrômique (n° 12182) causer ou non un très-léger vertige et n'être pas suivi d'autres phénomènes névraxiques. Les accidents dont il s'agit constituent fréquemment le *petit mal*, signalé par les auteurs, et qui n'est autre chose qu'un accès épileptique incomplet et très-faible.

Symptômes variés de diverses attaques d'épilepsie.

12185. Les attaques elles-mêmes sont loin de toujours présenter l'ensemble phénoménal nettement dessiné qui vient d'être tracé (n° 12175). Souvent la perte de connaissance dure à peine; le malade peut même ne pas tomber et n'éprouver pas de vertige; parfois les convulsions sont excessivement fortes et prolongées; ailleurs elles sont peu marquées et bornées à quelques muscles de la face ou des membres. La durée ou la force des contractions

musculaires saccadées (n° 12173) n'est pas invariablement en rapport avec l'intensité des accidents comateux, etc., etc. Certains cas, qu'il est fort difficile de ne pas rattacher à l'épilepsie, diffèrent cependant infiniment des phénomènes habituels propres à celle-ci. Un homme éprouvant des éblouissements ne tombait pas, était sans convulsions, ne perdait cependant pas connaissance, se mettait complètement nu, et à quelques instants de là revenait à lui; et il se montrait alors fort étonné de ce qui lui était arrivé. De semblables accès se renouvelaient plusieurs fois par mois, et sous l'influence du sulfate de quinine administré (à la dose de 75 centigrammes ou 1 gramme par dose), et cela le matin du jour où ces accidents, qui revenaient à des époques à peu près fixes, semblaient devoir se reproduire, les attaques devinrent beaucoup moins fortes et moins fréquentes, mais elles ne se dissipèrent jamais complètement. Chez quelques malades l'attaque se borne à une perte très-courte de connaissance, consécutive à l'éblouissement, et un instant après la santé se rétablit. — De fortes raisons nous portent à croire que les convulsions de l'enfance qui se déclarent principalement lors de la première dentition sont aussi des névropallies; que leur point de départ siège dans les nerfs dentaires (n° 12178); que le mal s'étend au névromme, et de là à l'appareil névroptique (n° 12095) et au mésonèvre. En effet, on observe, dans de tels cas, d'abord la fixité du regard, puis la perte de connaissance, les convulsions, etc. Si de telles attaques épileptiques guérissent, c'est que l'état de souffrance initial en rapport avec la pousse des dents venant, par suite de l'évolution organique, à ne plus exister, la névropallie prosasique qui en résultait cesse aussi de se manifester et de s'étendre par le névromme jusqu'au névraxe.

Eclampsie, épilepsie des femmes en couches. Hystérie épileptiforme.

12186. Les mêmes considérations sont applicables à l'éclampsie ou épilepsie des femmes en couches (n° 10307); l'aura part ici de l'utérus; la névropallie est causée par le travail, s'étend aux nerfs angio-utérins, et se propage à l'appareil névroptique et au névraxe. Aussi les accidents qu'elle cause sont-ils exactement ceux de l'épilepsie, dont ils diffèrent seulement par la circonstance organique qui les provoque, et par la gravité du mal, qui souvent a une terminaison fatale et presque immédiate. Cette marche funeste tient probablement : soit à la coïncidence du travail qui se fait vers l'utérus; soit aux pertes de sang qui ont lieu; soit à la gêne de la respiration produite par le volume de la matrice, etc. L'éclampsie ne

récidive pas après le temps de la parturition, parce que l'utérus cesse d'être le siège de l'état organo-pathique qui a déterminé pendant la couche la névropallie prosasique (n° 11551). Dans l'hystérie épileptiforme (névrommopallie étiangiovique), on observe d'abord tous les prodrômes de l'hystérie des auteurs (n° 12126), et après une courte durée de ces accidents se déclarent : l'éblouissement ou la fixité du regard ; puis les phénomènes spéciaux de la névraxopallie étionévro-mmique ou épileptique. Pendant la durée de celles-ci se prononcent souvent : des pandiculations ; des mouvements dans les membres thoraciques ou dans la gorge, comme s'il y avait menace de suffocation ; en un mot des symptômes éminemment névrangioviques. — Cette variété, ou plutôt cette complication de l'épilepsie, se reproduit avec une grande facilité par cette raison que l'angiovorragisme (flux menstruel), se renouvelant chaque mois, devient ainsi pour l'angiove la cause d'une hémie mensuelle, et que cette congestion provoque le développement de la névropallie qui de l'appareil génital se porte vers le névromme et le névraxe.

Epilepsie symptomatique de diverses lésions encéphaliques.

12187. Les attaques d'épilepsie qui suivent l'hypertrophie et la sclérose encéphaliques ne diffèrent pas comme symptômes des autres épilepsies, si ce n'est qu'étant liées à des états pathologiques très-graves et incurables, elles sont souvent suivies d'une terminaison promptement mortelle. — On en peut dire enfin autant des accidents épileptiformes qui reconnaissent pour cause l'état pathologique du névraxe produit par le plomb (nos 12033, 12059).

Différences des attaques sous le rapport de leur terminaison ; anomopsychisme ou manie suite d'épilepsie.

12188. Les attaques d'épilepsie diffèrent encore infiniment les unes des autres sous le rapport des accidents qui les suivent. Souvent, après le paroxysme, un état de coma et d'encéphalémie profond persiste pendant une ou plusieurs heures et même durant un jour ou plus ; le malade sort quelquefois de cet état pour être frappé d'un délire qui peut prendre des caractères très-divers, mais qui d'ordinaire est plus ou moins furieux ; après des attaques répétées d'épilepsie, cette manie ou anomopsychisme devient de plus en plus marquée et se prolonge davantage. On a vu ces attaques avoir lieu tous les quinze ou vingt jours, et l'intelligence être suspendue pendant la moitié ou les deux tiers de ce temps, puis survenait un accès nouveau et l'aliénation mentale reparaisait ; en général, plus les

accidents épileptiques sont intenses et réitérés, et plus l'anomopsychisme dont il s'agit est prononcée. Cette manie est l'une des plus graves que l'on connaisse ; Esquirol affirme même que l'aliénation mentale compliquée d'épilepsie ne guérit jamais. Cette proposition pourrait bien n'être pas toujours vraie. — Dans un cas où nous avons été assez heureux pour éloigner de beaucoup des attaques d'épilepsie qui, chez une jeune fille, se déclaraient un grand nombre de fois par jour et étaient suivies de manie, nous avons vu, pendant quelques mois, l'intelligence se rétablir. Plus tard, les accès se rapprochèrent et l'anomopsychisme reparut. — Par suite de la répétition des attaques d'épilepsie et de manie, très-ordinairement les malades tombent dans la démence et l'imbécillité, les mouvements eux-mêmes s'affaiblissent à la longue et la paralysie générale survient.

Marche de l'épilepsie.

12189. La marche de la névraxopallie étionévrommique est très-variable. La première invasion en est quelquefois très-violente et très-brusque. D'autres fois, au contraire, les premières atteintes en sont très-faibles, et il se passe des mois et même des années avant que les accidents récidivent ; puis un long intervalle de santé a lieu et une nouvelle attaque se reproduit. Peu à peu les accès se rapprochent, reparaissent tous les huit jours, tous les jours, et même plusieurs fois par jour. On en a vu survenir un certain nombre dans la même heure, puis un long intervalle de calme succéder à ces atteintes réitérées du mal. Presque toujours, non-seulement ces attaques d'épilepsie sont intermittentes, mais encore périodiques ou à peu près périodiques. Ce fait est en thérapeutique d'une extrême importance ; cependant il faut se garder de rapporter exclusivement à la périodicité le retour mensuel de l'hystérie épileptiforme qui est liée à l'époque fixée pour l'angiovorragisme (n° 10100).

12190. En général, quand un malade sujet à des atteintes fréquentes d'épilepsie a passé un temps assez long sans en éprouver, alors les attaques en quelque sorte retardataires qui surviennent sont plus intenses et plus prolongées ; il faut, relativement à la pronostic, tenir compte de ce fait. — Dans quelques cas, malheureusement trop rares, des attaques peu nombreuses ayant existé dans les premiers âges, s'éloignent spontanément et ne reparaissent plus. Probablement, c'est que les causes organiques, qui d'abord avaient donné lieu à la névromnopallie initiale, n'existent plus (n° 11551). Trop souvent, au contraire, le mal se complique : soit d'hémies

412 NÉVRAXOPALLIE ÉTIONÉVROMMIQUE; ÉPILEPSIE; SYMPTÔMALOGISME.
(n° 11779), d'hémorrhagie (n° 11853), de phlegmasie (n° 11950), et de malaxies (n° 12005) encéphaliques; soit d'hétérophies névraxiques, et alors se dessinent concurremment avec les phénomènes épileptiques les symptômes propres à ces diverses lésions.

12191. Il est assez rare de voir les accès épileptiques causer la mort, qui cependant peut avoir lieu par suite des troubles que, sous leur influence, éprouvent les mouvements des muscles respirateurs ou même ceux du myocarde (muscle du cœur). — Le plus souvent, quand la mort survient pendant une attaque, elle est la conséquence d'un accident arrivé aux malades; car on en a vu, en effet, se précipiter de leur lit ou d'un lieu élevé, tomber, soit dans un espace rempli d'eau, soit dans le feu, et périr ainsi par suite d'une lésion traumatique de la submersion ou de la combustion; quelques-uns mêmes se sont noyés dans un bain, et l'on ne peut trop recommander aux personnes qui soignent les épileptiques et les hystériques, d'éviter qu'ils ne se trouvent dans quelque lieu où, s'ils venaient à être atteints de leur mal, il y aurait quelque danger à courir. — Ailleurs, les hémies (n° 12005), les hémorrhagies (n° 11853), les malaxies, etc., du névraxe qui viennent à compliquer l'épilepsie, mettent un terme à l'existence des malades. Trop souvent encore des altérations graves dans les mouvements, telles que des rétractions musculaires, des contractions involontaires et déréglées, jointes à un abrutissement intellectuel, rendent les anciens épileptiques infirmes, impotents et imbéciles. — Il est rare que la plupart des causes précédemment énoncées (n° 12190) permettent à ces malheureux de parvenir à une longue vieillesse, et la plupart d'entre eux meurent avant l'époque que la statistique indique comme la durée moyenne de la vie de l'homme.

Diagnose de l'épilepsie et des attaques considérées en particulier.

12192. La diagnose des attaques d'épilepsie est souvent fort difficile. D'abord elles peuvent être simulées, mais presque jamais alors la langue n'est mordue; ceux qui offrent de tels symptômes volontairement provoqués s'arrangent de telle sorte que dans leur chute ils ne se blessent jamais; ceci n'arrive pas à de véritables malades. C'est à la médecine légale qu'il appartient d'entrer dans plus de détails sur ce sujet. Un ivrogne assoupi se distingue en général d'un épileptique et d'un homme atteint d'hémie ou d'hémorrhagie encéphalique par l'odeur d'alcool que l'air expiré exhale. — On peut confondre les attaques de névraxopallie ommique (n° 12182):

avec celles de l'hystérie (n° 12131); avec l'anémie des centres nerveux (n° 11826); avec l'hémie (n° 11779), l'hémorrhagie (n° 11853), la phlegmasie (n° 11950), la malaxie (n° 12005), et diverses toxémies encéphaliques (n° 12059). Nous engageons le lecteur à rapprocher, comme diagnose, les tableaux qui sont propres à ces états pathologiques, de celui de l'épilepsie tel qu'il vient d'être tracé (n° 12175).

Pathogénisme.

12193. Il est impossible d'admettre *qu'une inflammation* chronique, persistante de sa nature, préside, comme l'ont voulu plusieurs pathologistes, à des symptômes qui, tels que ceux de l'épilepsie, le plus souvent durent à peine quelques minutes, laissent ensuite bien portants ceux qui y sont sujets, et ne se renouvellent plus qu'à de longs intervalles. — De ce que l'on a trouvé des *indurations* et des *ramollissements* sur les cadavres de gens depuis longues années atteints d'un tel mal, il ne s'ensuit pas que ces lésions en aient absolument été les agents organiques; en effet, des individus de beaucoup plus nombreux, et récemment atteints d'épilepsie, n'offraient à la nécroscopie aucune altération semblable. — Attribuer les symptômes *du haut mal à une congestion* (Boucher et Cazauvieilh) est une pure hypothèse réfutée victorieusement par MM. Foville et Bouillaud. — Dire que cette congestion est seulement la cause de l'attaque, est encore une supposition qui, du reste, n'avance à rien, puisque c'est la cause de cette hémie qu'il s'agirait surtout d'indiquer. — Supposer que cette cause est une *pléthore* produite par trop d'aliments n'est pas en rapport avec un très-grand nombre de faits dans lesquels les épileptiques mangent peu et sont hypémiques. — Penser qu'il s'agit ici de *vapeurs s'élevant du cerveau* (n° 12175) ou d'une *accumulation d'électricité* (Mansford, cité par Copland), c'est avoir des opinions purement gratuites. — Chercher dans une *irrégularité de l'influence nerveuse* (Shearman) ou dans une *altération de l'innervation* (Foville) la raison des attaques d'épilepsie, sans déterminer en quoi consistent cette irrégularité et cette altération, c'est rester dans le vague le plus absolu et ne rien expliquer.

Théorie rationnelle des attaques d'épilepsie ou de névropallie étionévrommique.

12194. Les auteurs n'ont donc pas encore donné de théorie, même plausible, des attaques d'épilepsie. Celle que nous proposons, et dont les divers éléments se trouvent consignés soit dans plusieurs

de nos précédentes publications : Clinique de la Pitié, Mémoire sur les névralgies, Bulletin clinique (nos 657, 207, 208), Traité de diagnostic (nos 4347, 4679), et dans cet ouvrage (nos 11551, 11630, 11632), théorie qui a paru à MM. Monneret et Fleury digne de fixer l'attention des observateurs (*Compendium*, art. Epilepsie, p. 433), et qui diffère à peine de celle des accès hystériques (n° 11131), peut se formuler ainsi : « Une névropallie (n° 11550) prend son état initial » dans un point quelconque de la périphérie du névrosystème (n° 12181) » et trop souvent aussi dans la rétine et dans les autres parties de l'ap- » pareil névrommique (le nerf optique, avant et après son entre- » croisement, les tubercules quadrijumeaux, etc.). — Cette névro- » pallie est progressive ou prosasique. Quand elle part des portions » de la névropériphérie en rapport avec les organes du tact, du » toucher, de l'odorat, de l'ouïe, de la génération, de la digestion, » de la circulation, des mouvements, etc., elle se propage par des » ramifications inconnues jusqu'à la rétine; probablement cette » communication a lieu par des filets anastomosiques entre l'octo- » nèvre, le pentanèvre ou le sympathonèvre, la rétine et le nerf » optique. — A ce premier temps du mal, il faut rapporter les » auras divers et dont le siège est très-variable; auras qui, partant » d'un point circonscrit, progressent vers le névraxe. Une fois que » la névropallie est parvenue à la rétine ou au névromme (nerf » optique) ou lorsqu'elle y prend son point de départ, surviennent » l'éblouissement, l'état convulsif des yeux, les vertiges, les ômmal- » gies (douleurs de l'œil), la vue de corps rouges (n° 12182), blancs, » lumineux, étincelants, fantastiques, etc., notés par les auteurs » (n° 12182). Le malade perçoit souvent ces sensations et en garde la » mémoire; et l'impression morale ou instinctive qu'elles causent » lui fait pousser un cri. — La névropallie suit l'étendue du né- » vromme, puis parvient aux tubercules quadrijumeaux; alors le » malade perd connaissance, tombe, est agité de mouvements con- » vulsifs. — Tout aussitôt que la névropallie envahit le pleuro- » myèle (cordon latéral de la moelle cervicale), se prononcent des » troubles dans la respiration. — Suivant que la lésion momen- » tanée, mais réelle, s'étend à des points plus élevés ou plus abaissés » du rachisomyèle, des convulsions frappent les membres supérieurs » ou inférieurs. — Quand la névropallie a parcouru toute cette » étendue, le calme survient; puis les accidents se reproduisent » dans le même ordre; de là les petits accès répétés et qui par leur

» ensemble constituent les grandes attaques. — Quand, avant
 » d'arriver à l'œil, la névropallie s'arrête, alors le malade éprouve
 » seulement l'aura ou le petit mal. — Quand elle ne dépasse pas
 » l'œil (ainsi que l'on voit l'irisalgie s'arrêter fréquemment à
 » l'iris (n° 11543)), surviennent seulement les éblouissements et les
 » vertiges. — Quand la lésion a son point de départ dans l'an-
 » giove, alors commencent des attaques d'hystérie, suivies d'accès
 » épileptiques (n° 12186) et qui deviennent tels, seulement alors que
 » les accidents envahissent l'œil. — Si, après ou pendant les éblouis-
 » sements, l'intelligence est frappée, c'est que les centres nerveux
 » et les irradiations céphaliques sont atteints; — s'il existe parfois
 » des paralysies, c'est que la névraxopallie met obstacle à l'accom-
 » plissement des fonctions nerveuses (n° 11558). — Si l'intelligence
 » semble à la longue s'anéantir, c'est que la répétition fréquente des
 » oscillations névriques finit par altérer gravement et avec per-
 » sistance la structure de l'organe qui, instrument de l'âme,
 » est chargé de ses manifestations. — Si, pendant les attaques, des
 » congestions s'opèrent, c'est que la névraxopallie, alors qu'elle existe
 » longtemps, trouble la circulation locale, modifie l'action du cœur,
 » détermine une gêne dans les mouvements de la respiration, et,
 » partant, occasionne une encéphalémie. — S'il se déclare, avec
 » le temps, des hétérotrophies névraxiques, c'est que, sous l'in-
 » fluence des névropallies et des hémies consécutives et répétées,
 » la structure des organes s'altère profondément. — Dans notre
 » théorie, non-seulement la rétine et le névrome orbitaire peu-
 » vent être les points de départ de la névropallie, mais le né-
 » vrome endocéphalique ou intracrânien et les tubercules qua-
 » drijumeaux eux-mêmes peuvent être tout d'abord frappés de
 » l'oscillation nerveuse; de là ces attaques brusques, assez rares
 » d'ailleurs, dans lesquelles on ne peut trouver de symptômes pré-
 » curseurs; de là une explication très-plausible de ces accidents
 » épileptiques rapportés, par les auteurs, à la compression ou à la
 » lésion des nerfs optiques ou des tubercules quadrijumeaux par
 » des tumeurs ou des hétérotrophies contenues dans les cavités
 » névraxiques (n° 12028), etc. »

Importance de l'étude des auras ou névropathies initiales.

12195. La théorie précédente rend compte de tous les faits ob-
 servés. Les objections que nous lui avons faites nous-même, ou que
 nous avons provoquées de la part de nos confrères, se trouvent

réfutées par les explications qui viennent d'être données relativement à la pathogénie, soit des nombreux symptômes de l'épilepsie, soit des divers *auras* qui les précèdent. Quand ces *auras* seraient moins fréquemment observés qu'ils ne le sont en effet, cette même théorie serait encore admissible; en effet, dans certains cas, elle fait partir le mal tout aussi bien des tubercules quadrijumeaux que de la rétine elle-même. Mais elle devient presque irrécusable quand on voit combien sont nombreux les cas de névropathies initiales à l'épilepsie. Il faut que Georget ait été bien préoccupé de l'idée qu'une cause névraxique présidait au mal pour traiter légèrement les innombrables observations mentionnées par les auteurs qui l'avaient précédé (n^{os} 12181, 12182) (1); et il doit avoir bien mal interrogé ses malades pour n'avoir trouvé que quatre ou cinq épileptiques sur cent, chez lesquels aient existé des *auras*. M. le docteur Beau, qui venait alors d'être notre élève, a fait sur ce sujet, et à la Salpêtrière même, des relevés statistiques. Il s'agissait de femmes atteintes depuis fort longtemps d'épilepsie, et cela d'une manière assez grave pour avoir pu être admises dans cet établissement. Par conséquent, ces malades étaient dans un état mental tel qu'elles rendaient mal compte de leurs impressions, ou enfin elles portaient des lésions organiques consécutives; c'est dire qu'elles pouvaient avoir souvent ressenti des névropathies initiales, sans être capables de l'exprimer. Or, M. Beau a trouvé que sur 219 femmes épileptiques : 57 avaient éprouvé des prodrômes à une époque voisine de l'attaque; 23 en avaient été atteintes quelques heures ou quelques jours avant cette même attaque; 16 en avaient eu, tantôt avec symptômes, tantôt sans précurseurs prochains. Chez une autre, tantôt existaient, tantôt ne se déclaraient pas des prodrômes éloignés; 2 avaient éprouvé des symptômes, tantôt précurseurs, tantôt prochains. Dans 8 cas il y avait de l'incertitude sur la question de savoir si des *auras* avaient ou non existé; dans 112 cas des attaques n'étaient pas précédées de prodrômes; en somme, dans la moitié des faits à peu près, des phénomènes précurseurs ont été observés. — Si M. Beau avait considéré comme des *auras* : les éblouissements, les convulsions initiales des yeux, il eût certes rencontré encore un bien plus grand nombre de névropathies prodrômiques; aussi M. Foville croit-il qu'il ne faut

(1) Voyez aussi les citations nombreuses d'*auras* observés par divers auteurs dans le *Compendium*, article Epilepsie, page 398.

pas, comme Georget et M. Cazauvieilh, nier l'existence des *auras*. MM. Monneret et Fleury attachent, de leur côté, beaucoup d'importance aux symptômes précurseurs de l'épilepsie.

12196. Ce n'est pas, en définitive, sur des gens qui depuis fort longtemps éprouvent des attaques, et chez lesquels les accidents ont fini par arriver tout d'abord à leur apogée, qu'il faut rechercher l'existence des névropathies initiales. Sous ce rapport, les malades des hospices sont les moins convenables que l'on puisse trouver. Il faut bien plutôt rechercher leur présence chez des individus qui sont affectés depuis peu de temps et qui, comme la plupart des épileptiques de la ville, ont conservé assez d'intelligence pour répondre convenablement aux questions qui leur sont adressées.

Opinions qui placent le siège de l'épilepsie dans le cervelet, le rachisomyèle, etc.

12197. Les opinions d'après lesquelles l'épilepsie aurait pour sièges : le cervelet, la substance blanche, la glande pinéale, etc., ne reposent que sur des hypothèses physiologiques qui ne sont nullement démontrées, ou sur des faits d'anatomie pathologique peu nombreux. Il faut se rappeler, pour démontrer combien on peut facilement s'en laisser imposer sur de tels sujets, qu'Esquirol a vu de suite, et neuf fois sur dix cas, des lésions du rachisomyèle exister chez des épileptiques, tandis que depuis, et sur un très-grand nombre d'autres faits, il n'a rien rencontré de pareil. Il résulte de la discussion précédente que tout se réunit pour faire admettre notre théorie sur la nature ou le siège de l'épilepsie (n° 12194), et que rien ne rend plausibles les opinions antérieurement émises sur ce sujet.

Étiologisme.

12198. Les causes de la névropallie névrommique doivent être à coup sûr matérielles et tenir à la manière dont s'accomplissent dans les organes les phénomènes de l'innervation. — Nous avons établi dans ce qui précède à peu près tout ce que l'on sait des causes organiques de l'épilepsie. Il est fort difficile de dire quelles sont les circonstances qui provoquent soit le mal considéré dans son ensemble, soit chaque attaque isolément considérée. Sans doute il y a chez ces individus qui en doivent être atteints certaines conditions matérielles du névrosystème ou de l'appareil névrommique qui les rendent aptes à être frappés de la névropallie prosasique considérée par nous comme le principe même du mal ; mais on ignore absolument en quoi consiste cette disposition matérielle. — Seulement certaines circonstances déterminent à coup sur cette aptitude ; et à

leur tête il faut placer *l'hérédité*. — Nous renvoyons pour les détails relatifs à l'influence exercée par celle-ci sur l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale, etc., à notre mémoire sur l'hérédité dans les maladies, chez J. B. Baillière (1840); on y trouvera : soit l'exposition de faits très-nombreux sur ce sujet recueillis par divers observateurs et par nous, soit des relevés statistiques dus à MM. Boucher et Cazauvieuilh, Beau, etc., soit l'indication d'auteurs qui, tels qu'Hippocrate, Fréd. Hoffmann, Esquirol, Georget, etc., regardent l'épilepsie comme éminemment héréditaire; elle l'est surtout à un très-haut degré sous le rapport des cas dans lesquels des hystériques, des aliénés, etc., ont eu pour enfants des individus épileptiques. Ceci est tout à fait d'accord avec notre théorie relative aux névropallies; en effet, si l'hystérie, l'épilepsie, les aliénations mentales précédées d'hallucinations, etc., sont dues à des vibrations nerveuses pathologiques qui diffèrent principalement par leur siège dans tel ou tel nerf, ou dans telle ou telle autre partie du névraxe; si par leur nature elles sont identiquement les mêmes, si elles consistent toutes dans une névropallie, il est évident que celle-ci peut quelquefois se déplacer en quelque sorte dans la succession des générations, et se porter, par exemple, sur l'angiove chez certaines femmes, tandis que chez leurs enfants mâles elles se déclareraient dans l'appareil névrommique.

12199. L'épilepsie est beaucoup plus fréquente chez les enfants qu'à d'autres âges. M. Beau sur 209 cas a trouvé : 17 épilepsies congénitales, 22 qui se sont déclarées vers 6 ans, 43 de 6 à 12 ans, 49 de 12 à 16 ans, 17 de 16 à 20, 29 de 20 à 30, 12 de 30 à 40, 15 de 50 à 60, 1 de 60 à 61 ans. Sur 66 épileptiques l'invasion chez 50 eut lieu avant 20 ans (Boucher et Cazauvieuilh). En général, les femmes sont plus sujettes à l'épilepsie que les hommes (J. Franck, Esquirol); ce qui ne doit pas surprendre quand on tient compte du grand nombre de névropallies qui, parties chez elles de l'angiove, s'étendent au névromme (hystérie épileptiforme). On ne sait rien de précis relativement à l'influence que peuvent avoir sur le développement de l'épilepsie *l'apparition de la menstruation* (Beau). Il y a lieu de croire que *les écarts de régime, les excès alcooliques* favorisent le développement de l'épilepsie, etc.

12200. Les auteurs pensent que *l'imitation* (Arnold et beaucoup d'autres) a été pour certains individus la cause d'attaques d'épilepsie. Il devait y avoir, dans de tels cas, une très-grande disposition

à contracter la névropallie étiommique. *La grossesse* (Tissot), *l'accouchement* surtout, semblent avoir ici une influence étiologique marquée, comme le prouve l'histoire des attaques dites d'éclampsies (n° 12148). *La dentition* nous paraît être dans le même cas, et les convulsions de l'enfance analogues à l'épilepsie (n° 12479) portent à le faire croire. On a vu survenir les premières attaques à la suite : soit *des écarts de régime*, de l'usage des champignons et de quelques autres aliments indigestes ; soit *du coït, de l'insolation. L'aménorrhée, la suppression d'exanthèmes* ont été accusées d'en avoir été les causes, etc., — Tous ces faits se prêteraient plus ou moins à la critique ; mais ce sont particulièrement *les causes morales*, telles que les chagrins, la colère, auxquelles on a attribué le développement de l'épilepsie. *La frayeur*, suivant Georget, doit être comprise pour les trois quarts dans le tableau des circonstances qui provoquent ce mal. Sur ce sujet, comme sur d'autres points de l'histoire des névrosystémies, Georget s'est laissé entraîner par ses opinions préconçues relatives au siège exclusif de ces affections qu'il plaçait dans le névraxe. Nous avons assez souvent entendu les malades rapporter à la frayeur la cause de leur première attaque ; mais, chose remarquable, presque toujours c'étaient des sensations de la vue, réelles ou fantastiques (l'apparition d'objets effrayants dans un rêve), qui avaient donné lieu à une terreur semblable, de sorte qu'il y avait eu, dans ces cas, d'abord : trouble dans le névrommisme, puis action mentale en rapport avec l'objet de la terreur, et non pas d'abord frayeur, puis modification dans la vision. Nous pourrions citer au moins une dizaine d'observations de ce genre et qui feraient constater l'influence non pas d'une cause simple, mais bien celle de circonstances complexes en rapport avec l'appareil névroptique d'une part et le névraxe de l'autre. D'après le tableau de MM. Boucher et Cazauvieilh, sur 69 épileptiques : 21 fois la frayeur, 10 fois les chagrins ; dans celui de M. Beau (105 cas) : 23 fois la peur, une fois la peur pendant un rêve, 16 fois les chagrins ont été accusés d'être les causes déterminantes des attaques ; 81 fois dans ces 2 tableaux les causes du mal ont été inconnues. La manière dont on interroge de tels malades est, il faut le dire, l'une des circonstances qui influent le plus sur les résultats statistiques. On croit en général, dans le public, que la frayeur est la cause la plus commune de l'épilepsie ; et si l'on ne prend pas toutes les précautions oratoires possibles pour ne pas se laisser tromper, si l'on néglige de rechercher l'action

possible d'autres modificateurs, on est exposé à considérer la crainte ou la terreur comme ayant bien plus souvent produit les accidents que cela n'a lieu en effet. Nous avons pris toutes les précautions possibles pour ne pas nous en laisser imposer sur l'influence que la vue de divers objets, une lumière très-vive, des travaux assidus des yeux pouvaient exercer sur l'invasion de l'attaque première ou sur l'apparition des récidives, et nous regrettons de n'avoir pu réunir dans un cadre statistique tous les faits dans lesquels nous avons recueilli des observations sur ce sujet; mais on a vu, d'après ce qui précède, que cet ordre de causes dans les faits par nous observés a très-fréquemment agi dans plus d'un tiers de ces cas; tantôt la vue: soit du soleil, du feu ou de la lumière de l'artillerie; soit d'un corps éclatant, d'un objet blanc ou rouge, etc.; tantôt des travaux des yeux excessifs ou très-déliés; ailleurs des rêves où l'on voyait des objets blancs, éclatants ou rouges, ont agi pour provoquer l'invasion du mal primitif ou celle des attaques ultérieures.

12201. Il serait utile de rechercher jusqu'à quel point des modificateurs portés *sur les points périphériques d'où partent les auras* peuvent faire naître ces névropathies initiales et, partant, les accès épileptiques qui les suivent. Il est au moins certain que des troubles dans l'angiovisme (fonctions de l'angiove) donnent souvent lieu à l'hystérie épileptiforme (n° 12148). — Enfin, une cause toxique, le plomb, la céruse, et surtout le minium (ainsi qu'il résulte des faits que nous avons vus dans les hôpitaux, ou de ceux sur lesquels nous avons pris en 1838 des renseignements à la fabrique de Clichy), donnent parfois lieu à une épilepsie dite saturnine ou molybdique (nos 12033, 12059); celle-ci ne survient presque exclusivement que chez des individus qui avaient précédemment éprouvé d'autres accidents saturnins. (Voyez sur ce sujet la remarquable monographie de M. Tanquerel des Planches.)

Thérapie.

12202. Le traitement de l'épilepsie considérée en général ne peut être établi d'une manière absolue. Ici, comme ailleurs, ce n'est pas la maladie, mais bien les malades qu'il faut soigner, et cela en raison des états pathologiques que l'on est fondé à croire exister chez eux. — Contre l'unité épilepsie on a empiriquement tenté, et le plus souvent sans résultat avantageux, toutes les médications possibles.

Méthode empirique.

12203. Les médicaments dits antispasmodiques ont été surtout proposés; tels sont : la valériane à l'emploi de laquelle Tissot avait une grande confiance partagée encore de nos jours par Biett et par M. Gibert; l'opium, la jusquiame, l'assa fœtida, le musc, les feuilles d'oranger, le narcisse des prés, le camphre, le succin, etc. On a successivement préconisé : la pivoine, le guy de chêne, l'armoise, l'oxide de zinc, le cuivre ammoniacal, la térébenthine, le phosphore, la noix vomique, l'huile animale de Deppel, l'ellebore blanc, le fer, l'arsenic, le plomb, le bismuth, etc. — On a surtout dans ces derniers temps attaché beaucoup d'importance à l'indigo donné plusieurs mois de suite, à la dose d'un gramme à 30 grammes par jour. Sur 26 malades soumis à ce traitement, 6, dit-on, furent guéris, 3 eurent des récidives; l'état de 11 fut amélioré; celui de 6 autres resta stationnaire. L'indigo cause d'abord quelques vomissements qui ne doivent pas faire renoncer à son emploi. — Les médecins les plus recommandables ont prescrit l'azotate d'argent contre l'épilepsie, et son usage est devenu d'abord presque général; depuis on a presque renoncé à s'en servir. Le très-grand inconvénient que présente son administration à l'intérieur : de donner parfois une teinte bronzée au tégument, a dû aussi contribuer à ne pas l'employer.

Méthodes systématiques.

12204. Les médecins qui ont considéré l'épilepsie comme une congestion ou une inflammation du cerveau, ayant vu d'ailleurs, pendant les attaques, la face des malades devenir rouge et les veines du cou se tuméfier, ont conseillé l'usage des saignées du bras, du pied, de la jugulaire; l'artériotomie; les applications de sangsues au pourtour de la base du crâne ou de l'anus, etc. C'est surtout dans l'*épilepsie pléthorique*, c'est-à-dire compliquée de panhyperémie, que l'on a dit avoir vu la médication antiphlogistique réussir, et l'on a cité des observations nombreuses à l'appui de cette pratique (Rivière, Bonnet, Sauvages, Portal, Maisonneuve). Actuellement on a presque renoncé, comme moyen curatif, à la saignée réitérée. Elle paraît être utile lorsque le mal survient pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

12205. Dans l'intention de déplacer le mal, d'obtenir une dérivation, d'appeler les humeurs au dehors, de détourner l'irritation, de remédier à l'inflammation, etc., on a placé des vésicatoires, des cautères, des moxas, des sétons : à la nuque, le long de la colonne

vertébrale, au bras, aux extrémités inférieures, etc. Malgré les louanges données par un grand nombre d'auteurs à ces médications, elles n'ont le plus souvent fait qu'ajouter : l'infirmité *exutoire* à l'horrible mal *épilepsie*.

12206. Les purgatifs ont été administrés avec plus ou moins d'énergie et de persistance par les médecins qui admettaient une épilepsie dont la cause serait la présence d'humeurs ou de matières fécales dans le tube digestif; il est presque inutile d'ajouter qu'il n'en est résulté aucun avantage.

Traitement rationnel fondé sur l'organopathisme.

12207. Il ne peut y avoir un traitement fixe et unitaire de l'épilepsie, car chez divers individus celle-ci n'est pas à beaucoup près la même. Voici, d'après les études qui précèdent, sur quelles bases le traitement doit reposer :

1° Éviter l'action des causes productrices des attaques.

12208. Avant tout, il faut remédier, autant que possible, aux circonstances qui prédisposent à ce mal ou qui en déterminent le développement. C'est en nous conformant à ce principe fondamental, que faisant porter des lunettes à un épileptique chez lequel des névrommies étaient le point de départ du mal, nous en avons prévenu le retour (Bulletin clinique, n° 63). — Une dame, à la suite d'hallucinations de la vue dont elle était atteinte pendant un profond sommeil, éprouvait vers trois ou quatre heures du matin des attaques violentes d'épilepsie. Le réveil, que longtemps de suite nous fîmes provoquer, toutes les nuits, et une demi-heure avant l'époque où les paroxysmes devaient avoir lieu, a été suivi de la guérison. Esquirol avait déjà vu un cas du même genre. — Actuellement encore nous avons sous les yeux un homme de vingt-cinq ans, atteint d'un léger strabisme; la vue est faible, les pupilles sont très-dilatées; cet individu toutes les fois que la lumière du jour est vive ou qu'il fixe le soleil, éprouve des attaques d'épilepsie; s'il a le soin de ne pas s'exposer aux causes qui viennent d'être énumérées, il évite fréquemment les accès. — En remédiant, autant que possible, aux congestions; en prévenant les excitations angioviques et les attaques d'hystérie épileptiforme; en guérissant les névropathies brachio-thoraciques (n° 11669), intercostales (nos 11676, 11678), sciatiques (nos 11687, 11688), ou autres qui parfois sont les points de départ des névropallies étiommiques (nos 11543, 11551); en enlevant les névrômes; en coupant ou en excisant les portions de nerfs par

lesquels les *auras* ou névropallies progressent vers le névraxe; en détruisant par les caustiques ou par le feu les points des téguments d'où ces mêmes auras s'élèvent, on obéit à l'indication majeure d'éviter l'action des causes organiques sous l'influence desquelles l'épilepsie prend naissance et se déclare.

2^o Chercher à troubler l'action nerveuse, ou mieux à arrêter la névropallie ou la névrommopallie initiale à son point de départ.

12209. La seconde indication est d'arrêter la névropallie périphérique initiale (n^o 11550), ou si l'on veut, le trouble primitif de l'innervation, et cela dans l'organe où il prend d'abord naissance. Ainsi, dès que la sensation première qui commence l'aura vient à se déclarer, on portera tout d'abord, sur la partie qui en est le siège, un agent quelconque apte à y causer une modification, un trouble spécial (1), et tel, qu'il entrave les mouvements pathologiques qui pouvaient s'y déclarer; ce sera, si l'on veut, de la médication substitutive, homœopathique que l'on fera ici; peu importe le mot, le fait est capital; il consiste à modifier, à intervertir, à engourdir la névropathie dans les parties où elle a d'abord son siège; or, dans cette intention deux ordres de moyens peuvent être employés : — 1^o les uns sont locaux, et tels sont : les applications sur le point primitivement malade de diverses substances dites excitantes, toniques, diffusibles, antispasmodiques, narcotiques, stupéfiants, parmi lesquelles il faut surtout citer le chloroforme, une très-faible dose de strichnine ou d'acide cyanhydrique sur les points de la peau où le mal primitif a son siège. La compression ou l'électricité dirigées sur les points de départ de la névropallie agiraient peut-être dans le même sens. L'alcoolé de quinine pour les névraxopallies étiangibrômiques (de cause angibrômique) a eu quelquefois les avantages les plus marqués. La dénudation de la peau avec l'ammoniaque ou par une légère brûlure, ou même la réfrigération, pourraient encore être utiles, etc.

12210. La belladone a été employée par divers auteurs; mais ce n'était pas dans le but et de la façon que nous proposons. Par conséquent, l'inutilité de cette médication ne peut pas être invoquée contre la proposition que nous formulons de pratiquer localement avec de fortes doses d'extrait aqueux de belladone (dissous dans l'alcool à l'effet d'activer son absorption) des frictions plus ou moins

(1) Nous dirions une excitation, une stimulation énergique, si nous ne craignions, en employant ces mots, de tomber dans les hypothèses où ils ont conduit.

prolongées; cette pratique serait fondée soit sur ce fait : que la belladone agit d'une manière très-prompte sur l'iris ou cléitromme (cloison de l'œil); soit sur l'efficacité que ce moyen paraît avoir pour arrêter certaines névropallies (n° 11566). Dans la même série d'idées nous proposerions les applications locales de chloroforme au devant de l'orbite (n° 12161), ou même, si l'on avait le temps de l'employer, un courant électrique dirigé sur l'appareil de la vision, ou encore le calorique accumulé à un degré élevé, mais de façon cependant à ce qu'il ne puisse nuire sur les points du tégument où la névropallie commence.

12211. La morphine employée de la même manière pourrait aussi avoir de l'avantage. Du reste, la plupart des moyens curatifs applicables aux névropallies périphériques considérées en général (n° 11562), le sont aussi aux névrommopallies initiales des accidents dont nous traitons ici. L'excision, l'ablation, la destruction par les caustiques ou par le cautère actuel des parties d'où part l'aura, et alors qu'il est possible d'y avoir recours, peuvent être parfois proposées et pratiquées même avec quelques chances de succès.

3° Chercher à arrêter la névropallie dite *aura* dans son trajet progressif depuis la névropériphérie et le névromme, jusqu'au névraxe.

12212. Les moyens thérapeutiques précédents continuent à être indiqués dans le trajet de la névropallie à partir des points initiaux : névroderme, névroblennoderme (mot très-convenable pour désigner l'appareil nerveux des membranes muqueuses), névropériphère (n° 11562), névromme, jusqu'au névraxe. Il serait même assez difficile, pour remplir l'indication dont il s'agit, d'indiquer des moyens autres que ceux dont il a été parlé (n° 11562). On a proposé et employé 1° la compression des membres vers les points par lesquels s'élève l'*aura* ou névropallie prosasique; 2° la ligature (qui n'est qu'une compression circulairement exercée); 3° l'incision, l'excision et même la cautérisation du nerf qui semble livrer passage à cet aura, etc.; bien entendu que de tels moyens ne sont en rien applicables au névromme, et que pour arrêter la pallie de ce nerf on ne possède que des médications pharmaceutiques parmi lesquelles il faut surtout compter l'alcoolé de quinine (n° 11568), le chloroforme extérieurement appliqué, l'ammoniaque inspiré, la belladone en friction sur l'orbite, l'excitation de la membrane orale par le sel marin, etc. — Malheureusement il est trop ordinaire de voir tous ces

agents curatifs être inutilement employés pour arrêter la marche progressive de la névrommopallie prosasique.

4^o Arrêter ou du moins calmer l'attaque de névraxopallie étionévrommique.

12213. Les soins à donner pendant l'attaque d'épilepsie ne diffèrent pas de ceux qui conviennent dans les accès d'hystérie (n^o 12162). Lorsque les symptômes d'encéphalémie consécutive sont très-prononcés, il faut, dans la crainte d'hémorrhagies névraxiques, avoir recours à des saignées qui ont parfois l'avantage de calmer ou de suspendre les accès ; l'ensemble des moyens réclamés contre les névraxémies (n^o 11796) est alors complètement indiqué.

12214. Les états organopathiques qui, tels que les anomomyosismies, les anomopsychismies, les pneumonémies (n^o 3963), l'hypoxémie (n^o 6821), l'acardionervismie (n^o 2151), etc., peuvent se déclarer pendant ou après les paroxysmes, réclament ici le même traitement que s'ils n'avaient pas eu l'épilepsie pour cause.

5^o Prévenir les attaques d'épilepsie.

12215. Les moyens préventifs des attaques d'épilepsie sont encore les mêmes que ceux qui, dans l'hystérie, sont applicables à la préservation des récidives, mais avec cette différence : que l'*aura hysterica* part de l'angiove, tandis qu'à part les femmes chez lesquelles le *haut mal* prend son point de départ dans cet appareil (n^o 12134), c'est presque toujours de quelque autre point névropériplérique et particulièrement du névromme que l'épilepsie prend naissance. Dès lors, c'est fréquemment à éloigner l'action des modificateurs provoquant le mal en agissant sur ces divers points, et particulièrement sur la rétine, qu'il faut principalement s'attacher (n^o 11551).

Sulfate et alcoolé de quinine administrés dans le traitement préservatif de l'épilepsie ; succès remarquables.

12216. C'est surtout dans l'épilepsie que l'usage de la quinine, et son sulfate et surtout de son alcoolé, ont été, dans notre pratique, d'une extrême utilité. Les doses de sulfate acide de quinine ont été portées en deux ou en une seule prise à un, deux trois grammes, et même plus, et cela le jour même ou la veille du jour où l'on s'attendait à voir apparaître une nouvelle attaque ; or *celle-ci a été presque constamment reculée, calmée, avantageusement modifiée, souvent suspendue pour plusieurs jours, pour plusieurs semaines, et même parfois pour plusieurs mois. Elle était souvent alors remplacée par des auras incomplets névropallies qui ne parvenaient plus jusqu'au névraxe.* — Quand

plusieurs attaques se succédaient le même jour, à une ou plusieurs heures de distance, l'administration du même moyen a prévenu les seconds et les troisièmes accès. L'alcoolé de quinine et notre potion (n° 11568) réussissaient d'ailleurs fréquemment à arrêter les auras dans leur marche progressive (n° 11632), etc. Or, l'ensemble des moyens précédents a été pour nous la source de nombreux succès, dont il nous eût été facile, si nous eussions été gens à réclame, de tirer grand parti; il nous serait impossible d'établir statistiquement le nombre des cas où nous avons calmé, reculé, suspendu ou complètement et indéfiniment prévenu les attaques d'épilepsie. Nous n'avons à ce sujet que les souvenirs d'une pratique de vingt ans, que ceux de médecins qui, tels que MM. Veyne, Macarthy, Duclos, Bouteiller, etc., ont été élèves internes dans notre service; que des observations détachées et publiées, soit dans le mémoire sur l'irritation encéphalique, en partie reproduit dans cet ouvrage (n° 12081); dans la Clinique médicale de la Pitié (mémoire sur les névroses), dans le Bulletin clinique (n° 63, 207, 208, 209), soit dans le Traité de diagnostic (n° 4350, 4351, etc.), dans la *Gazette des hôpitaux*, etc. Pendant les vingt années qui se sont écoulées depuis que notre mémoire sur les névralgies a paru, nous avons vu quelques centaines d'épileptiques : or, nous pourrions citer avec quelques détails quinze à vingt cas de guérison absolue, cinquante où les attaques sont devenues très-rares et très-faibles, et où ce mieux-être a persévéré plusieurs années, après lesquelles nous avons perdu les malades de vue, et plus de cent qui entrant à l'hôpital avec des accès quotidiens ou même plus rapprochés, ne les ont plus éprouvés qu'à des intervalles de quatre, huit ou quinze jours, etc. Dans la masse des faits d'épilepsie par nous observés, c'est le plus rarement que la médication précédemment indiquée (n° 12215, etc.) n'est parvenue ni à reculer, ni à calmer, ni à suspendre les attaques. Ce n'est pas là, il est vrai, de la statistique régulière, mais les résultats dont il s'agit n'en présentent pas moins une grande valeur scientifique; quelques faits heureux, en plus ou en moins sur un certain nombre, n'influeraient en rien sur le jugement que l'on devrait porter relativement à l'efficacité d'une méthode curative; cette efficacité paraît d'autant plus évidente ici que la majorité des cas dans lesquels le traitement prescrit n'a pas eu de résultats avantageux se rapportait à des épilepsies soit congénitales, ou fort anciennes et très-graves, soit liées à quelques déformations du crâne ou à diverses lésions de

l'encéphale. Le plan de cet ouvrage, l'étendue qu'il présente déjà, ne nous permettent pas de publier les nombreuses observations qu'il nous serait possible de réunir sur ce sujet.

CHAPITRE XVIII.

NÉVROMYOPALLIE. — Tremblement, oscillation des nerfs et des muscles; chorée, danse de Saint-Guy, scélothyrie.

12217. Il est une série de phénomènes dus en partie à des troubles du névrisme (action physiologique des nerfs), en partie à des modifications dans le myosisme (action physiologique des muscles), et qui ont reçu des noms divers : — les uns ont été appelés tremblement, parce que les muscles qui en sont le siège semblent en quelque sorte hésiter dans leur contraction, *tremblent, vibrent, oscillent*, etc., et cela au moment où se raccourcissent leurs fibres et où les actes locomoteurs dont ils sont chargés s'accomplissent; mais alors c'est toujours d'une manière faible, incomplète, que les mouvements sont exécutés. Ce n'est plus là cette contraction fixe, persistante, vigoureuse, du muscle sain chez l'adulte, comparable à la fermeté de l'intelligence et à la persistance dans la volonté de l'homme jeune et bien portant; c'est une vacillation, une indécision, une faiblesse dans l'action motrice analogue à cette hésitation, à ce défaut d'énergie, qui sont les attributs de l'état mental propre au vieillard débile ou à l'infirme paralysé. Le tremblement ne peut être considéré comme un état organo-pathologique à part; c'est le symptôme d'un très-grand nombre d'affections, soit du névraxe, soit du névrosystème. Il se déclare très-souvent chez les vieillards frappés d'hyponervisme générale (paralysie générale), et chez eux il est lié à une hypotrophie du névrosystème ou des centres nerveux. Les adultes, à la suite des hémorrhagies, des malaxies encéphaliques, des toxinévraxies molybdiques (n^{os} 12033, 12059) ou hydrargyriques, sont parfois atteints du tremblement, qui ailleurs se montre localement dans un membre, dans un ou plusieurs muscles. Nous l'avons vu borné au sterno-cléido-mastoïdien, et agitant la tête d'une manière continue, insupportable pour le malade. Celui-ci ne pouvait boire

qu'avec une difficulté extrême, et le sommeil seul permettait quelque repos à sa tête. Ces cas de *tremblement partiel* qui peuvent tenir : soit à une lésion très-circonsrite existant dans le névraxe ; soit à une altération dans les nerfs qui se portent aux muscles affectés ; soit enfin à quelque lésion de ces derniers organes, font plutôt partie du domaine de la chirurgie que de l'iatropathologie : la myotomie pourrait quelquefois y remédier. — *Le tremblement comme l'affection dont nous allons parler sont des faits de plus en faveur de notre théorie des névropallies ;* car la manière dont les muscles se contractent dans ces états pathologiques, les oscillations auxquelles ils paraissent alors se livrer, ressemblent infiniment aux vibrations nerveuses dont nous avons précédemment tracé l'histoire (n° 11550).

Chorée, danse de Saint-Guy, scélothyrbe ; symptômalogisme.

12218. Une névromyopallie différente de la précédente est principalement observée dans le jeune âge. Elle consiste dans des mouvements qui, sans être des contractions oscillantes ou vibrantes, sont incertaines, vacillantes, et incomplètement soumises aux ordres de l'intelligence. Les individus qui en sont atteints, alors qu'ils veulent se remuer ou marcher, se livrent à des contorsions bizarres, semblent sautiller, danser d'une façon ridicule ; de là les noms de danse de Saint-Witt ou de Saint-Guy, de chorée, de scélothyrbe, etc. Ces mouvements s'opèrent alors même que les membres ne sont pas actuellement appelés à exécuter des mouvements volontaires, et ils deviennent encore plus actifs quand le malade est agité par quelque impression morale, telle que la frayeur, la colère, la honte, etc. ; quelque violents qu'ils soient, ils ne causent pas, dit-on, de fatigue. Non-seulement les muscles des extrémités pelviennes se livrent à ces contractions, en partie volontaires, en partie spasmodiques, qui font marcher les malades en écartant les jambes en dehors, ou, comme on dit, en fauchant. Jamais M. Ruz n'a vu le mal limité aux extrémités inférieures. Presque toujours, en effet, les muscles des autres parties du corps sont le siège de mouvements tout aussi déréglés. La face, lorsque le malade veut parler, s'agite généralement ou partiellement, et fait des contorsions ou même de hideuses grimaces ; la déglutition est souvent laborieuse, la voix difficilement articulée donne lieu à des cris bizarres. La langue frappe quelquefois le palais avec bruit, et ailleurs le malade bégaye (le bégayement peut en partie être comparé au tremblement et à la

(chorée); le tronc se meut convulsivement et quelquefois par saccades ou en se contournant. Le diaphragme lui-même ne s'abaisse pas avec régularité; les membres thoraciques, alors que les malades veulent s'en servir, s'agitent convulsivement de façon à ce que les malheureux frappés de cet accident ne peuvent porter à la bouche qu'après s'être livrés à des tentatives inutiles, un verre, que souvent ils renversent, ou exécuter tout autre mouvement du même genre.

12219. On a fait des relevés statistiques pour savoir si la chorée avait le plus souvent son siège : à gauche (Dehaën, Gardane, M. Ruz); à droite (Dugès); ou également des deux côtés. En pratique, la solution de ces questions n'a pas d'importance.

12220. Le plus grand nombre des choréiques ont une susceptibilité, une mobilité extrêmes; ils s'irritent ou s'apaisent, rient ou pleurent pour les causes les plus légères. La plupart de ceux que nous avons vus étaient peu intelligents, et l'on en voit dans un état voisin de l'imbécillité.

12221. Hecker a décrit en 1834, sous le nom de chorée épidémique, des phénomènes bizarres dont étaient atteints, au quatorzième siècle, un grand nombre d'individus, et qui consistaient dans des accidents voisins de ceux de l'hystérie et de l'aliénation mentale. C'était un désir effréné de se livrer à des danses plus ou moins ridicules, à des contorsions bizarres, etc. Les recherches que l'on a faites à ce sujet peuvent avoir leur côté curieux, mais elles ont peu d'utilité, et de tels accidents, peut-être le plus souvent simulés, n'ont aucun rapport avec ceux que nous décrivons. — Tantôt l'invasion de la chorée est lente. Cette affection débute par des mouvements spasmodiques dans quelques muscles, et peu à peu elle devient plus générale. Ailleurs, son début est assez rapide. Le mal devient de plus en plus intense. — On a cherché à fixer la durée de la chorée. M. Ruz a noté que sur 189 cas, les malades ont resté, comme moyenne, 51 jours à l'hôpital, tandis que sur onze autres, M. Durossé a vu les malades y séjourner près de deux mois. Certains auteurs ont fixé à 47 jours le terme moyen du mal. Mais ce n'est pas cette moyenne qu'il s'agit de relater ici, ce sont les cas particuliers dont il faudrait déterminer la durée. Or, certains choréiques, sans que la cause puisse en être appréciée *a priori*, restent plusieurs mois malades, tandis que d'autres le sont à peine durant quelques semaines, et il en est malheureusement chez lesquels le mal persiste d'une manière indéfinie.

Nécrorganographie.

12222. On a trouvé dans les cadavres de choréiques les lésions les plus variées : 1° des pseudoméninges sur diverses parties du céphale (Sæmmering, Frank, Lélut); 2° des concrétions et des tubercules névraxiques (Gegret); 3° une augmentation dans les proportions du fluide céphalorachidien (Prichard); des lésions variées dans les tubercules quadrijumeaux (Serres); 4° des hypertrophies avec congestion de la substance corticale (Monod, Hutin); 5° des ramollissements dont le siège était varié (Gendron, Courtois, Rufz), etc., etc. — Par contre, dans un assez grand nombre d'ouvertures de choréiques, on n'a point trouvé de lésions organiques appréciables (Rufz, Blache), et, chose remarquable, M. Delafond n'a pas été plus heureux sur les animaux atteints d'accidents analogues à la chorée.

Étiologisme, pathogénisme.

12223. Les faits n'ont pas encore prouvé que la chorée fût *héréditaire*. Mais toutes les analogies conduisent à croire qu'elle doit l'être. *Les enfants* débiles, impressionnables, à membres grêles, en sont plus fréquemment atteints que d'autres. Rarement en est-on frappé dans la première enfance. Il résulte de relevés statistiques assez nombreux qu'elle est plus fréquente de 10 à 15 ans qu'à toute autre époque de la vie. Toutefois on en a cité des exemples chez des enfants de 3 et 4 mois (Prichard), chez des adultes de 40 ans (Andral), et même chez un vieillard de 80 ans (Bouteille). Probablement dans plusieurs de ces cas on a rapporté à la chorée des faits en rapport avec des collections symptomatiques différentes. *Les jeunes filles* en sont plus fréquemment atteintes que les *petits garçons*. On dit que les impressions morales et notamment *la frayeur et l'irritation* causent la chorée, ce qui est loin d'être démontré, etc.

Pathogénisme.

12224. Le pathogénisme du tremblement et de la chorée est d'une grande obscurité. Nous croyons devoir rapporter ces accidents à des phénomènes du même genre que les névropallies; mais c'est plutôt là une sorte d'analogie d'action qu'une véritable identité. Ces névromyopallies ne seraient pas en tout cas progressives ou prosaïques, car les symptômes dont il s'agit restent fixés sur les parties du névrosystème, et de l'appareil musculaire qu'elles affectent. Ces modifications dans l'influence nerveuse et dans la contraction musculaire sont en général liés à un hyporganisme (diminution dans

l'action organique), soit du névraxe et des nerfs, soit des muscles eux-mêmes. On voit, en effet, le tremblement survenir chez des gens très-affaiblis, soit par l'âge, soit par des névraxies, soit par des agents toxiques. On observe la chorée chez des enfants ou chez des jeunes filles débiles et très-irritables. Il semblerait en vérité que l'affaiblissement de l'action névromusculaire conduise à de l'hésitation dans cette action, et au tremblement. De plus, il y a presque toujours, dans de semblables cas, une diminution non moins marquée dans les phénomènes psychismiques, de telle sorte que les gens atteints de tremblements et de chorée ont l'intelligence peu développée, sont très-impressionnables, versatiles et sont parfois dans un état voisin de la démence. C'est là sans doute une des raisons qui ont conduit M. Bouillaud à dire dans une expression figurée que la chorée était une folie des muscles. Il n'y a pas ici *folie* des muscles, puisque le but de leur action est finalement atteint, mais il y a trouble, incertitude dans la contraction. — Le tremblement et la chorée ne sont pas le fait d'une irritation, d'une congestion, d'une phlegmasie. — Ils ne sont pas les résultats d'une lésion organique déterminée, car on les a observés sur des gens dont les cadavres présentaient des lésions organiques variées, ou qui n'en offraient en aucune façon. — Encore une fois (n° 12217), le tremblement n'est pas une maladie, et la chorée elle-même n'est qu'un symptôme; c'est-à-dire la conséquence d'états organopathiques très-divers. Elle n'offre pas dans son siège et dans la succession de ses phénomènes un ordre fixe et invariable.

12225. Le siège des états pathologiques qui causent le tremblement paraît être tantôt dans le névraxe comme le prouvent les lésions organiques encéphalorachidiennes trouvées sur les corps d'individus qui en ont été atteints, tantôt de quelque altération des nerfs ou des muscles, ainsi que conduisent à le croire les affections très-circonsrites de ce genre observées dans un espace très-limité du corps ou d'un membre. Quant à la chorée, le trouble fonctionnel qui la constitue conduit à croire, d'après les faits physiologiques connus (expériences de Rolando, Magendie, Bouillaud, etc.), que le cervelet ou les régions les plus élevées du rachisomyèle sont les points de départ des accidents choréiques.

Thérapeutique.

12226. Le tremblement ayant été en général considéré comme un symptôme, on a renvoyé avec raison l'étude de son traitement à

celle des états pathologiques (n° 12217) dont il était la conséquence. Celui qui est lié à l'hypotrophie encéphalique des vieillards est évidemment incurable, tandis que la névromyopallie résultat de l'action des poisons mercuriels et saturnin, peut céder à une curation analogue à celle qui convient en général dans les intoxications dont il s'agit.

12227. *La chorée au contraire a été rapportée à une maladie*, et il est curieux de voir par combien de remèdes, de recettes, de pratiques diverses, on a cherché à combattre cet être de raison. Presque tous les médicaments prônés contre l'hystérie (n° 12162), l'épilepsie (n° 12203), ont été employés ou proposés contre la chorée. De ces moyens, quelques-uns seulement méritent qu'on les mentionne. — 1° Les saignées générales ont été recommandées par Sydenham. On les a dit être au moins utiles comme moyens de calmer les accidents. La plupart des praticiens les ont à peu près abandonnées. — 2° Les immersions par surprise dans l'eau froide ont été regardées ici par Dupuytren comme des agents thérapeutiques de premier ordre. — 3° M. Baudelocque a tiré un grand parti des bains sulfureux, et M. Ruz les a vus chez 18 malades sur 14, borner à 24 jours la durée moyenne du mal (n° 12221). — 4° Les purgatifs doux ont été recommandés par Sydenham, MM. Bouteille, Andral, Blache, Guersant, et beaucoup de praticiens anglais. — 5° Le tartre stibié et les médicaments dits toniques ont eu leurs prôneurs. — 6° L'électricité enfin paraît avoir produit quelquefois des résultats heureux (Dehaen, Fothengill, Addison).

12228. Dans l'ignorance où nous sommes, avec tant d'autres, sur les causes et sur la nature de la chorée, nous avons dirigé, quelquefois avec bonheur, le traitement de cette affection, et cela en ayant égard, soit à son siège présumé (n° 12225), soit aux symptômes qui la caractérisent. Sous le premier point de vue nous avons fait appliquer à plusieurs reprises, et sur des individus qui d'ailleurs n'étaient pas hypémiques, des sangsues : derrière et au-dessous des oreilles, ou encore à la partie postérieure du cou (Serres et Lisfranc). Des ventouses scarifiées auraient pu sans doute les remplacer. Dans deux cas, cette pratique a été suivie d'une grande amélioration dans les symptômes choréiques qui, une semaine plus tard, se dissipèrent complètement. Chez les individus hypémiques, les évacuations sanguines seraient utilement remplacées par des épispastiques.

12229. Dans deux cas de chorée très-marquée, dont l'un avait lieu chez une jeune fille hydrémique et à intelligence peu développée, les accidents étaient *chaque jour*, et à des heures fixes, infiniment plus marqués ; nous eûmes recours au sulfate de quinine dissous à la dose, pour chaque prise, d'un gramme ; les symptômes s'amendèrent *tout d'abord*, l'époque du paroxysme recula, et en trois ou quatre jours les mouvements choréiques cessèrent d'avoir lieu. De tels faits qui ne sont pas neufs dans la science (car on avait déjà publié des résultats heureux de l'emploi du quinquina dans la chorée) rappellent ceux où ce médicament a réussi dans la curation de l'hystérie (n° 12159), et de l'épilepsie (n° 12216). Ils doivent porter le praticien à rechercher avec soin si dans les cas de chorée soumis à son observation il n'y a pas d'intermittence ou de périodicité.

12230. Nous avons cherché à empêcher les mouvements choréiques en condamnant à l'immobilité les membres qui en étaient le siège, et cela, au moyen de la compression pratiquée avec une bande roulée de façon à empêcher les muscles de se mouvoir, et à agir de la même façon sur les nerfs. Cette pratique nous paraissait surtout devoir être avantageuse dans les cas où le mal était borné à des parties très-limitées des membres. Soit que la compression ait été incomplètement faite, soit que ce moyen ait été insuffisant, nous n'avons pas pu, en procédant ainsi, empêcher les mouvements choréiques, et il n'a pas eu d'influence sur la marche de cette affection.

12231. Pour le tremblement, comme pour la chorée, nous avons souvent cherché à faire que les malades *prissent de l'exercice, exécutassent des mouvements réguliers et en mesure*. Or, nous n'avons en rien tiré de cette médication le parti que nous espérions.

12232. Du reste, l'ensemble du traitement de la chorée a la plus grande analogie avec celui des névropallies précédentes ; en général, il est utile, chez les individus qui en sont atteints, de prescrire un régime réparateur, et de chercher à développer l'intelligence, attendu que de tels gens sont en général faibles de corps et d'esprit.

CHAPITRE XIX.

MYOSCLÉROSTHÉNIE. — Contractures musculaires, contractions portées jusqu'à l'induration.

TRAUMAMYOSCLÉRIE et ALGOMYOSCLÉRIE. — Induration des muscles causée par une blessure et par la douleur.

Contractures; importance de leur étude.

12233. Sous le nom de contractures, on a désigné une contraction fixe, *tonique* si l'on veut, persistante, portée souvent très-loin, et qui est la conséquence de diverses lésions organiques, soit du névraxe, soit des nerfs. Dans cette affection, les muscles qui en sont atteints se maintiennent dans un état de contraction permanente, dans un raccourcissement persistant tel que les parties sur lesquelles ces muscles s'insèrent sont entraînées et tenues dans les positions correspondantes au sens de l'action propre à ces organes. Ceux-ci présentent alors une grande dureté, et donnent au plessimétrisme, soit un son dont la sécheresse égale presque celle des os, soit une sensation de résistance très-marquée. Ces contractures, d'après ce qui vient d'être dit, méritent bien le nom de myosclérosthénie que nous leur donnons. Il faut en tenir compte dans la diagnose : des luxations spontanées du fémur ou de la symphise sacro-iliaque (n° 12144), dans les affections dites hystériques (n° 12144), et dans un grand nombre de rétractions des membres. Celles-ci sont essentiellement du domaine de la chirurgie. Dans la pratique médicale, on ne s'occupe guère des contractures qu'au point de vue du symptômalogisme; car on les voit souvent se manifester comme phénomènes consécutifs aux lésions les plus variées du névraxe ou des nerfs (nos 11953, 12007, 12023, etc.). La myotomie, qui parfois est un excellent moyen d'y remédier, est une opération complètement chirurgicale.

Contractures chez les gens atteints de lésions encéphaliques; elles simulent la paralysie absolue.

12234. Faisons cependant ici une annotation relative à un fait pratique d'un grand intérêt : *La paralysie des membres à la suite de diverses lésions névraxiques, est souvent bien moins complète qu'on ne le croit généralement.* Chez les gens, par exemple, qui ont été atteints d'une encéphalorrhagie, les doigts sont fortement fléchis dans la main; celle-ci l'est également sur l'avant-bras, etc. Or, de tels malades ne peuvent, en apparence, exécuter aucun mouvement de ce membre, et on les croit complètement anervismés.

Moyens de remédier aux contractures chez les paralytiques et de rendre à ceux-ci certains mouvements.

12235. Nous avons maintes fois remarqué que si l'on porte les doigts et la main dans l'extension, ce qui cause, du reste, d'assez vives douleurs dans les jointures et dans les muscles fléchisseurs du membre, alors *volontairement*, les malades dont il vient d'être parlé (n° 12234) peuvent fléchir les doigts et même la main. Dans de tels cas : évidemment tout mouvement n'est pas perdu ; la contracture des fléchisseurs a démesurément allongé et anervismié les extenseurs, et il suffirait peut-être de pratiquer la section des muscles indurés ou de leurs tendons ; soit pour rendre au membre la possibilité de s'étendre ; soit pour permettre aux muscles extenseurs de reprendre leur action ; soit enfin pour donner aux fléchisseurs la possibilité d'exécuter des mouvements volontaires. — Nous avons soumis le membre paralysé à une extension forcée, et cela au moyen d'un gant dont la face dorsale de chaque doigt présentait des lanières. Celles-ci livraient passage à des lacets que l'on fixait au bout de chaque doigt, et que l'on attachait à un lien qui entourait le bas du bras. Il suffisait de tirer sur ces tendons artificiels pour porter fortement les doigts dans l'extension. Une fois que ces parties étaient légèrement relevées, leurs flexions volontaires, à un faible degré il est vrai, devenaient possibles. Malheureusement l'occasion et le temps nous ont manqué pour donner suite, dans des cas de ce genre, aux demi-succès obtenus.

Traumamyosclérie ; tétanos.

12236. Nous avons donné les noms de traumamyosclérie et d'algomyosclérie (ou encore de sthénomyosclérie traumatique) aux contractures musculaires consécutives, les unes à des blessures, les autres à de vives douleurs locales. Ces contractures, dont l'histoire est vraiment spéciale ont été appelées par les auteurs *tétanos* (de *τενω* ou *τιτανω*, je tends) ; nous insisterons peu sur cette affection, parce qu'elle est surtout étudiée en chirurgie comme accident des plaies, et que l'on a si peu l'occasion de l'observer dans nos climats, que durant une longue pratique nous avons à peine vu de malades dont le tétanos ne fût pas de cause traumatique.

Symptômalogisme.

12237. Des convulsions d'abord faibles, rares, et de peu de durée, sont suivies de contractions persistantes dans les muscles, qui deviennent durs, raides, immobiles, inflexibles, inextensibles, et à ce point que les fibres musculaires antagonistes sont quelquefois rom-

pues. Toutefois, dans certains cas, des mouvements très-peu étendus sont encore possibles. Ces phénomènes sont continus ; toutefois ils présentent des alternatives marquées par la succession d'une diminution momentanée dans l'intensité de la myosclérosthénie, et d'une augmentation pendant laquelle se déclarent des secousses et des contractions très-énergiques. Ces sortes de paroxysmes ont lieu à dix minutes, une demi-heure, une heure, plusieurs heures de distance, et à mesure que le mal se prononce, les intermissions deviennent de plus en plus courtes. Après un certain temps, les contractions sont presque entièrement ou même tout à fait continues, et alors *les muscles non-seulement sont très-durs à la pression et au plessimétrisme ; mais ils donnent un son presque ostéique, ainsi qu'il en arrive pour ces organes, alors que dans tout autre cas, ils se contractent avec force.* Les paroxysmes tétaniques sont, du reste, accompagnés des plus vives douleurs.

12238. On ne conçoit guère la possibilité du tétanos vrai, général, universel, car il est absolument impossible que *tous* les muscles soient à la fois atteints de sthénosclérie sans que la mort soit immédiate ; la contraction permanente des thyro-anythénoïdiens, du diaphragme, des intercostaux, déterminerait à coup sûr l'anoxémie (n° 3944). Le tétanos, *toujours partiel*, l'est plus ou moins dans des cas divers ; d'abord borné à quelques parties, il s'étend souvent d'une manière successive à d'autres régions du myosystème. En général, ce sont les muscles temporaux, masseters, ptérygoïdiens qui sont frappés de sthénosclérie ; c'est alors du trismus qu'il s'agit, et qui donne lieu à la difficulté ou à l'impossibilité d'écarter les mâchoires, de parler, de manger ou de boire, et à ce point que l'on a été quelquefois réduit à faire arracher des dents pour introduire quelques liquides dans l'estomac. Par suite des contractures tétaniques, parfois les incisives ou les molaires se brisent, ou encore la langue est divisée. Les traits de la face prennent différents aspects tous plus ou moins fixes et variables en raison des faisceaux musculaires qui sont atteints de sthénosclérie. Lorsque le mal atteint les muscles extenseurs du tronc et du membre, le corps et les extrémités sont renversés en arrière (opisthotonos des auteurs), et cela avec une telle force qu'il est impossible de le faire fléchir. Quand les fléchisseurs sont affectés, la courbure est en sens inverse (emphrosotonos). Quelquefois le tronc est courbé sur le côté (pleurosthotonos). Quand les extenseurs, les fléchisseurs, les muscles latéraux

sont atteints à la fois de sthénosclérie, le corps reste droit et immobile. Il est facile de se représenter toutes les variations d'aspects que peuvent prendre la face, la tête, le cou, le tronc, les membres, ou les parties isolées du corps, suivant que le mal atteint telle ou telle région du myosystème. Les décrire en détail serait faire une description que Truka a tracée avec exactitude, mais que nous pouvons sans inconvénients ne pas reproduire.

12239. Les symptômes qui, dans les cas dont nous traitons, se déclarent, varient en raison des muscles frappés de sthénosclérie. La dyspnée, l'orthopnée, l'hypo ou l'apnée (diminution et abolition de la respiration), sont les conséquences forcées des contractions permanentes des fibres glottiques, diaphragmatiques et des autres puissances motrices présidant à la respiration. Dans de tels cas, le stertor peut se faire entendre, comme aussi la voix éprouve dans le trismus et dans les sthénoscléries pharyngiennes des anomalies très-marquées. Des ronchus gutturaux sont les conséquences de l'accumulation dans le pharynx des liquides qui ne sont pas avalés. Dans le *trismus*, les dents ne pouvant être écartées, la salive s'accumule dans la bouche et suinte entre les lèvres; la soif est alors d'autant plus vive que le malade, bien que son appétit soit très-marqué, ne peut ni boire ni manger. Les autres symptômes observables chez les tétaniques, tiennent : — 1° aux influences directes que les muscles contractés exercent sur les fonctions des parties liées directement d'action avec eux; exemples : les érections continues, lors de la sthénosclérie des muscles du périnée; l'impossibilité de rendre les fèces quand existe une contraction permanente des parois abdominales; — 2° à des états organopathiques coïncidants, tels que la fièvre dans diverses phlegmasies, le délire dans certaines encéphalites pendant la durée desquelles se déclare le tétanos.

Invasion, marche, durée, terminaisons.

12240. Les prodromes du tétanos, tels que les énumèrent les auteurs, n'ont rien de fixe. Les phénomènes les plus saillants de son invasion sont : de la raideur dans le cou, une douleur vers l'appendice xiphoïde reporté en arrière vers la colonne vertébrale, une extension inaccoutumée pendant le sommeil, etc.; puis, s'il s'agit du *trismus*, une sensation pénible vers la base de la langue, la difficulté et ensuite une impossibilité complète de mâcher et d'avaler, etc. Quelques symptômes d'hydrophobie initiaux ont été aussi indiqués par S. Cooper : — la marche continue du tétanos

offre des *paroxysmes* qui le rendent en quelque sorte rémittent. Dance a rapporté quatre observations de myosthénosclérie intermittente que l'on a prétendu n'être pas le vrai tétanos. Ces difficultés scolastiques viennent de ce que l'on a voulu absolument faire de cette affection une unité morbide, tandis qu'il fallait voir que l'état : myosthénosclérie (n° 12237) peut se déclarer dans des collections symptomatiques variées. Or, il est certain, d'après les faits vus par Dance et par d'autres, que de telles contractions musculaires peuvent se renouveler d'une façon intermittente. — On a vu le tétanos faire périr en moins d'une heure. Sur 53 cas de traumasthénosclérie, notés par le docteur Curling, la mort est survenue : 11 fois le premier jour ; 15 fois le deuxième, et 8 fois en soixante-douze heures ; deux malades seulement parvinrent à la fin d'une semaine. Très-rarement, suivant MM. A. Bérard et Denonvilliers, la vie se conserve-t-elle jusqu'au dixième jour ; on a cependant cité un cas dans lequel le tétanos dura quatre mois. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu un malade qui en fut atteint à la suite d'une lésion du pied, et qui vécut plus de dix jours. Presque constamment la myosthénosclérie de cause traumatique tend à se généraliser et atteint un nombre de muscles de plus en plus grand. La mort a lieu : soit par la contraction persistante des muscles respirateurs et de la glotte, d'où résulte une hypoxémie plus ou moins prompte et complète ; soit par l'extension du mal au cœur ; soit de toute autre façon. On admet que le tétanos non traumatique est moins souvent fatal ; mais à part les cas dans lesquels cette affection se déclare sur les nouveau-nés, et où l'action du froid sur la peau échauffée, agent fréquent d'un tel mal, peut être comparée à une cause traumatique ; presque toujours les gens qui, reçus dans les services de médecine, sont considérés comme affectés de tétanos spontanés, ont éprouvé quelques douleurs très-vives dans divers organes, ou ont été atteints de blessures ayant leur siège dans des parties très-sensibles. Tel fut le cas de cet homme qui, placé dans notre service (n°s 12241, 12242), périt d'un tétanos que l'on aurait pu croire spontané, et qui, interrogé avec soin, déclara avoir porté depuis huit jours une petite plaie douloureuse du pied.

Nécroorganographisme.

12241. On a trouvé à la suite du tétanos : des myélémies, des hydro, des hêmo, des pyomyélies, des myélomalaxies, des ménin-golyélites. On dit avoir rencontré alors des ramollissements dans les

promyèles (cordons antérieurs de la moelle), ou dans les filets nerveux qui en émanent, et ce fait a été particulièrement observé sur le cheval par M. Imbert Gourbeyne. Sur 17 tétaniques, 14 fois M. Dubreuil a constaté l'existence d'une myélémie, et 3 fois l'épanchement d'une matière blanchâtre et épaisse entre les méninges et le rachisomyèle. D'autres ont noté : 1° des abcès comprimant la moelle (Lobstein, Arnal) ; 2° la rougeur des ganglions semi-lunaires (Caron du Villards, Arronsohn, Andral) ; 3° une inflammation du névrilème (Lepelletier de la Sarthe et surtout M. Jobert) ; des épanchements sanguins dans les gouttières vertébrales (Cruveilhier et Bérard aîné), etc. — Par contre, divers auteurs, et notamment M. Roux, n'ont rencontré dans les centres nerveux aucune lésion remarquable. Dans 5 faits sur 8, M. Velpeau n'a pas constaté de lésion névraxique, et dans le seul cas où nous avons fait la nécroscopie d'un tétanique, nous n'avons pas été plus heureux. M. Regnault, dans deux faits observés à la suite des journées de juin, alors qu'il s'agissait d'individus atteints, l'un de plaie à l'épaule, l'autre de contusion à la région axillaire, n'a pu davantage reconnaître d'altération appréciable dans le rachisomyèle. Il est au moins certain que les lésions trouvées dans de tels cas ne sont pas constantes, qu'elles varient de caractère, et ont de l'analogie avec celles que l'on a parfois notées dans l'hydrophobie, l'épilepsie, etc. Les altérations organiques observées chez les tétaniques, dans les parties autres que le névraxe, sont encore bien moins constantes que celles dont les centres nerveux sont le siège. Suivant nous, et d'après nos nombreuses recherches bibliographiques, ce qu'il y a d'à peu près certain dans le tétanos, ce sont les lésions traumatiques, ou tout au moins un trouble profond apporté dans l'action sensoriale, soit du névroderme (ainsi qu'il en arrive, par exemple dans la myosthénosclérie qui se déclare chez les nouveau-nés) ; soit de divers organes (ainsi que l'on dit avoir vu d'excessives douleurs utérines ou névriques donner lieu au tétanos (algosthénosclérie de la nomenclature)).

Etiologisme ; pathogénisme.

12242. Les seules causes organiques connues du tétanos sont les blessures et les lésions douloureuses ; aussi l'observe-t-on presque exclusivement dans les services de chirurgie (n° 12240). Le seul cas *spontané* que nous ayons vu a été déjà cité (n° 12240, 12241), et n'était autre qu'une splénie en rapport avec des accès périodiques ; ceux-ci avaient pour caractères des attaques répétées d'opisthotonos ;

le malade se rétablit sous l'influence de hautes doses de quinine.— Les vers intestinaux ont été accusés (et peut-être à tort) de donner lieu à la myosthénosclérie : l'influence du froid sur les nouveau-nés, et particulièrement sur les petits nègres, surtout lorsque le corps est échauffé, est, à ce qu'il paraît, fréquemment suivie, dans les climats chauds, d'un tétanos presque toujours mortel. Cette affection est en général beaucoup plus rare sous notre latitude que dans les contrées méridionales. On dit cependant que le froid humide favorise son développement. L'influence des autres circonstances hygiéniques, qui d'ailleurs est fort peu connue, est assez analogue dans cette affection à celle que ces circonstances exercent sur l'hystérie, l'épilepsie, etc. Un grand nombre de résultats nécroscopiques (n° 12241) et d'expériences physiologiques connus, l'action de la strichnine, soit sur le prolongement rachidien, soit sur les nerfs et les muscles, semblent démontrer que des myélopathies, et surtout des promyélies (n° 11522), donnent lieu aux symptômes myosthénosclériques. On a même fréquemment trouvé à leur suite les caractères d'une méningomyélite franche; mais à coup sûr, il ne s'agit pas toujours ici d'une véritable phlegmasie du névraxe; car très-fréquemment l'on n'en constate pas les moindres vestiges (n° 12241). La myélite ou la méningomyélite n'est pas la cause anatomique des contractions tétaniques; la plus minime portion de strychnine détermine, en effet, de tels phénomènes, sans qu'il soit possible de découvrir à la mort la moindre trace de lésions; il suffirait même de la plus faible modification moléculaire dans le rachisomyèle pour donner lieu à la myosthénosclérie. Il est donc bien naturel de penser : 1° que l'état de la moelle et des nerfs dans le tétanos est une névropallie (n° 11550) analogue à celles qui donnent lieu à l'hystérie (n° 12154), à l'épilepsie (n° 12194), etc.; — 2° que le point de départ de cette affection progressive est la plaie (n° 12840), le point douloureux (n° 12241), ou les papilles de la peau soumises à l'impression du froid (n° 12241); — 3° que l'aboutissant névraxique de cette névropallie n'est pas : l'appareil optique comme dans l'épilepsie; quelque point voisin du cervelet ou de ses annexes médullaires comme dans l'hystérie; mais bien les faisceaux antérieurs du prolongement rachidien; — 4° que les vibrations parties de ce point central et progressant par une action réflexe se portent vers les nerfs du mouvement et vers certains muscles, en y donnant lieu à ces contractions persistantes et fibrillaires qui caractérisent le mal; un tel

fait serait pour les nerfs du mouvement dans le tétanos, ce qu'est la paralysie dite hystérique pour les nerfs du sentiment; — 3° qu'en portant plus loin les analogies et les inductions, on arriverait à croire que les cordons postérieurs de la moelle rachidienne seraient, comme sentiment, affectés dans l'hystérie, tandis que les antérieurs dans la myosclérosthénie seraient atteints comme mouvement.

12243. Cette théorie des phénomènes dont nous traitons ici, expliquerait comment il se fait qu'un grand nombre de myélopathies, non consécutives à des plaies ou à des douleurs, provoquerait des accidents assez semblables au tétanos (contractions fixes de certains muscles ou de certaines séries de muscles), sans qu'il s'agisse cependant du tétanos véritable et mortel. Pour y donner lieu en effet, il suffirait de la souffrance par une cause quelconque, ou, si l'on veut, de l'irritation persistante des promyèles (cordons antérieurs de la moelle).

12244. Les théories jusqu'à présent émises relativement au pathogénisme du tétanos, telles que celle qui consisterait à y voir : — 1° une rachisomyélite; 2° une névrilemmite (n° 12241); 3° une sorte d'antagonisme ou de lutte de contraction entre les muscles fléchisseurs et les extenseurs; 4° une rigidité des muscles du même genre que celle du cadavre (Thierry); 5° une affection des ganglions trisplanchniques (Lasserre); 6° une névrose, etc., etc., sont loin de rendre compte, aussi bien que la nôtre, des faits pathologiques et nécroscopiques que l'on possède sur le tétanos. Du reste, la très-grande analogie existante entre l'explication que nous donnons de cette affection et celles que nous avons proposées pour l'épilepsie (n° 12154), et pour l'hystérie (n° 12194), théories qui pratiquement nous ont paru si utiles (nos 12159, 12215), nous font regarder son exactitude comme extrêmement probable.

Thérapie.

12245. Le traitement du tétanos a été constamment dirigé contre l'unité morbide ainsi désignée, et non pas contre les états organopathiques qui le constituent. Toutefois, plusieurs praticiens modernes, croyant y trouver les symptômes d'une myélite cervicale, ont eu recours à des évacuations sanguines abondantes. Lisfranc, par exemple, a vu un tétanique revenir à la santé après l'avoir saigné 60 fois et avoir fait appliquer jusqu'à 700 sangsues le long de la colonne vertébrale. Lepelletier de la Sarthe obtint aussi un succès en faisant

pratiquer à un malade, en deux jours et demi, cinq saignées d'un kilogramme chacune. M. Jobert recommande aussi les évacuations sanguines. Si l'on se décide à avoir recours aux saignées, il faut non pas les proportionner à l'intensité ou à la persistance des contractions convulsives, mais bien aux conditions de panhyperémie (n° 3801), de panhypémie (n° 3857), d'organémies (n° 1713, 8472, 11779), etc., que le malade présente; c'est en agissant ainsi que l'on évitera de nuire au malade en tirant trop de sang, et de se laisser entraîner par une timidité qui conduirait à une réserve trop grande. Blizard, Curling, Bérard jeune et Denonvilliers ont peu de confiance dans les évacuations sanguines pratiquées dans des cas pareils.

12256. Le musc, le camphre, le castoréum, le tabac surtout, (O Beirne, Anderson, Travers), et une infinité d'autres médicaments narcotiques ou antispasmodiques ont été proposés; mais c'est principalement l'opium à doses fortes et répétées dont on a exalté l'efficacité. Donné seul ou avec d'autres médicaments, il aurait réussi, suivant Blizard, Curling, 44 fois sur 84 cas de *tétanos spontané*. On a porté la dose de ce médicament à des quantités effrayantes (17 grammes en 17 jours) (Glatter). On le donne en général toutes les demi-heures, toutes les heures ou toutes les trois heures par 5, 10, 15, 20 centigrammes. On affirme que dans cette affection les malades supportent facilement des proportions plus considérables des préparations opiacées que dans tout autre cas; mais la prudence veut que si les premières doses élevées ne produisent pas d'effet, on ne continue pas leur emploi (n° 11710, 12069), et d'autant plus que plusieurs auteurs regardent dans le téτανos l'opium comme inefficace ou nuisible.

12257. On a encore proposé empiriquement les purgatifs, les toniques, les mercuriaux et les bains, derniers moyens qui nous paraissent mieux indiqués.

12258. Il nous semble que, dans l'administration des modificateurs qui précèdent, on a presque entièrement oublié les indications qui résultent de l'étude attentive du mal. On a fait ici comme ailleurs, non pas de la médecine fondée sur l'expérience raisonnée, mais de l'empirisme routinier. Voici comment, dans la myosthénosclérie, nous comprenons la thérapie.

Médication rationnelle.

12259. Une blessure, une douleur, une souffrance organique est le plus souvent le point de départ de la névrxomyosie dite téτανos. C'est donc sur de telles lésions qu'il faut avant tout agir.

Cautériser la blessure de manière à en détruire la surface; narcotiser la douleur sur le lieu même où elle se produit, et cela au moyen des sels solubles de morphine, de l'extrait aqueux d'opium, du chloroforme, de l'éther localement appliqués, et, si l'épiderme recouvre les parties malades, administrés même au moyen de la méthode endermique; apposer de la glace ou même des mélanges plus réfrigérants; tels sont les moyens qu'il est d'abord convenable d'employer. — S'il existe un état phlegmasique et très-douloureux, des évacuations sanguines, des bains locaux peuvent être très-utiles. On insistera sur ces agents thérapeutiques, non-seulement au début des accidents, mais pendant leur durée. Il est probable, en effet, que les états pathologiques locaux qui ont suffi pour produire tout d'abord le mal, sont encore les causes de ce qu'il persiste. Il convient ensuite de modifier les parties du névrosystème qui s'étendent de la partie malade au névraxe, et c'est dans ce sens que l'on doit employer sur le trajet des nerfs, à partir du point périphérique affecté jusqu'au rachisomyèle, des frictions avec des liqueurs opiacées; qu'il faut y appliquer des vésicatoires, panser leurs surfaces dénudées avec des sels solubles de morphine, y faire des applications de chloroforme, etc. — On doit aussi diriger les moyens thérapeutiques vers les parties du rachisomyèle affectées. Lorsque les contractions siègent dans la plupart des muscles, ce qui porte à croire que la moelle est malade dans toute son étendue, alors les agents curatifs précédemment indiqués (n° 12245) doivent être portés sur les diverses régions du rachis, et l'on peut y joindre des douches de vapeurs ou d'eau à diverses températures, etc. On ramollira autant que possible les muscles contracturés par des bains locaux, par des cataplasmes, etc.; on les calmera en plaçant les parties affectées dans les positions les moins pénibles; on évitera de provoquer des rétractions plus violentes en ne s'efforçant pas d'entraîner les membres dans un sens opposé à celui où les portent les muscles malades.

12260. On pourrait aussi, dans l'intention de remédier à l'ensemble des accidents, tenter *avec des chances réelles de succès* l'inspiration du chloroforme ou de l'éther; en théorie, ces moyens paraissent devoir présenter de l'utilité; mais pratiquement il faut attendre pour se prononcer sur leur efficacité, que des faits positifs viennent sanctionner ces inductions de l'analogie. — Il est non moins urgent de laisser les malades dans le repos le plus parfait, d'éloigner toute excitation des organes des sens, car elles pourraient provoquer de

nouvelles contractions musculaires; — enfin il faut surtout tenir compte de l'intermittence dans le retour des paroxysmes qui conduit à traiter le tétanos, surtout lorsqu'il est spontané, soit par les préparations de quinine soluble (n^{os} 11568, 12159), soit par la potion de quinine et de canelle alcoolisée (n^{os} 11568, 12216); probablement celle-ci réussirait mieux ici que l'opium à de hautes doses. On ne doit pas oublier que nous avons vu un opisthothonos se dissiper presque spontanément, alors que dans un cas de splénomacrosie et de fièvre intermittente, nous avons donné plusieurs grammes à la fois de sulfate de quinine (n^{os} 8862, 8975).

CHAPITRE XX.

CYNOSIALIOSIE (affection (ie) produite par le virus (iose) de la salive (siale) du chien (cyno)). — Rage, hydrophobie canine.

12261. La terrible névrosystémie (affection du système nerveux) qui a reçu le nom de rage, d'hydrophobie canine, de cynolysse, et que nous désignons sous le nom de cynosialiosie, présente avec le tétanos (n^o 12286) la plus grande analogie. Les caractères spéciaux de ce mal consistent en des accès convulsifs accompagnés: soit d'un sentiment d'horreur pour l'eau, pour les corps liquides et brillants; soit de l'envie de mordre. Ces accès se déclarent consécutivement à l'inoculation d'un virus dont la source primitive est la salive altérée d'un animal appartenant aux espèces: *canis* ou *félis*. — Il faut bien distinguer les effets du lyssiose (venin de la rage), de l'*hydrophobie* proprement dite ou *horreur de l'eau*, qui n'est qu'un symptôme, et que nous avons vue se déclarer dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans quelques autres affections.

12262. Presque constamment une morsure faite par un animal enragé précède le début des accidents. Cependant l'inoculation sous-tégumentaire, l'application sur des surfaces dénudées de la salive imprégnée de lyssiose, peuvent aussi, et d'après les nombreuses expériences de Trollet, Regnault, Breschet, etc., être un point de départ pour la cynosialiosie. Boerhaave et un assez grand nombre d'autres auteurs pensent même que le dépôt du virus rabique sur les membranes muqueuses de la bouche, et même, ce qui paraît fort peu probable, que l'ingestion dans l'angibrôme de la

Chair ou des liquides provenant d'animaux atteints de cynosialiosie, ont été les moyens par lesquels la rage s'est communiquée. Quoi qu'il en soit, *le plus ordinairement*, 30 à 40 jours s'écoulent entre l'époque de la morsure ou de l'inoculation et celui où apparaissent les premiers phénomènes généraux. On a vu cependant la rage se déclarer : 24 heures après la morsure (Mead), du 14^e au 30^e jour (Trolliet); du 40^e au 68^e jour, du 12^e au 17^e mois (Hunter). Ces derniers faits sont prodigieusement rares, et plusieurs des exemples que l'on en cite pourraient bien se rapporter à une hydrophobie qui n'aurait pas été cynosialiosique. Les plaies ou les morsures faites par les animaux enragés n'offrent ni des symptômes, ni une marche qui, jusqu'au jour de l'invasion, les distinguent de toute blessure du même genre, mais non compliquée de la présence du lyssiose. Les solutions de continuité tendent à se cicatriser, ou même se cicatrisent, jusqu'au moment où surviennent des accidents névraxiques, fébrile, et rien non plus, dans l'ensemble des fonctions, n'annonce jusqu'à cette époque l'action du cynosialiosie. Toutefois, une éruption très-remarquable se déclarerait du 3^e au 9^e jour, d'après Marochetti; vers le 9^e suivant M. Xanthos; entre le 6^e et le 34^e jour dans les faits vus par M. Magistel. Elle consisterait dans des vésicules qui auraient pour siège la face inférieure de la langue près du frein, et qui très-rarement existeraient sur la face supérieure de cet organe; brillantes, présentant la dimension et la forme d'une lentille, elles auraient une coloration blanchâtre et un peu brunâtre, quelquefois une apparence cristalline; ailleurs, elles contiendraient un liquide blanc et visqueux. Il importerait extrêmement, d'après M. Marochetti, d'examiner chaque jour avec un soin minutieux la langue des chiens mordus par un chien enragé. Si les pustules venaient à manquer, la infection générale n'aurait pas lieu, et on la préviendrait en ouvrant et en cautérisant les pustules. Bien que MM. Barthélemy et Renault, chez les chiens, n'aient pas retrouvé ces vésicules et que cette éruption paraisse souvent manquer, il n'en est pas moins utile de se conformer aux avis que MM. Marochetti et Magistel donnent à ce sujet.

2263. Au début des accidents rabiques on a noté, dès le temps de Cœlius, que la partie mordue devient douloureuse : *Prædictur ea pars, dit-il, quæ morsu fuerit vexata*; c'est là, suivant Salsus Diversus, un signe infailible de rage imminente. Les symptômes qui se déclarent consistent en un prurit, un engourdissement qui remonte des extrémités vers le tronc, sans qu'il y ait aucun changement

appréciable dans le tissu de la cicatrice (ceci est transcrit du Compendium, t. VII, p. 288): *la plaie se rouvre quelquefois, et laisse suinter une sérosité rousse; ses bords se renversent; elle devient douloureuse, bleuâtre, et se tuméfie*. M. Urban a observé souvent, dans la morsure ou à son pourtour, une tumeur entourée d'un cercle rouge et couvert de plusieurs phlyctènes. On a dit que les observations ultérieures n'ont pas confirmé l'exactitude de ce fait. Nous avons vu bien peu de cas de morsures faites par les animaux enragés. Or, l'un d'eux nous a paru fort remarquable au point de vue d'une éruption qui s'est déclarée : une femme avait été profondément mordue à l'avant-bras (en 1828 ou 1829) par un chien enragé; nous pratiquâmes une cautérisation très-profonde de la plaie avec le fer rouge. Cette femme se porta bien jusque vers le 36^e jour. Alors la blessure devint douloureuse, et dans toute l'étendue de l'espace correspondante au diachylum qui la recouvrait, il se déclara une éruption très-confluente, qui, assez analogue à celles de l'hémizonia, ou de la variodermite, présentait la forme d'un bracelet. La nuit suivante, survinrent des rêves affreux, des terreurs extrêmes. Nous cautérisâmes fortement avec l'azotate d'argent les points atteints de cette dermite, et tous les phénomènes névraxiques se calmèrent. Aucun autre symptôme de rage ne se déclara, et la plaie ne tarda pas à guérir. Ce fait, publié depuis très-longtemps, est entièrement confirmatif des opinions de M. Urban; malheureusement il est unique, et par cela même sa valeur pratique est diminuée. Trop fréquemment aussi les phénomènes locaux vers les plaies ou les cicatrices n'ont pas été indiqués par les auteurs.

12264. Un sentiment de constriction vers la tête, un sommeil agité, des rêves sinistres, de l'inquiétude et même de la terreur, de la tristesse, le désir de la solitude, une sensibilité exagérée de l'œil à la lumière, et de l'oreille aux sons (circonstance qui doit engager le médecin à ne parler, même à voix basse, devant le malade, que de choses qui ne peuvent pas l'inquiéter), des mouvements spasmodiques; tels sont les préludes de la rage confirmée, préludes qui sont suivis de dyspnée, de soupirs, d'une anxiété précordiale extrême, puis de l'horreur de l'eau et des corps brillants, ou de l'un des deux. Ces accidents ont lieu bien que la soif soit très-vive, et que le désir de boire soit souvent très-grand. — Tout aussitôt que le malade voit les corps qui viennent d'être indiqués, alors qu'on lui en parle, ou même qu'il y pense, quand il porte un verre à la bouche ou qu'il

introduit dans cette cavité, au moyen d'un corps opaque, une substance aqueuse qu'il ne voit cependant pas, parfois lorsqu'il entend le bruit du vent, etc., il est pris d'un frissonnement involontaire, d'un sentiment d'horreur invincible. — Il éprouve une constriction extrême au pharynx qui lui inspire parfois la crainte d'être suffoqué, et qui l'empêche d'avaler la salive ou les liquides. Une, dans de courts moments de calme, il parvient quelquefois à introduire dans la cavité orale. Alors il rejette des crachats par sputation, et non pas par expectoration. A l'approche de l'eau, ses yeux deviennent hagards, sa poitrine est agitée par des mouvements convulsifs. Cette répulsion insurmontable pour l'eau peut manquer, même chez des gens qui éprouvent une semblable horreur pour les corps brillants. On a supposé, et non pas prouvé, qu'un spasme du pharynx cause l'hydrophobie; mais celle-ci existe quelquefois avant la difficulté d'avaler (Trollet et Villermé). — L'envie de mordre, chez les animaux des genres *canis* et *felis* est un des symptômes les plus constants, est loin d'être commune chez l'homme qui, dans ces cas où cet affreux désir a lieu, conserve ordinairement assez d'intelligence pour engager à s'éloigner de lui les personnes qui l'entourent. En général les animaux, quand ils sont enragés, cherchent à blesser avec les moyens de défense dont ils se servent habituellement; le taureau frappe avec ses cornes, le cheval avec ses dents, etc. — Enfin, des douleurs dans les membres, une mobilité et une susceptibilité excessives, tels sont les principaux symptômes cynosialiosiques. Ces phénomènes se reproduisent par accès qui se rapprochent d'autant plus que le malade est plus près de la mort. A la suite de la rage confirmée, cette funeste terminaison est constante, ce que Dioscoride savait déjà, et ce que les modernes n'ont que trop vérifié. Elle survient par une anoxémie due en partie aux contractions tétaniques des muscles, et en partie, peut-être, à une anairaphrosie (n° 5934). Les principaux caractères de ces accès consistent en un frissonnement, un sentiment d'anxiété, une respiration entrecoupée de sanglots, des secousses et des contractions tétaniques se prononçant dans les muscles, et même dans ceux des mâchoires; les mouvements sont mal assurés, la voix est rauque et écadée. Pendant les accès se déclarent quelquefois des érections très-fortes, et l'on a cité un malade qui avait eu 30 éjaculations en quelques heures. L'intelligence est souvent conservée, ou il existe seulement un état mental généralement désigné par le mot *subdelirium*.

Durée.

12265. Les prodromes de la cynosialiosie sont en général de trois à six jours, et le temps qui s'écoule de l'invasion à la mort est de deux à trois fois vingt-quatre heures. On ne connaît pas de cas dans lesquels ce mal ait suivi une marche chronique.

Nécroorganographie.

12266. La lecture attentive des faits d'anatomie pathologique recueillis sur la rage, ne démontre en aucune façon que cette affection soit liée à une lésion appréciable du névraxe. Chez un certain nombre d'hydrophobes, on a trouvé : soit des méningomyélites, des myélites, des encéphalies variées : soit des névries de la huitième paire et du grand sympathique ; mais ces altérations organiques dans de tels cas, n'ont rien eu de constant. — Les congestions que l'on a observées dans les centres nerveux, les diverses organies, les pneumonémies, les angiairaphrosies, etc. (n° 5934), que l'on a parfois rencontrées sur de tels sujets, étaient complètement analogues à celles que l'on rencontre dans toute autre maladie. Elles ne sont donc en rien propres à la cynosialiosie, et paraissent être le plus souvent consécutives aux attaques. Les seules lésions fixes que l'on rencontre sur les cadavres des enragés, ce sont les morsures, les blessures dans lesquelles le cynosialiose a été introduit, ou encore les cicatrices de ces mêmes traumies. Cette réflexion est importante en ce sens qu'elle porte encore à faire voir dans ces lésions le point de départ des accidents rabiques.

Étiologisme.

12267. L'étiologisme de la rage se borne à établir en fait que l'inoculation du cynosialiose est l'agent exclusif de cet affreux mal ; on a dit, sans preuves suffisantes, que l'on pouvait contracter la cynosialiosie en se mouchant avec des linges qui avaient servi à des enragés, en portant de la salive virulente dans la bouche, etc. (1).

12268. Tous les individus mordus par un chien enragé ne sont

(1) En général les chiens qui éprouvent les prodromes de la rage deviennent tristes, évitent les caresses de leurs maîtres, portent la queue serrée entre les jambes ; puis ils jettent de l'écume par la gueule, tiennent la langue pendante, refusent les aliments et les boissons. Ils fuient la maison qu'ils habitaient, se jettent sur les animaux qu'ils rencontrent et les mordent. Leur démarche est irrégulière. Ils ne donnent plus de voix ou grondent en menaçant. — Quelquefois cependant le chien enragé boit, traverse les rivières à la nage et parfois même ne cherche pas à mordre. Tout chien suspect doit être sacrifié à l'instant. Ceux qui ont mordu seront mis en sûreté et à l'écart pour que l'on sache ce qu'ils deviennent et s'ils

pas atteints de cynosialosie ; on a vu sur dix personnes qui avaient éprouvé de telles lésions traumatiques une seule devenir hydrophobe. Ce fait est commun à beaucoup d'autres virus, tels que le syphiose (n° 4614), le boysiose ou virus vaccin (n° 1106), le variose (n° 10965). Ces différences dans la contagion tiennent soit à la manière dont, chez divers individus, s'accomplissent la circulation et l'absorption, soit aux tissus intermédiaires placés entre la dent de l'animal et les parties dilacérées ; soit au degré d'humectation de ces dents par la bave virulente, etc. Suivant M. Renault, le cynosialosie, en se transmettant, perdrait de son action. Des expériences de Breschet font voir cependant que vingt chiens se sont successivement communiqué la rage, et que le dernier la transmettait encore avec ses terribles caractères. La cynosialosie est fréquente dans les mois les plus chauds de l'année, et particulièrement en mai et septembre (Trolliet). On la dit rare en Afrique, en Turquie, et surtout en Egypte, etc.

Pathogénisme.

12269. Le cynosialosie ou virus de la bave du chien est entièrement inconnu. Le sang des animaux enragés injecté dans les veines ou inoculé ne communique pas la rage (Magendie, Dupuytren, Breschet). Les faits que l'on a cités pour prouver que le sperme et l'acte vénérien pouvaient transmettre le mal ne sont en rien vérifiés. C'est une question que de savoir si le virus est constitué par la salive elle-même modifiée, ou si des fluides formés par les follicules, par des vésicules (Marochetti) (n° 12262), se mêlent à cette tumeur de la même façon que le syphiose se mélange avec le pus. La salive de l'homme et des animaux est très-active et très-putrescible ; elle est susceptible de prendre des caractères délétères ; mais d'un autre côté le venin des vipères est formé par un appareil spécial et intoxique des liquides contenus dans la bouche. Des deux côtés on trouve donc des analogies, des rapprochements qui portaient à faire admettre : l'une que la salive, l'autre que des fluides sécrétés seraient les sources du cynosialosie. Les faits permettront peut-être de constater plus tard quelle est la source primitive du mal. — On n'a trouvé dans la salive cynosialiosique ni animalcules, ni végétaux microscopiques. Sa manière d'agir est non moins obscure,

tant atteints ou non de la véritable rage. Ce précepte est important, car les vétérinaires admettent que les symptômes de cette affection chez les chiens sont souvent incertains.

mais à coup sûr elle produit une intoxication. Il est impossible d'admettre que la rage soit le résultat de la peur. Les animaux auxquels on inocule le cynosialiose en éprouvent les terribles effets, et ne sont en rien frappés de terreur. On croit généralement que ce virus donne lieu à une toxémie primitive et qu'il reste pendant un certain temps à l'état d'incubation, c'est-à-dire sans manifester sa présence par aucun symptôme. Ce germe caché, ajoute-t-on, se développe et donne lieu alors aux accidents propres à la rage confirmée.

Théorie rationnelle de la rage.

12270. Les faits connus, les analogies si grandes existant entre le tétanos et la cynosialiose nous conduisent à la théorie suivante, qui, si elle était fondée, devrait infiniment modifier la pratique : l'action du virus rabique est d'abord bornée à la partie affectée ; la plaie inoculée, la morsure sont empoisonnées par son contact, et il faut un temps déterminé pour que les phénomènes primitivement locaux, puis généraux, en rapport avec le cynosialiose, viennent à se déclarer ; c'est le même fait observé pour la vaccine dont les pustules ne se manifestent que vers le quatrième jour. Dans la cynosialiosie, en effet, avant l'invasion des accidents névraxiques (n° 12264), la plaie devient douloureuse, enflammée, sanieuse et souvent même ses bords se renversent ; d'après toutes les probabilités une *toxiné-vropallie cynosialiosique* prend alors son point de départ de la solution de continuité ; elle s'étend, se propage de la périphérie vers le névraxe, et probablement vers la partie du mésonèvre correspondant à la huitième paire et aux nerfs qui se distribuent au pharynx et aux glandes salivaires ; de là, par une progression réflexe, la névropallie détermine : 1° les accidents du côté du pharynx, l'altération du goût en rapport avec l'horreur de l'eau, les phénomènes convulsifs qui portent le malade à mordre, la sputation continue, etc. Le mal, ainsi que dans toutes les névropallies prosasi-ques (n° 11630), se reproduit par accès. Comme dans le tétanos, il part d'une plaie, mais cette plaie est empoisonnée par un virus spécial qui a lui-même la triste prérogative d'agir sur le sang et consécutivement sur les glandes salivaires, de manière à ce que le liquide sécrété par ces organes offre la funeste propriété de pouvoir communiquer une affection du même genre,

Diagnose ; thérapeutique.

12271. La diagnose de la cynosialiosie sera établie en comparant le tableau précédent avec celui de l'hystérie, de l'épilepsie, etc.,

dans lesquelles l'hydrophobie viendrait à se prononcer comme symptôme.

12272. Les médecins ne peuvent conseiller à l'autorité des mesures trop sévères pour faire détruire les animaux appartenant aux espèces *canis* et *felis*, alors qu'ils ne rendent pas à l'homme de véritables services, et il faut être bien peu soucieux de l'humanité pour ne pas tenir à ce que les réglemens de police relatifs aux animaux errants ne soient pas rigoureusement exécutés. On doit chercher à persuader aux personnes qui ont des chiens hargneux, grondeurs et disposés à mordre, de s'en débarrasser sur-le-champ. De tels animaux, alors qu'ils viennent à être atteints de cynosialiosie, sont les plus dangereux. — Vers 1823, nous visitâmes assez fréquemment une famille qui avait un jeune épagneul noir toujours disposé à se précipiter sur le premier venu, et qui nous menaçait tellement que nous déclarâmes ne plus vouloir donner des soins dans cette maison, si, à notre arrivée, on ne le renfermait pas. Cette précaution n'était pas inutile. A six mois de là, lorsque nous revîmes cette famille, nous apprîmes que ce chien était devenu enragé, avait mordu huit ou dix personnes et que plusieurs d'entre elles étaient mortes hydrophobes.

12273. Il est non moins urgent de chercher à désabuser le public sur la valeur que les charlatans ou les ignorants supposent à des remèdes spéciaux. Aucun d'entre eux n'a jamais prévenu la rage, et il n'en est pas qui l'ait guérie; si les malheureux mordus par un animal enragé ne sont pas convaincus de cette triste vérité, ils négligeront les moyens véritablement préservatifs et qui sont les suivans :

12274. Les soins à donner à la partie inoculée sont les mêmes que ceux qui conviennent dans les autres plaies empoisonnées (n° 4328); toutefois, les incisions, les scarifications des morsures dilacérées et inégales ont l'immense inconvénient de mettre à découvert des vaisseaux sanguins et de favoriser l'absorption; il est donc préférable *d'exciser, d'amputer* même et surtout de *cautériser* au loin, et cela profondément, les surfaces mordues. L'amputation d'un membre est bien rarement indiquée; c'est l'importance et l'organisation des régions affectées qui doivent décider des cas où ces diverses méthodes sont convenables, et du degré auquel il convient de les employer. Toutes les fois qu'il est possible de porter le fer rouge sur toute l'étendue de la solution de continuité, le fait nous paraît être d'une extrême utilité; mais il faut s'en servir avec hardiesse

et sans craindre les vastes déperditions de substance. Dans des plaies sinueuses et profondes, la potasse, et mieux le caustique de Vienne (5 parties de potasse contre 6 de chaux vive) en poudre ou dissous dans un peu d'alcool, ainsi que le beurre d'antimoine, présentent aussi l'avantage de cautériser profondément. C'est par timidité qu'un grand nombre de médecins donnent ici la préférence aux caustiques sur le cautère actuel. On conseille, en général, dans les cas dont il s'agit, d'entretenir la suppuration qui se déclare à la suite des escarrhes. Le point capital dans ce traitement local est la destruction absolue des parties que les morsures peuvent avoir atteintes. — M. Marochetti pense qu'il faut ouvrir et cautériser sur-le-champ *avec une aiguille d'or rougie au feu* les lysses qui se déclarent à la langue (n° 12262). Nous pensons même que s'il arrivait qu'on les observât, il serait préférable *de les détruire avec le cautère actuel*. Il affirme que dans les cas où l'on suit son procédé la rage confirmée n'a pas lieu.

12275. La décoction de *genesta tinctoria* a été recommandée par M. Marochetti. D'autres ont employé le mercure, l'ammoniaque, la belladone, l'opium, le mouton rouge, la sabine, les cantharides, divers acides minéraux, l'acide cyanhydrique, l'oxide de zinc, etc.; les faits ne démontrent en rien que ces moyens, comme préservation ou comme curation de la cynosialiosie, aient la moindre utilité. Les saignées, portées même jusqu'à défaillance, calment tout au plus les accès de rage. Les bains, les affusions froides, loin de causer ce calme, frappent les malades de terreur et les mettent dans un état affreux d'exaltation.

12276. Dupuytren, en 1814, injecta dans les veines, et sans succès, de l'eau opiacée. M. Magendie renouvela cette opération; il se servait d'eau pure introduite dans les proportions d'une livre et demie, et par petites doses successives; il n'en est pas résulté d'avantages réels et de quelque durée. On a proposé les injections veineuses avec l'eau émétisée, camphrée, ou tenant du musc en dissolution; d'autres ont songé à la transfusion du sang; on a été jusqu'à proposer d'empoisonner les hydrophobes avec des venins ou avec d'autres virus, tels que ceux de la vipère ou de la syphilis, etc. Tout cela n'a pas eu plus d'efficacité que le galvanisme auquel on a parfois inutilement recouru.

12277. Nous n'avons vu que deux cas de rage confirmée; par des raisons que nous ne pouvons exposer nous n'avons pas pu em-

employer le traitement suivant, qui, fondé sur les analogies existantes entre la cynosialiosie d'une part, et le tétanos, l'épilepsie ou l'hystérie de l'autre, nous paraît être éminemment rationnel; or, *un traitement rationnel quand il s'agit de la rage est à employer, alors que la routine dite empirisme n'a jusqu'à ce jour conduit qu'à d'infructueuses tentatives.*

12278. Enaux et Chaussier voulaient que l'on cautérisât même les cicatrices des morsures. Pour nous, croyant que la partie mordue est le point de départ de la névropallie cynosialiosique, nous croyons qu'au moment même où la rage est déclarée, il faut détruire complètement soit par le fer, soit par le feu, soit par les caustiques, toute l'étendue des points où l'on peut supposer que les dents du chien ont porté le virus. Puis on couvrira le pourtour des parties ainsi détruites d'un vésicatoire dont on pansera la plaie avec l'extrait aqueux de belladone à doses élevées. On fera aussi des applications sur le derme dénudé et dans le trajet des troncs nerveux placés entre la partie mordue et le névraxe avec des sels solubles de morphine. (On administrera la quinine (à la dose de 3, 4 à 5 grammes) dissoute dans l'alcool (n° 11568)). Si les malades ne pouvaient la prendre liquide, on la donnerait à l'état solide; au besoin même on y substituerait des injections dans le rectum avec de fortes doses de sulfate de quinine acidifié. Au début de chaque attaque on cherchera à faire prendre (s'il est possible) une ou deux cuillerées de notre potion avec la canelle et la quinine (n° 11568); on placera du chloroforme imbibant du coton et recouvert d'un vase (n° 12162), au-dessus des téguments correspondants aux points où la morsure aura été faite; on pourrait même chloroformer le malade pour le calmer et pour jeter dans l'estomac les médicaments et les boissons que l'on jugera convenable de prescrire. — Nous avons quelque confiance dans l'emploi de ces moyens que nous mettrions à exécution si l'occasion s'en présentait.

CHAPITRE XXI.

CATALEPSIE, EXTASE, SOMNAMBULISME, ETC.

Catalepsie.

12279. *La catalepsie* consiste, d'après le plus grand nombre des auteurs, en des contractions persistantes qui maintiennent les muscles, soit dans la position où ils se trouvent au moment où ces contractions se déclarent, soit dans la situation où une main étrangère vient à placer le corps ou les membres. C'est une myosthénie involontaire et énergique qui dure quelques minutes ou plus longtemps sans se suspendre. On peut, avec de l'habitude, parfaitement simuler cet état, que certain bateleur, qui se faisait appeler *l'homme immobile, l'homme statue*, déterminait en lui de la manière la plus singulière. Nous avons vu cet individu rester un quart d'heure, et davantage, dans les positions les plus gênantes, la station sur un pied, par exemple, ou encore l'élévation forcée du bras, etc., et cela, sans paraître en être incommodé ou fatigué. Dans les cas pathologiques cette contraction permanente peut être bornée à quelques muscles ou s'étendre à un grand nombre d'entre eux. Elle se reproduit, dit-on, par accès; elle constitue souvent l'un des symptômes de l'hystérie et probablement de l'épilepsie; deux faits de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer ne nous ont pas paru se rapporter à autre chose qu'à des attaques de névraxopallie étionévrommique (n^{os} 12175, 12185, etc.). Il s'agissait de gens qui, après avoir éprouvé quelques éblouissements, devenaient tout à coup immobiles et perdaient toute connaissance; ils ne tombaient pas, ce qui prouvait que leurs muscles se contractaient pour maintenir le corps dans la station. Du reste, ces malades ne se ressouvenaient en rien de ce qui se passait pendant les attaques.

Extase.

12280. Dans les cas précédents il y avait catalepsie et extase; ces deux mots ne sont pas synonymes. *La catalepsie*, bien que la plupart des auteurs y joignent l'état mental qui vient d'être désigné, ne doit vraiment être considérée que comme un symptôme névraxomusculaire. Dans *l'extase*, au contraire, c'est principalement l'action psychique qui paraît *fixée* sur un point, et cela de la même façon que

les muscles dans la catalepsie sont *fixés* dans la contraction. Peut-être y a-t-il dans ce dernier cas : non pas suspension, mais bien concentration de l'intelligence sur une idée, sur un objet, etc., de sorte que le malade resterait étranger, pendant la durée de cet état, à toute autre circonstance qui tendrait à l'impressionner. La mémoire de ce qui a lieu pendant de telles attaques ne se conserve pas plus après leur cessation, que les épileptiques ne se ressouvient des choses qui se succèdent pendant leurs accès (n° 12169). — Le sens que nous donnons ici aux mots : catalepsie et extase, n'est pas le même que celui qui leur est assigné par divers auteurs, mais il est le plus naturel et le plus propre à distinguer ces deux expressions. Quand les mots ne signifient rien, il est à peu près libre à chacun de leur donner l'acception qui lui plaît, et celui de *καταλαμβάνειν* d'où l'on fait dériver catalepsie, n'exprime pas une idée en rapport avec le cortège symptomatique dont on veut parler. — Considérant, dans l'état actuel de la science, les phénomènes qui viennent d'être décrits comme des symptômes, l'un de l'hystérie (et cela est si vrai qu'elle a été nommée catalepsie hystérique), ou de l'épilepsie (n° 12169); l'autre de certaines anomopsychismies (aliénations mentales), nous n'en parlerons pas avec plus de détail. — *L'étiologisme, le pathogénisme et le traitement* de ces phénomènes ont la plus grande analogie avec ceux de l'hystérie, de l'épilepsie et du tétanos. Quant à leur *prognose*, elle est en général moins grave que celle de l'épilepsie et plus sérieuse que le jugement à porter sur les suites de l'hystérie. Il est infiniment difficile de dire quand la catalepsie et l'extase sont réelles ou simulées.

Somnambulisme naturel.

12281. On ne peut considérer comme une maladie le phénomène très-extraordinaire désigné sous le nom de somnambulisme. Cet état diffère à peine de certains rêves dans lesquels l'intelligence, influençant parfois assez les organes pour agir sur les appareils sensoriaux, est elle-même impressionnée par les modifications accidentelles survenues dans ces appareils. Dans le somnambulisme, la veille est partielle *pendant le rêve*, et elle s'étend à l'action de la volonté sur les muscles. Ces organes dans le *cauchemar* restent endormis, bien que le *rêveur* veuille agir ; mais chez le somnambule ils obéissent aux ordres du *moi*, et cela tandis que les organes des sens sont plus ou moins troublés ou engourdis. Quelquefois l'appareil locomoteur du larynx agit aussi sous l'influence de la volonté ; alors il y a som-

niloquisme; comme dans un rêve érotique les organes génitaux peuvent exécuter les actes dont ils sont chargés (somniaangiovisme, somnangiospermisme), et cela bien que le sommeil soit presque général dans les autres appareils. Quant à la prétendue divination des somnambules, elle n'existe que dans l'imagination des crédules. Si l'on voit fréquemment de ces gens exécuter des actions périlleuses, traverser des obstacles dangereux pour parvenir à un but qu'ils désirent atteindre, c'est qu'ils sont entièrement occupés de l'idée fixe qui les agite, et que, par suite de l'engourdissement des organes sensoriaux, ils ne s'aperçoivent pas des circonstances qui les entourent. Eveillez le somnambule qui marche avec assurance sur le bord d'un précipice, et les sens lui faisant voir le péril, il perdra la fermeté de sa volonté, vacillera soit dans ses idées, soit dans ses mouvements, et la chute sera inévitable. — C'est le même cas de l'homme qui progresse sans hésiter dans un étroit sentier tracé sur un terrain uni, et qui trébucherait si sur chaque bord de cette route se trouvait un profond fossé. — C'est encore celui de ce guerrier qui ne voyant que la gloire dans un combat, ne pense pas même au boulet qui peut le frapper, et qui moins préoccupé redouterait l'égratignure que lui ferait un chirurgien.

12282. Le somnambulisme, le somniloquisme (n° 12281), le somniangiovisme étant en quelque sorte des phénomènes physiologiques, peuvent être produits par des modificateurs pathologiques et deviennent alors des symptômes de divers états organopathiques; à la rigueur, ils peuvent être provoqués; de là ces phénomènes curieux désignés sous le nom de magnétisme. — Il est difficile de nier que sous l'influence de certains gestes, d'impressions morales vives, d'un regard d'autorité ou de passion, on ne puisse provoquer un sommeil artificiel et spécial, accompagné de somnambulisme, de somniloquisme, etc. — Il est possible encore que le sens de l'ouïe veille alors, et que les *magnétisés* entendent et répondent, comme le font certains dormeurs, aux questions qui leur sont faites; ils le font parfois même d'une manière très-lucide, attendu que leur intelligence est fixée sur les idées en rapport avec ces questions, et qu'elle n'en est pas détournée par d'autres impressions (n° 12281). De là sans doute certaines conditions qui mettraient peut-être, et artificiellement, le magnétisé au-dessus de ce qu'il serait pendant la veille; mais croire à de prétendues divinations, à des prévisions, à une prescience intuitive de la part de gens pareils, c'est se

montrer partisan d'un merveilleux impossible, et prouver que l'on n'a pas expérimenté sur ce sujet d'une manière sévère.

12283. Il est donc possible que l'on puisse utiliser le magnétisme dans la pratique, que l'on arrive surtout à s'en servir avec quelque avantage dans les névrosystémies; mais il est tout à fait en dehors du bon sens de penser qu'un ignorant mal endormi soit plus instruit qu'un homme habile, ou de croire qu'une jeune fille mystérique sache plus de médecine pratique qu'un médecin savant, judicieux et expérimenté.

CHAPITRE XXII.

DYSPSYCHISMES (états anomaux, troubles de l'intelligence, folies, vésanies, aliénations mentales, etc.).

Considérations générales.

12284. Sous le nom de folie, on a voulu désigner *une maladie de l'intelligence, un dérangement persistant de la raison*, non accompagné de fièvre; mais quand on a voulu caractériser cette folie, voici que l'on a trouvé la plus grande difficulté à distinguer le trouble d'esprit véritablement maladif ou la folie : soit de circonstances vraiment physiologiques; soit de certains états organopathiques dans lesquels existent de grandes perturbations mentales. Lisez avec soin les définitions de Cullen, d'Esquirol, de Georget, Foville, Lélut, etc., et vous verrez que malgré le talent de leurs auteurs, et une profonde connaissance du sujet, ces définitions sont toutes plus ou moins obscures et insuffisantes. La folie n'est pas plus une unité morbide que l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la fièvre typhoïde; et il est impossible de caractériser en une seule et courte phrase des séries de phénomènes variables et complexes; et surtout de le faire de telle façon que cette phrase puisse être également applicable à tous les cas particuliers qui viendraient à se présenter. — Dans *la folle pensée* on n'a nettement circonscrit la folie, on a été jusqu'à ne pouvoir plus distinguer du génie, et à considérer Socrate, Luther et Rousseau comme atteints d'aliénation mentale. Le Tasse, pour les médecins de ce temps, était un aliéné, et peut-être que Newton et Laennec eussent été placés par certains sots dans un hôpital de fous. Les déviations de l'intelligence, les inductions positives d'un art où ils

seraient inhabiles, l'énonciation de résultats logiques déduits de l'analogie et de la réflexion, les conceptions brillantes de l'imagination pondérées par la raison, les plus sublimes intuitions de l'intelligence humaine, les plus nobles productions des esprits d'élite, peut-être même la croyance en Dieu, en la vertu et en la probité, seraient aux yeux de la médiocrité stupide des preuves d'un esprit faible ou halluciné. Pour les ignorants, les vaniteux et les vacillants de savoir, le mérite et la fermeté d'opinions sont des choses excentriques et originales; car ces choses sont pour eux fantastiques; eux, pauvres fous qu'ils sont, ne voient pas devant leurs yeux l'épais brouillard que de mauvaises passions y portent, et ils prennent pour des nébuleuses intellectuelles le feu sacré de la pensée, et l'amour ardent de la science ou des hommes.

12285. D'excellents écrits ont été publiés, principalement de nos jours, sur les troubles divers dont l'intelligence peut être le siège. Nous ne mentionnerons pas les anciens auteurs qui en général ont traité de tels sujets plutôt en philosophes spéculatifs ou en médecins routiniers qu'en physiologistes, en psychologues ou en anatomistes observateurs. Nous nous bornerons à dire que les recherches fructueuses sur *les folies* ou *aliénations mentales* sont en rapport avec plusieurs classes de documents.

12286. Les uns, résultats de l'observation psychologique et isolée de l'homme sain et malade, tout en ayant une origine antique, ont encore parmi les modernes d'intelligents et de nombreux auteurs. Pour ceux-ci, les folies sont en quelque sorte en dehors de la matière; elles sont des maladies de la pensée vers laquelle il faut diriger comme thérapisme des moyens moraux. Ces documents ont conduit aux doctrines exclusivement vitalistes appliquées à l'étude des folies. (Travaux et recherches d'Hippocrate, de Stahl, de Baglivi, Pinel, Leuret, etc.)

12287. Les autres documents ont daté en quelque sorte de la renaissance de l'anatomie; ils ont eu pour bases : 1° les recherches de Morgagni, de Haller, d'Arnold, etc.; 2° les profondes études faites par les anatomistes et les physiologistes du dernier siècle, sur la structure et les fonctions du cerveau; 3° les travaux de Greding, de Gall, Schwilgué, Esquirol, Georget, Foville, Parchappe, Falret, Calmeil, Aubanel, Thore, Belhomme, etc.; 4° les nombreuses observations relatives à la paralysie des aliénés (n° 12312); 5° l'ensemble des faits en rapport avec les encéphalies et les méningonévrasies

(n^{os} 11935, 11951), tels qu'ils ont été vus par un grand nombre d'anatomo-pathologistes modernes; 6° le très-remarquable recueil de IMM. Cerise et Baillarger; 7° les recherches de M. Flourens sur divers points de la physiologie du cerveau, etc. Or, de tous ces documents et de beaucoup d'autres, sur divers points des névroses (recueillis par Rochoux, Rostan, Lallemand, Bouillaud, Parent et Martinet, Andral, Bayle, Broussais, etc.), il est résulté une tendance générale à rapporter à des lésions anatomiques existant dans l'encéphale, la cause des diverses espèces d'aliénations mentales.

12288. Enfin, une autre série de travaux, que les psychiatres ont assez peu appliqués, consiste dans l'appréciation des influences exercées par les anomémies sur l'état de l'encéphale et sur les manifestations psychiques; certes, quand on voit l'influence de l'ivresse, celle de l'absorption de l'opium, du datura, de la jusquiame, du hashish (*voyez* l'excellent mémoire de M. Moreau sur ce sujet), du café (n^o 4289), etc., ou encore l'inhalation du deutroxyde d'azote, du chloroforme et de l'éther, déterminer les troubles intellectuels les plus remarquables et les délires les plus variés, on doit concevoir combien l'étude approfondie des modifications que les altérations du sang peuvent avoir sur le cerveau, doit être utile, alors qu'il s'agit de s'élever à l'étiologisme, au pathogénisme et même au thérapeutisme de l'aliénation mentale. Bien plus, des faits nombreux ont prouvé que les anomémies en rapport avec la présence dans le sang de divers produits animaux résorbés, tels que l'urine (n^o 4435), le lait (n^o 4454), le pus altérés (n^o 4512), et que certains miasmes ou virus (et, par exemple, le septiose (n^o 4692), le milioïose (n^o 4936), etc.), peuvent donner lieu à des anomopsychismes; le défaut de sang lui-même a quelquefois pour conséquence le délire (n^o 3840), comme l'augmentation considérable dans les quantités de ce fluide modifie d'une manière remarquable les manifestations de l'intelligence (n^o 3790). — Joignez enfin à ces diverses recherches les études qui ont été faites sur les délires symptomatiques de diverses lésions des appareils digestif (n^o 8001) ou circulatoire (n^o 1653), et vous aurez le tableau des matériaux immenses sur lesquels doit être établie l'histoire de l'anomopsychisme.

12289. Le plan de notre ouvrage ne comporte pas l'extension que nous voudrions pouvoir donner à cet article. Il faudrait pour le traiter d'une manière convenable y consacrer un volume tout entier. Nous n'établirons donc ici que des propositions sommaires

fondées sur notre pratique, sur nos réflexions, sur la connaissance que nous croyons avoir des hommes et des choses. Pour acquérir sur ce sujet des notions plus étendues, il faudra consulter : 1° le remarquable article Folie du *Compendium*, qui donnera des détails très-utiles à connaître sur les travaux de MM. Esquirol, Foville, Parchappe, Aubanel et Thore, etc. ; 2° les Annales médico-psychologiques, dont MM. Baillarger, Cerise et Longet sont les rédacteurs ; 3° une série de mémoires publiés par M. Belhomme ; le travail déjà cité de M. Moreau sur le hachish.

Distinctions illusoirs établies entre le délire et la folie.

12290. On a cherché à établir des divisions entre les diverses espèces de folie, et le pseudontologisme n'a pas manqué de présider à chacune d'elles. D'abord on a séparé le délire de la folie, en disant que le premier était accompagné de fièvre et avait peu de durée, tandis que la seconde était non fébrile et persistante ; mais détruisant bientôt les fondements de cette distinction, on donnait à la manie furieuse pour symptôme un pouls plein, fort et accéléré, ainsi qu'une vive chaleur. Le délire, ajoutait-on, était secondaire à un état organopathique, à une anomémie, etc., et tout à côté on admettait que la mélancolie était liée à une faiblesse dans la circulation veineuse (Reveillée Parise), et que certaines manies pouvaient être symptomatiques d'un déplacement du colon transverse (Esquirol), ou de lésions anciennes et profondes dans les viscères abdominaux.

12191. En somme, on ne peut nettement distinguer le délire de la folie. Certes, dans les cas très-bien dessinés et qui sont les plus nombreux, il est facile de dire qu'un homme est aliéné et non pas simplement délirant, ou encore qu'un malade délire et n'est pas véritablement fou ; mais dans plus d'un cas, même assez chronique, tel que le délire ou la manie de courte durée, qui suit la fièvre dite de lait, on ne sait de quelle expression il faut se servir pour bien spécialiser de semblables affections. — Cette distinction n'a d'ailleurs que peu d'utilité pratique. Il s'agit, dans l'un et l'autre cas, d'une anomopsychisme dont les caractères peuvent présenter des indications spéciales qui ne dispensent en rien de tenir compte des états organopathiques coïncidents, et qui sont liés comme causes ou comme effets, soit à ce que l'on appelle délire, soit à ce que l'on désigne sous le nom de folie. Les mêmes altérations dans les facultés intellectuelles ou affectueuses peuvent exister des deux côtés, et la

plupart des considérations qui vont suivre sont applicables à l'un et à l'autre.

Utilité de l'étude du délire, pour s'élever à l'histoire de la folie.

12292. Bien plus, c'est en étudiant avec soin le délire, c'est en constatant les circonstances organiques qui lui donnent naissance, que l'on peut s'élever à une théorie rationnelle de certaines aliénations mentales. Cette opinion est depuis bien longtemps la nôtre, et c'est avec bonheur que nous avons vu M. le docteur Moreau émettre, dans son ouvrage sur le hachish, des idées du même genre. Le tort du plus grand nombre de certains phychiâtres est de n'avoir point assez étudié le délire chez les malades qui ne sont pas dans des hôpitaux d'aliénés ou dans des maisons de santé, comme aussi de n'avoir pas assez médité : soit sur les caractères et sur les travers d'esprit de gens qui passent pour être intellectuellement en parfaite santé; soit sur les troubles psychismiques causés par l'usage de vins variés et de liqueurs alcooliques.

Divisions généralement établies entre les folies.

12293. Les principales divisions entre les folies se sont réduites, pour les modernes, aux espèces suivantes : *manie* ou trouble de la raison sur toutes choses; *monomanie*, ou altérations dans l'intelligence, existant sur un seul point; *lypémanie*, *mélancolie* ou trouble intellectuel, ayant pour objet des idées tristes; *démence*, ou affaiblissement marqué de la raison à la suite de la vieillesse ou de diverses céphalies; *l'idiotisme*, ou l'absence d'intelligence, et parfois même l'instinct, se manifestant fréquemment dès la naissance.

12294. Bien entendu que l'on a admis un grand nombre de variétés secondaires à ces espèces d'aliénation mentale, telles, par exemple, que la *panophorie* ou horreur de toutes choses, la *démonomanie*, l'*érotomanie* (Cullen), l'*aménomanie* (Rush), la *ménalgie* ou morpeur, le *delirium tremens* (Burrows); l'*hypocondrie*; la *folie morale* et la *folie intellectuelle* (docteur Prichard); la *démence aiguë* (Georget); la *paralysie des aliénés*; la *folie aiguë, chronique, paralytique, épileptique*, etc. M. Guislain, adoptant une nomenclature fondée sur des bases qui ont de l'analogie avec celles de la nôtre, mais n'étant pas toujours en communauté d'idées avec nous, admet une *lupérophrénie* (esprit triste); une *hyperphrénie* ou *manie* (qui, suivant nous, est un trouble de la raison, et non pas une exaltation de l'intelligence); une *paraphrénie* ou esprit de travers; une *hyperlexie* ou extase; une *hyperspasmie* ou convulsions, (épilepsie), etc. ;

une idiosynchysie, confusion dans les idées, délire, hallucinations; une anacoluthie (incohérence dans les idées, rêvasserie); une noasthénie (faiblesse de l'intelligence, démence).

12295. Dans l'impossibilité où l'on est de diviser la folie en espèces déterminées, il en résulte qu'il faut étudier collectivement, et d'une manière générale, les troubles de l'esprit ou les perturbations de la raison. L'augmentation d'intelligence ne peut être considérée comme un état morbide, et en ce sens, il ne peut exister d'*hyperpsychisme* (1). Tout au contraire, la diminution dans les actions intellectuelles est malade, et mérite le nom d'*hypopsychisme* ou *démence*. Il se peut faire que l'intelligence, la raison et même l'instinct manquent complètement, et qu'il y ait *apsychisme* ou *idiotisme*, état déplorable et souvent congénital. Les autres altérations de la pensée peuvent être exprimées par le mot *anomopsychisme* ou intelligence à l'état *anomal*, et à celle-ci se rapportent les diverses *manies générales* ou *partielles* et les *mélancolies* ou *lypémanies*, telles que les admettent les auteurs. Nous parlerons d'abord de l'*apsychisme*, puis de l'*hypopsychisme*, dont les causes anatomiques sont ordinairement assez faciles à comprendre; de là, nous nous élèverons aux *anomopsychismes* avec ou sans fièvre, états morbides dont il est souvent très-difficile de se rendre raison.

CHAPITRE XXIII.

APSYCHISME. — Absence de manifestations intellectuelles; idiotisme.

12296. L'intelligence se lie par des degrés infiniment variés aux phénomènes instinctifs, et le manque absolu d'*instinct* ne paraît guère compatible avec la conservation, même temporaire, de l'être

(1) Toutefois certains délires, certaines folies sont marqués par une véritable exaltation dans les manifestations de l'intelligence; mais alors il existe presque toujours simultanément une perturbation de la raison sur laquelle nous reviendrons lorsque nous étudierons les *anomopsychismes*. Il est facile en onomisme pathologique (cette locution est plus régulière que l'expression onomopathisme qui, à la rigueur, signifierait discours méthodique sur la maladie des noms) de distinguer : l'augmentation normale dans les manifestations intellectuelles, de l'exagération morbide de celles-ci; les mots *hyperpsychisme* et *hyperpsychisme* expriment très-bien ces deux états si différents l'un de l'autre.

vivant; l'âme, le *je*, le *moi*, est le point de départ des actes vitaux. Impérissable, comme l'est toute molécule simple et atomique, étant la source, l'agent de toute organisation animée, il provoque, tant qu'il est lié à la matière dont il a déterminé l'arrangement, la coordination physiologiques, une série d'actes propres à l'entretien, à la réparation, à la conservation de cet œuvre merveilleux qu'on appelle l'homme. Il ne cesse d'y avoir dans un être vivant des phénomènes instinctifs ou intelligents, qu'au moment où l'organisme de cet être, usé, détruit, devenu incapable d'établir une voie de communication entre l'âme, le psyché, le *moi*, le *je*, l'unité vitale première, et le monde extérieur, ne peut traduire en actions les déterminations, les manifestations de cet organisateur primitif et indestructible. Il est donc impossible, tant que la vie, même matérielle, ainsi que l'on est convenu de l'appeler, continue à s'accomplir qu'il y ait un manque absolu d'intelligence ou une *apsychie* : d'ailleurs, pour que celle-ci existât, il faudrait que, pathologiquement, il pût y avoir une absence d'âme, ce qu'il est impossible d'admettre ; mais si le défaut de tout instinct ne peut avoir complètement lieu, il faut avouer cependant que les parties des actes intellectuels les plus grandes, les plus nobles, les plus spéciales à l'homme, et qui le rendent après Dieu le premier des êtres de la nature, peuvent ne plus se manifester ; l'on voit, en effet, des malheureux qui n'ont jamais éprouvé le bonheur d'aimer, qui, restés insensibles à la beauté de l'univers, ont toujours été incapables de s'élever jusqu'à l'idée de Dieu ; qui n'ayant pas été accessibles aux notions du bien et du mal, du juste et de l'injuste, n'ont compris l'existence que dans un égoïsme irréfléchi. D'autres ne savent même pas éviter le moindre danger ou satisfaire aux plus impérieux besoins. De telles *machines humaines*, chez lesquelles le moteur primitif n'a point d'instrument propre à ses manifestations, sont pour les médecins des idiots, et pour nous des apsychismiques (1). Comparés, en effet, aux autres hommes, ils manquent d'une très-grande partie de l'instinct, des plus beaux attributs de l'intelligence, en un mot de la raison.

18297. Or, il y a dans l'apsychisme une foule de degrés au

(1) Nous disons *apsychisme* et non pas *apsychie*, car le premier de ces mots désigne l'absence d'âme, ce qui dans nos opinions n'est pas une chose possible, tandis que le second exprime un défaut dans les manifestations ou dans les fonctions du psyché ou *psychose* comme on voudra l'appeler.

summun desquels on trouve les malheureux sourds, muets, aveugles et presque paralysés, dont l'encéphale mal conformé ou comprimé, incomplètement développé, ne communique pas au moi, à l'âme, de notions en rapport avec les objets extérieurs; tandis qu'à l'échelon opposé se rencontrent des gens sains d'organes *en apparence*, mais dont l'intelligence n'est pas assez développée pour acquérir les connaissances les plus vulgaires, et pour satisfaire aux devoirs que la société exige.

12298. Nous nous bornerons à cette énonciation des phénomènes de l'apsychismie, et nous renvoyons pour les détails qui la concernent, aux traités relatifs à ce sujet; nous nous bornerons à dire qu'elle peut être générale ou partielle, et que tel idiot est parfois apte à acquérir sur des points spéciaux des connaissances humaines, un certain degré d'éducation. Ce sont là des cas dans lesquels diverses portions des organes encéphaliques ou des sens ont conservé l'état normal, tandis que les autres se sont profondément altérés ou incomplètement développés.

12299. L'apsychismie ou idiotie est, parmi les affections dites folies, celles dans lesquelles on trouve sur le cadavre, et même sur le vivant, le plus de lésions anatomiques propres à rendre raison des troubles intellectuels observés. Un défaut de développement dans quelques régions plus ou moins étendues du cerveau; de la sérosité les remplaçant ou comprimant les autres parties du céphale; une hydrie ou une malaxie soit des ventricules ou même des membranes; soit de la substance grise, souvent décolorée; des indurations de la trame cérébrale; des méningocéphalies de toutes sortes; des kysties ou des tumeurs comprimant le céphale; le déplissement des circonvolutions souvent hypotrophiées ou atrophiées, etc.; telles sont les lésions que Morgagni, Gall, Portal, Esquirol, Delaye, Étoc Demazy, Belhomme, Ferrus, Parchappe, etc., etc., ont retrouvées sur les cadavres d'idiot, et que nous-mêmes y avons souvent rencontrées. Chez les apsychismiques, le crâne est très-ordinairement rétréci, déformé, aplati vers certains points; le front est étroit et bas; les os sont épais, éburnés ou malades. La plupart de ces caractères extérieurs sont observables pendant la vie, et les collections de tête d'idiot conservées ou moulées dans les musées les feront surtout bien connaître. Dans le plus grand nombre de ces cas, la face offre des déformations telles que les traits deviennent hideux, et plus ou moins analogues à ceux d'animaux stupides ou peu intelligents; les yeux,

gros et à regard hébété sont portés en avant. Le nez est volumineux et la bouche largement ouverte, etc.; l'ensemble de la tête qui tantôt est très-grosse, et ailleurs très-petite, paraît bizarre et si variable que l'on voit des apsychismiques dont le sommet du crâne est presque pointu, tandis que chez d'autres, cette boîte osseuse offre une configuration aplatie. — Il serait impossible de nier que les lésions précédentes existent sur l'immense majorité des idiots ou stupides, et bien que l'on ait cherché à prouver que la folie proprement dite était une affection primitive de l'intelligence, et non pas le résultat de lésions, on n'a certainement pas pu croire que de telles opinions fussent applicables à l'apsychismie ou idiotie. — À côté de ces anomalies de structure il faut encore noter que chez les idiots les plus complets existent quelquefois des altérations matérielles très-graves dans les appareils de l'ouïe, de la vue, et dans les membres, altérations qui les ont rendus plus ou moins sourds, aveugles et impotents, et les ont ainsi privés de rapports nombreux avec les objets extérieurs. — Chez ces malheureux encore, l'estomac est généralement dilaté, parce qu'ils mangent beaucoup, et les muscles sont peu nourris, soit parce qu'il existe diverses lésions anatomiques qui les empêchent de suffisamment agir; soit parce que l'état mental des apsychismiques ne leur permet pas d'exécuter assez de mouvements.

12300. Au point de vue psychologique, comme sous le rapport médical, il est utile de rapprocher l'apsychismie causée par les encéphalies aiguës portées jusqu'à la suspension des actions sensoriales, intellectuelles et affectives, de l'idiotie proprement dite. Certes, quand un homme frappé de traumaties, d'hypérémie, d'hémorrhagie, de malaxie encéphaliques, ou encore d'hydroméningite, considérable, vient à perdre en apparence toute connaissance et toute raison; quand sous l'influence de l'alcool et d'autres substances toxiques, ou encore d'anomémies dues à la résorption de fluides altérés, certaines gens viennent momentanément à perdre la raison; quand plongés dans un profond coma, ils communiquent à peine avec les objets extérieurs ou que, s'ils le font, c'est sans la moindre notion exacte; quand de tels individus agissent sans aucun discernement, c'est là une apsychismie temporaire. Il s'agit, en fait ici, d'un défaut de manifestations intellectuelles et instinctives résultant de lésions anatomiques incontestables; c'est si bien l'altération organique qui donne lieu à cette apsychismie, que les

phénomènes intellectuels se reproduisent tout aussitôt que les lésions dont il vient d'être parlé se dissipent.

Etiologisme, pathogénisme.

12301. Les circonstances qui déterminent l'apsychisme étant évidemment organiques, les causes qui donnent lieu à ces mêmes circonstances sont par conséquent celles de l'idiotie. Pour le défaut d'intelligence symptomatique des céphalies océiques (n° 11961, 12010, 12915), nous devons donc renvoyer à l'étiologisme de chacune de ces affections (n° 11967). Pour l'apsychisme qui date de la naissance, et qui tient à des états anatomiques développés chez le fœtus, on ne peut, le plus souvent, apprécier les influences qui ont présidé au développement de tels états. Les arrêts de développement d'une portion plus ou moins étendue de l'encéphale sont fréquemment, il est vrai, la conséquence probable d'oblitérations, ou au moins de sténosies artérielles, mais on est loin de pouvoir dire quelles sont les causes qui ont donné lieu à ces artères. — On voit bien encore que des coups, des blessures, des compressions, portées ou dirigées sur le cerveau de jeunes enfants, que des encéphalites aiguës ayant eu lieu dans le jeune âge, qu'un défaut soit de développement des organes des sens (la surdi-mutité, par exemple); soit d'éducation sensoriale, intellectuelle ou affectueuse, ont parfois exercé une très-grande influence sur l'idiotie; mais il reste toujours des doutes très-grands sur la manière dont s'est développée la stupidité de certains enfants. Parfois l'hérédité semble surtout influencer sur l'apparition des circonstances organiques qui causent l'apsychisme congénitale, car l'on voit fréquemment des idiots naître de parents dont l'intelligence est peu développée, ou qui sont eux-mêmes atteints d'épilepsie, d'hystérie, d'anomopsychisme, etc.

12302. Considérée d'une manière superficielle, l'apsychisme se prête à de puissants arguments contre l'existence de l'âme; il semblerait, en effet, que les phénomènes psychiques devraient être les conséquences et non pas les promoteurs de l'organisation, alors que l'on voit ces phénomènes cesser de s'accomplir quand il existe une atrophie ou des lésions très-profondes de l'encéphale; mais il faut, dans une telle question, voir les choses de plus haut. Pour que *le moi, l'atome primitif, l'âme*, puisse se manifester au dehors, il faut qu'il y ait entre cet agent et le monde extérieur, des organes capables de le mettre en rapport avec lui; si les sensations, par suite de l'imperfection, soit des instruments qui en sont les agents, soit des

parties chargées de la transmission des impressions jusqu'au névraxe, sont imparfaites, si le céphale lui-même, modifié dans sa structure, est inhabile à communiquer soit les résultats de ces sensations, soit les manifestations de la volonté ou de l'action du *moi*, évidemment le psychisme, pour le monde extérieur, s'exercera d'une manière incomplète, et cela sans que l'existence du *psyché*, du *moi*, puisse être pour cela mise en doute. Rattacher l'idiotie aux organes n'est donc en aucune façon porter atteinte au dogme sacré de l'immortalité de l'âme.

Thérapisme.

12303. Le traitement de l'apsychismie, dans le plus grand nombre des cas, est presque sans résultat. Il est impossible, par l'emploi des moyens pharmaceutiques ou chirurgicaux, de rétablir dans les conditions nomales les organes céphaliques qui congénitalement ont été incomplètement constitués ou formés. Dans de tels cas, les moyens hygiéniques se réduisent à placer les idiots dans les meilleures conditions possibles, et cela pour que leur nutrition s'exécute d'une manière régulière et facile (alimentation, habitation, exercice, etc., dirigés convenablement). — L'éducation ou les moyens tirés de la culture des sens et des phénomènes intellectuels peuvent être ici très-utiles. De la même façon qu'un muscle, sous l'influence du myosisme (action musculaire normale) réitéré, se nourrit plus, se développe à la longue, et partant, finit par accomplir de mieux en mieux les actions dont il est chargé, ainsi les organes des sens et l'encéphale, par cela même qu'ils agissent davantage, peuvent prendre un développement de plus en plus marqué. Que le psychiatre songe donc chez les idiots à perfectionner les appareils sensoriaux, à cultiver le plus possible les phénomènes instinctifs, et peut-être qu'avec beaucoup de temps, de patience et d'une parfaite éducation des organes : soit des sens, soit des perceptions, soit des manifestations psychiques, il arrivera dans quelques cas, sinon à rendre des idiots intelligents, du moins à développer chez eux quelques actions morales ou instinctives.

12304. L'apsychismie qui résulte d'affections aiguës de l'encéphale en rapport avec des anomémies ou avec des altérations profondes dans les viscères, étant la conséquence de ces lésions, ne peut exiger de traitement spécial, et sa curation est celle de ces états organopathiques (n^{os} 11986, 12022).

CHAPITRE XXIV.

HYPOPSYCHISME. — Diminution de l'intelligence.

HYPOPSYCHISME { ÉTIOHYPÉMIQUE (causée par l'hypémie).
 GÉRONTIQUE (suite des progrès de l'âge).
 SYMPTÔMATIQUE (résultat de diverses lésions organiques).

12305. Lorsque l'organisme a été longtemps en exercice, ses instruments, ses rouages, les organes enfin se détériorent, s'usent et accomplissent d'une manière imparfaite les actes dont ils sont chargés. Les milieux de l'œil déformés ne permettent plus de voir nettement à des distances rapprochées; les tissus qui composent l'oreille plus ou moins altérés reçoivent moins directement l'impression des sons; les nerfs diminués de volume communiquent mal les sensations; les muscles mous et exténués se meuvent avec hésitation, oscillation et faiblesse; les os peu consistants et mal nourris se ramollissent, se courbent et s'infléchissent, etc. Or, l'encéphale participe à cette véritable usure; cet instrument du *psyché*, malaxié, hypotrophié, hypémié, ne peut alors donner lieu avec perfection aux manifestations extérieures de la pensée. De là une hypopsychisme, ou démence véritablement gérontique, c'est-à-dire conséquence des progrès de l'âge.

12306. Sous l'influence de diverses chronencéphalies (maladies chroniques de l'encéphale), telles, par exemple, que des hémospées, des kysties, des malaxies, etc., les régions du cerveau qui circonscrivent les parties lésées deviennent lentement le siège de modifications de texture analogues sans doute à celles qui sont le cachet de la décrépitude névraque; c'est là, en quelque sorte, une caducité anticipée qui mérite l'épithète de symptômatique, puisqu'elle est la conséquence de diverses lésions organiques. — Enfin, dans l'hypémie (n° 3840) portée très-loin, et telle qu'on l'observe à la suite des fièvres graves et des grandes pertes de liquides, existe une détérioration de l'intelligence fort analogue à la démence gérontique.

Nécroorganographisme.

12307. Dans les cas pareils on trouve presque constamment

une ou plusieurs des altérations suivantes : hypotrophie de l'encéphale, dont la diminution de volume et de poids est compensée par une augmentation dans les proportions de l'hydronévrase (fluide céphalo-rachidien) ; une décoloration du chloromyèle (substance colorée ou grise du névraxe) ; ce qui indique évidemment un trouble marqué dans la nutrition des centres nerveux ; une encéphalomalaxie générale, disséminée dans les divers points de la masse nerveuse ; parfois, mais bien plus rarement, une encéphalosclérose (n° 12023) ; des résultats d'anciennes phlegmasies méningocéphaliques, tels que des épaissements, des adhérences, des vascularisations, etc., existant dans les méninges ; des ostéies ou des lithies dans les artères encéphaliques (circonstances anatomiques à noter, car coïncidant presque toujours avec des cardiopathies, elles ont pour conséquences de ralentir la circulation du névraxe devenu lui-même peu excitable) ; des carcinies, des célies, des hétérotrophies encéphaliques ; des ostéies variées du crâne, etc. Dans plus d'un cas encore d'hypopsychisme chronique et surtout aiguë, se rencontrent des hypémies, des phymémies, des carcinémies, etc., en un mot des altérations du sang variées et en rapport avec des lésions organiques de date plus ou moins ancienne. Dans quelque cas on ne trouve dans l'encéphale ou dans l'organisme aucune modification appréciable de structure, qui puisse chez les vieillards décrépits expliquer l'hypopsychisme ; mais souvent les muscles de tels sujets ne paraissent pas altérés dans leur nutrition, et cependant ces organes n'exécutent que des mouvements très-faibles et très-incertains.

Symptômalogisme. Caractères diagnostiques.

12308. Les caractères de l'hypopsychisme ou démence se résument en une diminution marquée survenue dans l'exercice des phénomènes intellectuels, affectifs et même instinctifs. La description détaillée de tels états nous ferait sortir du cadre dans lequel nous voulons nous renfermer ; nous en dirons seulement quelques mots. — Chez les déments, les sensations, les perceptions sont confuses ou incomplètes ; la mémoire des mots, des choses et des faits, surtout de ceux qui se sont passés récemment, est plus ou moins diminuée ou abolie ; la raison ou même les plus simples notions du bon sens et tout esprit de conduite font défaut ; les déterminations instinctives, même celles qui se rapportent à la prehension des aliments, à l'évacuation de l'urine et des fèces, manquent souvent d'une manière plus ou moins complète ; les goûts, les

habitudes changent complètement. A un degré avancé du mal, les hypopsychiques ne craignent pas de se vautrer dans leurs excréments, et semblent se complaire dans la plus hideuse malpropreté, et celle-ci a souvent pour conséquence des dermonécrosies sacrococcygiennes; la paresse de tels malades est excessive, et ils finissent même par ne plus exécuter les mouvements nécessaires pour prendre des aliments et des boissons. Les phrases qu'ils commencent restent inachevées et ils oublient parfois ce qu'ils ont commencé à dire; lorsqu'ils veulent écrire, le désordre de leur esprit devient plus évident; il n'y a aucune suite dans la filiation de leurs idées. Parfois leur mémoire fournit bien quelques matériaux à leur imagination affaiblie; mais ces matériaux sont, chez eux, aussi mobiles, aussi incomplets et aussi peu coordonnés que les autres phénomènes de l'entendement. Vous verrez le dément parler seul, sans motif réel et sans suite, agiter les lèvres, gesticuler, et cela sans aucun but, sans aucune utilité. Il n'a pas de volonté fixe, son défaut de persévérance est absolu; il s'emporte à la moindre contradiction, se calme à l'instant sans se ressouvenir de sa ridicule colère; il perd les plus nobles attributs de l'homme, l'amour des siens, de l'humanité, et tous les sentiments affectueux. Les passions chez lui n'ont plus d'énergie; ses mouvements éprouvent la même détérioration que les sens, les perceptions, la mémoire, les passions et la volonté; la parole devient difficile; certaines lettres, surtout celles qui exigent l'action des lèvres, ne peuvent plus être clairement articulées; puis les mots sont difficilement prononcés; les jambes sont débiles; les extrémités supérieures hésitent et tremblent, le malade, à des intervalles plus ou moins considérables, fait des pas de moins en moins grands, et finit par *marcher sous lui*; enfin, il devient impotent, reste étendu sur un lit qu'il souille et dont il ne doit sortir que pour entrer dans le tombeau. Débris de l'organisme humain, il ne semble plus végéter que pour engloutir et métamorphoser en fèces les aliments qu'il mâche avec peine, et qu'il finit par ne plus pouvoir avaler. Quand cette triste machine que l'amour d'une famille, la société bienveillante et les soins du médecin entretient bien par de là le temps marqué par la nature (car le dément abandonné à lui-même périrait vite); quand cette triste machine, disons-nous, ne peut plus avaler ou cesse de pouvoir expectorer, la vie matérielle s'éteint, entraînant avec elle les derniers vestiges d'un psychisme dégradé.

12309. Ces phénomènes déplorables sont heureusement loin de

se manifester toujours au même degré, et de parvenir dans tous les cas à la même intensité ; la marche en est aussi plus ou moins rapide, et la succession des accidents n'est pas invariablement la même.

Hypopsychisme gérontique.

12310. Dans l'hypopsychisme gérontique (démence sénile) et chez les hommes bien constitués, les symptômes précédents ne se dessinent qu'avec une extrême lenteur, et plusieurs années se passent avant que la caducité intellectuelle et musculaire soit parvenue à sa période ultime. Parfois alors les sentiments affectueux subsistent fort longtemps, et une susceptibilité, si l'on veut une sensibilité exagérée et puérile remplace même l'énergie et le courage de l'homme mûr. De là, des pleurs enfantins pour des impressions légères, des expressions affectueuses exaltées, tandis que le vieillard décrépît tombe un moment après dans l'insouciance, etc.

Hypopsychisme symptomatique.

12311. Quand l'hypopsychisme succède à des hémorrhagies, à des kysties, à des malaxies encéphaliques, la série des accidents marche bien plus vite, et la dégradation morale est bien plus promptement complète, car la profonde lésion organique à laquelle succède alors la démence, porte tout d'abord une grave atteinte aux phénomènes intellectuels.

Hypopsychisme, suite de la folie ; paralysie générale.

12312. Il en est ainsi de l'hypopsychisme qui se déclare à la suite des diverses perturbations mentales désignées sous les noms de folie, manie, mélancolie, et par nous sous l'expression d'anomopsychisme. Très-fréquemment, en effet, l'aliénation mentale est suivie de l'état général du névrosystème désigné par les psychiatres sous le nom de *paralysie générale*, et dont la démence ou hypopsychisme est à la longue l'un des phénomènes principaux. Dans de tels cas, sous l'influence de l'*usure encéphalique*, les muscles, comme les organes des sens et de la perception, comme les nerfs eux-mêmes, accomplissent d'une manière insuffisante les fonctions dont ils sont chargés ; de là tous les symptômes de l'hyponervisme, se déclarant par degrés, dans des proportions de plus en plus marquées. La démence, suite des aliénations mentales, succède à celles-ci d'une manière lente et par transition. Peu à peu, la fureur, la monomanie, la lypémanie, perdent de leur intensité, mais en même temps, les rires hébétés, les pleurs sans cause suffisante, les colères sans persistance, des gestes stupides, la vacillation dans les idées, se prononcent en

même temps que s'embarrassent la parole et les mouvements, et que les autres symptômes de la pananervisme (paralysie générale) se déclarent.

12313. Dans les organies océiques autres que celles du névraxe et dans lesquelles survient l'affaiblissement de l'intelligence, on voit encore celui-ci succéder très-souvent au délire. Cela a particulièrement lieu à la suite de la septicémie, ou d'autres toxémies, surtout alors qu'elles sont accompagnées d'hypoxémie ou de diminution dans les proportions de la masse du sang. Cet état des fébricitants, dit typhomanie, ces sensations, ces perceptions si peu énergiques, cette mémoire si troublée, ce défaut de fixité dans les déterminations, cette volonté délirante et si faible, cette paresse portée si loin, ayant pour conséquence une malpropreté si grande, jointe à un oubli presque complet de ses besoins, ce défaut de phénomènes instinctifs si marqué, tout cela est bien de l'hypopsychisme ou démence, résultant d'états organopathiques variés qui ont eu pour conséquences une diminution dans l'action du sang sur l'encéphale. La marche d'une telle hypopsychisme est subordonnée à celle des états pathologiques qui la causent.

Etiologisme, pathogénisme.

12314. Les altérations que *l'âge* cause dans l'organisme, et spécialement dans l'encéphale, sont les circonstances qui, d'après ce qui a été dit, donnent le plus souvent lieu à l'hypopsychisme, et peu de vieillards parviennent à une période très-avancée de la vie sans en présenter au moins des vestiges. Comme leurs mouvements deviennent plus faibles et plus vacillants, leurs sensations, leurs perceptions, leur mémoire, etc., s'exercent d'une manière moins parfaite. Toutefois, et par bonheur, vivant intellectuellement avec d'anciens souvenirs que les impressions nouvelles effleurent, ils conservent ordinairement pendant longtemps une raison mûrie par la réflexion, mais trop souvent froide et rétrécie. Fréquemment la volonté devient même chez eux plutôt de l'entêtement que de la fermeté, et leur caractère morose, leur tendance à un égoïsme étroit ainsi qu'à une avarice sordide, sont trop souvent les indices de leur dégradation morale. — En général, les hommes dont l'éducation a cultivé l'intelligence, et qui ont continué à se livrer aux travaux d'esprit, conservent mieux et plus longtemps que les ignorants et que les paresseux la pensée, la raison et même l'aptitude à apprendre. Chez eux l'encéphale semble, dans la décrépitude, attirer à lui les der-

niers vestiges des influences du psychè. Fontenelle devenu très-vieux avait encore de l'esprit, et Voltaire caduc composait *Irène*; mais il suffit de la plus petite hémorrhagie encéphalique pour que l'homme âgé et de haute intelligence devienne un dément. Nous avons vu l'abbé de Pradt apoplectique tomber dans l'imbécillité, et la tragédienne Saint-Val qui, peu de jours auparavant et malgré son grand âge, faisait vibrer l'âme en déclamant le songe d'Athalie, ne plus être désormais, après une légère apoplexie, qu'une vieille stupide et insensée. Triste condition de l'homme intelligent qui comme Donizetti est l'admiration du monde alors qu'il est sain d'esprit, et qui n'inspire plus que de la compassion et de douloureux regrets quand l'organisme usé n'est plus apte à communiquer au dehors les manifestations de la pensée!

12315. *L'hypopsychismie consécutive* aux anomémies (n^{os} 3840, 3949, 4710, etc.) se déclare pendant la durée des accidents propres à celles-ci, et se dissipe d'une manière rapide ou lente, suivant que les altérations du sang et que les troubles dans la nutrition dont elle est le symptôme disparaissent eux-mêmes avec plus ou moins de promptitude. Longtemps encore après la cessation des phénomènes dus de la septicémie, de l'hypémie, etc., les malades sont faibles d'intelligence, ce qui tient sans doute et à l'altération de nutrition que l'encéphale a éprouvée, et à la diminution survenue dans la proportion des éléments nutritifs du sang.

12316. Certains agents toxiques déterminent à la longue et d'une façon chronique une hypopsychismie très-analogue à celle qui est en rapport avec la décrépitude. L'opium que la Chine avait si judicieusement et si humanitairement banni de son territoire est principalement dans ce cas. Les fumeurs de ce poison meurent jeunes et déments. En Europe, l'alcool produit des effets du même genre; la passion pour les liqueurs fortes dégénère souvent pour l'homme en une véritable folie, et ses désastreux effets le plongent dans l'imbécillité. La volonté, l'énergie, chez l'ivrogne, font place à l'abrutissement, et parfois à des accès de fureur causés par l'alcool. La société devrait en France, comme cela a déjà lieu à l'étranger, condamner à des peines sévères ceux qui perdent volontairement la raison dans l'ivresse qui semble priver l'homme des notions du bien et du mal, et dans laquelle aussi il n'est plus maître de lui-même. Combien de fois ne voyons-nous pas dans les hôpitaux des fous imbéciles par suite des excès d'alcool, être réduits, comme

intelligence, à la triste condition d'un vieillard décrépît ! L'ivrogne, à un certain degré de sa brutale passion, devrait être expulsé de la société et forcé à ne plus faire usage du poison qui le tue moralement.

12317. Il paraît aussi que les excès vénériens immodérés, que les pertes séminales excessives (Lallemand), sont, dans quelques cas, des causes puissantes de démence.

12318. Le tableau qui vient d'être tracé de l'hypopsychismie suffit pour établir en général l'étiologisme ainsi que le pathogénisme de la démence, tels que le comporte le cadre de cet ouvrage. — Cependant une remarque générale doit ici être faite ; c'est que l'hypopsychismie est le résultat, non pas d'une seule lésion encéphalique, mais bien des altérations nombreuses de structure dont la masse encéphalique et probablement ses couches superficielles peuvent être le siège.

Thérapie.

12319. La curation de l'hypopsychismie est entièrement subordonnée à celle des états pathologiques qui lui donnent lieu ; car, encore une fois, l'âme indivisible, indestructible, ne peut être pathologiquement modifiée, et n'est en rien accessible à l'action de nos médicaments. Malheureusement, la plupart des lésions qui sont suivies de démence sont tout à fait incurables. Il en est ainsi de l'usure de l'encéphale, suite des progrès de l'âge, et des atteintes profondes portées dans la structure de cet organe par les états pathologiques en rapport avec la folie. Dans de tels cas, on ne peut remédier à l'hypopsychismie par des moyens moraux ; car les organes sont trop profondément altérés pour que les impressions sensoriales puissent arriver à l'âme, et pour que les manifestations du psyché à l'extérieur soient complètes. Les agents physiques se bornent, dans des circonstances semblables, à conserver le plus possible ce qui reste de l'organisation encéphalique, et cela à l'effet de maintenir le plus possible les manifestations intellectuelles et instinctives encore persistantes ; c'est en ce sens que les aliments réparateurs, que les soins de propreté et l'aération sont éminemment utiles. Cherchez, si vous le voulez, à agir par une éducation nouvelle et spéciale à de tels malheureux, sur les faibles débris d'une raison qui s'éteint ; essayez d'éveiller la crainte, la persuasion, les sentiments affectueux, etc. ; vous n'obtiendrez aucun résultat durable. Tout au plus vous parviendrez à ramener des éclairs momentanés d'intelligence. Le défaut de mémoire et de volonté empêcheront le dément : soit de

rappeler vos paroles, vos caresses ou vos conseils, soit d'agir avec la moindre persévérance.

12320. L'hypopsychismie symptomatique de divers anomémies ou de certaines altérations plus ou moins aiguës du cerveau survenues à la suite des fièvres graves, ne réclame pas de traitement spécial, et ne peut être combattue que par les moyens propres à remédier aux lésions organiques dont elle est la conséquence. Dans la démence que cause l'usage abusif de l'alcool, l'ammoniaque en dissolution peut être tenté avec quelque chance d'utilité. Prévenir les pertes séminales, alors qu'il s'agit de l'anomopsychismie où pourraient entraîner les grandes déperditions de sperme, est la première indication à remplir.

CHAPITRE XXV.

ANOMOPSYCHISMIE.—Vésanies, délire, folie, anomalies morbides dans l'exercice de la pensée, aliénation mentale.

12321. Sous le rapport intellectuel et moral, chaque homme diffère autant d'un autre individu, qu'il en est dissemblable au point de vue de ses traits ou de son organisme. Ces différences sont les conséquences de causes nombreuses : — D'abord l'organisation primitive, héréditaire, congénitale ou développée après la naissance, imprime son cachet à l'état mental : un homme panhypéromique, et dont le cœur robuste porte avec énergie le sang vers le cerveau, est plus disposé à la colère furieuse que celui dont l'appareil circulatoire peu développé contiendra très-peu de liquide. — L'ensemble des circonstances qui agissent sur un individu est très-apte à modifier son moral. L'animal contrarié et sans cesse excité devient hargneux et acariâtre. Un excellent cheval depuis trois ans n'avait jamais reçu le moindre coup, nous ne lui avions jamais reconnu un seul défaut. Or, il devint opiniâtre et colère, alors que, durant une maladie, un domestique brutal l'eut plusieurs fois frappé ; le tigre, l'hyène même, traités avec intelligence, et tour à tour par la douceur, les caresses et des châtimens systématiquement infligés, deviennent presque sociables. L'éducation, en effet, influe infiniment sur les dispositions morales, sur leur exaltation comme sur leur sédation. L'enfant dont les parents ont cédé à tous ses caprices, devient impérieux, exigeant et insociable. — La direction donnée aux habitudes, aux préoccupations générales de la vie, in-

flue encore sur le développement des actions intellectuelles. — Horace a tracé avec vérité le tableau des âges qui ont chacun un cachet intellectuel particulier. — L'organisme se modifie, et en même temps le moral change; la jeunesse est le temps de l'amour; lors de la maturité, l'ambition s'exalte, et le vieil avare amasse des trésors. — Les goûts, le caractère, le psychisme de l'homme ne sont pas ceux de la femme; le premier est en général plus loyal, et plus ambitieux, l'autre plus aimante, plus craintive, plus dissimulée, etc. — L'ensemble des passions chez un individu décidera surtout de ses dispositions mentales, et son caractère général sera la conséquence de toutes les circonstances précédentes, comme aussi des événements variés survenus pendant la durée de la vie, ou des impressions de toutes sortes qui auront eu lieu.

12322. Les innombrables *caractères* qui résultent des variations dans les influences qui viennent d'être énumérées (n° 12321), ont chacun certains traits spéciaux et plus marqués qui forment l'attribut de chaque homme, et qui l'individualisent moralement. Ces traits principaux correspondent en général à ses passions. — Si l'on vient à s'abandonner avec entraînement à la série de pensées ou d'actions en rapport avec ces mêmes passions, il peut en résulter dans certaines conditions, au moins momentanément, un état mental qui déjà est une anomalie du psychisme : le jeune homme commet, en effet, les actes les moins raisonnables pour posséder l'objet aimé; l'ambitieux sacrifie follement son bonheur à des rêves de pouvoir ou de gloire, et l'ignoble avare déraisonne en se privant de tout, à l'effet d'accumuler des trésors pour lui inutiles, car il n'en sait pas user.

12323. Tel en santé poursuit une idée avec une persévérance, une opiniâtreté qui, si cet homme est très-intelligent et rempli de sens, le conduisent à faire de grandes choses; mais aussi qui, s'il n'a qu'une capacité bornée, ou s'il manque de principes honnêtes, le ruineront en lui faisant commettre de mauvaises actions. — On voit des gens véritablement sains d'esprit qu'aucun obstacle n'arrête, et qui poursuivent pendant toute leur vie la réalisation ou l'exécution d'une idée qui les préoccupe. De tels gens sont souvent sur les confins de la raison et de la folie. — Enfin, il résulte encore de la manière dont agissent les circonstances d'organisation, d'éducation, les événements heureux ou malheureux, etc., auxquels les divers hommes sont soumis, qu'ils sont gais ou tristes, affectueux ou

ineux, confiants ou jaloux, pieux ou athées, etc. L'imagination avec la raison est le génie, l'imagination non mesurée et non retenue est voisine de la folie (1).

(1) « Il ne faut pas croire que le mot *imagination* soit rigoureusement défini, et que chacun le comprenne de la même façon. Suivant son étymologie, il désignerait simplement la faculté de reproduire les images ou la représentation des choses; mais elle lui a donné un sens infiniment plus large. On regarde en général cet attribut de l'intelligence comme la faculté de créer, de produire des idées de toute espèce, sans le secours des sens au moins actuellement en exercice. Certes, considérée de cette sorte, l'imagination serait une des plus belles prérogatives de l'entendement humain. Existant à un haut degré sur un homme, elle l'élèverait tout d'abord au-dessus de la médiocrité; mais on a été moins indulgent pour elle. Les gens qui croient n'avoir point, et ceux qui effectivement en ont fort peu, lui ont fait une rude guerre. Ils l'ont considérée comme un état mental opposé à la raison, ou du moins comme propre à faire dévier de la ligne de celle-ci; de sorte que pour ces hommes raisonnables, gratifier un autre du mot : homme à imagination, c'est presque le contraire de ce qu'on veut dire, comme en dehors des idées de la logique et du bon sens. Loin qu'une telle qualité doive être toujours prise d'un mauvais côté, il faut le dire, elle est le cachet de la supériorité intellectuelle. Seulement, quand elle existe à un très-haut degré, quand l'intelligence prend dans les anciens matériaux que lui fournit la mémoire, les rapprochements, et surtout dans les créations qu'elle édifie, les éléments de conceptions, et qu'elle n'appelle pas à son aide le jugement, alors, en effet, ce n'est plus là de la raison, et c'est déjà quelque chose qui se rapproche de la folie. Mais un homme à imagination brillante et féconde se soit toujours attaché à la contenir par le jugement que dirige la volonté; qu'il ait arrêté ce coursier fougueux en maintenant avec un mors solide; qu'il ait appris à le retenir dans ses excès et à lui laisser le champ libre dans l'examen des faits et dans les inductions qui en ressortiront; alors, si je ne me trompe, il sera l'homme de premier ordre, et ses productions seront souvent celles du génie. Newton eut de l'imagination quand la bulle de savon, flottant dans l'espace, lui dévoila la théorie de la composition de la lumière; lorsque voyant tomber un corps, il découvrit les lois de la gravitation; Galilée en eut lorsqu'il reconnut le mouvement de la terre autour du soleil; Guttemberg n'en fut pas dépourvu lorsque l'imprimerie fut découverte; Avenbrugger fut un homme à imagination quand il comprit les applications de la percussion aux maladies des poumons; Laënnec imagina aussi, lorsqu'il sentit l'immense portée de l'auscultation. Mais ces hommes jugèrent leurs découvertes, les raisonnèrent, les appliquèrent; ces hommes-là eurent du génie. Cet art, entraîné par le sentiment et la pensée, trace un tableau dont la composition est un chef-d'œuvre, parce que son imagination lui en fournit les matériaux. Praxitèle a fait sa Vénus, parce qu'il a le feu sacré de son art; Corneille s'élève au plus haut du grandiose, parce que son esprit est créateur, etc. Tous ces hommes étaient grands, parce qu'ils avaient de l'imagination, et qu'ils l'ont maintenue, utilisée, dirigée par un jugement exquis. Vous donc qui vous élevez sans cesse contre l'imagination, regardez-vous de près, voyez ce qui vous manque, et ne le blâmez pas dans

12324. Ces considérations philosophiques nous conduiront bientôt à l'étude de l'anomopsychisme ou aliénation mentale prise dans le sens que lui donnent les auteurs.

Les rêves considérés dans leurs rapports avec la folie.

12325. Lorsque l'homme et même les animaux reposent par le sommeil leurs organes fatigués, l'âme ne reste pas inactive; *la pensée ne se suspend pas*; de là les rêves, dont on conserve souvent la mémoire, alors que toutes les parties du névraxe ne sont pas à la fois complètement engourdies. Soyez réveillé par une cause quelconque et vous sentirez bien alors que vous sortez d'une série d'idées; vous croyez vous trouver dans un lieu, ou être acteur dans une série de faits, mais tout cela est vague, incohérent, et se représente à votre souvenir à travers un nuage que vous ne pouvez pas dissiper; c'est que les organes chargés de recevoir et de manifester l'action du *psyché* frappés d'une paralysie temporaire, n'ont pu recevoir l'impression des influences de l'âme et les conserver jusqu'à la veille. — Cette réflexion n'est pas indifférente en philosophie; elle est l'un des plus puissants arguments à l'appui de l'existence et de l'action continue de l'âme, et on peut l'appliquer à l'état mental qui suit l'anencéphalémie ou syncope, et à la névrapollie comateuse dite épilepsie. — Que de fois n'avons-nous pas un souvenir bien vague sans doute d'événements fort anciens et indéterminés qui semblent avoir précédé et notre vie actuelle et les âges modernes! Il nous semble que nous nous trouverions bien dans un monde fantastique et que nous aimerions à l'habiter. De là cet amour général des hommes pour le merveilleux, les contes de fées, etc. Or, le rêve est pour nous une ébauche de ce monde fantastique. — Presque toujours les rêves paraissent déraisonnables et sans suite. Cependant ils embrassent le plus souvent un certain enchaînement d'idées; mais la transition entre ces idées est éminemment rapide, et comme des sensations actuelles ne viennent pas régulariser, fixer, rectifier la pensée, il en résulte un désordre apparent dans la succession des impressions que le rêve rappelle; faute de faits présents, la mémoire des choses antérieures conduit dans le pays des chimères, et l'idéal prend entièrement la place de la réalité.

12326. Les sujets des rêves, les pensées qui s'y succèdent des autres! Aimez la raison, mais sachez la féconder par l'intelligence créatrice! Imagination riche et jugement excellent, encore une fois, c'est là le génie. » (Traité de diagnostic).

pendent d'une foule de circonstances; l'organisation forte d'un individu le dispose à tel rêve dans lequel il s'agira d'actions très-énergiques; les passions qui agitent un homme influençant ses idées alors qu'il se livre au sommeil, il rêvera sur les objets qui le préoccupent : la jeune fille se représentera l'homme aimé, le guerrier se croira présent à une bataille, la vieille femme pusillanime ou avare verra le démon ou un voleur. La sensation perçue les jours précédents se reproduira en dormant ou sera la source d'un enchaînement de pensées : le somniloque en sommeillant répondra haut à l'interlocuteur de la veille, et le somnambule marchera vers le but qu'il voulait atteindre. — Les états maladifs qui existent pendant que l'homme est endormi influent puissamment sur le caractère du rêve, et il suffit d'une difficulté à respirer pour qu'un affreux cauchemar se produise.

12327. Pendant la veille même, et pour peu que l'intelligence soit active, on se laisse souvent entraîner par des séries d'idées qui, en un instant, s'écartent infiniment du point dont on était parti. Il faut même quelquefois beaucoup d'attention et de réflexion pour se rappeler comment l'imagination a pu conduire, par une rapide succession de pensées, à des sujets éminemment dissemblables. Cet état mental est absolument analogue aux rêves, et *les distractions ne sont souvent que les songes d'un homme éveillé.*

12328. Les rêves sont en définitive des anomopsychismies, temporaires il est vrai, et qui se dissipent alors que des sensations perçues sur des objets matériels et fixes viennent à régulariser, à diriger les actions instinctives ou intellectuelles. Les matériaux, comme le sujet et le caractère de ces rêves, sont liés à l'organisme et aux divers modificateurs qui viennent à agir sur celui-ci.

Idées justes paraissant à autrui déraisonnables parce qu'elles proviennent de sensations fausses, incomplètes ou inconnues aux autres hommes.

12329. Il arrive pour les gens qui observent mal (et ce sont les plus nombreux) que des hommes leur paraissent malades d'esprit parce que ces derniers font reposer leurs opinions sur des connaissances étrangères aux premiers. L'inventeur des bateaux à vapeur passa aux yeux de Napoléon lui-même pour un aliéné; et nous connaissons tel médecin qui, dans d'autres temps, aurait mis facilement les résultats délicats du stéthoscopisme ou du plessimétrisme au nombre des hallucinations scientifiques. On aurait vu au moyen âge dans les merveilles de la physique et de la chimie modernes les œuvres du démon. Ce que l'on ignore on le nie; ce que l'on est inhabile à

exécuter on le déprécie, et l'auteur du *Lutrin* a eu bien raison de dire : *Qu'il n'est pas de fou qui, pour maintes raisons, ne loge son voisin aux Petites-Maisons*. Il est donc en santé certaines manifestations de l'intelligence qui paraissent pour le public voisines de la folie et qui sont les résultats de pensées élevées et de recherches inconnues à la généralité des hommes.

Sensations véritables, mais exagérées, donnant lieu à des idées fixes.

12330. Ailleurs, des sensations ont eu pour résultat des perceptions mal interprétées ; et de là, pour l'homme qui les a éprouvées, la croyance en des faits différents de ceux qui ont en effet existé. — Une femme, par exemple, voit dans l'obscurité un corps blanchâtre qui lui paraît revêtu de formes effrayantes, son imagination en est frappée, elle fuit, évite par conséquent de constater son erreur, reste persuadée qu'elle a vu un fantôme ; rien ne la dissuadera plus tard, et ses pensées ultérieures seront tellement modifiées par sa ridicule croyance qu'elle paraîtra aliénée à ceux qui l'observeront. Elle ne le sera pas cependant ; ses discours seront très-logiques avec ce qu'elle est persuadée d'avoir vu, et sur aucune autre chose elle ne délirera. — Un jardinier très-poltron nous a soutenu avoir bien vu dans un chemin solitaire un chien noir courir après lui, puis s'être transformé à plusieurs reprises en une boule blanche qui redevenait un animal. Dix ans après, il affirmait encore la réalité de ce fait absurde et ne divaguait que sur un tel sujet. — D'autres fois un rêve produit si bien des effets du même genre chez des fébricitants ou des hypémiques, qu'ils l'admettent comme positif et qu'ils paraissent délirer alors qu'ils ne font que penser et parler dans le sens de l'idée qui les a impressionnés. — Un homme de trente ans atteint d'une fièvre vive croit voir pendant un rêve le soleil s'approcher de la terre ; les jours suivants cette pensée le poursuit ; or, il trouve dans la couleur jaune des rideaux de l'appartement, dans la chaleur de l'atmosphère, dans les bulles d'air qui se dégagent des bains dans lesquels on lui fait quelques affusions, les arguments les plus spécieux à l'appui de l'opinion fausse que le rêve lui a suggérée (1). Les faiseurs de systèmes économiques et politiques s'infatuent parfois aussi d'une manière de voir déraisonnable,

(1) L'auteur de cet ouvrage s'est parfaitement rappelé que dans un délire dont il a été atteint, il raisonnait juste sur toute chose, et cherchait à s'éclairer sur ses actions par la conscience. (Voyez la note des n^{os} 12396, 12401.)

et entraînaient trop souvent les peuples dans une voie dont leurs hallucinations forment le point de départ, tandis que les calamités publiques se trouvent à l'autre extrémité.

Anomopsychismies suites de toxencéphalies.

12331. Dans les faits qui précèdent il n'y a pas eu d'altération morbide dans la structure de l'organe; mais lorsque diverses substances toxiques mélangées avec le sang sont portées dans la trame encéphalique par les vascularités artérielles, il se passe dans la substance nerveuse quelques effets moléculaires, fort inconnus d'ailleurs, inappréciables à la vue, bien difficiles à constater par l'analyse chimique, et qui ont souvent pour conséquences des anomalies singulières dans les manifestations intellectuelles. Parmi ces substances il en est même dont les légers effets névriques sont encore jusqu'à un certain point hygiéniques, alimentaires ou simplement excitants. — A la suite de l'administration du café à de hautes doses, non-seulement les manifestations intellectuelles sont plus actives, mais il y a fréquemment une insomnie pénible ou un sommeil agité par quelques rêves. — L'alcool en de faibles proportions, surtout lorsqu'il est étendu d'eau et qu'il contient de l'acide carbonique, comme il en arrive par exemple pour le vin de Champagne, provoque un état mental d'exaltation en général accompagné d'idées agréables. Le même agent, administré à des doses plus élevées, provoque un délire qui varie infiniment en raison : soit de l'organisation, des habitudes, des passions, des âges et du caractère; soit des sensations et des impressions qui ont eu lieu au moment où l'on s'est enivré; en raison aussi des circonstances qui surviennent pendant que le trouble mental existe. — Il en est, jusqu'à un certain point, ainsi : du délire de l'opium, de celui que cause le datura ou la belladone, et c'est seulement dans le charmant récit du *Comte de Monte-Cristo* que l'on voit le hachish causer des hallucinations fantastiques et agréables. Les rêves que l'on éprouve pendant la durée de l'action propre à cette substance roulent sur des sujets divers, parce que les individus qui y sont soumis ne sont pas les mêmes et que les circonstances où ils se trouvent sont différentes. Toutefois, la substance toxique qui cause les accidents, en général, a par elle-même et dans son action quelque chose de spécial qui imprime au délire un caractère particulier : l'opium donne lieu à des hallucinations érotiques; le hachish provoque des rêves fantastiques; de hautes doses d'alcool occasionnent souvent un délire

furieux, parfois même homicide. — Dans quelques cas, le caractère de l'anomopsychismie toxémique (n° 12231) est évidemment lié à des états organopathiques causés par l'agent délétère. Ainsi, M. Depaul a vu un délire qui suivait l'administration de la cantharidine consister chez une femme en des accès de nymphomanie furieuse, et il existait chez elle des lésions anatomiques de l'appareil génito-urinaire. Ceci conduit à penser que dans bien d'autres cas la spécificité dans l'action d'un poison qui donne lieu à un délire particulier tient à l'influence particulière exercée par ce poison sur quelque partie soit du système nerveux, soit de l'organisme.

Délires résultats de l'action soit de certains miasmes ou virus, soit de certains liquides animaux absorbés.

12332. Sous l'influence de certaines toxémies produites par l'absorption de miasmes (n°s 4710, 4936, 8862), ou de divers liquides formés normalement ou accidentellement dans l'économie, se déclarent des troubles variés dans les phénomènes intellectuels. Tantôt, il s'agit de cet état auquel on donne le nom de stupeur et qui, se manifestant à la suite de la septicémie, a été rapporté par nous à l'hypopsychismie (n° 12313); ailleurs se manifeste un délire dont le caractère varie en raison encore de l'organisme, de l'éducation, des passions, des états pathologiques nombreux qui peuvent exister. Le délire dans la septicémie, dans les loïémies d'Egypte (n° 4936), d'Amérique (n° 4966), d'Europe (n° 4915), etc., dans l'urémie (n° 4435), dans la septicopyémie (n° 4512), offre toutes les nuances possibles, depuis le plus léger trouble dans la manifestation de la pensée, jusqu'à cette fureur qui porte le fébricitant à attenter à sa propre vie ou à celle des autres. On voit de ces malades qui rêvent et parlent à leur mère, à leur amie, à tout ce qu'ils aiment; on en voit d'autres être tourmentés par des idées ambitieuses ou envieuses; tel fébricitant frappe le médecin que tel autre vénère ou chérit, et tout cela suivant les idées que ces individus avaient en santé. On en voit qui délirent constamment sur le même objet, tandis que d'autres déraisonnent sur une infinité de choses; les uns sont d'une gaieté enfantine, ce qui du reste est plus rare; les autres sont plongés dans une tristesse profonde; et quand l'organisme est très-gravement atteint, surtout lorsque la mort est sur le point de frapper les malades, on en voit fréquemment s'apprêter à partir, vouloir absolument sortir. Le pneumophymique expirant à l'hôpital, bien qu'il ne croie pas à sa mort prochaine, veut tout à coup aller revoir

sa famille; il semble que de tels gens se sentent mal à l'aise dans leurs organes altérés, et qu'ils éprouvent le besoin de les quitter pour entrer dans une existence nouvelle.

Anomopsychismies dans les encéphalies et à la suite des névropallies.

12333. Les phlegmasies encéphaliques, et spécialement les méningites sont fréquemment suivies d'anomopsychismies. Dans de tels cas existent des lésions observables aux sens, et l'on ne trouve aucun rapport entre le siège, l'espèce de l'altération organique et le caractère du délire, qui varie encore d'après les circonstances précédemment énumérées (n^{os} 12321, 12322). — A la suite de diverses névropallies prosasiques (n^{os} 12630, 11571) se déclarent quelquefois des aliénations mentales; les femmes hystériques, à l'approche de leurs règles, et surtout chaque mois après la cessation de l'angio-vorrrhagisme, sont dans un tel état mental qu'il est difficile de dire si elles sont saines d'esprit ou aliénées (n^o 10103). Difficiles à vivre, parfois acariâtres, presque toujours capricieuses, exigeantes et jalouses, elles sont à peine maîtresses d'elles-mêmes et se livrent souvent alors à des emportements, à des exagérations, à des excentricités que plus tard elles regrettent et blâment amèrement. Il est même peu de femmes qui ne présentent quelque chose de semblable. Nous avons vu des cas dans lesquels cette perturbation mentale en rapport avec l'angiovorrrhagisme ne durait d'abord, avant et après la menstruation, que vingt-quatre heures; cinq ans après elle se prolongeait pendant trois ou quatre jours, puis durant huit jours, et vingt ans plus tard, le mal devenait continu. Ces femmes devenues vieilles étaient d'une avarice, d'une opiniâtreté et d'une sécheresse de cœur qui ne pouvaient être que le fruit d'une aliénation mentale. — Dans ces diverses variétés d'anomopsychismie, chez les femmes, presque toujours les troubles de l'esprit se rapportent d'une manière plus ou moins directe à l'acte génital ou aux passions qui y correspondent, et cela doit être, car concurremment avec l'état mental dont il s'agit, il existe des phénomènes névrangioviques qui d'ailleurs ont été les points de départ des accidents.

12334. Le délire qui suit l'épilepsie (n^o 12194) présente des caractères très-variables, et est tantôt furieux, tantôt gai ou triste, avec ou sans propension au suicide; il est accompagné ou non d'hallucinations, d'orgasme vénérien, d'une concentration des idées vers un seul point, etc. Seulement, comme l'appareil névroptique a été dans de tels cas le point de départ de la névropallie, il y a souvent

de l'assoupissement, du coma, des apparitions de corps rouges ou d'objets fantastiques. Quant aux autres caractères du délire, ils correspondent encore ici à l'organisme, à l'éducation, aux passions, etc. (nos 12321, 12322, 12326, etc.).

12335. Ce médecin frappé d'une névropallie otique qui revenait à heure fixe (n° 11571), et à laquelle succéda plus tard une anomopsychismie intermittente, eut un délire triste, comme on devait s'y attendre, en se rappelant les ennuis sans nombre qui avaient précédé et accompagné la première invasion de son mal. *Il entendait toujours des voix qui lui parlaient, car la folie avait eu pour point initial une névropallie otique.*

12336. Esquirol a eu le très-grand mérite de tenir compte de ces sensations premières qui sont suivies d'aliénations mentales; mais parmi ces sensations il en est qui méritent surtout l'attention du médecin, et qui se rallient à un état mental étudié en général comme une folie spéciale et qui a reçu le nom d'hypochondrie. Avant d'aller plus loin, nous parlerons de celle-ci.

HYPOCHONDRIE OU NOSOMANIE.

12337. Lorsque des hommes ou des femmes impressionnables, et dont l'organisme est tellement disposé que chez eux plus que chez d'autres les modificateurs hygiéniques causent facilement des sensations pénibles; lorsque, disons-nous, de tels individus, faibles d'esprit, pensent beaucoup à eux-mêmes et redoutent infiniment la mort, ils sont frappés de cette déplorable condition de l'intelligence à laquelle on a donné le nom d'hypochondrie, et qui mérite mieux à coup sûr celui de nosomanie. — Cet état consiste, d'après les auteurs, dans des craintes exagérées relativement aux maladies, dans une étude constante de soi-même et de ses souffrances, d'où résulte en général une tristesse habituelle, un caractère difficile et un découragement extrême. Les nosomanes sont souvent tellement insupportables qu'ils font le désespoir de leur famille et de leurs nombreux médecins.

12338. L'hypochondriaque des auteurs n'est pas à coup sûr un malade imaginaire; le tableau que Molière a tracé de celui-ci ne s'y rapporte pas plus que tel autre tableau qui représenterait un aliéné venant supposer des douleurs qu'en effet il n'aurait pas. Le malheureux que notre grand comique a ridiculisé présentait des accidents qui rappellent ceux que causent les cancers gastrentériques. — La

femme atteinte de névrangiovie et qui éprouve de si vives inquiétudes sur les douleurs qu'elle ressent, n'est pas non plus en santé ; elle souffre beaucoup ; mais elle se représente ses douleurs comme étant plus dangereuses qu'elles ne le sont en effet.

12339. L'hypochondrie ou nosomanie n'est pas plus que les autres folies une unité morbide. Elle comprend plusieurs conditions de l'intelligence, liées presque toujours à des états organopathiques ou au moins à des névropallies (n° 11550). Celles-ci, plus ou moins douloureuses, sont pour quelques femmes ou pour certains hommes qui se trouvent dans les conditions précédemment indiquées (n° 12337), les sources d'inquiétudes démesurément exagérées dont sont tourmentés au plus haut degré les gens qui se sont occupés de la lecture d'ouvrages de médecine. En 1816, notre thèse de doctorat fit voir tout le danger attaché à une semblable lecture, et en part quelques phrases à effet que l'on pardonnera à notre extrême jeunesse d'alors, nous avouerions encore, en 1849, le long article publié par nous sur ce sujet (et alors que nous avions seulement une vingtaine d'années), dans le grand Dictionnaire des sciences médicales (en 60 volumes). Rien ne dispose plus en effet à porter beaucoup trop l'attention sur sa santé, que les études incomplètes faites sur l'histoire des maladies ; on se persuade avoir alors toutes les affections dont on trouve le tableau tracé dans les livres. C'est de cette façon : que les élèves en médecine, principalement ceux de première et de seconde année ; que souvent des médecins, et surtout des femmes de médecins (n° 10138), se croient frappés de maladies incurables, et cela, alors qu'ils éprouvent seulement des symptômes légers auxquels tout autre individu songerait à peine. La crainte de la phthisie (phymomanie), des maladies du cœur (nosocardimanie), des cancers de l'estomac (gastrocarcinomanie), etc., rend leur existence misérable, et si n'était que les signes physiques fournis par le plessimétrisme et l'auscultation vissent à leur démontrer toute l'inanité de ces terreurs, leur vie serait peut-être compromise par les altérations que leurs inquiétudes occasionneraient dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Distinctions entre les diverses nosomanies.

12340. D'après ce qui vient d'être dit, on peut rapporter à diverses catégories les faits assignés par les auteurs à l'hypochondrie ; 1° dans la nosomanie véritable on ne serait aucunement malade, et l'on se persuaderait être atteint de symptômes qu'en effet l'on n'éprouve-

rait pas. De tels cas sont démesurément rares ; toutefois il y en a quelques exemples, et tel fut peut-être celui de ce capitaine de gendarmerie qui se persuadait être atteint d'une *tympanite nerveuse*, et qui avalait à chaque instant des gaz rejetés ensuite avec violence. Quand nous lui démontrâmes que la moindre compression de l'œsophage empêchait les éructations, il fallut bien convenir qu'il n'était pas atteint de cette infirmité ; mais *il en supposa* une autre, et se livra volontairement et à chaque instant à une petite toux dont il fut impossible de le débarrasser. — *Chez cet homme, à coup sûr, ce n'étaient pas les organes abdominaux ou thoraciques, mais bien les manifestations intellectuelles qui étaient troublées ;* — 2° ailleurs, certains nosomanes n'éprouvent qu'une affection légère, qu'une douleur plus ou moins vive, ou même une simple gêne dans l'accomplissement des fonctions, et en conçoivent cependant les inquiétudes les plus vives ; — 3° enfin, des gens véritablement frappés d'une lésion grave, s'en préoccupent à chaque instant, et accélèrent peut-être par la crainte du mal sa terminaison mortelle.

12341. Des diverses circonstances dont il vient d'être parlé, la première catégorie de faits pourrait seule être rattachée aux anomopsychismes, les autres ne sont évidemment que les jugements souvent erronés et fondés soit sur des connaissances imparfaites, soit sur des faits trop réels.

Utilité de bien examiner les individus présumés nosomanes.

12342. Il faut se donner garde de rattacher à l'hypochondrie les plaintes d'un grand nombre de personnes qu'un examen superficiel porterait le médecin à croire qu'il n'existe qu'une souffrance imaginaire. Que de fois n'avons-nous pas découvert, chez des individus regardés comme nosomanes et qui accusaient des douleurs abdominales, sourdes et profondes, ou quelque trouble fonctionnel du côté des poumons, telle ou telle production phymique ou carcinique qui avait donné lieu aux phénomènes observés ! La prétendue folie en rapport avec la crainte de la maladie n'était que l'expression de souffrances en rapport avec les lésions les plus graves. Examinez donc avec soin ceux que l'on dit être *hypochondriaques*, ne vous en rapportez en rien aux préjugés que leurs plaintes incessantes ont fait naître, et que votre jugement définitif ne soit établi que s'il est basé sur une diagnose irréprochable. — D'après ce qui précède encore on ne peut considérer l'hypochondrie comme une névrose analogue à l'hystérie. Il n'y a presque rien de commun entre l'une et l'autre

sous le rapport de l'essence même du mal (nos 12153, 12337); seulement beaucoup de femmes hystériques sont nosomanes (n° 12137), et les excès vénériens, ainsi que la déperdition considérable du sperme chez l'homme (nos 9911, 9915, 9936), disposent celui-ci à l'hypochondrie comme les souffrances angioïques sont des causes puissantes d'hystérie. Les névropallies angioïques (n° 12136) sont souvent accompagnées de nosomanie, mais ne constituent en rien celle-ci.

Thérapisme de la nosomanie.

12343. L'hypochondrie ne peut avoir d'autre traitement que celui des états organopathiques qui peuvent lui donner lieu, joint à l'emploi des moyens moraux propres à rassurer ceux qui s'exagèrent leur souffrance. Il faut chercher à leur démontrer que le mal *qu'ils éprouvent en effet* n'a point le degré de gravité qu'ils lui supposent. On se gardera de leur dire qu'ils ne ressentent pas de douleurs, ou même qu'ils ne sont pas malades, car on perdrait ainsi leur confiance, et cela à juste titre; car, encore une fois, le plus souvent leurs souffrances ne sont que trop réelles. La distraction, les occupations fixes, les voyages, l'exercice, des purgatifs doux qui remédient à des angibrômies (nos 8197, 8274), fréquentes dans de semblables cas, tels sont les principaux modificateurs qui les influencent d'une manière heureuse. Souvent la confiance qu'une grande réputation médicale leur inspire, une parole sententieuse et affirmative, etc., valent mieux ces personnes que ne le font les médicaments nombreux dont quelques médecins leur font contracter l'habitude. En somme, on ne peut indiquer la curation qui convient à tous les hypochondriaques en général; chacun d'entre eux offre un caractère différent, comme ils se plaignent des souffrances diverses; c'est à la sagacité du médecin de modifier le traitement en raison des états organiques et intellectuels qui existeront (nos 12338, 12339) (1).

Suite de l'étude des anomopsychismies en général.

12344. Dans la nosomanie telle qu'elle vient d'être décrite, on ne voit pas plus de maladie spéciale que dans les cas précédemment énumérés; les perturbations dans les manifestations de la pensée y sont à peine marquées, et tiennent plutôt à des conditions de l'esprit voisines de l'état de santé, à l'amour de soi, et au caractère, qu'à une anomopsychismie. Plus de la moitié de l'histoire de

(1) Consultez sur l'hypochondrie le Mémoire de M. Dubois d'Amiens, qui en traite.

l'hypochocondrie, celle qui a trait aux névralgies, aux souffrances réelles mais exagérées, ainsi qu'aux lésions éprouvées par les nosomanes, font partie de la médecine générale, et ont été étudiées dans d'autres articles de cet ouvrage.

ANOMOPSYCHISMIE GALÉMIQUE.

12345. Dans une autre affection qui peut-être a été plus justement spécialisée que les précédentes, il y a encore très-probablement un agent toxique réabsorbé et mélangé avec le sang, ou au moins un état du névrosystème qui cause l'anomopsychismie. C'est de la folie des femmes en couches ou de l'anomopsychismie galémique que nous voulons parler. On voit quelquefois chez certaines femmes, surtout chez celles qui sont très-excitables et sujettes à des accès de névropallies étiangioviques (d'hystérie), survenir dans la première semaine qui suit la parturition, et même plus tard, une perturbation intellectuelle très-marquée. Nous avons vu celle-ci présenter les caractères les plus variés, depuis la fureur et la terreur de l'assassinat portée au plus haut degré, jusqu'à un délire léger et roulant sur des objets plus ou moins gais ou tristes. Ailleurs, il s'agissait de la terreur qu'inspirait le démon : la forme et le sujet de ce trouble d'esprit répondaient comme ailleurs (nos 12321, 12322) aux circonstances d'organisation, d'âge, d'éducation, aux passions des malades, aux impressions morales qui venaient de les agiter, etc. — Ce délire n'est accompagné d'un état fébrile qu'autant qu'il existe des utéries ou d'autres organies qui, par elles-mêmes, causeraient la fièvre. De tous les états réunis par les auteurs sous le nom de folies, c'est là, en général, celui qui dure le moins, celui qui laisse après lui le moins de traces, et qui se termine le moins aussi par l'hypo-psychismie ou par la paralysie générale. Vers la première ou la seconde époque menstruelle qui suit la parturition, l'anomopsychismie galémique se dissipe fréquemment d'une manière assez complète. Contrairement à la plupart des organopathies dont le caractère semble être galémique, elle n'est en rien accompagnée de cette tendance pyogénique (nos 4507, 4539) qui est la triste prérogative des affections auxquelles les femmes en couches sont particulièrement sujettes (n° 4453). Cette circonstance conduirait à ne pas rapporter aux accidents galémiques l'affection dont il s'agit ; mais d'un autre côté, l'anomopsychismie présente ici une marche si spéciale, elle est si différente de celles qui se déclarent dans toute autre circonstance, elle paraît si bien liée à l'époque de la fièvre de lait, elle se

manifeste si fréquemment alors que la sécrétion lactée s'arrête ou s'accomplit mal, elle cesse si généralement quand l'angiovorragisme se rétablit, qu'en vérité il est bien difficile de ne pas admettre que la galémie (n° 4453) ait une large part dans la production de ce mal. — Quoi qu'il en soit, ce n'est pas ici le caractère du délire, en lui-même si variable, qui constitue la spécificité de cette anomopsychisme ; mais bien la nature de la cause qui y donne lieu.

12346. Les indications dans l'anomopsychisme galémique sont, d'une part, les mêmes que celles qui seront établies pour les perturbations de l'intelligence considérées en général, et de l'autre, d'avoir grandement égard à la sécrétion du lait et à l'angiovorragisme (n° 4454). — Les principaux moyens prophylactiques sont ici de faire nourrir l'enfant par la mère, et d'éviter à celle-ci, lors de la période galémique, les émotions morales qui pourraient provoquer le mal. Ces précautions sont particulièrement applicables aux femmes nées de parents sujets aux anomopsychismes, aux névropallies etionévrommiques (épilepsie) ou angioviques (hystérie). Nous avons vu plusieurs dames aliénées à la suite de couches se rétablir, lorsque, ayant été trop soumises à l'abstinence, nous leur prescrivîmes un régime réparateur.

Polymanie.

12347. L'étude des nombreuses perturbations de l'esprit qui vient d'être faite, nous conduit très-naturellement à celle des anomopsychismes qui ont reçu les noms de polymanie, de monomanie, et de hypémanie ou mélancholie, et des variétés que l'on a admises dans chacune d'elles. — Sous l'influence de causes variables et surtout à la suite d'impressions morales vives, en rapport avec le caractère du trouble intellectuel qui doit survenir, se déclarent, dans certains cas, tantôt d'une manière brusque, tantôt lentement, des anomalies dans les manifestations de la pensée. Ces anomalies sont tellement diverses qu'elles ne sont pas les mêmes chez deux malades. Dans des cas aigus, et en général sans fièvre, à la suite ou non de céphalalgie, et des prodrômes d'organites océiques, se manifestent une irascibilité extrême, des emportements sans motifs, une exaltation excessive des goûts, des passions, des affections, de l'imagination ; des transports d'amour, de colère, d'orgueil ; des menaces parfois suivies de leur exécution ; des sévices graves portés sur les assistants, etc. ; tels sont quelques-uns des accidents auxquels on a donné le nom de polymanie, qui, dans certains cas, ont même conduit celui qu

en est atteint à l'homicide. Inutilement on cherche à raisonner avec de tels individus, ils ne se rendent à aucun avis, et souvent passent d'un sujet à l'autre, délirant également sur tout, état qui constitue la polymanie des auteurs (c'est-à-dire la manie sur toute chose). Dans les premiers temps, il arrive que les idées des malades ont quelque tenue, mais à mesure que le mal dure et surtout empire, la versatilité, l'inconstance dans les pensées et dans l'attention portée vers les objets de la folie augmente davantage, de telle sorte qu'en peu de temps il arrive qu'il n'y a plus aucune fixité dans les idées, et que le malade passe sans interruption d'un objet à un autre.

Monomanie.

12348. Le délire peut se concentrer principalement sur un seul objet, de telle sorte que sur tout autre point l'intelligence soit conservée; c'est alors de la *monomanie* qu'il s'agit. Toutefois, les psychiatres n'admettent pas tous que la folie puisse ainsi être circonscrite exclusivement sur une idée spéciale. Des observateurs profonds, des médecins penseurs, affirment que les prétendus monomanes, tout en délirant davantage sur une chose, n'ont pas l'esprit plus sain sur les autres. Il peut se faire qu'il existe des délires vraiment partiels, mais il faut avouer que la monomanie absolue est rare, et que dans le plus grand nombre des cas, tel qui paraît divaguer sur un objet est souvent fort loin d'être lucide sur le reste. On voit cependant des gens converser d'une manière fort sensée en apparence, tandis que s'ils viennent à parler de l'objet principal de leur manie, ils tombent dans des divagations extrêmes, et à la moindre contradiction qu'ils éprouvent à cette occasion, ils deviennent furieux au point de vue de la médecine légale; de tels cas de monomanie sont très-utiles à connaître, et les questions qui s'y rapportent devront être étudiées avec le plus grand soin dans les livres qui traitent de cette partie de la science.

12349. Il s'en faut de beaucoup que toutes les *manies* soient furieuses; un grand nombre d'entre elles sont au contraire assez calmes; tantôt le malade divague sans emportement sur toutes choses, et ailleurs il discute avec modération, et de la manière la moins raisonnable, sur l'idée fixe qui l'obsède. Ordinairement le délire vient dans ces derniers cas de ce que l'aliéné admet comme vraie telle sensation et telle impression, ou encore tels faits qui n'ont existé que dans un rêve ou dans une hallucination. Celles-ci sont en effet très-fréquemment les points de départ de la monomanie.

12350. Le caractère et l'objet de l'anomopsychisme proprement dite sont des plus variés; tantôt le délire est triste, et c'est alors de la mélancholie des anciens ou lypémanie qu'il s'agit. Cette tristesse peut être portée jusqu'à un désespoir qui tantôt repose sur des peines réelles, sur des remords, sur la perte d'objets chéris, sur des revers de fortune, sur des déceptions d'ambition, d'amour, etc., et qui tantôt n'a d'autre fondement que des idées purement imaginaires. La perte de l'aptitude à la génération, l'ablation des testicules et de la verge surtout sont fréquemment des causes d'une lypémanie profonde que les malades n'avouent pas. C'est peut-être en ce sens que les pertes séminales ont une si grande influence sur le développement de la lypémanie. Le désespoir chez certains anomopsychistes peut être porté jusqu'à une tendance marquée au suicide, et le sujet de ces douleurs morales est souvent tout à fait disproportionné avec l'état mental observé.

12351. On a cité un très-grand nombre d'espèces de folies auxquelles on a donné des noms. Les unes ont eu pour sujet l'ambition (folie ambitieuse); l'amour moral (érotomanie); les autres l'amour de Dieu (théomanie); la crainte : soit du diable (démonomanie), soit des fantômes (fantasmanie); l'amour des hommes (philanthropomanie, et cette variété est sans doute peu commune); la haine de l'humanité (misanthropomanie); l'amour charnel le plus honteux (priapomanie, nymphomanie) (n° 9922), etc., etc. Il n'est pas de penchant, de goût, de passions, d'affections qui, exagérées, ne puissent être l'objet de la folie. L'orgueil, la colère, l'envie, la luxure, la gourmandise, la paresse, l'avarice (qui en définitive, à de faibles degrés même, est déjà une aliénation mentale), l'amour de soi-même, le désir de se faire périr ou de donner la mort aux autres (monomanie suicide ou homicide), l'amour de la propreté porté à l'excès et à ce point que tel aliéné n'a plus d'autre occupation que de balayer sans cesse, ou celui de l'ordre qui conduit certains fous à serrer continuellement les choses de la moindre valeur et qu'ils ne savent plus ensuite où trouver; la tendance au vol (cleptomanie), le penchant pour la musique (mélomanie), pour la poésie (métromanie), pour les sciences (technomanie), pour les calculs (arithmomanie), etc., etc., etc.; toutes ces propensions intellectuelles enfin peuvent devenir le cachet dominant de l'anomopsychisme, et en nous laissant aller aussi à la *manie* des descriptions dont le type se trouverait dans certains écrits, et surtout en y racontant les anecdotes

que nous pourrions ajouter sur ces diverses espèces de folie, il faudrait consacrer encore à ce volume un grand nombre de pages. — Que serait-ce donc si nous nous avisions d'y joindre l'indication et l'histoire des états complexes dans lesquels plusieurs de ces types seraient, comme on le voit si souvent, combinés entre eux à des degrés si divers? En suivant cette marche vicieuse, nous arriverions à un tel résultat que nous serions forcés de décrire l'histoire de tous les fous du monde, et certes, nous ne saurions plus où il serait possible de nous arrêter.

L'anomopsychismie doit être étudiée en général; les distinctions établies entre ses espèces ne sont pas fondées.

12352. Cette réflexion seule conduit à mettre entièrement de côté, comme nous l'avons fait, les divisions scolastiques que l'on a établies dans la folie. Qu'elle soit triste ou gaie, limitée à quelques sujets ou largement étendue, l'anomopsychismie se rallie toujours à la même série de faits qui se prêtent à une étude générale.

12353. Il en est des anomopsychismies dont l'histoire vient d'être tracée (n° 12348) comme de tous les troubles intellectuels dont il avait été déjà parlé (nos 12311, 12345, 12347). Leurs caractères spéciaux sont en rapport : soit avec les conditions organiques, congénitales ou acquises; soit avec l'éducation, les inclinations, les penchants, les passions que les gens présentaient avant d'être malades; soit avec les impressions sous l'influence desquelles le mal s'est déclaré. — L'homme robuste, adulte, adonné aux liqueurs fortes, habituellement colère, est atteint de manie furieuse, et si son ambition a été contrariée ou déçue, sa manie sera dirigée vers l'ambition. La femme irritable, et dont les affections auront été trahies, deviendra lypémanique, et si sa douleur est extrême, elle cherchera à se donner la mort. Vous ne verrez pas la vieille femme érotomane, ou si elle est nymphomane (comme il en arrive souvent de la femme hystérique), c'est que fréquemment elle portera des angioves qui l'y auront disposée. La jeune fille, le jeune homme même seront ordinairement atteints de folie amoureuse. Le vieillard devenu fou sera presque toujours avare; souvent le musicien ou celui qui chantait avec plaisir sera mélomane; le poète aliéné composera des vers; l'enfant très-gâté devenu fou veut que tout cède autour de lui (et cette folie, chez de tels individus, est fréquente); le cénobite ou la dévote, les gens élevés dans les pratiques religieuses exagérées deviennent souvent des théomanes ou des démonomanes, etc., etc.

12354. Toutefois, les aliénés n'ont pas dans tous les cas un délire qui soit en rapport avec ce que l'on sait des goûts, des mœurs, des habitudes, etc., qu'ils avaient en santé. — On voit dans l'anomopsychisme telle femme réputée pieuse devenir nymphomane; tel homme connu par son honnêteté et sa bonté se complaire, alors qu'il est devenu fou, à voler ou même à tuer. — Certains prodiges sont alors avarés, et certains avarés prodiges; — mais dans de tels cas, il faudrait pouvoir se rendre compte des véritables circonstances qui ont donné lieu au caractère propre à la folie. Tantôt, il y a eu quelque vice, ou du moins quelque penchant caché, qui est devenu évident, quand l'anomopsychisme s'est déclarée, et qui, d'une femme en apparence sage, a pu montrer à tous une débauchée; qui, chez l'homme que l'on croyait être bon, inspirait les plus mauvais sentiments, etc. Il peut y avoir eu quelque action coupable commise qui conduise, par le remords, à la démonomanie. — Au moment encore où le mal se déclare, telle impression vive, tel rêve effrayant ou fantastique, telle hallucination gaie ou triste ont pu imprimer une série de pensées qui vient ensuite influencer longtemps sur le caractère du délire. — Il se peut même que pendant la durée de celui-ci certaines sensations mal appréciées modifient puissamment les pensées et les actions de l'aliéné. Nous avons connu un homme irritable qui, alors qu'il délirait, se croyait coupé par morceaux, s'imaginait qu'on lui suçait le sang, et cela parce qu'il éprouvait d'atroces douleurs causées : soit par les morsures de 50 sangsues appliquées sur le ventre; soit par 60 pustules dont le développement avait suivi l'apposition d'un large emplâtre stibié; soit par des cinapismes énormes dont une large surface de sa peau était couverte. Esquirol a très-bien vu que des fous atteints de vives douleurs produites par des lésions dites organiques, ou souffrant de névralgies, s'imaginaient être empoisonnés ou tourmentés par des ennemis cachés, par la police, qui, pour les torturer, employaient des sortilèges, le magnétisme, etc. Tel homme atteint de dyspnée par suite d'une épidiaphragmatopie (n° 3986) ou d'une névralgie thoraco-brachiale (n° 11669), croit qu'un animal affreux lui presse la poitrine et l'étouffe; tel autre qui en dormant veut se remuer, et dont les nerfs et les muscles endormis se refusent à l'exécution de sa volonté, se croit sous l'empire d'une puissance fantastique qui paralyse ses mouvements. Ce qui précède est entièrement applicable *aux aliénés qui, en si grand nombre, sont des dormeurs éveillés.* Ainsi quand, dans l'anomopsy-

chismie, se manifestent des séries d'idées qui ne sont pas en rapport avec les circonstances d'organisation, d'éducation, etc., propres en santé à de tels individus (n° 12321), le psychiatre doit rechercher avec le plus grand soin quelles sont les causes qui ont pu imprimer au délire de tels caractères.

Mutations, transformations survenues chez tel ou tel aliéné dans le caractère de l'anomopsychismie.

12355. Ce qui précède démontre notre proposition : *que les variétés de la folie ne sont pas des unités morbides*. Les caractères qui, suivant les auteurs, les particularisent sont, en effet, comme pour tous les délires (n°s 12326, 12331), les conséquences des circonstances d'organisation, d'éducation (n°s 12321, 12331), etc., présentées par les divers individus; mais la démonstration de ce fait devient encore plus rigoureuse quand on voit l'anomopsychismie revêtir successivement chez le même individu toutes les formes possibles. — Le jeune enfant qui, atteint d'une fièvre cérébrale, délirait sur des jouets, frappé à 16 ans d'aliénation mentale, est *érotomane*. — Si sa constitution est robuste, si le cœur pousse énergiquement le sang vers le cerveau, et surtout s'il éprouve des contradictions, il devient à 30 ans un maniaque furieux. — D'abord, un seul objet, celui de son amour, a absorbé ou concentré ses pensées; mais plus tard il *dérisonne sur un grand nombre de choses, et il finit par divaguer sur toutes*: enjoué, folâtre dans certains moments, il est triste dans d'autres, et comme il est le plus souvent privé de sa liberté et des moyens de satisfaire ses goûts, il devient sombre, taciturne et est plongé dans une telle *lypémanie*, qu'il est parfois porté à se donner la mort. — Il y a déjà longtemps que ses idées d'amour se sont évanouies, mais il est parfois *priapomane*; s'il s'agit d'une femme, à chaque époque menstruelle survient, à l'âge adulte, de la *nymphomanie*, etc. — Que si le malade vient à guérir, et que, rentré ensuite dans le monde, agité par de nouvelles passions, par l'ambition, par l'orgueil, par des malheurs réels, etc., il soit une autre fois frappé d'anomopsychismie, vous le verrez atteint de *manie ambitieuse* ou de *la lypémanie la plus profonde*. — *La tendance au suicide* en sera souvent le résultat. — Si le mal persiste, peut-être verra-t-on plus tard la démonomanie se déclarer, et il se peut faire même qu'avec l'âge *l'avarice* porté jusqu'à la folie vienne à se manifester.

12356. Ce que nous venons de supposer pour un aliéné, se présente fréquemment chez une foule d'autres, de sorte qu'il faut

nécessairement admettre quand le mal change ainsi de forme : ou que *des maladies distinctes* se succèdent, ou que la même affection change de caractère, et cela en raison des différentes circonstances dans lesquelles les hommes se trouvent placés. Or, la seconde hypothèse est ici la seule acceptable.

Marche et prognose de l'anomopsychisme.

12357. Les anomopsychismes qui résultent de lésions organiques appréciables existant dans l'encéphale (n^{os} 11943, 12059), celles qui sont les symptômes de certaines altérations de sang (hypémie n^{os} 3840, 11811), hypoxémie (n^o 3947), toxémies (n^o 4289), etc., suivent la marche propre à chacun de ces états pathologiques, et se dissipent en même temps qu'eux. Que de fois, dans les fièvres graves (léospilose septicémique (n^o 4863)), n'avons-nous pas calmé ou fait dissiper le délire, et cela en remédiant par des aliments à l'hypémie ou à l'hydrémie, qui s'étaient déclarées ! Le musc, l'opium, le camphre, les vésicatoires n'avaient produit aucun effet utile, et il suffisait de remédier à la déperdition du sang pour faire cesser les accidents cérébraux. Les praticiens ne peuvent avoir ces faits trop présents à l'esprit, et trop se rappeler que dans des cas pareils une alimentation réparatrice donnée avec modération n'est pas dangereuse (n^o 4864). L'anomopsychisme produite par l'alcool et par divers narcotiques cesse alors que la cause qui lui donnait naissance discontinue à agir. Celle qui survient comme symptôme dans la variole et dans d'autres toxémies dermitogéniques (n^o 10988), ne cesse pas, si ce n'est dans quelques cas particuliers (n^o 10989), la période en rapport avec la fièvre d'invasion. En général, la manie des hommes en couches (n^{os} 4454, 12345) se dissipe en quelques semaines.

12358. Chez un assez grand nombre d'aliénés, les idées reprennent lentement, et d'une manière successive, leur lucidité ; un sommeil réparateur, si rare chez de tels malades, est parfois suivi pour eux d'une amélioration très-rapide. — On a vu, mais très-rarement, des aliénés revenir à la raison alors qu'on leur a démontré d'une manière positive qu'ils étaient dans l'erreur sur l'objet qui était le point de départ de leur anomopsychisme. — C'est, en général, entre le 30^e et le 60^e jour que le plus grand nombre des aliénés reprennent leur lucidité d'esprit. Rarement lorsque le mal a duré plusieurs mois, l'aliénation mentale se dissipe-t-elle complètement. Trop souvent les manifestations intellectuelles chez les gens qui ont été atteints de folie, ne se rétablissent que d'une façon incomplète,

de sorte que chez de tels individus, souvent la perturbation dans les idées, d'abord circonscrite, devient de plus en plus marquée, et se généralise sur une foule d'objets, et malheureusement ces personnes conservent encore certains traits de leur folie. C'est une chose déplorable que d'être obligé de vivre avec des gens qui ont été fous; car presque toujours l'humeur de tels individus est acariâtre, difficile, excentrique, et certains actes de leur vie se ressentent encore fréquemment de la grave atteinte qui a été portée à leur raison.

12359. Fréquemment, chez les aliénés, il survient tôt ou tard un défaut de toute association, de tout enchaînement dans les idées; alors peu à peu la mémoire se perd, l'imagination baisse, le délire devient plus calme, et se rapproche davantage de la stupeur; la volonté devient de moins en moins énergique; la parole s'embarrasse, en un mot peu à peu l'hypopsychisme (n° 12312) et la pananervisme (n° 12312) ou paralysie générale se déclarent. Le malade, réduit alors par son défaut de manifestations intellectuelles et instinctives, bien au-dessous des animaux réputés les plus stupides, traîne dans l'obscénité, la malpropreté la plus abjecte, les restes de sa déplorable existence.

Intermittence ou rémittence dans certaines anomopsychismies.

12360. En général, dit-on, l'anomopsychisme est continue, ou présente des paroxysmes. Il est urgent de tenir compte de ces exacerbations, qui nous paraissent être bien plus fréquentes qu'on ne l'a dit. Dans un grand nombre des cas par nous observés, le mal, bien que persistant, augmentait d'intensité à de certaines heures, et semblait prévenir des accès accompagnés ou non de fièvre. Ailleurs existent des anomopsychismies franchement intermittentes; c'est-à-dire que des accès se déclarent tous les jours, tous les deux ou tous les trois jours, et cela à des heures fixes, tandis que dans l'interval, l'intelligence est tout à fait lucide. C'est surtout consécutivement aux hallucinations (qui souvent sont les résultats de névropathies des organes sensoriaux) qu'il en arrive ainsi. Nous avons déjà mentionné dans cet ouvrage plusieurs cas de folie intermittente très-heureusement traités par le sulfate de quinine (n° 8976, 11571 (1)). — Les femmes hystériques sont tous les 28 jours atteintes d'une sorte d'anomopsychisme liée à l'angiovorragisme, et qui, chez certaines personnes prédisposées, devient parfois, avec

(1) Récemment encore à l'Hôpital, nous avons vu des accès de manie céder presque tout à coup chez une femme à l'emploi du sulfate de quinine.

l'âge, une véritable aliénation mentale (n° 12137). Nous avons soigné une dame, la mère de l'un de nos meilleurs amis, qui tous les six mois était atteinte de la lypémanie des auteurs (n° 12351). Le mal dura un grand nombre d'années; la quinine à haute dose ne recula pas même l'époque du retour des accidents, et cette malheureuse dame tomba, plus tard, dans la démence la plus complète.

Nécrorganographie.

12361. Le tableau général des anomopsychismies tel qu'il vient d'être tracé, conduit inévitablement à faire admettre que l'on ne doit pas trouver dans le cadavre, des lésions organiques auxquelles il soit possible de les rapporter. S'il était vrai que la manie, la lypémanie parvenues à un haut degré fussent liées à des états anatomiques *persistants* et portés assez loin pour être appréciables après la mort, il n'en serait certainement pas ainsi du délire, momentané, causé soit par un rêve ou par une passion portée au suprême degré; soit par une toxémie, etc.

12362. La manie, la lypémanie ne peuvent pas plus avoir de traces cadavériques évidentes dans le cerveau, que n'en laisseraient les inégalités de caractère, ou les emportements d'un homme exalté. On trouverait même plutôt : dans la conformation du cœur (qui, très-développé, aurait dû énergiquement lancer le sang vers l'encéphale) la cause de la forme furieuse que présenterait la folie; dans l'angiove hypertrophié et hypérëmié, les raisons de la nymphomanie; dans une angibrômie chronique, les motifs de la nosomanie, etc., que l'on ne découvrirait dans le cerveau les conditions pathologiques des diverses apparences de l'aliénation mentale. C'est faute de n'avoir pas rapproché les uns des autres les rêves, les passions exagérées, les délires avec ou sans fièvre, les perturbations intellectuelles suites des traumacéphalies, ou des phlegmasies méningiennes, etc., que l'on a pu rechercher dans des circonstances anatomiques spéciales les causes matérielles de la folie.

12363. On peut lire dans le *Compendium*, article Folie, le détail très-bien exposé de toutes les lésions anatomiques signalées chez les aliénés par divers auteurs, et dont voici les principales. — 1° Des saillies du crâne en rapport avec le développement anomal de telle ou telle faculté intellectuelle ou affective, fait que Gall et ses partisans ont dit être fréquent, tandis que la plupart des autres auteurs ne sont pas de cet avis. — 2° Des déformations crâniennes que Pinel, Esquirol, etc., ont plutôt constatées dans l'hypopsychisme et l'idio-

tisme, que dans la folie proprement dite. — 3° Diverses lésions de la dure mère (Bertolini), et des épanchements entre la proto et la deutoméninge. — 4° Des deutoméningies (maladies de l'arachnoïde), telles que des rougeurs, des épaississements parfois opaques (Parchappe, Bayle, Lélut), des pseudoméninges (Bayle, Calmeil, Lélut), des indurations, des ramollissements, des hydropisies (Parchappe, Neumann, etc.), des adhérences entre les deux feuillets de la membrane séreuse encéphalique (Bayle, Parchappe, etc.), des granulations (Morgagni), des phymies arachnoïdiennes, des épanchements gélatineux, entre l'arachnoïde et la pie mère (Bertolini). — 5° Des tritoméningies (affections de la pie mère), telles que des hyperémies et des phlegmasies jointes ou non à des inflammations superficielles du cerveau (Bayle, Parchappe). — 6° Des adhérences prononcées entre la pie mère et la surface encéphalique (fait que notre honorable ami et collègue M. le docteur Piédagnel a fréquemment constaté dans le délire symptomatique des fièvres dites typhoïdes); des infiltrations séreuses (Parchappe) ou purulentes. — 7° Des atrophies ayant leur siège dans les circonvolutions cérébrales, et surtout dans la chloromyèle (substance grise), et portées quelquefois à un tel degré, que l'on distingue la leucomyèle (substance blanche) à travers (Parchappe). — 8° Un pointillé rouge de cette même substance grise qui ailleurs varie de couleur du lilas au rose et même au rouge, surtout dans ses parties profondes et dans le centre des couches, qui, d'après les recherches de M. Baillarger, la constituent (Foville, Parchappe). C'est surtout vers la région frontale que l'on a trouvé ces colorations. — 9° Des ramollissements ou des indurations, soit de toute l'épaisseur de certaines régions de la substance grise ou chloromyèle, soit seulement de ses couches moyennes ou profondes (Parchappe, Foville). — 10° Des injections rouges, des altérations de consistance ou de texture dans la leucomyèle ou substance blanche. — 11° Des lésions analogues aux précédentes dans les ventricules cérébraux, et notamment dans les latéraux, où l'on a signalé des épanchements de liquides séreux ou sanguinolents. — 12° Les lésions les plus variées du cerveau, et des plus aiguës comme des plus chroniques. — 13° Des indurations, des ramollissements, des atrophies, etc., dans les nerfs olfactifs ou optiques. — 14° La réunion de plusieurs de ces divers états pathologiques. — 15° des lésions très-variables dans les appareils : circulatoire, respiratoire, digestif, etc.

12364. Enfin, dans un très-grand nombre de cas, soit qu'il s'agisse d'une anomopsychisme aiguë et en rapport avec des toxémies, ou avec d'autres anomémies, soit que les nécroscopies aient eu lieu dans des cas considérés par les auteurs comme des folies, on ne trouve absolument rien dans l'encéphale qui rende le moins du monde raison des perturbations survenues dans les facultés intellectuelles ou affectives.

12365. Aucune des lésions qui viennent d'être signalées (n° 12263) ne présente, dans l'anomopsychisme, quelque fixité : tantôt on rencontre chez les aliénés de indices de phlegmasie ou plutôt d'hypérémie, et tantôt les altérations observées n'ont rien qui ressemble à l'inflammation. Différentes les unes des autres, alors que le trouble intellectuel paraît être analogue, souvent portées très-loin quand l'affection mentale est légère, dans certains cas multiples, dans d'autres isolés, ces altérations ne correspondent en rien à telle ou telle forme d'anomopsychisme.

Etiologisme, pathogénisme; questions relatives à la nature du psychè.

12366. *L'âme ne peut être malade. Pour qu'elle le fût, il faudrait qu'elle fût altérable; si elle était altérable, elle pourrait être divisée en quelque point; si elle était divisible elle ne serait pas une; si elle était composée, même de deux substances, celles-ci pourraient être accidentellement désunies; cette désunion serait la mort de l'âme; donc, si l'on admettait que le psychè fût susceptible de maladies, il faudrait dire aussi que l'âme n'est pas immortelle. — Les médecins qui veulent donc placer ailleurs que dans les organes le siège de la folie, et y voir une maladie de l'âme, sont précisément ceux qui, à leur insu, tendraient le plus à ébranler l'admirable dogme de l'immortalité du principe qui nous anime.*

12367. Le moi, l'atôme primitif, immatériel si l'on veut, matériel si cela plaît davantage, mais alors matériel à la façon des fluides impondérables et surtout de l'électricité, de cet agent impalpable et insaisissable, qui franchit quelque cent mille lieues en un instant; le psychè, peut-être atôme subtil de cette même électricité, etc.; le psychè, agent essentiel et formateur de toute aggrégation dont la vie est le principe et l'attribut; le psychè, disons-nous, est interposé entre les organes qui lui communiquent les impressions et ceux qui sont chargés de ses manifestations. Pour peu que la structure des uns ou des autres soit altérée, les matériaux sur lesquels s'exerce la pensée ou les actions qu'elle pro-

voque seront imparfaits, et présenteront un caractère anomal; ainsi, les perturbations dans les actions psychiques seront les conséquences de modifications variées dans l'état des organes en rapport avec le psychè, c'est-à-dire dans l'état du cerveau. Plus ces modifications frapperont une partie de l'encéphale dont les fonctions seront liées davantage au moi *sentant, voulant et agissant*, et plus aussi l'anomopsychismie sera prononcée.

12368. Mais ici se présente une question d'une extrême gravité, et que n'a pas encore élucidée l'expérimentation physiologique: Quel est le point de l'encéphale en rapport avec le psychè? Toute sa surface et toute son étendue correspondent-ils par influence directe ou à distance avec l'âme, de telle sorte qu'en enlevant une portion isolée du cerveau, ce qui en resterait pourrait souvent encore être un intermédiaire suffisant entre le moi et le monde extérieur? La surface de la substance grise dans son ensemble serait-elle chargée d'une relation de ce genre? Quelque région très-limitée du mésonèvre (n° 11519) serait-elle le point de départ du psychisme, point de départ qui serait en communication d'action avec la surface cérébrale? Ces difficultés, comme tant d'autres du même genre, ne sont point encore résolues. — *Il est donc impossible de déterminer nettement le siège de l'anomopsychismie, car on ne connaît pas celui du psychisme, ou action régulière et normale de l'âme.*

C'est dans la substance intime de l'encéphale qu'existent les lésions qui peuvent causer l'anomopsychismie; études à ce sujet.

12369. Il est cependant certain que c'est dans la structure la plus intime de l'encéphale, dans cet imperceptible trame dont aucun microscope ne ferait découvrir la merveilleuse organisation, que doivent exister les lésions qui donnent lieu aux perturbations de la pensée. Dans bien des cas, sans doute, nous voyons des altérations fort apparentes, telles que des encéphalites superficielles, des tritoméningies et des collections séreuses intracrâniennes (n° 12363), etc., avoir exercé une influence marquée sur le développement de l'aliénation mentale; mais il y a tout lieu de croire qu'alors encore ont existé pendant la vie d'autres altérations profondes, plus intimes, plus moléculaires, impossibles à préciser, et qui ont été les causes du trouble mental.

12370. Cherchons à particulariser autant que possible les circonstances sous l'influence desquelles ont lieu les divers délires et les aliénations mentales, et nous verrons la plupart d'entre elles modifier la

structure intime des organes cérébraux, et cela, d'une manière tantôt fixe et tantôt temporaire. — Parmi les cas où la lésion matérielle est fixe, et par conséquent où les effets doivent aussi être persistants, nous verrons les altérations de texture qui succèdent aux blessures dont l'encéphale peut être frappé ; puis toutes les encéphalies développées spontanément ou d'une manière inconnue. — Au nombre des troubles temporaires qui peuvent causer aussi des anomopsychismes de peu de durée, comme le sont aussi les causes qui leur donnent lieu, il faut citer : les toxémies en rapport avec des poisons stupéfiants ((n° 4289), avec des miasmes ou des virus de différentes sortes, etc. ((n°s 4292, 8862), le tout susceptible d'être promptement rejeté au dehors : il faut encore y joindre les névropallies (n° 12188) propagées jusque vers l'encéphale, et qui, après avoir eu leur siège dans les organes des sens (n° 11504) ou dans les nerfs (n° 11571), et avoir produit, soit des *aura hysterica* (n°s 11551, 12136) ou *épileptica* (n° 12182); soit des illusions ou des hallucinations (suivant le sens que l'on donnera à ces mots (1) (n° 11571)), atteindront la partie de l'encéphale en rapport avec le psyché, et y produiront des oscillations (n° 11550) propres à troubler les manifestations des phénomènes intellectuels. De là résulte le délire qui se déclare si fréquemment à la suite des névrxopallies dites épilepsie et hystérie, et de diverses altérations dans les organes des sens. — Ailleurs, des congestions sanguines, en modifiant la structure intime de l'encéphale, déterminent une perturbation dans les manifestations psychiques. Or, ces derniers faits nous conduisent aux états physiologiques dans lesquels certaines passions, telles que la colère portée à ses dernières limites, donnent lieu aussi à une encéphalémie plus ou moins forte, dont la conséquence est une anomopsychisme ; dans de tels cas, l'abord d'un sang abondant, poussé violemment vers le cerveau par un cœur puissant, peut être en effet la source de modifications dans la structure encéphalique, d'où résulte un état voisin de la folie furieuse. — Tout porte à croire que les autres passions produisant aussi une sorte de délire, sont liées à une altération anatomique temporaire dans la texture encéphalique. — Restent les cas où il s'agit des aliénations mentales proprement dites, où l'on ne peut découvrir de lésions apparentes dans la structure du cerveau

(1) On veut en général que les illusions se rapportent à de fausses sensations et à de faux jugements ; tandis que dans les hallucinations le cerveau est primitivement le siège d'erreurs de perception.

(n° 12364) ; or, il est impossible de ne pas admettre, quand on réfléchit sur les considérations précédentes, que ces aliénations mentales se rattachent aussi à des altérations anatomiques très-positives, mais inconnues, existant dans la trame du cerveau.

Conclusions relatives à l'état organique de l'encéphale dans la folie.

12371. Les conclusions de tout ce qui précède, et qui doivent nous conduire à établir le thérapeutique de l'anomopsychisme, sont celles-ci : — 1° Il n'y a pas plusieurs espèces de folie, il ne peut en exister qu'une seule ; le délire dans les affections aiguës, l'état mental qui suit l'administration de l'opium, du hachish, etc., celui qui accompagne l'ivresse, la passion portée jusqu'à la déraison, les hallucinations dans les rêves, le délire dans les maladies aiguës, ou survenant à la suite de l'épilepsie ou de l'hystérie ; la manie furieuse, la lypémanie portée jusqu'à ses dernières limites, et même conduisant au suicide ; les perturbations de l'esprit dirigées sur un seul objet, etc., tout cela constitue l'anomopsychisme, et est au fond la même chose. Les variétés que cet état mental présente dépendent : des circonstances les plus variées, de l'organisme, des goûts, des passions, du caractère, des impressions morales qui ont eu lieu lors de l'invasion, des circonstances où se trouve l'individu qui délire, des états organopathiques coïncidents, etc., etc. De cette multitude d'influences diverses entre elles, résulte que chaque individu en délire, que chaque aliéné déraisonne à sa manière, ce qui fait que si l'on voulait classer les folies, il faudrait en admettre autant qu'il y aurait de gens délirants ou aliénés. — 2° L'âme ne peut être malade ; l'anomopsychisme est liée à coup sûr à des états organiques dont l'existence est tantôt momentanée et ailleurs persistante, différence d'où résulte le peu de durée ou la fixité de la folie. — 3° C'est dans la trame la plus profonde ou la plus intime des parties de l'encéphale en rapport avec le psyché, que les causes anatomiques de l'anomopsychisme peuvent exister. — 4° On ne sait en rien comment ces causes agissent pour produire les troubles intellectuels dont il s'agit ; seulement des lésions très-différentes entre elles, telles que des congestions, des phlegmasies, des toxémies, des isémies, des névropallies, etc., peuvent quelquefois donner lieu à l'anomopsychisme.

Etiologisme.

12372. Les études qui précèdent nous font voir que des causes matérielles nombreuses, telles que des encéphalies, des méninges-

céphalies, des substances toxiques, virulentes, portées par le sang dans la trame cérébrale, des pallies d'abord névriques, puis névraxiques, etc., peuvent déterminer l'anomopsychisme. Les passions portées à leur dernier terme sont aussi susceptibles de lui donner lieu. C'est surtout lorsque ces passions sont vives et que des impressions morales en rapport avec elles agissent d'une manière brusque et violente que se déclare quelquefois l'aliénation mentale ; l'annonce d'un événement qui tout à coup détermine un transport de joie ; une tristesse profonde ; des revers de fortune ; des circonstances qui provoquent une colère extrême, une jalousie démesurée, une ambition désordonnée, un amour excessif, une terreur très-grande, etc., ont quelquefois pour conséquence immédiate l'invasion d'une aliénation mentale dont le caractère est ordinairement dans les premiers temps celui de ces diverses passions. Plus tard, il arrive fréquemment que l'objet du délire n'est plus le même. Dans de tels cas, c'est la passion portée à un degré de plus qu'en santé, et accompagnée alors d'un état pathologique et organique persistant, qui cause la folie.

12373. *Comment se fait-il que les impressions morales puissent causer l'anomopsychisme ?* Il ne paraît pas très-difficile de le comprendre : puisque le psychisme (action de l'âme) s'exerce par la médiation de la trame encéphalique, une action exagérée de cet organe médiateur peut modifier la structure de celui-ci, et cela de la même façon que l'on voit un exercice trop violent de la fibre musculaire en déterminer brusquement la distension ou la rupture. Une fois que l'on a admis, d'une part, cette modification primitive de l'encéphale causée par les impressions morales, et de l'autre, que le psychisme est troublé alors que l'organisation cérébrale intime est altérée, on conçoit très-bien que des causes morales peuvent déterminer la folie. Bien plus, comme l'altération, le trouble organique produits par l'impression, la passion, etc., doivent nécessairement agir sur les parties de l'encéphale dont les fonctions sont le plus prochainement liées au psyché, il en résulte que les impressions morales et les passions doivent être des causes fréquentes d'aliénation mentale. — Il en est ainsi des occupations incessantes de l'esprit, des méditations profondes auxquelles on se livre ; Archimède devient en quelque sorte aliéné quand ses études mathématiques le rendent inattentif à la prise de Syracuse et ne lui permettent pas de voir le soldat qui va lui donner la mort ; Pascal, dans ses préoccupations,

pations philosophiques, finit par se croire sur le bord d'un précipice, et Socrate, cédant à ses pensées philanthropiques et métaphysiques, se croit en communication avec un personnage mystique que son imagination suppose. Tel savant, tel artiste, se livrant avec un zèle excessif à ses travaux, quelquefois alors indifférent aux choses qui intéressent son existence et celle de sa famille, devient quelquefois complètement aliéné, etc., etc.

Manie politique.

12374. Parmi les causes morales qui produisent le plus la folie, il faut à coup sûr placer les passions politiques. Nous avons vu proposer et soutenir des systèmes tellement excentriques que ceux qui les ont proposés et que les masses qui les ont accueillis paraissaient en quelques points frappés d'aliénation mentale ; tel tribun qui s'est élancé au sommet de l'échelle réformiste au moment de la lutte ne comprendrait pas quelques semaines après les emportements auxquels il s'est alors livré. Beaucoup de conventionnels exaltés, en 1793, étaient, en 1790 et 1800, les hommes du caractère le plus doux et le plus inoffensif. Plus d'un homme d'action dans l'émeute, plus d'un chef de parti qui s'empare à main armée du pouvoir, sont dans une agitation morale entraînant, qui, tant que leur exaltation dure, les ferait se jouer du bonheur et de la vie des hommes ; parvenus au pouvoir, devenus plus calmes, ils sont indécis, trembleurs, et aussi incapables de vouloir le mal que malheureusement ils le sont aussi de gouverner, et de là d'affreux malheurs sociaux. Quelques autres, longtemps agités de ce délire, y restent plongés d'une manière continue ; et tels autres encore parvenus à un degré d'excitation de plus finissent par devenir furieux et par tomber ensuite dans un état de démence. De plus, la terreur, les chagrins violents, les déceptions de l'ambition, les pertes de fortune, etc., qui sont les conséquences des révolutions, sont très-propres à produire elles-mêmes l'aliénation mentale ; et cela chez les gens qui s'occupent le moins de politique.

Nostalgie.

12375. La tristesse profonde que causé à tout homme de cœur l'éloignement de son pays, de sa famille, de ses amis d'enfance, de ses habitudes, alors qu'elle est portée à ses dernières limites, devient souvent la cause d'une anomopsychisme à laquelle on a donné le nom de nostalgie. Les auteurs, loin d'étudier isolément l'état mental dont il s'agit, l'ont accolé avec un certain nombre de symptômes, liés

pour la plupart à diverses lésions concomitantes. Ils ont ainsi construit de toutes pièces *une maladie* qui a fréquemment pour cortège la fièvre hectique, la diarrhée, la toux, le marasme, et en général les accidents analogues à ceux que causent les phymies. Ils ont poussé la *fantasmonomanie* (manie d'admettre et de nommer des êtres imaginaires ou fantastiques) jusqu'à supposer une maladie spéciale là où il s'agissait de pauvres gens qui, atteints de maladies chroniques incurables, et éprouvant de cruelles souffrances, regrettaient le sol natal, leurs premiers ans et les soins d'une mère !

Causes de la nosomanie.

12376. L'ennui, la tristesse, l'inquiétude que causent à des individus pusillanimes, et surtout égoïstes, des souffrances habituelles indéterminées : soit par des lésions dites organiques, soit par des névralgies intercostales ou autres, sont des causes fréquentes de cette autre anomopsychisme, dont la crainte de la maladie et de la mort est l'objet, à laquelle nous avons donné le nom de nosomanie (n° 12337), et que l'on appelle généralement hypochondrie.

Prédispositions à l'aliénation mentale.

12377. Les causes qui viennent d'être énumérées n'agissent pas également sur tous les hommes. La plupart d'entre eux éprouvent les impressions les plus vives, sont agités par les passions les plus impétueuses et les plus violentes, se livrent aux occupations les plus sérieuses et les plus continues sans que pour cela ils deviennent fous. Il faut certaines dispositions organiques, parfois un assemblage de circonstances diverses pour que les effets matériels de ces causes deviennent persistants et produisent une anomopsychisme de durée. Parmi ces prédispositions, il faut surtout citer l'organisation spéciale que les parents transmettent à leurs enfants, ce que l'on désigne sous le nom d'*hérédité*. Nous avons établi dans notre Mémoire sur l'hérédité dans les maladies (chez J. B. Baillière, 1840) que non-seulement des gens atteints d'aliénation mentale, mais encore que des individus épileptiques, hystériques, etc., avaient donné le jour à des enfants frappés plus tard d'aliénation mentale.

12378. Les deux sexes sont exposés à la folie ; seulement l'anomopsychisme présente en général des caractères différents chez l'un et chez l'autre ; ces différences se rapportent à l'organisme, aux passions, aux professions, aux habitudes qui, chez l'homme et chez la femme, ne sont pas les mêmes. Le premier est en conséquence sujet à la manie furieuse, ambitieuse, politique, homicide ; la se-

conde l'est davantage à l'érotomanie, à la théomanie, à la démonomanie, à la lypémanie, etc. Dans la monomanie suicide l'homme choisira en général, comme moyen de se donner la mort, le pistolet ou l'arme blanche; et la femme se servira, dans le même but, du poison, du charbon, de la corde ou de la rivière.

12379. *A tous les âges on peut être atteint de délire; et nous avons vu que, suivant l'état de l'organisation et les dispositions mentales et physiologiques propres à chacun d'eux, le délire ou la folie prennent des caractères spéciaux (n° 12353). On en peut dire absolument autant des tempéraments; et il suffit que les conditions intellectuelles assignées par les auteurs à chacun d'eux existent, alors que l'anomopsychisme se déclare, pour qu'elle revête le caractère propre à ces diverses dispositions de l'organisme. En général, plus une profession disposera à telle ou telle passion, à tel ou tel caractère, à une série d'occupations de tel genre ou de tel autre, et plus aussi elle deviendra une prédisposition à une anomopsychisme dont le cachet correspondra aux passions, au caractère, aux occupations dont il s'agit.*

12380. Ce que nous avons dit précédemment des lésions organiques observées à la suite de l'anomopsychisme, et de l'influence que les encéphalies, les méningies, etc., peuvent avoir sur la production du délire, suffit pour prouver que des altérations de texture apparentes peuvent agir, au moins comme causes prédisposantes, dans les aliénations mentales proprement dites. De plus, les états pathologiques dont les viscères thoraciques ou abdominaux peuvent être le siège ont aussi, comme nous l'avons vu, une influence réelle sur le caractère de la folie; et ceci est particulièrement vrai de la nosomanie (n° 12340). C'est seulement en réfléchissant que ces états divers peuvent influencer sur la production de l'anomopsychisme, et que des causes variées (par exemple *la suppression des règles, des troubles dans cette évacuation, la suspension brusque d'un écoulement, l'action du syphiose ou de tout autre virus, etc.*) peuvent donner lieu à ces organopathies, qu'il est possible de comprendre les faits cités par les auteurs et d'après lesquels il semblerait que de telles circonstances auraient déterminé la folie. Ces causes n'auraient véritablement agi qu'en produisant d'abord les états organopathiques dont il vient d'être parlé; et ceux-ci auraient eux-mêmes alors donné lieu à l'anomopsychisme.

Complication des causes de la folie.

12381. Les causes nombreuses qui viennent d'être énumérées agissent très-rarement d'une manière isolée et de façon à ce que l'on puisse dire : c'est précisément telle circonstance qui a produit l'aliénation mentale; presque toujours un grand nombre de causes ont paru coopérer à la manifestation du mal. Un homme est né de parents aliénés, sa constitution est celle que l'on a assignée au tempérament dit mélancholique; il éprouve habituellement des souffrances intestinales en rapport avec une scrofularisation et des névralgies internes; disposé par son organisme à s'inquiéter, il éprouve tout à coup des revers de fortune, ou son ambition est cruellement déçue. Il devient maniaque et nosomane, et il est évident alors que des causes multiples se sont réunies pour produire l'anomopsychisme; or, dans le plus grand nombre des cas, encore une fois, des circonstances tout aussi nombreuses que les précédentes concourent ou se combinent pour provoquer l'aliénation mentale. C'est là une des raisons principales qui font que les relevés statistiques établis sur l'étiologisme de la folie ne peuvent avoir d'utilité absolue. Les médecins qui se sont livrés à cette étude ont en général accueilli, comme s'il s'agissait de vérités incontestables, certains rapports de parents ou d'amis, diverses historiottes faites parfois après coup, et d'après lesquelles une anomopsychisme : manie, monomanie, lypémanie, etc., aurait succédé à une cause fixe et bien déterminée. Ils ont particularisé la cause, ainsi qu'ils ont *ontologisé* les états morbides, et, des deux côtés, la base de leurs calculs étant fautive ou incomplètement établie, il en est résulté que les conséquences statistiques qu'ils en ont tirées sont presque sans valeur. — On trouvera dans le mémoire cité, et qui traite de *l'hérédité* (n° 12377), ce que l'on sait sur le degré de fréquence que peut avoir cette circonstance sur le développement de l'aliénation mentale, et on lira dans l'article *Folie* du *Compendium* de nombreuses et savantes recherches relatives à l'importance que les statisticiens attribuent aux autres causes dans la production de l'anomopsychisme.

Diagnose.

12382. C'est au bon sens du médecin ou de tout individu qui juge de la rectitude de l'intelligence d'un autre homme à décider : si ce dernier raisonne bien et juste; s'il est sain ou malade d'esprit, et il est trop souvent arrivé que telle personne qui dit qu'une autre est aliénée mériterait qu'on lui appliquât le jugement qu'elle exprime légère-

ment sur autrui. Ces réflexions sont applicables : 1° à l'exaltation d'esprit de certains individus en santé ; 2° aux idées et aux intuitions des artistes, des poètes, des savants, des inventeurs ; 3° aux emportements des passions ; 4° aux diverses nuances de l'ivresse alcoolique ; 5° au délire dans les fièvres graves ; 6° aux excitations dites nerveuses de la femme hystérique ou même de celle qui se trouve à l'approche ou au déclin de l'angiovrhagisme (n° 10103) ; 7° à la manie, à la monomanie, à la lypémanie des auteurs. Un homme n'est pas aliéné alors qu'il n'a pas les idées de tout le monde ; c'est même être un homme de sens et quelquefois d'une haute valeur que de penser autrement que la masse du public et quelquefois des savants. — On délire quand les paroles, les actions ne sont en rien conséquentes avec les circonstances dans lesquelles on se trouve placé, avec les sensations exactes que l'on éprouve ; — l'anomopsychisme est extrême quand il est impossible de suivre l'enchaînement des idées qui se succèdent chez un homme de la manière la plus incohérente, et alors encore qu'il ne peut les fixer sur rien. — Un malade est encore atteint d'anomopsychisme, alors qu'il raisonne logiquement ; mais qu'il s'appuie dans ses discours et dans ses actes sur des choses évidemment fausses aux yeux de tous, sur des illusions des sens, sur des hallucinations ou sur des choses complètement fantastiques. — Il faut aussi diagnostiquer quel est le cachet du dérangement d'esprit qui, comme nous l'avons vu (nos 12348, 12347), peut s'exercer principalement sur certains points déterminés ou sur l'ensemble des faits et des choses. — Dans les idées qui ont cours, on cherche surtout à distinguer le délire, soit de la folie en général, soit de ses diverses espèces, et nous croyons avoir établi qu'une telle diagnose est sans base et sans valeur (nos 12351, 12352). — *Dans nos doctrines on spécifie d'abord l'anomopsychisme au moyen des caractères qui viennent d'être indiqués ; puis on cherche à déterminer : quels sont les états organopathiques coïncidents, quelle a été la durée du mal, et quelles sont les causes qui ont présidé à son développement.*

12383. L'anomopsychisme (qu'elle porte le nom de délire ou de folie) ne peut pas être distinguée d'elle-même ; mais il est souvent facile de voir ou d'apprendre : — 1° qu'une femme a ses règles et que son intelligence est momentanément troublée (n° 10103) ; — 2° qu'un homme se laisse entraîner par la colère, l'amour, etc., que dans cet état, il est en dehors de la raison ; — 3° qu'un indi-

l'individu qui délire depuis quelques heures a pris de l'alcool dont l'odeur s'exhale encore avec l'air de l'expiration (n° 4289); —
 qu'un homme a récemment ingéré, soit de l'opium, soit tout autre poison narcotique et qu'il délire depuis ce temps (n° 4289); —
 5° que tel autre a été soumis à une toxémie résultant de l'inhalation de tel ou tel gaz délétère, et que depuis le temps où cet accident est arrivé il éprouve des perturbations de l'esprit (n° 4273); —
 6° qu'un individu délire depuis qu'il est privé d'aliments; —
 qu'une femme nerveuse, au moment et depuis l'état galactogénique qui suit la parturition, a été atteinte de troubles intellectuels (nos 4454, 12345); — 8° qu'une blessure ou une contusion ont été faites ou portées à la tête d'un individu; qu'une méningite ou une encéphalite superficielle se sont déclarées chez cet homme ou chez un autre, et que consécutivement à ces accidents, une anomopsychisme est survenue (nos 11752, 11757); — 9° qu'une érysipélose septicémique, une variolose, etc., ont eu lieu chez un individu, et que depuis l'invasion du mal ou pendant sa durée s'est déclaré du délire (nos 4710, 10988); — 10° que des gens ont été atteints de violentes attaques de névrompallie prosodique (épilepsie) (n° 12181), et que les jours suivants ils ont éprouvé une profonde altération de la raison; — 11° que d'autres ont été atteints de névropallies rythmiques reparaissant à des heures fixes, ultérieurement, et aux périodes de temps correspondantes à la disparition de ces névropallies, une anomopsychisme s'est manifestée (n° 11571); — 12° qu'un malade souffre habituellement de quelque viscère abdominal, et que, vivement affecté de ce qu'il éprouve ainsi des douleurs chroniques et habituelles, il a fini par devenir nosoman (n° 12340); — 13° que tel homme ayant perdu l'habitude à l'acte vénérien (n° 9936), ou ayant éprouvé d'énormes pertes séminales, a cessé d'avoir des érections, et est devenu nosoman ou dément (n° 9934); — 14° que telle femme ayant dépassé l'époque marquée par la nature pour l'angioverrhaïsme (n° 10103), est devenue triste, morose, et à la longue est tombée dans l'état mental dit lypémanie; — 15° que sous l'influence de prédispositions: hérédité, organisme très-impressionnable, etc., il est arrivé que des émotions morales brusques, que des emportements de colère, que des chagrins violents, etc., ont été brusquement suivis d'une anomopsychisme, qui s'est prolongée bien par-delà le moment de son influence primitive; — 16° qu'un individu préoccupé sans

cesse d'une idée, a fini par se laisser tellement dominer par elle, qu'il a fini par délirer sur cette idée, devenue dès lors la base de tous ses raisonnements, de toutes ses divagations, etc. ; en un mot, qu'il a été frappé de monomanie ; — 17° que tel état anomal de l'esprit est d'une date récente, et se trouve accompagné de fièvre, de symptômes d'encéphalite ou d'encéphalie aiguë, ou d'états organopathiques graves et apparents, *phénomènes en rapport avec ce que l'on dit être le délire* ; — 18° qu'au contraire, enfin, la perturbation intellectuelle datant déjà d'une époque assez éloignée, n'est pas accompagnée d'accidents aigus du côté du cerveau ou d'autres organes, et ne paraît pas être la conséquence de phénomènes phlegmasiques existants dans le névraxe ou ailleurs ; *ensemble de circonstances qui se rattachent à la folie admise par les auteurs*, etc.

12384. La diagnose qui vient d'être exposée est bien différente sans doute de celle qui a été tracée dans les divers ouvrages qui traitent de l'aliénation mentale ; mais elle nous paraît être à la fois juste, positive, pratique, fondée sur les faits médicaux et psychiques connus, et tout à fait en harmonie avec les doctrines qui, suivant nous, doivent diriger dans la pathologie entière.

Prognose.

12385. La prognose de l'anomopsychisme ressort de l'ensemble de cet article et de l'étude des états organopathiques avec lesquels se lie l'aliénation mentale. Quand la cause en est en quelque sorte physiologique et non persistante (n° 12331), comme cela a lieu pour une exaltation d'idées en rapport avec les passions, avec une légère ivresse, etc., le mal n'a pas de gravité. Quand le délire est la conséquence d'une anomémie (n° 12331), d'une toxémie (n° 4287, 4289), d'une iosémie (n° 10988), d'une lésion encéphalique appréciable (n° 12363), d'une névropallie prosasique (n° 11630), etc., sa curabilité et sa durée sont subordonnées à celle de ces états pathologiques. — Dans les cas d'anomopsychisme, où l'on ne trouve ni les signes de lésions anatomiques, ni les indices de l'action de poisons ou de virus, les éléments de la prognose sont fondés sur un grand nombre de circonstances, parmi lesquelles on peut noter les suivantes : une anomopsychisme récente est en général plus curable que celle qui date d'une époque plus reculée. — Elle est d'autant plus grave qu'il existe des circonstances d'hérédité (n° 12377), et qu'à l'état de santé les passions et le caractère de l'homme qui en est atteint se rapprochent davantage des formes

de l'aliénation mentale observée. — Moins le délire s'éloigne de l'enchaînement normal des idées, moins il est grave. — Plus il y a de désordre et d'incohérence dans la succession des pensées, plus il y a de tendance à la démence ou hypopsychisme (n° 12303), et plus alors la guérison est difficile. — La manie furieuse à l'état aigu est assez souvent suivie du retour à la santé; la manie lente se guérit plus rarement, et la lypémanie plus rarement encore. — La folie qui a lieu principalement sur un objet est d'une curation difficile, et cède quelquefois alors que l'on parvient à persuader à l'aliéné, par des faits évidents, que le point de départ de ses pensées est essentiellement erroné. — En général, quand la monomanie existe depuis longtemps, les idées fausses sont trop profondément enracinées dans l'esprit pour pouvoir en être déracinées. — L'anomopsychisme qui suit les attaques de névrompallie prosaïque (épilepsie) ne se dissipe guère que lors de la guérison (d'ailleurs très-rare dans des cas pareils) de l'épilepsie elle-même. — La manie chez les vieillards dégénère presque toujours en démence. Il en est presque toujours ainsi de celle qui suit les hémorrhagies, les maladies encéphaliques, etc. — L'aliénation mentale qui dure très-longtemps finit ordinairement par l'hypopsychisme et par la parésie générale. — Ce n'est guère que dans les romans que l'on voit disparaître instantanément l'aliénation mentale. Presque toujours elle ne se dissipe que par gradations et d'une manière successive. C'est seulement sous l'influence de la quinine administrée dans des cas où le mal présentait de la périodicité que nous avons vu des exceptions à la règle précédente (n° 11571).

Thérapie.

12386. S'il fallait, dans la série d'idées qui ont généralement pour but, poser le traitement de l'anomopsychisme, nous reproduirions toutes les banalités et toutes les divagations où conduit l'étude des maladies faussement individualisées. Nous rechercherions des médicaments ou des médications empiriques, spécifiques, que l'on pût opposer au délire développé dans tel ou tel cas, à la manie, à la monomanie, à la lypémanie, et même à chacune des variétés dont les folies sont susceptibles; nous aurions donc à rechercher s'il faut prescrire : les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les cautères, les purgatifs, les narcotiques, les antispasmodiques, le quinquina, les douches froides ou chaudes, les affusions, la diète, les moyens propres à agir sur le moral, etc., et cela pour guérir : la folie fu-

rieuse, la manie ambitieuse, l'érotomanie, la démonomanie, la lypémanie, avec penchant au suicide, à l'homicide etc., etc. Ne voit-on pas tout d'abord l'absurdité d'un traitement semblable ? Il serait impossible, en s'y prenant ainsi, d'établir un seul principe, une seule base d'indications solides ; on se jetterait alors dans le chaos d'un empirisme dont il serait impossible de sortir.

12387. Si tout au contraire, et sans tenir compte de toutes les espèces, et de toutes les variétés de folies, on va jusqu'au fond des choses ; si, considérant d'une part l'organisme malade, et de l'autre le psychè dont les manifestations sont influencées par cet organisme et dont les déterminations le modifient à leur tour, on arrive à trouver, dans l'anomopsychismie, deux grandes sources d'indications : l'une se rapporte aux organopathies existant dans l'aliénation mentale ; l'autre correspond aux moyens les plus directs possibles d'agir sur le psychè, c'est-à-dire, aux circonstances qui peuvent le plus modifier les sensations, les perceptions, la raison et la volonté. L'ensemble des premières indications appliquées constitue *le traitement organique de la folie* ; la réunion coordonnée des secondes édifie *le traitement moral des perturbations intellectuelles*.

Partie du traitement de l'anomopsychismie (délire, folie) fondé sur l'organopathisme.

12388. Les circonstances organiques existant du côté du cœur, des vaisseaux ; la panhypérémie, une hyperoxémisme (respiration exagérée), etc., qui prédisposent à une exaltation des passions portée jusqu'à l'anomopsychismie momentanée (celle, par exemple, qui a lieu lors des transports d'une colère furieuse), peuvent être évidemment modifiées avec avantage. Il en est ainsi d'une gêne à la circulation veineuse (Réveillé Parise) ; de digestions laborieuses, etc., qui disposent si bien à exagérer les impressions tristes, de telle sorte qu'elles arrivent aux confins de la lypémanie. Que l'angiove hypotrophie accomplisse moins énergiquement ses fonctions, il n'y aura aucune tendance à ce que l'amour dépasse les bornes de la raison. — Les emportements de ces passions, alors qu'ils durent, pourront être quelquefois en partie combattus : par des moyens dirigés vers les appareils organiques qui viennent d'être cités, et l'on voit, par exemple, l'amour excessif *souvent* cesser lors de la possession de l'objet aimé (à tel point que celui-ci devient parfois tout à fait indifférent) ou alors encore que les organes génitaux sont détruits. Abailard, après son malheur, devient dévot et *raisonnable*, Héloïse

continue à se livrer aux transports de sa passion alors que son amant est devenu un eunuque.

12389. Chez la femme qui, à l'époque de l'angiovorragisme, éprouve un état mental voisin de la folie (n^{os} 10103, 12137), l'indication capitale est de modifier l'angiove et l'état général de l'organisme, et cela, de façon à ce que le flux sanguin ait lieu d'une manière normale, et que les phénomènes dont l'ovaire est le siège s'exécutent régulièrement (n^{os} 10101, 10124).

12390. Dans tout délire en rapport avec une toxémie ou une septicémie il faut prévenir l'action du poison ou du virus qui causent les perturbations intellectuelles, par l'usage des boissons à hautes doses (n^o 4354), ou par des agents chimiques (exemple, l'ammoniaque détruisant l'effet de l'alcool). — Les mêmes indications se présentent lorsqu'à la suite de l'absorption de certains liquides naturellement formés par les organes, et tels que l'urine, le lait, le pus, etc., on voit se déclarer des troubles de l'intelligence (délire dans l'urémie (n^o 4435), folie des femmes en couches (n^{os} 4454, 12345), révascées dans quelques cas de pyémie (n^o 4511)). On devra faire alors passer beaucoup d'eau dans le sang (n^o 4354), et on peut avantageusement y joindre l'emploi des purgatifs.

12391. Quand consécutivement à une traumencéphalie, à une méningocéphalite, etc., surviennent des perturbations intellectuelles, c'est évidemment à ces lésions organiques qu'il importe de remédier (n^{os} 11760, 11986).

12392. Quand une névraxopallie, soit ovarique (n^o 12134), soit utérine (n^o 12188), soit otique (n^o 12335), etc., est suivie d'accès de folie, c'est évidemment cette névropallie qu'il faut combattre, et cela, soit à son état initial (n^o 11562); soit dans son trajet (n^o 11634); soit à la région névraxique vers laquelle elle se dirige (n^o 12126); les moyens qu'elle comporte (n^{os} 12157, 12208) réussiront parfois à remédier à l'aliénation mentale qui lui est consécutive. Cela est particulièrement vrai des cas où les affections primitives ou secondaires dont il s'agit, se sont déclarées par accès intermittent; alors, la quinine soluble (elle est d'autant plus active, que cette solubilité est plus marquée (n^o 5166)) prévient parfois le retour et de la névropallie primitive et des attaques d'aliénation mentale. Nous avons publié précédemment de remarquables observations de ce genre (n^o 11571). — Ces faits nous paraissent être de premier ordre, et conduiront peut-être ultérieurement à trouver des cas nombreux

d'aliénation mentale dans lesquels l'emploi des préparations de quinine auront de l'utilité.

12393. Il en est à coup sûr ainsi pour le délire qui survient comme symptôme dans les splénopathies. Depuis longtemps les auteurs, tels que Torti, Alibert, etc., ont traité par les préparations de quinquina l'anomopsychisme qui survient pendant la durée des fièvres d'accès. Ce qui a été dit de ces dernières trouve ici son application.

12394. Dans les aliénations mentales proprement dites, il faut aussi combattre activement toutes les lésions matérielles que l'on peut reconnaître : soit dans les organes nutritifs (angième et sang, angiaire, angibrôme, etc.); soit dans l'angiove ou l'angiosperme; soit dans les appareils sensoriaux; soit enfin dans les nerfs, le névraxe en général, ou l'encéphale, ses membranes, et la moelle en particulier. Or, ces lésions matérielles appréciables qui se lient, comme nous l'avons vu (n° 12363), à l'anomopsychisme, tantôt comme cause directe ou indirecte, tantôt comme coïncidence, réclament chez les aliénés un traitement analogue à celui qui conviendrait dans tout autre cas. Ayant indiqué ce traitement dans diverses parties de cet ouvrage, nous n'avons pas à y revenir ici.

Moyens dirigés d'une manière directe vers le moral et la raison de l'homme.

1° Moyens chirurgicaux ou pharmaceutiques.

12395. Les moyens d'agir directement contre l'anomopsychisme sont de deux ordres : les uns sont chirurgicaux et pharmaceutiques; les autres sont en rapport avec les sensations, les impressions, les instincts, les passions, l'intelligence, les affections, en un mot avec le moral de l'homme.

12396. Chercher à remédier à des dérangements d'esprit par des saignées, par des sangsues, des purgatifs, des vésicatoires, etc., paraît au premier abord faire de la médecine à la façon du docteur Sangrado ou de messire Purgon. Ces moyens peuvent cependant avoir dans l'anomopsychisme un certain degré d'utilité; mais seulement au point de vue du traitement des états pathologiques qui peuvent être les causes, les effets ou les coïncidences de la folie, ou encore sous le rapport des impressions morales que peuvent causer quelques-uns d'entre eux. Ces considérations nous conduiront à expliquer les résultats pratiques suivants : — 1° Jamais nous n'avons vu les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les purgatifs

remédier d'une manière directe à l'anomopsychisme; — 2° souvent quand des phénomènes très-évidents de congestion, de phlegmasie encéphalique, de panhyperémie sont survenus, les saignées, les sangsues, etc., ont été utiles; — 3° quand les selles étaient difficiles, quand il existait une scorentérasie, etc., alors les purgatifs nous paraissaient calmer les accidents ou remédiaient au moins à l'état organopathique dont il s'agit, et qui par lui-même était propre à exaspérer la lypémanie, la nosomanie, etc. C'est en ce sens que divers purgatifs et que l'ellébore des anciens, employés par quelques modernes, ont présenté des avantages. — 4° quand il s'agissait de gens très-excitables, très-fortement impressionnés par la douleur et par les moindres souffrances, etc., alors les bains frais ou tièdes prolongés, les cataplasmes, etc., avaient évidemment de grands avantages; — 5° chez de tels individus, au contraire, les vésicatoires, les sinapismes et *tous les moyens douloureux employés dans l'hypothèse de la dérivation*, exaspéraient l'irritation morale du malade, qui souvent se méprenait sur les causes de ses souffrances réelles et accusait des assassins, des ennemis, ou la police de le torturer ainsi (1); 6° les narcotiques, les antispasmodiques de

(1) L'auteur de cet ouvrage, à la suite de son travail sur la percussion médiate (1825), alors qu'il venait de passer un été brûlant à faire (dans l'amphithéâtre de la Pitié) de très-nombreuses expériences plessimétriques, et cela sur des cadavres de variolés; alors encore qu'il avait fait récemment des expériences physiologiques appliquées à la pratique (recherches sur les pertes de sang, thèse sur les signes de la mort par submersion), alors enfin qu'il venait d'être agité par toutes les tribulations et par toutes les angoisses du concours pour l'agrégation, l'auteur de cet ouvrage, disons-nous, fut frappé d'une affection grave dont le délire devint bientôt le symptôme prédominant. Les médecins, amis bien dévoués, qui lui prodiguaient leurs bons soins, avaient cru devoir faire appliquer sur le ventre de très-nombreuses sangsues, un emplâtre stibié (qui avait produit vingt petits ulcères), ainsi que des vésicatoires ou des sinapismes bientôt suivis de larges excoriations aux mollets, etc. Or, tous ces moyens, sans doute fort utiles, avaient été horriblement douloureux, et le malade qui délirait se persuadait qu'on le coupait par morceaux qu'on lui suçait le sang. Lorsque les souffrances se calmèrent, l'anomopsychisme elle-même devint moins prononcée et se dissipa tout aussitôt que les mémoires, et particulièrement M. Fouquier, qui soignaient le malade, voulurent bien, après discussion avec ce dernier, en croire celui-ci et lui accorder pour la nuit une tasse de lait et pour le lendemain des aliments substantiels. L'auteur, soumis à une abstinence rigoureuse et dont la mère délirait quand elle était momentanément privée d'aliments, éprouvait un besoin extrême de nourriture. Depuis deux

toutes sortes nous ont ici paru être en général complètement inutiles et parfois dangereux; ils pourraient cependant être quelquefois indiqués pour calmer les douleurs qui, chez les aliénés, exaspèrent souvent le délire. Quelques-uns d'entre eux, tels que l'opium, le hachish, le deutocide d'azote, provoquant fréquemment la gaieté ou même des hallucinations agréables, pourraient, dans certains cas de lypémanie, être utilement employés. L'éther, le chloroforme ayant la remarquable propriété d'engourdir les sensations, les perceptions, etc., calmeraient peut-être, au moins momentanément, alors qu'ils seraient inspirés ou appliqués extérieurement, le délire furieux des maniaques; du reste, de tels moyens ne devraient être mis en pratique qu'avec une grande circonspection; — 7° quelques médecins, dans des cas pareils, ont recours au musc, au camphre et à quelques autres médicaments du même genre; les essais que nous avons faits de ces substances n'ont pas eu de résultats utiles.

Influence du régime et de l'abstinence sur l'anomopsychisme.

12397. Dans le traitement de l'anomopsychisme aiguë ou chronique on a singulièrement abusé de l'abstinence. En général, lorsque dans les affections aiguës, les praticiens voient délirer, craignant soit d'irriter le cerveau, soit de fournir des matériaux à une phlegmasie (dont ils supposent souvent très à tort l'existence), ils ne manquent pas de priver le malade de toute espèce de nourriture. Or, *il nous est très-fréquemment arrivé, à la grande surprise des élèves, de faire brusquement cesser chez des fébricitants la perturbation d'esprit, en leur accordant quelques aliments légers, tels que des bouillons concentrés ou des potages.* Récemment encore, sur un malade atteint de fièvre grave, le consciencieux docteur Taillefer et moi nous avons fait brusquement disparaître des accidents de ce genre, en prescrivant une nourriture réparatrice. En agissant ainsi, nous nous rappelions ce qui nous était arrivé à nous-même en 1827 (n° 12396). L'administration des aliments est du reste subordonnée aux circonstances qui causent le délire, car elle ne serait probablement pas

ou trois jours il était fréquemment atteint de névropallie ommique (n° 11543). Quatre autres jours s'écoulèrent à peine, à partir du moment où les douleurs furent calmées et où le régime réparateur fut accordé, que le malade se fit transporter à la campagne, où malgré les souffrances que lui causaient encore des sinapismes ulcérés et des plaies produites par des vésicatoires, il se traînait à la chasse; sa guérison fut très-rapide, et depuis il n'a été atteint d'aucune autre maladie grave (n° 12330, 12401).

inutile s'il s'agissait d'anomopsychisme produite par des substances toxiques ou par des virus qui viendraient d'être portés dans le tube digestif. Si l'angibrôme était rempli d'aliments ou de fèces chez des fébricitants en délire, s'il s'agissait d'une gastrentérite véritable, s'il existait une sténosie angibrômique, etc., évidemment l'alimentation en conviendrait plus. Le public n'ignore pas l'influence que l'abstinence peut avoir sur le dérangement des idées. Il a consacré ce fait par quelques vieilles locutions ou proverbes (*ce malade, dit-il, a la tête vide; mal de tête veut paître*). Dans l'aliénation mentale sans fièvre et de durée, surtout dans celle qui suit l'état galémique (n° 12345), nous avons été assez heureux pour améliorer presque sur-le-champ l'état mental des malades en leur accordant des aliments. (Voyez dans le Procédé opératoire notre mémoire sur l'abstinence, 1832.) Esquirol disait, dans des cas pareils, qu'il s'agissait *du délire de la côtelette*, etc.

2° Médication intellectuelle.

12398. Les moyens dirigés directement vers le psychè, promoteur unique, modificateur suprême des facultés intellectuelles, n'ont de véritable puissance qu'autant que les désordres matériels de ces instruments (les organes) ne dépassent pas certaines limites. Quand ce désordre matériel est extrême, comme cela arrive dans les phlegmasies encéphaliques, dans certaines toxicéphalies (n°s 11956, 12065), etc., alors les modificateurs de l'intelligence ont fort peu d'efficacité, et il serait en quelque sorte illusoire d'y avoir recours. Cependant nous avons plus d'une fois momentanément calmé le délire survenu comme symptôme des fièvres graves, en usant à propos de la persuasion ou de la menace, de l'espoir ou de la crainte, etc. Très-souvent le prétendu délire dans l'iléospilosie septicémique n'est qu'apparent; les malades ne veulent pas ou ne peuvent pas parler; ailleurs, ils sont trop indolents pour le faire; alors ils prononcent seulement quelques mots pris par des médecins inattentifs pour un état anomopsychisme. Il suffit de fixer l'attention du fébricitant, de lui adresser énergiquement des avis ou des reproches pour le ramener à la raison, et par exemple on le fait ainsi uriner, alors que ses déterminations instinctives sont si faibles qu'il néglige de le faire. Dans l'alcoocéphalie (souffrance du cerveau causée par l'alcool), et quand elle n'est pas extrême, on agit encore par des moyens analogues sur l'intelligence de l'ivrogne.

12399. Quand une passion excessive trouble la raison, les im-

pressions morales convenablement dirigées ont une grande utilité. Du reste, ce que nous pourrions dire sur les détails du traitement moral dans les cas précédents différerait peu de ce que nous allons exposer relativement à celui qui convient dans les cas rapportés par les auteurs à l'aliénation mentale.

12400. Avant tout, lorsque l'anomopsychisme a été produite et surtout pourrait être entretenue par une cause morale, il faut chercher à prévenir celle-ci; quand cette cause morale est liée à quelque circonstance organique, on doit combattre cette dernière (n° 12888). La crainte de la maladie, chez les nosomanes, constituant le caractère du délire, les moindres souffrances exaspèrent ce délire; il est donc d'une importance extrême d'y remédier autant que possible. Ces souffrances ont souvent en elles-même peu de gravité, mais, au point de vue de l'état mental qu'elles empirent, elles en présentent à un haut degré. Ne traitez donc pas avec légèreté les nombreux petits maux dont se plaignent les gens hypochondriaques, et, quand vous ne tireriez d'autre parti de votre médication que de calmer, au moins momentanément, l'inquiétude des malades, ce serait encore là être utile. Le côté de la médecine où l'on agit sur les hommes plutôt moralement que par des médicaments, se rapporte spécialement à la médication de la nosomanie; c'est dans de tels cas qu'est applicable la pièce de vers que Barthélemy nous adressa en 1838 (1), et dans laquelle il soutenait que les dehors du médecin, que l'autorité de sa parole, etc., peuvent avoir une influence plus grande et plus utile sur le malade que les ressources de la pharmacie. On voit, en effet, dans de tels cas le charlatan audacieux, le prometteur de santé, parfois mieux réussir que tel médecin honnête et consciencieux, qui, craignant de donner des soins inutiles, n'annonce pas des succès sur lesquels il ne compte pas. C'est surtout chez les femmes excitables et nosomanes (n° 12337) que les jongleurs en médecine trouvent le plus de crédules, et telle imagination malade accueillera le prôneur d'un remède fantastique qui repoussera les conseils d'une raison dirigée par l'honneur et par la probité.

(1) Voyez les vers de Barthélemy, intitulés *les Médecins du jour*. Il les lut avant leur publication dans un dîner d'amis où il savait que je devais me trouver. Je répondis huit jours après aussi en quelques vers que j'eusse publiés s'ils eussent été au niveau de ceux de Barthélemy.

12401. La première chose que le médecin doit rechercher dans le traitement moral de l'anomopsychisme, c'est la confiance absolue des parents et du malade lui-même alors que celui-ci est encore capable d'en avoir. Il faut avoir sur ce dernier une influence d'autorité et la libre disposition de moyens énergiques d'action. A ce point de vue, le séjour dans les maisons consacrées au traitement de l'aliénation mentale offre très-ordinairement des avantages que rien ne peut remplacer. — On évitera de blesser l'amour-propre de beaucoup d'aliénés et l'on cherchera à leur persuader que les idées sur lesquelles ils délirent sont en rapport avec les impressions ressenties pendant les rêves qu'ils ont eus. On se gardera de leur soutenir qu'ils n'ont pas vu, senti, entendu, les choses qui font la base de leurs divagations. Presque toujours celles-ci, qui sont plus ou moins fantastiques, se présentent à leur esprit dans une sorte de vague, et comme à travers un nuage; aussi accueillent-ils assez bien, pour la plupart, la possibilité d'un songe, et l'on ébranle ainsi leur conviction. — Quand on parvient à ce résultat, on peut plus facilement fixer l'attention des malades sur des objets matériels et positifs qui les entourent, et les conduire ainsi à comparer le positivisme des impressions causées par ces objets, avec le vague et le doute qui règne sur les fausses sensations ou sur les opinions erronées qui les obsèdent. — En général, c'est plutôt par les faits que par les raisonnements qu'il faut combattre les idées erronées des aliénés. Tel qui délire parce qu'il croit être insensible, est forcé de convenir qu'il ne l'est pas alors qu'on lui applique un vésicatoire. Nous avons cité le cas de ce nosomanie qui, avalant des gaz, s'imaginait en rendre spontanément des quantités énormes. La compression du larynx l'empêchant d'exécuter la déglutition, il fut guéri de ce travers d'esprit, mais retomba bientôt dans un autre, etc., etc. Trop souvent, en effet, les raisonnements servent peu aux aliénés (1), et de tels gens trouvent tou-

(1) Dans le délire que nous éprouvâmes, en 1827, nous demandions aux assistants un thermomètre à l'effet d'avoir une preuve que la chaleur de l'atmosphère n'était pas augmentée. On ne nous le fit pas voir, et certes la constatation de la température réelle eût contribué à dissiper notre erreur relative à la conviction et à l'idée bizarre qui tourmentait notre esprit : que le soleil se rapprochait de la terre. Dans ce délire nous cherchions à nous rendre compte des faits, et quelquefois nous redressions nous-même, par la force de la volonté et de la raison, nos fausses sensations; mais elles se reproduisaient tout aussitôt que nous éprouvions un demi-sommeil,

jours des réponses prêtes pour rétorquer, tant bien que mal, les arguments les plus probants.

12402. Un des principaux moyens de ramener à des raisonnements suivis les malheureux qui délirent, c'est de leur inspirer une idée fixe et prédominante, différente de leurs pensées habituelles. *Faire naître en eux, par la séquestration, par l'isolement, le désir, soit de revoir leur famille, leurs amis, soit de retourner dans leur habitation toujours si chère à l'homme et même aux animaux* (Mémoire sur les habitations privées, n° 3, 1848), est à coup sûr l'une des principales voies de guérison ; c'est encore là une des raisons qui, rendent souvent indispensables, pour les aliénés, le séjour d'une maison de santé bien tenue ; c'est dans la même intention : qu'il faut faire espérer à certains fous qui conservent encore le souvenir des personnes, la visite d'un objet autrefois aimé, et qu'il est bon de leur en parler souvent, à l'effet de faire naître le désir de la voir, et de remplacer par ce désir toute autre préoccupation d'esprit. — En agissant de cette sorte, en annonçant à une femme presque en démence, l'arrivée prochaine d'un mari dont elle était prodigieusement jalouse, nous avons été assez heureux pour la rendre momentanément à la raison, et cela bien que l'anomopsychisme datât de plus d'une année. Malheureusement, bien avant que nous l'eussions désiré, le mari revint, et vit sa femme malgré nos conseils ; nous perdîmes en un jour les fruits d'un long traitement.

12403. Tous les moyens possibles de provoquer chez les aliénés des idées différentes de celles qui les préoccupent, doivent donc être tentés ; ainsi l'on peut chercher à éveiller des passions autres que celles qui ont pu causer ou entretenir le délire. Certes, il serait utile de pouvoir donner des pensées d'ambition à l'érotomane, et d'amour à l'insensé ambitieux. Mais il est plus facile d'établir de tels principes que de les mettre à exécution. — Souvent la crainte ou l'espoir de la récompense ont sur les aliénés beaucoup d'influence. Les douches, les affusions, les bains froids, la glace localement appliquée, leur inspirent fréquemment de vives appréhensions. Non-seulement ces moyens peuvent, au point de vue de leurs effets organiques, être quelquefois utiles, mais on peut en tirer

et ramenaient alors le trouble et le doute dans notre esprit. Jamais dans ce cas la raison, le jugement ne cessèrent, seulement les matériaux de l'intelligence, c'est à dire les sensations et les impressions, étaient faux ou incomplets. Tout porte à croire qu'il en arrive presque toujours ainsi dans l'anomopsychisme (n° 12330).

moralement parti ; car de tels malades les redoutent, et pour les éviter ils font quelquefois des efforts intellectuels pour se montrer sains d'esprit aux yeux du médecin ; or, faire des efforts en ce sens, c'est déjà avoir beaucoup gagné. Pour éviter la douche ou l'affusion, certains aliénés font toutes les promesses possibles, et ils en tiennent quelquefois une partie. — S'il était vrai qu'une impression morale brusque suffise quelquefois pour rendre la raison à un homme qui l'aurait perdue, il faudrait à coup sûr tenter ce moyen. Nous sommes même persuadés que la fantasmagorie bien dirigée pourrait, dans certains cas, donner au démonomane et à quelques autres malades, des impressions utiles. — Il faut savoir récompenser les aliénés quand ils obéissent un peu à la raison, et les punir (bien doucement sans doute) quand ils sont indociles ou furieux. Leur accorder ou leur refuser les aliments qui leur plaisent le plus, les soumettre *pour un temps très-court* à l'abstinence, sont des moyens coercitifs utiles, mais dont il faut se donner garde d'abuser. Ainsi nous l'avons vu, en effet, l'abstinence continuée cause quelquefois et souvent augmente le délire (n° 12397).

12404. Les spectacles, les concerts auxquels les aliénés prennent quelquefois si bien part et dans lesquels ils remplissent parfois convenablement des rôles, l'habitation à la campagne, et l'exercice du jardinage qui fortifie leur corps et calme leur esprit, les voyages qui leur causent d'utiles distractions, etc., sont de bien utiles modificateurs pour un grand nombre d'insensés, et, en général, de beaucoup préférables aux moyens coercitifs. La musique, quand on parvient à leur en inspirer le goût et l'étude, est à coup sûr un des meilleurs moyens de diriger leurs idées ailleurs que vers l'objet du délire. Souvent l'homme préoccupé ou chagriné oublie ses ennuis en déchiffrant sur un instrument de la musique difficile. Il en peut arriver ainsi pour un lypémaniaque. Pour contenir les aliénés, autrefois on se servait de chaînes que le respectable Pinel a fait tomber. C'est déjà trop, dans plus d'un cas, de retirer les fous de la camisole de force, qu'il ne faut employer qu'à la dernière extrémité, le moins de temps possible, et avec les plus grandes précautions. — Jamais nous n'oublierons le malheureux que nous soignons dans une maison de santé d'ailleurs très-bien tenue, et sur les bras duquel, malgré nos ordres, on avait appliqué des liens. Ceux-ci avaient été tellement serrés depuis quelques heures, que l'avant-bras et la main énormément tuméfiés

étaient livides, bleuâtres et se gangrénaient sur de vastes surfaces. Une profonde empreinte correspondait aux points où la corde avait porté. Le malheureux périt peu de jours après, non pas des suites de l'aliénation mentale, mais de l'accident terrible qu'il avait éprouvé. — Sans doute il faut maintenir les aliénés, sans doute il faut préserver eux et la société de leur fureur, mais on doit, avant tout, songer à les traiter comme des hommes, et éviter tout ce qui peut leur nuire : c'est en ce sens que doivent être construites leurs habitations, que l'on s'efforcera de rendre salubre, et où l'on placera des meubles solides et qui ne puissent blesser.

12405. L'éducation, c'est-à-dire la manière physique et morale d'instruire, d'améliorer le moral et le physique de l'homme, de cultiver ses qualités mentales et de modérer ses passions, de donner cours aux bonnes, d'amortir les mauvaises, d'élucider et de développer sa raison; l'éducation, disons-nous, est l'un des points culminants dans le traitement de la folie. Ses principes, ses bases, ses procédés ne doivent pas différer, chez les aliénés, de ce qu'il convient qu'ils soient chez les individus réputés sains d'esprit. Les fous sont en général de grands enfants accessibles aux sentiments, aux impressions qu'éprouvent les autres hommes. *L'éducation mauvaise chez l'enfant gâté le conduit parfois à l'anomopsychisme*; une excellente éducation rend, dans certains cas, à la raison celui qui l'avait perdue. Il faut avec l'aliéné, comme avec tout autre individu, comme aussi avec les masses d'hommes que l'on dirige, être dans ses rapports juste, bon, indulgent, grave, sévère et ferme dans sa volonté; tel qui réunira à propos ces précieuses qualités, et par conséquent qui aura de la sagacité et du bon sens, celui surtout qui connaîtra le mieux le cœur humain sera le meilleur psychiatre; mais quels que soient et son savoir et sa valeur, il manquera souvent son but et ne parviendra pas à améliorer ou à redresser d'une manière durable la raison de l'insensé, s'il ne met pas une extrême persévérance et une patience à toute épreuve dans le traitement moral de l'aliénation mentale. Ce n'est pas en peu de semaines, ce n'est pas en peu de mois que l'on parvient à redresser complètement les dispositions mauvaises d'un jeune enfant; ce n'est pas en quelques jours que l'on ramènera à une intelligence nette et lucide l'homme dont la raison est profondément et chroniquement altérée; un tel traitement exige des mois, des années, et doit même être poursuivi bien par delà l'époque où la rectitude d'esprit est apparente. Longtemps en effet

L'homme qui relève de ces grandes atteintes portées à son intelligence reste exposé à de cruelles rechutes qui, plus graves encore que le mal primitif, sont trop fréquemment suivies de démence et de paralysie.

Utilité d'isoler les aliénés les uns des autres.

12406. Il est enfin dans le traitement de l'anomopsychisme une précaution dont l'importance est extrême ; c'est de ne pas laisser un aliéné curable au milieu de maniaques, de monomanes ou d'individus atteints de lypémanie. L'homme le plus sain d'esprit ne pourrait peut-être impunément rester longtemps renfermé dans un hôpital où les fous sont nombreux. Que de fois auprès de gens qui divaguent le médecin ne se sent-il pas l'esprit fatigué et la tête malade ! Ce peut être une chose dangereuse pour sa propre raison que de vivre avec les aliénés pour les guérir. On a cité plusieurs psychiâtres qui ont été frappés d'aliénation mentale. L'imitation peut sans doute avoir de l'influence sur le développement de l'anomopsychisme ; mais l'habitude d'entendre toujours déraisonner porte à déraisonner soi-même : *dis-moi qui tu fréquentes, et je te dirai qui tu es* ; on pourrait ajouter : *dis-moi avec quels gens tu vis, et je te dirai ce que tu deviendras*. Ne laissez pas votre enfant dans une société corrompue, ou bien il se corrompra ; faites-le converser habituellement avec des hommes honnêtes et sensés, et souvent il prendra leurs pensées et conformera ses discours aux leurs. Agissez de la même façon pour l'aliéné ; séparez-le des malheureux dont les idées s'enveniment mal ; placez-le en dehors du monde fantastique où le placent les gens qui divaguent ; isolez-le non pas à la manière du condamné privé de la société des hommes ; mais séparez-le de ces malfortunés dont la déraison augmenterait la sienne ; placez auprès de lui des assistants sains d'esprit, aimables de forme, mais persévérants et attentifs dans l'action, et soyez assurés que ces précautions hygiéniques et morales seront plus utiles à votre malade que le bellébre d'Anticyre, que la morphine qui si souvent ne donne ni le calme ni le sommeil, ou que la douche qui réussit mieux comme moyen d'intimidation que comme agent médicinal.

12407. Tel est le tableau général que nous avons cru devoir tracer de la folie ; nous aurions désiré l'étendre davantage et y joindre le résumé des grands travaux publiés par les auteurs modernes ; nous eussions voulu donner plus de valeur à notre livre, et plus d'instruction à nos lecteurs en analysant avec soin les remarquables

ouvrages d'Esquirol, de Calmeil, de MM. Parchappe, Falret, Voisin, Baillarger, Cerise, Belhomme, etc. Nous aurions aussi désiré donner des descriptions plus complètes et plus détaillées de la folie de certains gens, et cela à l'effet de donner des exemples de l'anompsychisme dans diverses circonstances et dans des organismes différents; mais le cadre de ce long ouvrage nous force à restreindre l'étude anatomique, physiologique et philosophique de l'aliénation mentale.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CE QUI VA SUIVRE.

12408. Le Traité de médecine pratique et de pathologie iatrique se trouve naturellement terminé par l'étude des troubles survenus dans les manifestations de l'intelligence. La médecine telle qu'elle est généralement comprise, et séparée comme on le fait, et cela très à tort, de la chirurgie, doit abandonner à cette dernière l'histoire des états anatomiques dont les muscles, le tissu fibreux, les os et les articulations sont susceptibles. Toutefois, dans notre série d'idées, il est difficile de ne pas compléter notre ouvrage par la publication de quelques recherches médico-chirurgicales qui nous sont propres et qui se rapportent aux *myosies*, aux *syndesmies*, aux *ostéies* et aux *arthries*. Il est surtout utile de présenter un aperçu des résultats pratiques donnés par le plessimétrisme dans les affections des organes dont il vient d'être fait mention, et principalement dans les états pathologiques dont le rachis est susceptible.

12409. Nous n'exposerons les faits et les considérations qui vont suivre, que d'une manière fort abrégée. D'ailleurs, notre confrère et ami, M. le docteur Mailliot, se propose de publier bientôt, et en détail, les faits de rachisophymies (maladie de Pott) que nous avons recueillis et de faire connaître : soit les résultats heureux que nous avons obtenus dans de tels cas, soit les recherches qui lui sont spéciales. Les points les plus importants, sous les rapports cliniques et thérapeutiques, dans les études auxquelles nous allons nous livrer, se rapportent : 1° à la nomenclature des lésions propres aux muscles, aux tissus fibreux, aux os et aux articulations; — 2° aux affections variées réunies sous les noms de rhumatisme musculaire et de rhumatisme fibreux; — 3° aux myoclasies, aux myodiastases et aux syndesmoclasies (distensions et ruptures musculaires et du tissu

breux); — 4° aux myosalgies et aux phlegmasies de certains muscles, tels que le diaphragme, le psoas et l'iliaque, les fibres musculaires intercostales, etc., dont les symptômes peuvent simuler diverses organopathies profondes; — 5° aux ostéophymies (tubercules des os), et principalement à la rachisophymie; — 6° à l'ostéomalaxie ou rachitisme des auteurs; — 7° aux faits de plessimétrisme, en rapport avec les affections des muscles, des os et des articulations, faits qui nous ont conduit à reconnaître, dès leur début, les rachisopathies, et partant, à les combattre dès leur principe avec succès; — 8° enfin à des recherches spéciales sur la diagnose et sur le traitement des déviations de la colonne vertébrale, recherches qui conduisent à avoir beaucoup plus de confiance dans l'influence des mouvements volontaires sur le redressement des courbures anormales de l'épine, que dans l'emploi des moyens mécaniques dits orthopédiques.

MYOPATHIES

(Maladies des muscles).

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

12410. Dans plusieurs parties de cet ouvrage, nous avons parlé de diverses affections ou de troubles variés dont les muscles peuvent être le siège, tels que : — 1° le ramollissement des fibres du cœur (n° 2016); — 2° les resserrements dits spasmodiques ayant pour sièges le pylore (n° 8175), les sphincters de l'anus (n° 8174), dont les résultats sont des sténosies momentanées; — 3° les contractions involontaires auxquelles se livrent parfois les fibres musculaires de diverses parties du corps (nos 12133, 12175, 12217, 12218); — 4° les phénomènes morbides qui se passent dans les muscles par suite de névropathies (nos 12133, 12175), ou de névralgies variées telles que la névralgie (n° 11780), la névralgie (n° 11952), la névralgie (n° 12007), etc.; — 5° les contractions musculaires

qui ont lieu dans l'hystérie (n° 12133), l'épilepsie (n° 12175), le tétanos (n° 12237), la chorée (n° 12218), etc.; — 6° les anervismies myosiques ou paralysies musculaires consécutives aux névraxorrhagies (nos 118 6, 11865, etc.), aux névraxomalaxies (nos 12007, 12008), et à la compression des centres nerveux, quelle qu'en soit du reste la cause matérielle (n° 11765); — 7° la conversion possible des muscles en graisse (n° 2088), etc. On trouvera dans les paragraphes indiqués par les numéros qui viennent d'être cités les principaux détails que comportent les sujets qui viennent d'être énumérés.

12411. Les muscles peuvent être le siège de lésions fort nombreuses. L'onomisme pathologique, ou nomenclature médicale, en rappelle facilement les principales espèces qui sont indiquées dans le tableau que voici :

TABLEAU DES MYOPATHIES ou MYOSIES

(Maladies ou lésions des muscles).

MYOSISME — action, contraction musculaire.

MYOSISMIE — trouble dans l'action musculaire.

MYOTROPHIE { HYPER } altération { en plus }
 { HYPO } { en moins } dans la nutrition
 HÉTÉRO — anomalies

MYOTRAUMIES — blessures

MYOSDIASTASIES — distension

MYOCLASIES — rupture

MYOSÈMIE — congestion sanguine

MYOSITE — inflammation

MYOPYOITE — suppuration inflammatoire, abcès chaud

MYOPYOIE — suppuration non inflammatoire

MYOPHYMIES — tubercules

MYOCARCINIES — cancers

MYOSTHÉNOSCLÉRIES — induration active, contractures

AMYOSISMIE — défaut d'action

HYPO } MYONERVISMIE { paralysie, diminution, abolition dans
 A } { l'action nerveuse

MYOPALLIES — oscillations morbides

MYOSALGIES — douleurs

NÉCROSIE — mortification, gangrène

des muscles.

12412. Le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas d'étudier en détail les diverses lésions que le tableau précédent embrasse; nous parlerons seulement, et d'une manière fort abrégée, de quelques-unes d'entre elles qui nous paraissent sous le rapport pratique les plus utiles à connaître, et nous commencerons cette étude par quelques considérations relatives au plessimétrisme appliqué aux muscles.

CHAPITRE II.

APPLICATIONS DU PLESSIMÉTRISME ET DU STÉTHOSCOPISE A L'ÉTUDE DES
MYOSIPATHIES.

Applications du stéthoscopisme aux myosies.

12413. On doit encore à Laennec, bien que d'autres auteurs en aient parlé avant lui, la connaissance du bruit de rotation ou de roulement que font entendre les muscles alors que pendant leurs contractions on applique l'oreille sur ces organes. La sensation que l'on éprouve alors a quelque analogie avec celle à laquelle donnent lieu des roues de voiture que l'on entend dans le lointain. C'est particulièrement dans les masseters contractés que ce bruit est facile à saisir. On le trouve cependant distinctement à l'avant-bras et même dans toutes les parties du corps où les fibres musculaires, sur lesquelles la tête de l'observateur est appuyée, recouvrent des os ; probablement la dureté, l'élasticité de ceux-ci sont-elles pour quelque chose dans le timbre et l'intensité des sons dont il s'agit. — La succession de bruits que font entendre ici les contractions musculaires rappelle les vibrations que nous avons reconnues dans un grand nombre de *névroses* (névropallies) (nos 12154, 12194). Il s'agit bien ici d'oscillations ou de vibrations que Wollaston, qui les avait reconnues, a cherché à déterminer leur nombre (Traité de diagnostic) (n° 4690), et qu'elles existent aussi, d'après les recherches de M. Blanchet, lors de certaines sensations à l'état physiologique (n° 11357). — La connaissance du bruit rotatoire des muscles n'a pas eu jusqu'à présent d'applications diagnostiques et pratiques. — Dans certains cas, où existent des contractures musculaires plus ou moins obscures, et qu'il serait facile de confondre avec des déformations produites par des ostéites (n° 12144), on conçoit que les sons dont il s'agit, entendus au niveau des muscles contracturés, pourraient éclairer sur la nature des accidents observés.

Plessimétrisme appliqué aux myosies.

12414. Les muscles percutés, alors qu'ils sont dans un état de relâchement, et cela soit à nu sur le cadavre, soit sur l'homme vivant avec la médiation du tégument, ne donnent pas lieu à une sensation de matité et à un bruit aussi sourd que l'on serait disposé à le croire. Si, déprimant la peau avec le plessimètre, on applique celui-ci sur un muscle non contracté, et de façon à ne pas comprimer fortement cet organe sur des os sousjacents, et si alors on percute sur la plaque d'ivoire, on entend un son assez clair, et l'on éprouve plutôt par le tact un sentiment d'élasticité qu'une matité absolue. Tout au contraire, si le muscle vient à se contracter, et si on le percute dans ce nouvel état, on éprouve une sensation de résistance très-marquée au doigt, une dureté qui rappelle celle que donnent les os percutés, et un timbre de son très-sec fort analogue à celui qui est propre au tissu osseux. Pour obtenir de tels résultats, on ne doit pas, encore une fois, par trop déprimer les parties par le plessimètre, car sans cela on obtiendrait des bruits en rapport avec la texture des organes profondément placés; et, d'un autre côté, on doit l'appuyer assez pour obtenir les sons que le muscle peut donner, et non pas ceux qui seraient fournis exclusivement par la peau.

12415. Les applications pratiques de ce qui précède ne sont pas sans importance; en effet, quand il s'agit d'apprécier par le plessimétrisme la dureté d'organes situés profondément dans la poitrine ou dans l'abdomen, si l'on ne place pas les muscles des parois dans le relâchement, s'ils viennent à se contracter, et s'il arrive qu'on les percute, on court grandement les risques de prendre pour des phymies, des carcinies ou toute autre partie indurée, et situées profondément, les fibres musculaires contractées des parois thoraciques ou abdominales.

12416. Il résulte encore des faits précédents, comme aussi d'expériences directes, que l'on peut, jusqu'à un certain point, apprécier par le plessimétrisme la fermeté, la dureté, l'énergie de la contraction dont les fibres charnues du cœur sont le siège. Quand cet organe est flasque et mou, il donne peu de son et ne présente que peu d'élasticité; le contraire a lieu dans des circonstances opposées (n^{os} 2012, 2012). — Les mêmes documents ont encore de l'importance relativement à l'état de resserrement ou de mollesse de l'utérus, alors qu'il s'agit d'apprécier, à la suite des couches et

pendant une uterrhagie, si ces fibres utérines se contractent ou bien si elles restent frappées d'inertie (n° 11056).

12417. En chirurgie, les mêmes faits ont aussi leurs applications; et par exemple la dureté et l'élasticité plessimétriques des muscles sont très-différentes de la matité absolue que présentent les abcès; de là un moyen précieux de pouvoir distinguer dans l'épaisseur d'un membre du pus ou du sang accumulé, d'avec les fibres musculaires contractées ou relâchées. Bien plus, s'il arrive qu'un muscle percuté soit situé entre une ethmopyoie (abcès) et le tégument, le plessimétrisme permettant de trouver que cet organe s'indure et se ramollit successivement alors qu'il se contracte ou qu'il se relâche, donnera dans de tels cas des résultats dont on conçoit toute la portée. Nous avons cité ailleurs des faits dans lesquels de tels documents ont été pour le malade d'une extrême utilité.

CHAPITRE III.

MYOTRAUMES — blessures des muscles.

HYPERMYOSISMIE — affection produite par l'action musculaire exagérée (1).

Contusion, compression des muscles.

12418. Lorsqu'un muscle vient à être contus ou comprimé, il n'en résulte pour le moment qu'une douleur médiocre et à peine appréciée. Quand, par exemple, on monte à cheval, alors que l'on en avait perdu l'habitude, on n'en éprouve pas le jour même une souffrance réelle, les muscles adducteurs de la cuisse qui ont été dans ce cas le siège d'une violente compression, ne paraissent pas alors en être blessés. Cependant le lendemain, le surlendemain ou les jours suivants, une douleur vive, portée souvent à ce point qu'elle augmente par la moindre pression ou par le plus faible mouvement, se déclare et occupe les fibres musculaires qui avaient été comprimées. Il en résulte une marche difficile, douloureuse, une sorte de claudication qui a fait donner par le public aux syphiganglionites de l'aîne

(1) Voyez dans le Traité de diagnostic les articles qui traitent de l'exploration des muscles (du n° 4680 au n° 5752).

(qui donnent lieu aussi à un sentiment pénible, gênant la progression), un nom qui n'est rien moins que médical. Les muscles contus sont aussi plus douloureux dans les jours que dans les heures qui suivent l'accident.

Hypermyosismie, affection produite par l'action musculaire exagérée, fatigue, courbature.

12419. Quand un ou plusieurs muscles se livrent d'une manière exagérée et trop longtemps continuée à la contraction, à la locomotion, etc., il en résulte d'abord dans ces organes un sentiment pénible qui a reçu le nom de fatigue (Traité de diagnostic, n° 4694). Le lendemain ou le surlendemain, cette souffrance change de caractère, semble consister en une sorte de brisement, et devient plus vive à la pression; les mouvements des muscles fatigués sont alors douloureux et difficiles, les souffrances semblent s'étendre à tout le corps, et, chose remarquable, à des muscles autres que ceux qui ont agi d'une manière exagérée (Traité de diagnostic, n° 4695). La station prolongée, et même une promenade lente et pendant laquelle on s'arrête de temps en temps comme on fait dans les musées, provoquent surtout une très-grande lassitude; les visites d'hôpital (et principalement alors que le corps étant courbé en avant, on s'y livre à des recherches plessimétriques ou stéthoscopiques), déterminent fréquemment une fatigue beaucoup plus grande que celle à laquelle donneraient lieu plusieurs heures de marche. Un tel effet est, dans certains cas, si marqué, que tel médecin d'hôpital a éprouvé, le surlendemain du jour où il avait pendant une ou deux heures exploré avec une extrême attention, et le corps penché en avant, les malades de son service, des douleurs vives dans les membres et le tronc, ainsi qu'un mouvement fébrile.

12420. Lorsque la fatigue est extrême, des symptômes aigus se déclarent, et le sang devient couenneux; en un mot, une hydroplastémie ou hémite (n° 4059), qui dure vingt-quatre heures ou davantage, se prononce. Elle est quelquefois suivie de diverses organites dont, il faut le dire, les causes particulières sont venues joindre leur action à celle de la fatigue. On dit même que parfois dans l'hypermyosismie excessive se manifestent, surtout dans les bœufs surmenés, des phénomènes septicémiques très-graves. Il est probable que, dans des cas pareils, il y a eu coïncidence entre l'action de matières putrides ou de gaz septiques inspirés, et l'influence de la fatigue.

12421. Certains mouvements involontaires très-énergiques et de durée, provoquent aussi un sentiment de fatigue et de brisement extrême. Il en arrive ainsi à la suite des attaques graves d'hystérie ou d'épilepsie (nos 12133, 12175); au contraire, les mouvements choréïques et épileptiques ne donnent pas lieu à des douleurs en rapport avec la lassitude.

12422. Lorsqu'un muscle ou une série de muscles vient à exécuter partiellement avec trop de force et de durée une action quelconque, et, par exemple, celle de pétrir le pain, de scier le bois, etc., alors la fatigue est aussi partielle, et les effets précédents sont d'abord bornés aux organes qui ont agi; mais, encore une fois, il arrive souvent que des fibres musculaires plus ou moins éloignées de ces parties, et qui, dans le cas supposé, n'ont pas agi, sont atteintes de douleurs vives. Bichat aurait dit, pour expliquer un tel fait, que les diverses régions d'un système d'organes deviennent facilement malades à l'occasion des souffrances analogues existant dans d'autres régions de ce système. On conçoit, en effet, que l'identité de structure existant entre plusieurs parties, doit y rendre facile le développement des mêmes lésions.

12423. Les accidents dont il vient d'être parlé sont assez fréquemment observés dans les hôpitaux. *La diagnose* en est facile au moyen du rapprochement que l'on établit entre les douleurs des muscles, les symptômes de l'hémite et les circonstances antérieures d'une longue et pénible marche, ou d'efforts musculaires longtemps continués. Il ne faut pas cependant imiter ceux qui voient sur une foule de gens atteints de phénomènes phlegmasiques réels, la fatigue comme la *maladie*. Chez ces individus on doit toujours rechercher avec soin, et au moyen de signes anatomiques et physiologiques, s'il n'existe pas quelque affection obscure et plus grave que l'hypermyosismie.

12424. *Le traitement* des myosies causées par l'exercice exagéré se réduit au repos des muscles malades, et si le mal est général, à tout le corps. Des bains tièdes prolongés, des cataplasmes, quelques boissons agréables, de légères frictions avec l'huile d'amandes douces pratiquées sur les membres, le massage (1), un régime proportionné à l'appétit des malades complètent ici les soins qui doivent être donnés à ces derniers.

(1) Voyez notre article *Massage* dans le Dictionnaire des Sciences Médicales.

CHAPITRE IV.

MYOCLASIES — ruptures de muscles.

MYODIASTASIES — distension de muscles.

12425. Sous les noms de coup de fouet, de rupture du plantaire grêle, les chirurgiens ont depuis fort longtemps étudié une douleur subite qui, dans certains mouvements violents, vient à se déclarer, d'une manière brusque, dans les muscles des mollets. On savait très-positivement qu'il s'agissait, dans de tels cas, d'une rupture musculaire souvent suivie, soit de souffrances actuelles, vives et prolongées, soit d'accidents variés, tels que le retour de douleurs à de longs intervalles, et parfois même d'une rétraction de la jambe sur la cuisse. C'était sans doute un tort que d'attribuer exclusivement au petit muscle plantaire les phénomènes qui ont fréquemment alors lieu. « M. L...., dans la vigueur de l'âge, et dont les muscles sont très-robustes, éprouva subitement une douleur dans le mollet du côté gauche; jamais il n'avait été sujet au *rhumatisme*. Aussitôt la marche devint très-difficile; il revint chez lui en marchant avec peine, et l'examen de sa jambe fit trouver, à deux pouces au-dessus de l'insertion des fibres musculaires au tendon d'Achille, un point très-douloureux. C'était horizontalement et dans toute la largeur du mollet, que la souffrance avait son siège. La palpation de ce point douloureux y trouvait une dépression très-sensible dans la hauteur d'un pouce et dans toute la largeur des muscles jumeaux. On sentait manifestement, par la pression et par le toucher, que cet espace était rempli par un liquide; au-dessus et au-dessous, les fibres musculaires contractées étaient reconnaissables à leur dureté et à leur tissu fibreux. Tout mouvement d'extension de la jambe et du pied était très-douloureux et presque impossible. Le lendemain une ecchymose très-foncée se prononça sur le lieu où la veille on avait senti le liquide. Cette ecchymose s'étendit par en bas, et gagna toute la partie inférieure de la jambe; elle ne se prolongea pas vers

le haut. En même temps, la sensation de la présence d'un liquide dans l'espace précédemment indiqué, devint moins évidente, mais il y resta toujours une dépression manifeste. Un bandage roulé, la position demi-fléchie, l'extension du pied sur la jambe (pour éviter le tiraillement ou la contraction des muscles jumeaux), et le repos, firent tous les frais du traitement. Vingt-cinq jours après l'accident, il restait encore de la douleur, et l'intersection musculaire était évidente.

» A coup sûr ce n'est pas là une rupture du plantaire grêle, car la main sentait évidemment que la maladie avait son siège dans les muscles jumeaux. L'ecchymose qui s'est ainsi étendue par en bas, le lieu où elle a été d'abord observée, et qui correspondait au point douloureux où l'on sentait, à la fois, l'écartement des muscles et la présence d'un liquide, ne permettent pas de méconnaître le lieu occupé par la rupture. Il y a tout lieu de croire que beaucoup de cas, rapportés dans les auteurs à la rupture du plantaire grêle, n'étaient autre chose que celle des muscles jumeaux.

» Nous avons observé, dans beaucoup d'autres muscles, des accidents qui nous paraissent devoir être rapportés à des ruptures. Dans ce nombre sont les deltoïdes, le diaphragme, les muscles des régions lombaires, fessières, etc.; mais dans ces cas, c'était le mode d'invasion de la maladie et les symptômes coexistants qui avaient fait admettre une telle lésion. Ici elle fut constatée par des signes physiques, et c'est en ce sens que cette observation offre de l'intérêt (1).»

12426. L'auteur de cet ouvrage, au moment où il cherchait à atteindre par une course rapide une voiture qui devait le conduire à un chemin de fer, éprouva dans le mollet gauche un accident tout à fait analogue, et qui certainement avait lieu dans l'une des masses charnues du bifémoro-calcanéen (nomenclature de Chaussier). La douleur fut très-vive et dura près de deux mois. Elle existait seulement sur les points correspondants à ces masses et n'avait pas lieu ailleurs.

— Plusieurs fois encore depuis la publication du fait consigné en 1833 dans le n° 98 du Bulletin clinique, il nous est arrivé de constater dans des cas analogues, une séparation marquée entre les parties rompues des muscles jumeaux, lésion suivie d'ethmorrhagie hypodermique.

12427. Tous les muscles de l'organisme, superficiels ou pro-

(1) *Bulletin Clinique*, n° 98, année 1835.

fonds, surtout ceux qui exécutent fréquemment des mouvements brusques et énergiques, sont susceptibles d'éprouver, à l'occasion de vives contractions ou de distensions violentes, des ruptures plus ou moins étendues. En 1834, et dans le Bulletin clinique, nous avons appelé l'attention sur ce fait important aux points de vue diagnostique et thérapeutique. Voici le fait dont il s'agit, et les réflexions qui le suivent. — « Un homme robuste, de 45 ans, occupa, le 18 novembre 1834, le n° 52 de la salle Saint-Landry. Il avait soulevé, huit jours auparavant, une roue très-pesante ; à l'instant il ressentit à droite et dans la région du foie, une vive douleur qui, augmentant à l'occasion du moindre mouvement musculaire et de la flexion du tronc en avant, dura deux jours, se calma en grande partie, et fut alors suivie d'une vive souffrance vers le côté gauche du thorax. Lors de l'entrée du malade cette douleur était très-vive ; elle augmentait par la toux. On limita par une trace noire, à l'aide de la percussion plessimétrique, le lieu où le cœur se trouvait. A une ligne en dehors de cette marque la douleur était nulle, tandis que *tout l'espace* qu'elle circonscrivait était le siège d'une souffrance ; celle-ci ne se rencontrait pas au-dessus du cœur vers le sternum ; l'organe était d'un volume très-médiocre (quatre pouces en tout d'un côté à l'autre) ; aucune matité n'existait au niveau du péricarde ; absence de tout signe de pleurite ou de pneumonite ; l'auscultation trouvait sur tous les points où la percussion rencontrait le cœur, *un bruit spécial qui tenait le milieu entre celui du frottement et le son obscur du cœur* ; du reste, pas le moindre trouble dans la circulation n'était observé. Des sangsues furent placées sur le lieu occupé par la douleur, qui se dissipa en moins d'une heure, le bruit anomal cessa ; à peine resta-t-il un sentiment pénible qui céda le lendemain à l'application de 25 sangsues. Celles-ci firent évacuer une assez grande quantité de sang, et la guérison fut parfaite (1). »

(1) « Il paraît qu'il s'agissait ici d'une souffrance du tissu musculaire du cœur lui-même, d'une cardialgie musculaire (cardite de quelques auteurs). La sonorité de l'espace sous-sternal en haut et sur le bord droit du sternum alors que l'on fit coucher le malade sur le côté droit, l'absence de toute douleur sur les points du péricarde correspondants aux vaisseaux, firent admettre qu'il ne s'agissait pas d'une péricardite. D'ailleurs le bruit qui se fit entendre était différent de celui que j'avais observé dans quelques cas d'inflammation de la membrane d'enveloppe du cœur ; la pression des espaces intercostaux était indolente ; la douleur n'augmentait pas par la flexion du tronc en avant, et par conséquent ce n'était pas d'une souffrance

Lors de la publication du *Traité de diagnostic*, en 1838, nous avons traité beaucoup plus au long le sujet relatif aux ruptures et au myoclasme musculaire des parois qu'il s'agissait. La douleur était profonde et pulsative; elle n'avait ni le caractère ni la marche progressive d'une névralgie; les os étaient sains; c'était donc le cœur qui souffrait. Bien que le bruit stéthoscopique indiquât au moins une modification dans les contractions du cœur, il y avait peu de modifications dans le pouls. Dans deux cas de cardite, mentionnés par M. Andral, on observa des troubles graves de circulation, mais la membrane interne du cœur était malade. Il en a été sans doute ainsi dans les observations sur lesquelles M. Bouillaud s'est fondé pour tracer l'anatomie pathologique de la cardite. Ce que notre observation offre surtout de remarquable, c'est qu'une distension ou une souffrance du diaphragme ou des muscles des parois thoraciques, suite d'un effort, ait duré deux jours à droite, et qu'une souffrance semblable se soit alors reproduite dans le cœur musculaire: c'est que, comme l'a vu Bichat, les diverses portions d'un même système d'organe reproduisent facilement la maladie de l'un des points de ce système. C'est ainsi que dans l'arthrite de cause externe se développent quelquefois des inflammations d'autres jointures. Donner aux douleurs musculaires qui se succèdent le nom de rhumatisme, ce serait substituer des mots aux choses. Dans notre fait il ne s'agissait pas de rhumatisme, puisque la première lésion des muscles était de cause externe. M. Andral a cité un cas où un prétendu rhumatisme déplacé n'était autre chose qu'une péricardite; mais ici, comme dans les observations de MM. Louis, Bouillaud, et dans plusieurs autres que j'ai recueillies, il s'agissait d'arthrites spontanées suivies de péricardite; or, ce n'est pas ce qui a eu lieu chez notre malade. Sous l'influence des antiphlogistiques, la guérison fut prompte; j'avais déjà été assez heureux pour voir se dissiper à l'instant chez l'un de nos plus habiles chirurgiens des hôpitaux (Lisfranc), une douleur excessive existant précisément sur la région occupée par le cœur, et cela après l'application de sangsues et d'une ventouse *loco dolenti*. Dans ce cas la lésion paraissait aussi musculaire et avait succédé brusquement à des douleurs dans les muscles des membres. Ce n'est pas la seule fois que des lésions *musculaires* de cause externe ont été suivies de souffrances *musculaires* locales développées ailleurs. Cela eut lieu dans un cas à la suite d'une rupture du plantaire grêle; quelques jours après, les muscles de la cuisse devinrent très-douloureux. Dans un autre cas, une vive douleur du diaphragme survint subitement à la suite d'un effort de toux; les jours suivants l'un des deltoïdes était très-douloureux. »

» Le 1^{er} avril 1835, un homme robuste occupa le lit n° 52 de la salle Saint-Joseph; il avait fait quinze jours avant un effort pour soulever un fardeau, une vive douleur se déclara subitement dans la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal. Cette douleur avait ce caractère, qu'elle augmentait quand le malade se baissait; mais après huit jours elle fut suivie d'une souffrance du même genre et non moins vive dans les muscles des avant-bras, puis des mollets; le massage, des frictions ammoniacales opiacées et camphrées, ont été employées avec succès. Toutefois la même maladie se reproduisit encore dans d'autres muscles. Rappelons-

aux distensions de divers muscles (dn n° 4699 aux n°s 4701 et suivants). Nous regrettons même que l'étendue de cet ouvrage ne nous permette pas de reproduire ici ce travail éminemment pratique, et que nous recommandons au lecteur, ainsi que les considérations relatives à l'examen des muscles.

12428. Deux lésions principales peuvent, à l'occasion de certains mouvements, se déclarer brusquement dans un muscle : l'une est une clisie ou rupture, l'autre, une diastisie ou distension.

1° Myoclasies.

12429. La clisie ou rupture a lieu principalement dans les circonstances suivantes : — 1° Lorsqu'un muscle plus ou moins tendu vient à se contracter très-vivement. — 2° Quand cette contraction même est excessive. — 3° Lorsqu'au moment où elle s'exerce, un corps vient à frapper l'organe dans sa continuité. — 4° Dans les cas où la distension des fibres musculaires est extrême. — 5° Lorsque des muscles atrophiés ou plus ou moins malaxiés par suite de privations, de pertes de liquides, du repos, d'affections chroniques variées, etc., exécutent de violents mouvements. — 6° Lors de l'action très-énergique d'un corps contondant, etc., etc. — Chose remarquable, il arrive dans certains cas que les ruptures musculaires se déclarent brusquement pendant le sommeil, et cela à l'occasion d'un mouvement violent exercé lors d'un rêve ou de quelque attaque convulsive. — A l'instant même où l'accident se prononce, une douleur très-vive se fait sentir sur le lieu où la lésion a son siège; elle augmente infiniment à l'occasion de la moindre contraction exécutée par le muscle rompu, et qui inévitablement a pour conséquence l'écartement des fibres divisées. Tout porte à croire que cette souffrance est beaucoup plus intense lorsque la rupture est incomplète, et lorsque, pendant les contractions, les fibres musculaires voisines de celles qui sont rompues se trouvent inévitablement tirillées. On se demande si la cause qui fait que la myotomie détermine souvent peu de douleur, serait que la division du muscle est com-

nous d'ailleurs que dans la courbature qui suit une longue marche, les membres supérieurs participent souvent à la douleur; c'est qu'encore une fois, il en est des muscles comme des nerfs qui ont tant d'analogie de fonctions avec eux, et comme des articulations dont les mouvements sont le plus souvent le but de la contraction musculaire; c'est que les affections de l'un des points de ces systèmes d'organes se reproduisent facilement et promptement dans d'autres. » (*Bulletin clinique*, 1835, n°s 1 et 2.)

lète. La souffrance dans la myoclasie est parfois intolérable, et le repos le plus absolu des muscles malades devient indispensable. Nous savons même que lors de la rupture du muscle jumeau que nous prouvâmes en 1847 (n° 12426), il nous fallut un certain degré de courage et un véritable mépris de la douleur, pour continuer notre course tout en boitant, et pour persévérer à nous livrer à l'exercice de notre profession. — La souffrance qui suit les ruptures musculaires persiste en effet plusieurs semaines. Elle devient surtout très-vive deux ou trois jours après l'accident, c'est-à-dire au moment où survient une myosite. Elle se dissipe ensuite d'une manière graduée, et souvent après plusieurs mois elle se fait encore sentir. — Aussitôt après la rupture, quand le muscle est superficiel, on trouve assez souvent, en portant un doigt sur le point douloureux, et cela au moment où le muscle lésé se contracte, une dépression qui est portée quelquefois à un ou deux centimètres de profondeur. Cette dépression a lieu entre les masses musculaires dont les *fragments* rompus sont écartés l'un de l'autre. — On éprouve même parfois sur le point lésé une sensation de fluctuation; c'est le sang épanché à la suite de la rupture qui donne lieu à ce phénomène. Dans plusieurs cas de ce genre nous avons vu, dans les jours qui ont suivi la rupture, se prononcer une ecchymose qui s'étendait au loin à l'entour et au-dessous de celui-ci (n° 12425). Il nous est arrivé, lors de la contraction des muscles, de voir distinctement à travers la peau une dépression correspondante à l'endroit où la claspie s'était opérée (n° 12425). Il serait curieux de rechercher par le stéthoscopisme, et dans des faits de ce genre, si l'on ne trouverait pas, au moment où les fibres musculaires rompues s'écartent, quelque bruit anormal.

12430. Les symptômes de la lésion qui vient d'être décrite, et indépendamment de la douleur, sont peu marqués. Les muscles qui prennent leur point d'appui sur les os fixés d'ordinaire par les fibres musculaires rompues, n'exécutent alors leurs fonctions qu'avec hésitation et irrégularité, de sorte que les mouvements dont ils sont les agents deviennent difficiles à cause de la douleur qu'ils causent sur le point lésé; lorsque l'on provoque la contraction de ces muscles, l'écartement entre les masses musculaires durcies devient plus apparent. — Très-rarement dans la myoclasie survient un état fébrile, mais les fonctions dont sont chargées les organes qui sont liés d'action avec les fibres musculaires affectées sont plus ou moins modifiées : ainsi, dans la myoclasie diaphragmatique, la

respiration est gênée ; ainsi les ruptures des muscles psoas et sacro-lombaires rendent pénibles la défécation et les mouvements en rapport avec l'acte génital, etc.

12431. La phlegmasie ou les altérations de structure qui suivent la myoclasie, se propagent, s'étendent parfois aux nerfs qui se distribuent aux muscles, ou à ceux qui les traversent et en sont voisins. Ainsi l'on observe des cas dans lesquels s'est brusquement déclarée une vive douleur myoclasique dans la masse commune au long dorsal et au sacro-lombaire, ou encore dans le psoas, et plus tard des névralgies lombaires et sacrées viennent à se prononcer. Il paraît pour cette dernière que la communication du mal a lieu par le nerf lombo-sacré. — Il semble aussi dans d'autres cas que les accidents dont il s'agit s'étendent aux portions du tissu fibreux et aux os qui sont continus ou contigus aux muscles atteints de rupture ; de là des syndesmalgies, des ostéïes, des ostéitopyoïtes ou des ostéopyoïes (abcès inflammatoires et non inflammatoires des os), qui se déclareraient consécutivement aux ruptures musculaires. Cela pourrait peut-être avoir lieu dans certains abcès dits par congestion qui quelquefois se manifestent à la suite d'un mouvement que causent la masturbation ou les excès vénériens. — Le plus souvent les douleurs qui suivent la myoclasie persistent pendant huit, dix, quinze, vingt ou trente jours, et ne se dissipent entièrement que d'une manière lente. Elle reparaissent même encore quelquefois à l'occasion de certains mouvements. — Chose très-utile à savoir en pratique, c'est que le muscle dont quelques fibres se sont rompues, reste en général plus exposé à une clasié nouvelle qu'il ne l'était auparavant, et que les récidives de la lésion dont il s'agit dans la même masse musculaire est fréquente ; cela est surtout vrai des fibres du sacro-lombaire, du long-dorsal et du psoas. Ces rechutes sont attribuées par le public à l'entité rhumatisme. A plus forte raison donne-t-on ce nom à certaines douleurs qui se reproduisent dans des muscles différents de celui qui d'abord avait été lésé (n° 12428). Nous reviendrons bientôt sur ce sujet. Probablement les rechutes de la myoclasie sont dues à ce que les fibres musculaires rompues sont, après la guérison, séparées l'une de l'autre par un tissu fibreux, et par conséquent plus ou moins allongées. De là une tendance plus grande à ce que les faisceaux myosiques voisins viennent à se tendre et à se diviser brusquement lorsqu'ils sont très-tendus ou très-contractés.

12432. Nous n'avons pas trouvé l'occasion de faire les recher-

ches cadavériques qu'exigerait l'étude complète de la myoclasie; ce serait sur des gens qui fréquemment ont été atteints de *lombago* se déclarant brusquement, qu'il serait le plus utile de le faire. Probablement trouverait-on dans de tels cas des intersections d'abord celluluses, puis fibreuses, entre les masses musculaires rompues.

Les principales myoclasies que nous ayons observé sont les suivantes :

12433. a. Myoclasies lombaires. Elles ont lieu dans la masse commune au long dorsal et au sacro-lombaire. Elles sont des plus fréquentes, et constituent peut-être 80 fois sur 100 le *lombago*, le *rhumatisme lombaire*, ou dans les reins admis par les auteurs. Cet accident se déclare principalement à l'occasion d'une action violente et brusque de ces muscles, et surtout lorsque le corps étant penché en avant on veut brusquement se relever et soulever un fardeau. Cette rupture a quelquefois lieu aussi au moment où la flexion du corps est portée très-loin. Dans ces cas divers, tout à coup le malade ressent un craquement, éprouve une douleur vive augmentant par la pression, et au moindre mouvement il jette quelquefois un cri. Pour reconnaître la rupture au moyen de la palpation et de l'inspection (ce qui est ordinairement très-difficile à cause de la grande épaisseur de ces muscles), il faut faire coucher le malade sur le ventre reposant sur des coussins, et cela à l'effet de faire saillir les lombes. Puis, on recommande au malade de relever la tête sur le rachis, et alors les fibres musculaires rompues venant à s'écarter on distingue avec le doigt, ou même à la simple vue (ce qui est très-rare) la nature de l'accident arrivé. Pour constater celle-ci avec certitude, il faut en bonne pratique, et pour éviter de déplorables erreurs diagnostiques, s'enquérir avec le plus grand soin si la douleur observée ne dépend pas des reins (n° 9459), de l'utérus (n° 10158), des colons (n° 7812), de l'estomac (n° 8262), d'une névralgie lombaire (n° 11682), d'une myélopathie (n° 11950), de l'une des rachisopathies dont bientôt nous allons parler, etc.

12434. b. La *psoasiasie*, plus profonde que l'état organopathique précédent, n'est pas accompagnée comme lui de douleur à la pression des lombes; mais elle cause une vive souffrance par le contact de la main avec les points où l'anatomie apprend que se trouve le psoas. Elle peut être accompagnée, alors qu'elle est incomplète, de la rétraction de la cuisse correspondante au côté de l'accident. Les rapports du psoas avec le nerf lombosacré font que la rupture

de ce muscle doit être parfois suivie de névropathie sciatique. La plupart des considérations relatives à la myoclasie lombaire le sont aussi à celle du psoas.

12435. c. La *myoclasie cervicale* est assez fréquente. Elle fait partie de ces nombreuses myosies qui ont été réunies sous le nom bizarre de *torticolis*. Le plus souvent, à cause de la profondeur des muscles du cou on ne peut dire, ni quel est celui dont la rupture a eu lieu, ni s'il s'est agi en effet d'une clasie, d'une diastasie, ou d'une souffrance de toute autre nature. La manière brusque dont les accidents se sont déclarés à l'occasion d'un mouvement dont tels faisceaux musculaires sont les agents, et de plus les autres signes des ruptures, permettent cependant quelquefois de reconnaître les myoclasies cervicales.—Pendant la durée d'une fièvre grave, un médecin, en tournant brusquement la tête, éprouva tout à coup, immédiatement au-dessous de l'occipital, et dans la profondeur du cou, une douleur des plus vives qui continua pendant toute la convalescence, et persista longtemps après. Toutes les fois que le malade tournait la tête de ce côté, elle se reproduisait avec force. — Si la lésion avait pour siège l'un des muscles de la base du crâne, si les sterno-mastoïdiens étaient rompus, alors il serait possible d'y reconnaître directement cette lésion, et cela au moyen de l'inspection et de la palpation.

12436. d. Les *myoclasies rachisothoraciques* ou intercostales, les *diaphragmasies* (ruptures du diaphragme), se déclarent en général lors des grands mouvements de la respiration, tels que les inspirations forcées, le bâillement, le soupir, la course, l'action de soulever un fardeau, les efforts de défécation, de toux, de parturition, etc. La douleur a lieu, comme dans toute autre myoclasie, sur le lieu même où la division des fibres charnues s'est opérée. Elle est fixée à un point nettement circonscrit. Elle augmente à l'occasion du moindre effort, et surtout de l'éternuement et de la toux. Quand le mal occupe les muscles intercostaux, on peut constater par la pression, et au moyen de la douleur qui résulte de celle-ci, le lieu même où elle a son siège. — Quand le diaphragme est affecté, ce signe précieux manque complètement. — Les pneumophymiques, les gens atteints de bronchorrhées (nos 7098, 6454, 6459) et de bronchemphraxie, sont particulièrement atteints de ces accidents qui sont pour eux extrêmement pénibles, attendu que les secousses de toux renouvellent fréquemment les distensions, les ruptures et les douleurs. On distin-

guera facilement de telles myoclasies, des névralgies rachiso-thoraciques : en rapprochant les caractères de celles-ci (n° 11676) des symptômes propres aux ruptures des muscles intercostaux (n° 12429); en se rappelant que celles-ci, limitées à un point circonscrit, ne s'étendent pas dans le trajet du nerf sousjacent à la côte, qu'elles ont principalement lieu à l'occasion des grands mouvements respirateurs, etc., etc. Lorsqu'il s'agit, du reste, d'établir la diagnose des unes et des autres, on doit préalablement s'assurer qu'il n'existe pas de dermonévralgie (n° 11361), de pleurite (n° 7312), d'hydropleurite (n° 7252), de péricardite (n° 1946), de splénalgie (n° 8779), de souffrances : soit du foie (n° 8650), soit de l'estomac (n° 8262), soit du colon (n° 7812), etc. — Des considérations tout à fait analogues sont applicables aux diaphraclasies, et peut-être aussi aux ruptures du triangulaire du sternum et des muscles pariétaux du thorax, tels que les grands et les petits pectoraux, le grand dentelé, les faisceaux musculaires de la paroi postérieure de la poitrine, etc. — Les douleurs produites par les ruptures des muscles qui viennent d'être énumérés font partie du grand nombre de celles qui ont été appelées pleurodynie, nom qui pour être d'origine grecque est en général fort mal appliqué et qui peut désigner autre chose que le fait d'un point de côté quel qu'il soit. Il ne convient pas, en pathologie, de construire inutilement des mots dont la source soit hellénique, mais de se servir d'expressions qui désignent aussi nettement et aussi brièvement que possible l'idée de la lésion existante, ou du moins que l'on croit exister. — Quoi qu'il en soit, les douleurs dans les myoclasies rachiso-thoraciques, et surtout diaphragmatiques, gênent infiniment la respiration et entravent l'expectoration. Sous ce rapport elles ont chez les pneumophymiques et chez les bronchorrhéiques une extrême gravité. Elles sont encore suivies dans quelques cas de névralgies intercostales. Nous avons, du reste, donné précédemment un exemple de diaphraclasia (n° 12428). — Cette lésion a été parfois portée à un tel degré, principalement à la suite de chutes violentes que l'estomac et une partie du tube digestif ont pénétré dans le thorax à travers la vaste déchirure faite au diaphragme, au péritoine et à la plèvre. Le plessimétrisme, en permettant de constater des bruits gastriques ou intestinaux au niveau de la cavité thoracique; le stéthoscopisme en faisant entendre des sons en rapport avec l'abord de liquides ingérés dans l'estomac ou le colon, donneraient ici des signes physiques

importants. — Des ruptures et des déplacements semblables paraissent s'effectuer quelquefois chez les chevaux alors que, montant une côte, ils se livrent à des efforts excessifs.

12437. e. *Les clasies des muscles* formant le mollet ont été étudiées avec le plus grand soin dans les ouvrages de chirurgie, d'ailleurs nous venons d'en parler suffisamment (n° 12425). Nous en dirons autant des ruptures musculaires ayant leur siège dans les autres muscles de l'organisme, tels que le deltoïde (1), les fessiers, les masses charnues des cuisses.

Thérapie des myoclasies.

12438. Le traitement des myoclasies est des plus simples. Ce n'est pas avec des évacuations sanguines générales ou locales que l'on remédiera à une rupture de muscles : de tels moyens ne peuvent avoir d'utilité qu'au moment où, à la suite de l'accident, la circulation dans les parties lésées vient à s'activer, où la douleur augmente, c'est-à-dire alors que des phénomènes phlegmasiques se déclarent. — Une position telle que l'on rapproche autant que possible les masses musculaires divisées ; un repos absolu et prolongé, éviter autant que possible les mouvements qui exigeraient l'action des muscles malades, telles sont les moyens véritablement utiles. On peut y joindre des bains locaux, des cataplasmes, l'élévation (alors qu'elle est possible) de la partie affectée au-dessus du niveau du tronc, et le but est ici de prévenir ou de diminuer dans l'organe affecté l'exagération de la circulation. La compression, quand la situation des parties la comporte, peut avoir aussi de l'utilité. Elle force le malade à garder le repos, et elle agit

(1) Un jeune homme, à la suite d'une chute de cheval, fut atteint d'une rupture de quelques fibres du deltoïde gauche et sans doute aussi de la déchirure de quelques vaisseaux. A l'instant même de l'accident, une douleur excessive s'était déclarée dans l'épaule, et en quelques minutes une tumeur considérable exactement limitée par les attaches deloïdiennes à l'humerus se déclara. Elle présentait au plessimétrisme une matité absolue et l'on y éprouvait par le tact une fluctuation manifeste. Tous les mouvements du bras étaient très-douloureux et presque impossibles. Nous pensâmes qu'un épanchement sanguin s'était ainsi formé sous le deltoïde, et nous annonçâmes d'une part, qu'il ne s'agissait en rien ici d'une luxation ni d'une fracture, et de l'autre que le lendemain il y aurait, dans tout le bras du même côté, une énorme ecchymose. Cette diagnose et cette prognose se vérifièrent de point en point ; le bras et l'avant-bras, vingt-quatre heures après, furent le siège d'une infiltration sanguine, et le blessé se rétablit en quelques jours.

sur les vaisseaux avec avantage. — Les vésicatoires et les autres médications du même genre pourraient être seulement indiqués contre les diverses myosies qui succèdent à la rupture, ils ne le sont pas contre la myoclasie elle-même ; en un mot, il y a beaucoup d'analogie entre les ruptures des muscles et les fractures des os ; dans l'un comme l'autre cas, les moyens internes à employer sont dirigés contre les états anatomiques coexistants à la clasie, et non pas contre cette clasie. Parmi les états coexistants et qui réclament un traitement interne, il faut compter : la myosite (n° 12442), l'hémite (n° 4119), les névralgies (n° 11698), etc.

2° Myodiastase.

12439. Il suffit qu'un muscle soit fortement tirailé ou distendu d'une manière prolongée, pour qu'il en résulte une douleur locale très-vive, et reparaissant à l'occasion des mouvements qui agissent dans le sens des puissances à l'action desquelles la diastase a été due. — La plupart des considérations relatives aux myoclasies le sont également aux myodiastases, aussi n'insisterons-nous en rien sur ces dernières. Faisons seulement ici quelques annotations utiles. — Dans la myodiastase, l'invasion est moins brusque que dans la myoclasie ; souvent même elle est assez lente. — Cet accident survient principalement alors que les muscles ont été trop longtemps de suite très-distendus. — Il en arrive ainsi chez les gens de certaines professions dans lesquelles les muscles de la région lombaire sont d'une manière habituelle fortement tirailés par suite de la flexion persistante du corps. — Dans de tels cas le malade n'a pas senti dans le lieu affecté de craquement initial ; — encore une fois, la douleur a débuté plus lentement ; — elle est moins circonscrite à un lieu déterminé, elle s'étend à une plus large surface musculaire, et cause rarement des phénomènes généraux. — Le traitement de la myodiastase ne diffère pas du reste de celui qu'il convient d'opposer à la myoclasie.

CHAPITRE V.

| | |
|---|----------------|
| MYOSITES — inflammation | } des muscles. |
| MYOPYOÏTE — suppuration phlegmasique | |
| MYOPYOÏE — suppuration | |
| HYPERMYOTROPHIE — augmentation dans la nutrition | |
| HYPOTROPHIES MYOSIQUES — diminution dans la nutrition | |
| MYOSATROPHIE — défaut de nutrition | |
| HÉTÉROMYOTROPHIES — anomalies dans la nutrition | |

Myosites. diaphragmite.

12140. Les phlegmasies des muscles sont assez peu connues et ne sont guère étudiées en médecine. (*Voyez les Traités de chirurgie.*) D'anciens auteurs ont donné le nom de paraphrénésie à la diaphragmite et lui ont assigné des symptômes bizarres, tels qu'un rire singulier, dit sardonique, et des phénomènes plus ou moins analogues à ceux auxquels donnent lieu la phrénésie ou méningo-céphalite. C'était avec plus de raison qu'ils signalaient le hoquet (qui alors devrait être douloureux) comme l'un de ses caractères. Les principaux symptômes de la diaphragmite seraient à coup sûr une gêne extrême dans l'inspiration, une respiration presque entièrement costale, et une douleur très-vive se déclarant, lors des mouvements du diaphragme, dans les points correspondants à ce muscle. De plus se joindraient à ces phénomènes un état fébrile. La phlegmasie véritable du diaphragme (et comme telle, nous n'admettons pas les diaphraclasies (n° 12426), les diaphradiastases, etc.) est si rare que nous ne l'avons jamais observée, et que nous n'en connaissons pas, dans les auteurs, d'exemple authentique. — La plupart des faits qui y ont été rapportés ne sont autres que des pleurites, des péricardites ou des péritonites circonscrites, existant dans les membranes qui revêtent le diaphragme.

12441. Bien plus, on n'est pas d'accord sur la question de savoir si la fibre musculaire est susceptible de s'enflammer primitivement, et si ce n'est pas le tissu cellulaire qui entre dans la composition des muscles qui est le siège des phlegmasies attribuées à ces organes. Nous laissons aux chirurgiens le soin de débattre cette

question. — Ce qu'il y a pour nous de certain, c'est qu'à la suite des myoclasies et des myodiastases se déclarent les jours suivants, des douleurs très-vives dans toute l'étendue des muscles où ces accidents ont eu lieu (n° 12429), que souvent elles persistent, qu'abandonnées à elles-mêmes, pendant un temps assez long, elles ne font qu'augmenter et qu'elles sont promptement soulagées, soit par des évacuations sanguines pratiquées sur les téguments qui recouvrent les parties malades, soit par les bains locaux et par les cataplasmes ; c'est là le côté pratique. Il nous importe infiniment moins de savoir si ces accidents ont réellement lieu dans la fibre musculaire ou dans le tissu cellulaire.

Myopyoïes, myopyoïtes.

12442. Nous n'avons jamais vu les phénomènes précédents être suivis de suppuration (n°s 12429, 12440). Ce n'est pas à dire pour cela qu'ils ne soient pas de nature inflammatoire. C'est méconnaître les différences d'organisation entre les tissus, que de vouloir constamment donner la formation du pus comme conséquence de l'état dit phlogose. La conjonctivite, l'érysipèle des auteurs, ne sont-ils pas pour tous des phlegmasies, et cependant, n'est-il pas bien rare qu'ils donnent lieu à la suppuration ? C'est pour avoir voulu faire de l'inflammation un être toujours le même, constitué par une succession invariable de symptômes, que l'on est tombé dans de telles excentricités, et que l'on en est arrivé à dire que le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une phlegmasie (n° 4189), par la raison que l'on ne trouve pas ordinairement du pus déposé dans des articulations qui d'ailleurs sont *rouges, chaudes, douloureuses, tuméfiées et distendues par un liquide*. Tout ce que l'on a écrit sur ce sujet repose sur une logomachie relative au vague des idées que l'on s'est faites sur l'inflammation (n° 889). Ainsi, pour nous les muscles sont parfois atteints de phlogose, et ils présentent alors les caractères généraux de celle-ci, c'est-à-dire de la douleur, de la rougeur, de la tuméfaction, de la chaleur et des altérations dans leurs fonctions (n° 889) ; la *myosite* est très-rarement suivie de suppuration ; quand celle-ci a lieu, probablement le tissu cellulaire situé entre les fibres musculaires en est le siège. — Les moyens propres à calmer la phlegmasie dans les muscles ne diffèrent pas de ceux qui conviennent dans les inflammations en général (n°s 4119, 10746). Les pyoïtes et les pyoïes (abscesses inflammatoires et non inflammatoires des muscles) sont étudiés avec détail dans les ouvrages de pathologie chirurgicale.

Hypermyotrophies.

12443. Les muscles sont parfois le siège d'une véritable augmentation de nutrition; ce fait est en lui-même à peu près constamment physiologique. En effet, c'est une loi générale de l'économie que chez un adulte bien conformé, les fibres musculaires qui se livrent à des mouvements énergiques et répétés, acquièrent du volume et de la force. On cite à ce sujet dans les ouvrages de physiologie, les boulangers, dont les bras grossissent; les danseurs, dont les mollets prennent du développement alors qu'ils se livrent aux exercices de leur profession; il en est ainsi à l'état pathologique, et nous avons cité, à l'occasion de l'hypercardiotrophie, de la pylorosténosie, etc. (n° 1789, 7438) des faits nombreux de ce genre. Rappelons seulement ici (n° 1789, 7438) que les augmentations de nutrition dont il s'agit, et qui existent dans les muscles de l'ensemble de nutrition (vie organique de Bichat), ne sont pas des états morbides, et qu'ils présentent même dans la plupart des cas la très-grande utilité de déterminer une action énergique propre à surmonter la résistance d'obstacles ou de sténosies qui rendaient difficile la progression des liquides; ce seraient là des faits que les vitalistes purs, tels que Grimaud, pourraient le plus citer comme preuve des lois de la nature médicatrice. (*Voyez* notre thèse d'agrégation, en 1823, sur les maladies qu'il est dangereux de guérir.) Il serait imprudent et contre-indiqué de chercher à faire dissiper de semblables hypertrophies (n° 1789, 7438), qu'il faut soigneusement distinguer, de certaines augmentations dans le volume des muscles conséquences de véritables hétérotrophies.

Hypomyotrophies, myoshypotrophies, myosatrophies.

12444. L'atrophie ou le défaut absolu de nutrition dans les muscles ne peut guère avoir lieu que dans les cas d'hétérotrophies qui, par compression ou autrement, viennent à les détruire. Ces organes diminuent fréquemment de volume, s'hypotrophient, et parfois ils se trouvent réduits à si peu d'épaisseur, qu'il semble en vérité que leur trame primitive seule subsiste encore. C'est à cet état extrême qui presque toujours existe en même temps dans les autres tissus composant l'ensemble de relation (vie organique de Bichat), état qui est en général moins marqué dans les viscères, que l'on a donné le nom de marasme. Celui-ci est presque toujours consécutif à l'hypémie (n° 3838) ou aux anomémies dans lesquelles les qualités nutritives du sang sont altérées, et telles sont par exemple: la pyémie (n° 4594), la phymémie (n° 4590),

la carcinémie (n° 4593), etc. Toutes les circonstances qui donnent lieu à ces divers états des liquides, telles que l'abstinence ou une nourriture insuffisante longtemps continuée ; les pertes lentes, habituelles ou excessives de sang et de liquides divers provenus aussi du sang (urine, sueurs, mucus, pus, etc.) ; les passions tristes agissant chroniquement, détruisant l'appétit ou empêchant la chymification de s'accomplir régulièrement, etc. ; toutes ces circonstances, disons-nous, sont des causes plus ou moins directes d'hypotrophie musculaire. — Le repos absolu longtemps continué détermine tout aussi bien l'hypotrophie des muscles que leur exercice persévérant, mais modéré, augmente leur volume. Cela est vrai du myosystème comme de parties isolées de cet ensemble organique. Que le médecin n'oublie pas qu'en tenant longtemps de suite les malades au lit, il rend les muscles en général moins volumineux, moins nourris et moins puissants. Qu'il sache bien que la femme débile et névrique, alors que pour une légère utéropathie on lui fera garder six mois de suite la chambre, le canapé ou le lit, s'épuisera encore et finira par ne plus pouvoir marcher. Bien des fautes ont été commises à ce sujet. Trop souvent on a vu guérir par des charlatans audacieux, qui savaient au moins faire prendre de l'exercice et des aliments, des gens que des médecins, employant des moyens pharmaceutiques à effets douteux, condamnaient indéfiniment au repos et à une diète rigoureuse. — L'homme robuste que l'on met au lit pour une fracture, semble, alors qu'il se lève, ne plus avoir ni muscles ni forces. — Le fébricitant que l'on prive de tout mouvement et de toute nourriture devient presque impotent lors de sa convalescence, et les muscles de ses membres semblent ne plus exister que pour mémoire. — La compression des muscles avec une bande roulée, ou dans un appareil de fracture, les réduit aux proportions les plus minimales, et les tumeurs développées près d'eux produisent le même effet. C'est en partie par les rétrécissements artériels, qui sont les conséquences de l'action exercée par ces puissances comprimantes, que cette myoshypotrophie est produite, et très-probablement les sténosies de toute espèce (nos 1789, 7438), développées lentement et existant dans les vaisseaux qui se rendent aux fibres musculaires, doivent y produire des effets du même genre. — On ne sait en rien s'il se passe primitivement dans les fibres musculaires elles-mêmes un travail morbide dont le but exclusif serait l'hypotrophie, tout porte à croire qu'il n'en est pas ainsi.

Symptômes de la myoshypotrophie.

12446. Les effets directs de l'hypotrophie musculaire consistent : 1° dans la diminution et dans la déformation des parties où se trouvent les muscles diminués de volume ; 2° dans la faiblesse ou hypodynamie des mouvements dont ces parties sont le siège ; 3° dans une fatigue extrême et dans des douleurs ou crampes survenant au moindre exercice ; dans une langueur des actions dont sont chargés les organes internes dont les fibres musculaires sont hypotrophiées ; et de là toute une série d'accidents extrêmement nombreux et décrits dans d'autres parties de cet ouvrage (n° 1830, 1710, 7560, 7508, etc.). — De cette sorte, l'adynamie, suite de la myoshypotrophie, peut donner lieu à des phénomènes très-graves et même mortels ; le défaut d'exercice seul suffit pour entraîner des troubles organiques fort sérieux, et par devenir une cause d'hydrémie (n° 3842), de pneumophymie, etc., etc, etc.

12447. Il faut éviter avec le plus grand soin de prendre pour des anervismies le défaut d'action des muscles dû à leur hypotrophie. Une telle méprise ne laisse pas que d'être fréquemment commise. En 1845 ou 46, un homme, encore jeune, entra dans notre service. Il avait été traité dans plusieurs hôpitaux pour une *paralyse en rapport avec une rachisomyélite que l'on croyait exister*. Des cicatrices de cautères ou de moxas existaient de chaque côté de l'épine et aux régions dorsale et lombaire. — L'inspection, la palpation, le plessimétrisme, ne nous firent reconnaître aucune lésion du rachis ; et les symptômes fonctionnels, soit actuels, soit *commémoratifs*, consistaient seulement en une extrême faiblesse des extrémités inférieures, à laquelle se joignaient des crampes. Cet homme ne pouvait même pas marcher. Il nous fut facile de reconnaître les causes de ces accidents ; le malade avait été pendant près d'un an retenu au lit et soumis à une nourriture insuffisante. Les muscles du bassin, des cuisses et des mollets étaient exténués à ce point, que ces parties semblaient être exclusivement formées par des os. — Nous annonçâmes aux élèves qu'il s'agissait seulement ici d'une myoshypotrophie, et que cet homme guérirait en peu de temps. — En effet, sous l'influence : soit d'un régime animal et très-réparateur, soit d'un exercice soutenu (auquel nous forçâmes en quelque sorte le malade), exercice pris de façon à ce que d'abord très-peu considérable, il se prolongeât ensuite plusieurs heures, les muscles hypotrophiés reprirent et leur volume nomal et

de la force. Six mois après, cet homme étant alors dans un excellent état de santé, et n'ayant jamais présenté aucun symptôme de myélopathie, sortit de l'hôpital.

12448. Certaines gens très-souffrants de symptômes cardiopathiques, par suite de l'hypotrophie des muscles qui leur rendent la marche très-difficile et cause ainsi des palpitations, de l'essoufflement, se rétablissent complètement, alors que sous l'influence d'une bonne alimentation et de l'exercice, les fibres musculaires ont repris du volume, de la densité, et par suite des forces. Tel fut le cas du jeune marquis de G...y, dont il a été parlé ailleurs. — Des considérations du même genre sont applicables à certaines gastropathies. — Le défaut d'action des muscles abdominaux en rapport avec leur hypotrophie est à coup sûr pour beaucoup dans la difficulté de rendre les fèces, et dans la paresse des intestins qu'éprouvent divers convalescents, etc.

Diagnose; thérapisme.

12449. La diagnose de la myoshypotrophie repose sur l'examen des muscles, sur la constatation de leur affaiblissement, sur celle des organopathies antécédantes ou coexistantes; enfin, sur la connaissance des circonstances dans lesquelles le malade s'est trouvé placé.

12450. Le traitement, d'après tout ce qui vient d'être dit, repose évidemment ici sur des exercices gymnastiques convenables, appropriés à tous les muscles si le mal est général, et seulement à ceux qui sont hypotrophiés si l'affection est partielle. De plus, une alimentation réparatrice éminemment composée de substances animales et fibrineuses, l'usage d'excellent vin et du fer, etc., peuvent être ici très-utiles. Bien entendu qu'avant tout, il faut remédier aux organopathies dont la myoshypotrophie est le symptôme.

12451. Chez notre jeune Arménien atteint d'une rachisomyélite (n° 11974) et d'une hémitonévrite (sur l'existence de laquelle il n'est pas possible de douter, attendu que le sang était couenneux, la fièvre vive et que presque tous les nerfs superficiels du bras furent atteints de célies ou névrômes excessivement douloureux), il arriva au moment où le convalescent voulut se lever, que les muscles des jambes réduits à une minceur extrême, devinrent le siège de souffrances qui gênaient la marche, et partant s'opposaient au retour à la santé; or, cet état dura plusieurs semaines. — Des réflexions physiologiques et des analogies déduites de faits d'ancienne date, nous firent penser que la compression légère du membre avec un bandage roulé

donnerait un point d'appui circulaire aux muscles affaiblis, augmenterait leur énergie et remédierait ainsi aux douleurs qui résultaient, suivant nous, du travail excessif que les muscles des jambes éprouvaient à la suite de contractions trop fortes pour eux. — Le succès le plus complet répondit à cette vue théorique, et le malade, portant un bandage roulé, put dès lors marcher dans son appartement, ce qui abrégéa de beaucoup sa convalescence. Dans des circonstances analogues, on pourrait donc à l'avenir employer la compression pour soulager les douleurs de muscles produites par la fatigue, et peut-être même les crampes, qui, dans les cas d'hypotrophie des muscles à la suite de l'hypohydrémie cholérique, se déclarent fréquemment avec une si grande intensité.

Myoshétérotrophies.

12452. Les hétérotrophies dont les muscles peuvent être le siège peuvent, comme les autres tissus, consister : 1° Dans des phymies qui y sont très-rares ; 2° dans des carcinies qui ne s'y développent guère que consécutivement à celles des organes voisins ; 3° parfois dans des hydatidies qui atteignent plutôt le tissu cellulaire d'organisation ou d'enveloppe, ou les membranes synoviales, que les fibres musculaires elles-mêmes ; 4° en des tissus fibreux analogues tantôt à celui qui compose les tendons et les aponévroses, tantôt aux productions élastiques et rétractiles semblables à la trame des cicatrices, etc. ; enfin les muscles, et surtout leurs tendons et leurs aponévroses, peuvent être le siège d'ostéies ou de lithies. Nous renverrons pour l'étude de ces divers sujets aux traités de chirurgie, et quant à la conversion des muscles en graisse ou à l'infiltration de corps gras dans leurs tissus, nous en avons déjà parlé dans d'autres parties de cet ouvrage.

CHAPITRE VI.

MYOSHYPERNERVISMIE. — Augmentation morbide dans l'innervation musculaire.

MYOSHYPERSTHÉNIE. — Augmentation morbide dans la contraction musculaire.

MYOSHYPONERVISMIE. — Diminution { dans l'innervation musculaire, para-
MYOSANERVISMIE. — Abolition { lysie.

HYPOMYOSTHÉNIE. — Diminution dans { la contraction musculaire.
AMYOSTHÉNIE. — Abolition de {

MYOSALGIES. — Douleurs dans les muscles, rhumatisme musculaire.

12453. La plupart des états pathologiques qui forment le titre de ce chapitre ont été étudiés dans diverses parties de cet ouvrage; et, par exemple, lors de l'étude de diverses névraxies, et notamment de l'hystérie (n^{os} 12133, 12141), de l'épilepsie (n^o 12175), de la catalepsie (n^o 13279), du tremblement (n^o 1219), de la chorée (n^o 12215), du tétanos (n^o 12236), et des contractures (n^o 12233) (derniers phénomènes auxquels nous avons donné le nom de myosclérosthénie (n^o 12233)), nous avons parlé de la myoshypernervismie et de la myoshypersthénie. D'ailleurs, il serait difficile de distinguer les phénomènes qui consisteraient exclusivement dans une augmentation de contraction, de ceux qui dépendraient d'une influence nerveuse plus développée dans le muscle que d'ordinaire. Nous avons distingué ces deux états plutôt pour les désigner comme possibles, que dans l'espérance de pouvoir les décrire en particulier. — L'hyponervismie et l'anervismie des muscles, ainsi que la faiblesse ou l'abolition de leur contraction, la paralysie motrice des auteurs, ne paraît être jamais primitive dans les muscles. On ne connaît guère que celles qui résultent : soit de diverses névropathies, telles que les névrotraumies (n^{os} 11584, 11552), certaines toxinévries, les molybdonévries (n^{os} 11625, 12076), diverses névropallies (n^o 12141), etc.; soit de névraxies variées, parmi lesquelles il faut surtout compter : les hémies (n^{os} 11558, 11588), les rhagies (n^o 11780), les malaxies (n^o 12015), les toxies (n^o 12068), les hétérotrophies (n^o 12048), les pallies céphaliques ou rachisomyéliques (n^{os} 12233, 12226). Revenir sur de tels sujets serait faire des répétitions inutiles; seulement il faudrait se donner garde de prendre

pour des anervismies de muscles les cas dans lesquels les mouvements seraient empêchés : par les douleurs, par des phlegmasies, des ruptures ou des distensions dont ces organes seraient le siège (nos 12454, 12440, 12425).

Myosalgies.

12454. La myosalgie (douleur dans les muscles) ne constitue pas un état pathologique spécial et unitaire. Elle a lieu dans une infinité de cas dont voici les principaux : 1° les traumamyosies ; — 2° l'exercice forcé porté jusqu'à la fatigue ; — 3° les myoclasies et les myodiastases (nos 12429, 12439) ; — 4° la myosite (n° 12140) et ses suites (nos 12442, 12452) ; — 5° les hétérotrophies myosiques (n° 12452) ; — 6° des névralgies (n° 11638) ; — 7° des névropalies prosaïques (nos 11551, 11632) étendues aux muscles ; — 8° des céphalies et des rachisomyélies variées ; — 9° des névraxites (nos 11950, 11952) dont certaines souffrances musculaires sont les symptômes (nos 11950, 11950) ; — 10° des névraxopallies qui, telles que l'hystérie (n° 12131) et l'épilepsie (n° 12175), le tétanos (n° 12237), etc., causent de violentes douleurs dans les muscles ; — 11° quelques états généraux de l'organisme, tels que diverses anomémies, ou même certaines organies variées qui, par suite d'influences et d'enchaînements d'actions très-complexes, sont accompagnées de douleurs très-violentes dans les membres. — D'après tout ceci, les myosalgies n'ont pas de *traitement* qui leur soit propre, et leur *diagnose* repose essentiellement sur l'étude des états pathologiques qui leur donnent lieu. En général, ce qui convient le mieux pour soulager les douleurs dans les muscles, ce sont : à l'état aigu, les bains tièdes, ou même à une haute température plus ou moins prolongée ; les bains de vapeur réitérés, les douches chaudes, les fomentations humides, les cataplasmes dits émollients ; le repos et une position telle, que l'organe douloureux soit placé dans le relâchement ; à l'état chronique, un exercice modéré, des frictions avec des corps gras et aromatiques, le massage (n° 12424), les eaux thermales (celles du Mont-d'Or, d'Aix en Savoie, etc.). Plusieurs de ces moyens réussissent parfois dans certaines myosalgies dont on ne peut reconnaître la cause anatomique. On recommande encore dans de tels cas : 1° les applications et les frictions avec des substances narcotiques (la morphine, l'opium, le laudanum, le chloroforme, l'éther, etc.) ; 2° des médications propres à déterminer des sueurs abondantes, telles que les boissons chaudes

et aromatiques (infusions de bourrache, de petite sauge, etc.); 33° l'hydrothérapie, etc., et une foule d'autres agents dont l'action est plus ou moins contestable.

Rhumatisme musculaire.

12455. On est loin de pouvoir toujours assigner d'une manière absolue à certaines myosalgies une cause positive. Très-fréquemment, des muscles qui ne présentent ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction, sont le siège de souffrances plus ou moins vives, qui ne restent pas toujours fixées au lieu où d'abord elles existent; mais qui se déplacent en quelques jours, en quelques heures, et se portent non-seulement dans diverses parties du myosystème, mais encore dans des régions variées du tissu fibreux, telles que les ligaments, les aponévroses, le périoste, les enveloppes des viscères. — Ce sont là les phénomènes auxquels on a donné le nom de rhumatisme musculaire et fibreux, et que M. Requin, suivant en ceci les principes de l'onomisme pathologique, a désigné par les mots : myorhumatisme et syndesmorhumatisme. — On a rapporté au froid et à l'humidité, surtout lorsque leur action est lente et prolongée, la principale influence sur la production de ces douleurs qui sont très-tenaces, très-rebelles aux moyens qu'on leur oppose et qui récidivent avec une grande facilité. — C'est surtout lorsque l'action de l'humidité froide se renouvelle (comme cela a lieu : lorsque l'on couche près d'un mur qui suinte l'eau, lorsque l'on repose le corps sur un sol humecté, quand la pluie ou un vent froid vient frapper le corps et à le pénétrer, lorsqu'un courant d'air froid vient à agir sur une région circonscrite du corps), qu'il en arrive ainsi. — Les militaires qui ont passé des nuits au bivouac et qui ont longtemps souffert de l'inclémence des saisons en sont, à l'âge mûr, très-fréquemment atteints, et ces *douleurs rhumatismales*, comme le public les appelle, font souvent le tourment de leur vieillesse. — Ces divers états ne sont pas en général suivis d'accélération du pouls ni d'autres anomalies dans les fonctions des viscères. — *Les rhumatisants* ont souvent une apparence de santé en rapport, du reste, avec le bon état de leurs organes internes; bien entendu cependant que cela n'exclut pas l'existence d'organopathies coïncidentes, qui peuvent avoir sur le faciès une influence propre. Dans l'ensemble des faits précédents, et en interrogeant l'observation rigoureuse et toutes les analogies connues, on ne voit autre chose que des douleurs : soit de muscles, soit du

tissu fibreux, développées sous l'influence du froid humide; c'est de la même façon, ainsi que nous avons vu les névralgies se développer fréquemment par suite de l'action des mêmes circonstances. — Dans tous les faits de ce genre on ne reconnaît pas l'existence d'un agent spécial, d'un virus particulier dit rhumatisme, circulant en quelque sorte dans l'économie, imprimant à l'organisme une disposition spéciale, en vertu de laquelle les maladies accidentelles viendraient à revêtir un caractère particulier et exigeraient aussi une médication propre. On ne voit pas la nécessité pour expliquer la mutation parfois observée, dans le siège de certaines douleurs dites rhumatismales, de cet agent supposé, qui ne se voit pas, ne se démontre pas aux sens, ne se communique pas d'un individu à un autre, qui ne peut être rapporté à un *virus* et qui est seulement un *vice* dans l'esprit de ceux qui l'admettent. Il suffit encore une fois (n° 12428 note), pour se rendre compte de ces déplacements, de se rappeler que les fibres musculaires ou fibreuses ayant partout une organisation analogue, il doit arriver à plus forte raison ici ce qui a lieu à la suite des myoclasies (n° 12428) : que le mal se reproduit ailleurs que sur le point où d'abord il s'est fait sentir. — Sans doute, sous l'influence du froid humide, il se passe là une modification organique; mais elle n'est pas profonde, n'est pas liée à un état analogue à l'inflammation; elle n'est pas comme celle-ci suivie de changements profonds dans les tissus, de formation de pus, etc. C'est encore le fait de ces névralgies dans lesquelles on ne peut s'élever jusqu'à la connaissance de la lésion qui sans doute existe, mais que l'on ne peut démontrer, ou de ces pallies névriques qui étant en effet des phénomènes morbides très-matériels, n'ont ce pendant qu'une durée assez courte.

12456. Ces considérations ajoutées à celles qui ont été établies à l'occasion du polygraphisme (n° 1113), de l'hémitarthrite (n° 4183), des proomnites (n° 11408), des névralgies (n° 11953), etc., prouvent que l'admission de l'unité rhumatisme est entièrement inutile, et qu'elle présente même les plus grands inconvénients; elle conduit en effet à combattre un être purement fantastique, à chercher contre lui un remède spécial, au lieu de s'occuper des organes possibles, de chercher soigneusement à en constater l'existence, et à combattre des faits matériels positifs.

Lombago.

12457. Sur quelques centaines de cas désignés par d'autres

médecins, sous le nom de lombagos rhumatismaux, nous n'avons reconnu autre chose que des ruptures (n° 12428), ou des distensions (n° 12439) existantes dans quelques fibres musculaires de la masse commune au sacro-lombaire et au long-dorsal. Plus tard, il y eut des récides, et cela à l'occasion des mouvements qui avaient une première fois causé le mal (n° 12429). — Il est même parfois arrivé que la moindre fatigue, que l'action du froid humide ont déterminé le retour des accidents; mais dans tout cela rien ne ressemblait à ce que l'on appelle rhumatisme. — Nous affirmons qu'après interrogation très-attentive, nous n'avons pas vu de cas où ces douleurs de rein fussent, à proprement parler, *rhumatismales*; que très-souvent nous avons trouvé chez des malades, longtemps soignés par d'autres médecins, comme en étant atteints : des rachisophymies, des pyoïes consécutives à des ostéïes, des néphropathies, et principalement des néphro et des urétérolithies (n° 9765, 9768), des angioïes, et surtout des utéïes de diverses sortes (n° 10035, 100158), des névralgies intercostales (n° 11676), lombaires (n° 11682),ombo-sciatiques (n° 11686), des douleurs du colon ou de l'estomac dues à divers états pathologiques (n° 8161, 8260, 8267), etc. Nous ajoutons que nous avons vu des maîtres de l'art s'abuser sur la source de la lombalgie qu'ils éprouvaient, la rapporter au rhumatisme et souffrir longtemps, puis périr à la suite de carcinies ou de toute autre hétérotrophie développées dans le rachis, le sacrum ou les parties voisines.

12458. Mais ce n'est pas seulement aux lombes que de telles méprises ont été faites; des arthrocoxies phymiques (luxation spontanée de nature tuberculeuse), des fémorécosies ou des fémoropyoïes, des syphipériostéïes, etc., ont été maintes fois prises pour des douleurs rhumatismales; et alors que l'on reconnaissait son erreur, il n'était plus temps d'y remédier; c'est ce qui arriva au jeune G..., notre parent, qui, soigné pendant près d'un an pour une prétendue douleur rhumatismale existant dans les reins, portait une rachisophymie suivie, lorsque nous examinâmes le malade, d'une énorme pyoïe étiorachisique (abcès par congestion dont la source était le rachis); or, il eût été facile, si l'on eût persisté et examiné six mois auparavant la colonne vertébrale et alors que G... se plaignait d'en souffrir, de reconnaître la tuméfaction qui existait sur ce point et de combattre le terrible mal que portait le jeune homme. Encore une fois étudions les lésions, leurs causes

et leur traitement; mais oublions, s'il se peut, le nom de la maladie et surtout celui de *rhumatisme*.

12459. La nécrosie des muscles est presque toujours consécutive à celle des vaisseaux ou des organes voisins; elle est étudiée en pathologie chirurgicale, et par conséquent nous ne la mentionnons que pour mémoire.

SYNDÉSMOPATHIES ou SYNDESMIES.

MALADIES DES TISSUS BLANCS, OU DU SYNDESMOSYSTÈME (SYSTÈME FIBREUX).

12460. Nous nous bornerons à indiquer dans cet ouvrage les nombreuses lésions dont le système fibreux peut être le siège (voyez pour leur étude les traités de chirurgie). La plupart des considérations relatives au rhumatisme musculaire (n° 12455) le sont en effet au rhumatisme fibreux; y revenir ici serait complètement inutile. Lors de l'étude des ostéïes, nous aurons peut-être à parler de certaines affections du périoste qui, telles que les syphipériostéïes, les phymopériostéïes, se rapportent à la pathologie iatrique. Quant à l'ensemble des lésions très-nombreuses auxquelles est sujet le tissu fibreux, elles ont assez d'analogie avec les myosipathies, pour que le tableau qui a été tracé de celles-ci (n° 12411) puisse, à part quelques suppressions et quelques additions, être convenablement appliqué aux lésions du tissu fibreux. Il suffira pour cela d'y substituer le mot *syndesmo* à l'expression *myo* pour qu'il y ait à peine quelque autre changement à y faire.

12461. Lors de l'étude des péricardies (n° 1911), des hépaties (nos 8469, 8470), des protoméningies (n° 11943), etc., nous avons assez parlé des affections dont quelques membranes fibreuses des viscères peuvent être atteintes, pour qu'il y ait ici quelque chose à y ajouter; seulement les déplacements ou les métastases que les anciens auteurs disent être si fréquentes entre les affections des régions externes et les membranes périviscérales, ne sont rien moins que démontrées par l'observation. On trouvera du reste dans le Traité de diagnostic (n° 4749) quelques documents sur les syndesmosystémies considérées en général.

formés de substance dure et résistante devraient aussi tous donner lieu par le plessimétrisme à des résultats identiques. Il n'en est rien cependant; appliquez convenablement la plaque d'ivoire sur diverses régions de l'ostéosystème (système osseux), perceutez partout avec le même degré de force, et absolument de la même façon, partout vous aurez des sons divers. Leur timbre, leur intensité seront aussi variables que leur résistance ou que leur défaut d'élasticité : — le crâne donne lieu à un son très-mat et à une dureté extrême; il semble que le choc imprimé par la main y soit complètement amorti ou absorbé. — Les condyles du fémur et du tibia au contraire sont assez sonores et élastiques. — La rotule a encore un son du même genre, mais différent. — Les os du tarse ne résonnent pas comme le fait la région sous-tégumentaire du tibia qui, percutée, produit, il est vrai, un son très-mat, très-sec, accompagné d'un sentiment de résistance au doigt très-marqué; mais on n'obtient pas sur cette région une absorption de son et de choc aussi complets qu'au crâne. — Le fémur et le tibia, bien que très-analogues entre eux par leur organisation, ne produisent même pas exactement les mêmes bruits. — La colonne vertébrale ne retentit pas de la même façon que l'os iliaque, que le sternum, l'humérus, le carpe, les os malaires ou les mâchoires, etc.

12465. Toutes ces différences de résultats plessimétriques dans les diverses parties de l'ostéosystème tiennent à des circonstances variées dont voici les principales : — 1° La structure de chaque os et la proportion de sels calcaires qu'il contient relativement à la quantité de sa trame organique. Evidemment, ces parties sont d'autant plus résistantes et donnent un son d'autant plus sec que le phosphate de chaux y est plus abondant. — 2° L'épaisseur de l'os. — 3° Le sens suivant lequel on le frappe; et, à cet égard, il est un fait cadavérique très-utile à connaître : si, après avoir enlevé les poumons, on place un cadavre sur le ventre et si l'on exécute alors le plessimétrisme sur l'angle des côtes, on obtient un son mat, sec, une sensation de dureté très-marquée; vient-on à faire exécuter cette expérience par un élève qui, versé dans l'étude du plessimétrisme, ne sache pas que la poitrine est vide, il ne manque pas de dire que la trame pulmonaire est indurée sur ce point, et il se montre fort étonné alors que retournant le corps du sujet, on lui fait voir que la poitrine contient seulement de l'air. Tout au contraire, si, dans les mêmes circonstances, l'on plessimétrise les côtes en dedans,

et surtout en dehors de leur angle, on trouve tout d'abord un son et une élasticité très-aériques, qui rappellent les caractères de l'aéropleurie et qui sont en rapport avec la présence de fluides élastiques dans le thorax. La raison de ce fait, qui d'abord paraît extraordinaire, est assez simple : lorsque le doigt percute sur l'angle costal, la direction des côtes est telle, qu'elles forment un plan incliné, et que le choc plessimétrique donne lieu à des résultats en rapport : soit avec la structure et la densité de ces os, soit avec leur étendue dans le sens longitudinal. Il est même vrai qu'alors le rachis communique à la partie de la côte située en dedans de la tubérosité sa dureté et sa matité. — Tout au contraire, si le plessimétrisme est opéré en dehors ou en dedans de l'angle costal, et si l'on frappe perpendiculairement à l'os, qui en ce sens est très-mince, on obtient alors, pourvu que l'on percute avec une force suffisante, des sons en rapport avec les parties situées au-dessous de la paroi thoracique. L'importance de ce fait en pratique est très-grande. Effectivement, lorsque l'on vient à explorer la poitrine de certains malades dont les côtes sont très-courbées au niveau de leur angle, il arrive que l'on trouve un son très-mat et une dureté extrême. — Si l'on n'était pas prévenu de ce qui précède, on prendrait facilement cette matité normale pour la conséquence d'une induration pulmonaire. — Le moyen d'éviter une méprise aussi grossière est de percuter les côtes en dehors et en dedans de leur angle, et perpendiculairement à la surface des points de l'os où l'exploration est pratiquée.

12466. D'autres circonstances peuvent encore faire varier le son dans les divers os ; il en est ainsi : — 1° Des parties plus ou moins dures avec lesquelles ils sont articulés ; — 2° des viscères ; des tissus qui entourent les os, et, par exemple, chacun d'eux, indépendamment du son qui lui est propre et spécial, en présente un autre en quelque sorte sur-ajouté, et qui dépend de la région à laquelle il correspond. Percutez le rachis au niveau du thorax, et vous verrez les vertèbres conserver quelque chose du son thoracique ; pratiquez la même recherche sur l'épine, à la hauteur de l'abdomen, et vous trouverez aux vertèbres lombaires une résonnance abdominale. Il en sera ainsi des autres os du corps ou du squelette ; — 3° des parties qui seront situées précisément derrière le point de l'os sur lequel le choc sera perpendiculairement porté ; ainsi : le sternum, suivant la région sur laquelle il sera frappé, fera retentir des bruits en rapport avec la présence des poumons, du cœur, du

foie, du poumon recouvrant ces organes, des gros vaisseaux partant du cœur, des indurations organiques existantes, des fluides déposés dans la plèvre ou le péricarde, etc. — Ainsi les os du bassin percutes donneront des résultats correspondants aux états divers dans lesquels peuvent se trouver les nombreux viscères situés derrière eux; ainsi le rachis, comme nous l'avons déjà dit, donnera plus ou moins, dans ses diverses parties, les sons des organes qui sont placés anatomiquement au devant du corps des vertèbres. — En somme, les os, présentant quelques-unes des conditions des instruments de médiopercussion (n° 655), remplissent tous plus ou moins l'office de plessimètres, et cet office est d'autant plus complet, que ces parties dures sont plus compactes, plus minces et plus rapprochées des organes dont le son vient se combiner avec celui qui leur est propre. — 4° De la façon dont le plessimétrisme est pratiqué, et ceci nous conduit à indiquer la manière dont il faut s'y prendre pour convenablement percuter les diverses régions de l'ostéo ou du chondrosystème (systèmes osseux et cartilagineux).

Règles pratiques relatives au plessimétrisme des os et des cartilages.

12467. Les os et les cartilages situés extérieurement, et qui sont recouverts seulement par une couche mince de téguments : le crâne, les parties dures du nez, et, chez les gens maigres, le sternum, les côtes et leurs cartilages, les épines dorsales et sacrées, certaines parties du bassin, la rotule, la face antérieure et interne du tibia, etc., pourraient à la rigueur être percutes immédiatement; toutefois, de cette façon, les sons obtenus sont faibles, peu marqués, et les sensations tactiles sont aussi très-obscurcs. D'ailleurs, pour obtenir en suivant ce procédé des résultats très-appreciables, il faut frapper directement assez fort, et cette manière de faire est en définitive plus ou moins douloureuse pour le malade et pénible aussi pour le médecin. Il vaut donc mieux, même dans de tels cas, se servir du plessimètre.

12468. Quand on veut percuter un os, il faut, avec la plaque d'ivoire, déprimer à ce point les parties molles plus ou moins épaisses qui les recouvrent, qu'elles fassent corps, pour ainsi dire, (n° 658), avec la substance osseuse. Là, plus encore qu'ailleurs (n° 658), le plessimètre doit être parfaitement fixé; s'il dévie à droite ou à gauche, les résultats de l'investigation seront tout à fait incertains. Si l'instrument est faiblement maintenu; s'il ne comprime

pas légèrement les parties molles, on obtiendra des sons en rapport avec la structure de la peau, des muscles (n° 12414), ou des autres tissus placés entre la plaque de percussion et l'os. — Quand celui-ci sera superficiel et mince, il faudra éviter de percuter avec force, car on obtiendrait alors le son des parties situées au-dessous; — dans la crainte qu'il n'en arrive ainsi, alors que le choc sera dirigé dans un sens perpendiculaire au plan de la surface osseuse, il sera surtout convenable de frapper avec légèreté. Si l'on veut bien juger de l'état des os peu épais et superficiels, on percuttera un peu obliquement et en effleurant leur surface. — Quand ces organes seront épais, on leur imprimera un choc plus énergique, et cela dans l'intention d'apprécier la dureté et la profondeur qu'ils présenteront. — Il sera possible, à travers une couche épaisse de parties molles, de saisir certains caractères plessimétriques en rapport avec la présence profonde des os; — ceci est vrai du fémur recouvert par une épaisseur considérable de muscles et de la colonne vertébrale, alors que l'on explore la partie antérieure de la poitrine.

Déviation de la colonne vertébrale, influençant sur les sons que le thorax donne antérieurement.

12469. Ceci conduit à une annotation d'une haute importance pratique : — lorsque chez des rachitiques on vient à percuter fortement et profondément la paroi sterno-costale du thorax, il arrive parfois que l'on entend à droite et vers le bord du sternum un son plus mat que celui qui est obtenu à gauche. On serait porté à croire que là existe quelque tumeur profonde ou quelque induration de nature phymique. Il n'en est rien cependant. Si l'on dessine la forme de l'espace où ce son mat existe, on trouve qu'il correspond à une déviation correspondante de la colonne vertébrale, et si l'on percute celle-ci en arrière, on y constate en effet l'existence de cette déviation. C'est pour avoir rencontré chez quelques individus, qui ne présentaient d'ailleurs aucun symptômes de pneumophymie ou de pneumonite, une semblable obscurité de son, que nous sommes arrivés à reconnaître la particularité diagnostique qui vient d'être signalée. Alors nous étions bien éloignés de croire que les résultats du plessimétrisme thoracique en avant pussent être modifiés par la disposition du rachis en arrière. — Quand la colonne dorsale est très-déviée et très-courbée antérieurement, on trouve sur le sternum une matité et une dureté assez prononcées; s'il arrive au

contraire que l'épine soit incurvée en arrière, la région sous sternale est extrêmement élastique et sonore.

Limitation, plessimétrique et graphique des os.

12470. Pour beaucoup d'os profondément placés, il est possible et très-utile, dans quelques cas, soit de limiter exactement les points où l'os existe; soit les lignes de sa circonscription, et cela soit au moyen des sons, des sensations tactiles et plessimétriques qu'il fournit, soit en se servant du dessin. C'est particulièrement dans des tumeurs du fémur donnant lieu à des pyoïes éloignées et accompagnées d'un profond engorgement des parties molles que nous avons tiré parti de ce fait. Il nous est arrivé de reconnaître et de circonscrire ainsi des ostéocèles considérables situées dans la profondeur de la cuisse et qui ne pouvaient être convenablement palpées.—Dans un autre cas où existait un vaste abcès par congestion de la cuisse, et qui longtemps auparavant avait été précédé de douleurs dans le nerf sciatique rapportées par plusieurs médecins à une *névralgie rhumatismale*, il a suffi de percuter la tubérosité de l'ischion et les parties circonvoisines formant une vaste tumeur osseuse, pour reconnaître dans une ostéite la source du pus qui s'écoulait au dehors. — A travers le bassin nous avons pu dans d'autres faits suivre le trajet de fluides provenus de rachisophymies (et cela au moyen de la matité à laquelle les os iliaques donnaient lieu), à partir du point malade jusqu'à une ouverture fistuleuse. — Il en est arrivé ainsi par rapport à des abcès situés au-dessous des parois thoraciques et qui allaient s'ouvrir au loin. — Le même fait aurait lieu pour diverses pyoïes développées dans les os de la face, etc., etc.—Si dans une cavité accidentelle développée dans un os, si dans une articulation perforée, du pus et de l'air venaient à se trouver en rapport, alors et inévitablement, sur le lieu même où le mal aurait son siège, le plessimétrisme ferait entendre le bruit hydraérique (n° 668).

12471. Dans tous ces faits et dans beaucoup d'autres du même genre, la limitation avec le crayon ou avec l'azotate d'argent des points où l'os ainsi que les parties malades sont situés, est d'une extrême utilité : — 1° Dans des fractures où l'engorgement des parties molles est considérable, il peut être très-avantageux de percuter et de dessiner la forme des fragments, et cela dans le but de connaître leur forme, leur position et leur rapport. — 2° Dans des plaies d'armes à feu on peut constater des saillies de l'os faites par

une balle. — Dans des syphostéies on parvient à reconnaître des ostéocécies situées profondément. — Dans des tumeurs de l'os bien circonscrites, il est possible d'apprécier les variations successives de volume que, dans un temps donné, elles peuvent présenter; il suffit pour cela d'en tracer à plusieurs reprises, et à des époques diverses, le dessin plessimétrique, etc., etc.

Autres applications de plessimétrisme à l'étude des ostéies.

12472. D'après la sécheresse du son et la dureté que l'on éprouve en percutant, on arrive à juger du degré de consistance d'un os malade. — De cette sorte on peut, jusqu'à certain point, reconnaître si telle partie du système osseux est durcie, ou au contraire si elle se ramollit. — Les variations dans les sons, dans le degré de résistance au doigt, ont-elles lieu dans diverses régions d'une tumeur osseuse, on pourra de cette sorte avoir des documents utiles sur la composition de celle-ci. — Mais de toutes les applications du plessimétrisme aux ostéies les plus pratiques, les plus éminemment utiles, celles qui ont le plus conduit à des indications thérapeutiques, ce sont à coup sûr les faits de percussion relatifs à la colonne vertébrale et particulièrement à la rachisomalaxie ou rachitisme, et à la rachisophymie ou maladie de Pott.

CHAPITRE II.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE PLESSIMÉTRISME DU RACHIS ET SUR L'OSTÉOMALAXIE OU RACHITISME.

12473. Pour percuter convenablement la colonne vertébrale, il est bon de faire asseoir le malade, de se placer derrière lui, d'explorer alors et de limiter le rachis dans cette position. Ensuite on le fait coucher sur un lit, en ayant le soin de refouler vers les lombes les gaz abdominaux, et cela au moyen de coussins placés sous le ventre, précisément de la même façon que s'il s'agissait du plessimétrisme des reins (n° 9314); on trouve dans cette position le double avantage de faire bomber la région lombaire et de rendre plus faciles à saisir les différences de son existantes entre les vertèbres et les parties qui, par rapport à elles, sont latéralement placées

— Quand ces précautions ont été prises, on palpe avec soin et dans toute la longueur du rachis, les sommets des apophyses épineuses, et l'on indique la série de ces sommets au moyen d'une ligne tracée au crayon ou autrement. Il est encore utile de représenter par d'autres traces noires les points qui correspondent à la crête iliaque et au rebord inférieur des côtes, etc. — On fait aussi éloigner le plus possible les épaules et les épines dorsales, et cela à l'effet de laisser entre ces parties un espace assez large pour que le plessimétrisme y devienne facile. — Percutant alors de chaque côté de la série des apophyses épineuses, on suit pour le faire une succession de petites lignes horizontales qui, partant des points les plus voisins des apophyses dont il s'agit, se portent à cinq ou six centimètres en dehors, et cela, soit à gauche, soit à droite de la rangée des épines vertébrales. Ces lignes transversales qui coupent à angle droit la direction générale du rachis doivent être aussi nombreuses que les vertèbres. — Le plessimètre sera donc successivement appliqué sur les divers points de chacune de ces lignes, et il faudra le tenir de façon à ce qu'il y déprime avec beaucoup de force les parties molles, car il faut le bien fixer sur les surfaces osseuses qu'il s'agit d'explorer. — Le choc de la percussion doit être ici alternativement fort et faible, superficiel et profond. — Or, tant que l'on percute sur des points qui correspondent au corps des vertèbres, le son que l'on obtient est très-sec et la résistance au doigt très-prononcée. — Tout aussitôt que l'on dépasse la limite de ces mêmes corps, on entend et l'on sent très-manifestement des résultats plessimétriques en rapport : 1° dans la région cervicale, avec la présence des muscles ; 2° dans la région dorsale avec les poumons ; 3° dans la région lombaire avec le foie, la rate, les colons, etc. — Après la constatation de ces faits rien n'est plus facile que de tracer, au moyen du crayon dermatographique, le dessin de la colonne vertébrale entière, et d'obtenir la limitation de ces diverses parties.

12474. Ce qui vient d'être dit se rapporte à l'appréciation de la dimension transversale du rachis ; mais si l'on percute avec un certain degré de force sur chaque apophyse vertébrale et si l'on compare ces degrés de sonorité, de sécheresse, de matité, etc., qu'elles donnent, on parvient à saisir, au moyen de nuances variées de dureté ou de matité que l'on obtient, l'épaisseur approximative du corps des diverses vertèbres.

12475. En s'y prenant de cette sorte on peut constater dans

des cas divers : 1° que le rachis présente sa conformation normale et une direction régulière ; — 2° que les courbures légères qui naturellement existent au dos et aux lombes sont exagérées à des degrés variés ; — 3° que cette exagération est souvent beaucoup plus forte en réalité que l'examen superficiel et la simple vue l'auraient d'abord fait penser ; — 4° que les apophyses épineuses paraissant à l'inspection parfaitement droites ; il arrive parfois que le plessimétrisme permet de constater la présence du corps des vertèbres dorsales tout à fait à droite des apophyses épineuses ; alors au niveau de celles-ci on trouve le son du poumon, tandis que beaucoup plus à droite sont obtenus les résultats plessimétriques en rapport avec la masse du rachis ; — 5° que dans de tels cas, au niveau des lombes les corps des vertèbres se rencontrent à gauche des épines dorsales qui, percutés, font entendre une résonnance en rapport avec la présence sur ce point de l'angibrôme ou des autres organes contenus dans l'abdomen. De tels faits ont été dans notre pratique d'une très-grande utilité : chez de jeunes demoiselles que l'on croyait être très-bien conformées, et dont la taille, en s'en rapportant à l'inspection de l'épine, était très-droite, il nous a été maintes fois facile de reconnaître par le plessimétrisme une déviation considérable et de la nature de celle dont il vient d'être fait mention. A l'hôpital de la Pitié, et sur de nombreux malades, nous avons fait voir à notre clinique des faits de ce genre. Ce n'est pas là du reste une découverte récente. En 1828 et 1829, alors que nous étions attachés comme médecin à l'hospice de la Salpêtrière, nous avons reconnu chez les vieilles femmes de nombreux cas de ce genre, et nous en avons fait part à M. le docteur J. Guérin, qui recueillit, vers cette époque et dans notre service, des observations nombreuses sur ce sujet, observations qui ont fait partie de ses belles et utiles recherches sur le rachitisme. Déjà, comme nous croyons le lui avoir dit à cette époque, et au moyen du plessimétrisme, nous avons reconnu chez nos vieilles malades la fréquence extrême des déviations du rachis et le mouvement de rotation des corps des vertèbres, alors qu'ils se dévient latéralement, mouvement d'après lequel les épines restent sur la ligne médiane, tandis que les corps des vertèbres sont, au dos, déviés à droite, et, aux lombes, portés à gauche. Ceci, du reste, n'est en rien une réclamation de priorité ; les travaux de plusieurs orthopédistes et de M. J. Guérin sont bien à lui, comme les recherches sur le plessimétrisme du rachis sont à nous. Il y a même déjà plusieurs années qu'à

l'occasion de discussions sur l'orthopédie, nous parlâmes à l'Académie du plessimétrisme du rachis, alors il y eut dans l'auditoire un murmure improbateur; maintenant que le temps a fait justice des sentiments qui provoquaient ces petites hostilités, on pensera sans doute qu'il est plus convenable d'apprendre à bien percuter le rachis que de se récrier alors qu'il s'agit d'applications nouvelles du plessimétrisme à l'étude des organopathies! — On ne doit jamais oublier, avant d'explorer les poumons par la percussion, de bien rechercher si le rachis n'est pas incurvé à droite et à gauche, car, dans le cas où il en arrive ainsi, rien ne serait plus facile que de prendre pour des pneumosclérosies le corps des vertèbres dévié de sa rectitude naturelle. Cette étude générale de la colonne vertébrale nous conduit à parler de l'ostéomalaxie ou rachitisme. Nous n'en traiterons que d'une manière très-succincte, et seulement dans l'intention de faire connaître les moyens de traitement qui, dans la curation de cette affection, nous ont le mieux réussi.

12476. L'ostéomalaxie ou ramollissement des os a été étudié par nous en 1821, dans l'article qui porte ce nom, et qui fait partie du Dictionnaire des sciences médicales (en 60 volumes). Elle est souvent la suite naturelle des progrès de l'âge, et comme Ribes l'a fait voir, les os des vieillards deviennent plus mous, et contiennent moins de phosphate calcaire que ceux de l'adulte. Le ramollissement des os, souvent local, peut être la conséquence : de troubles dans la circulation des vaisseaux osseux; d'ostéites; d'ostéophymies; d'ostéocarcinies, etc. (Voyez les travaux de M. Gerdy, les Traités de pathologie chirurgicale de Boyer, de MM. Vidal, Nélaton, etc.)

12477. Le mot *rachitisme*, considéré au point de vue étymologique, devrait signifier : *un état régulier du rachis*. Or, tout au contraire, il s'applique à une affection morbide frappant tout aussi bien les autres parties du squelette que la colonne vertébrale. C'est là encore un de ces exemples qui prouvent que la nomenclature généralement reçue n'est en aucune manière supportable.

12478. Sur certains individus, malheureusement trop nombreux, les os dans le jeune âge, et vers l'époque de la puberté, s'infléchissent dans le sens de leurs courbures naturelles, qui alors s'exagèrent. Obéissant à la pression qu'exercent sur eux les parties d'alentour, cédant à la pesanteur qui tend à les entraîner dans des sens divers, s'infléchissant par les contractions musculaires qui agissent surtout vers leurs extrémités, ces organes devenus moins solides

que dans l'état normal, se déforment et altèrent ainsi la configuration des membres et même du tronc. Les travaux qui ont été faits sur ce sujet constituent un art spécial, en partie médical, en partie mécanique, dans lequel nous ne chercherons pas à faire d'excursion. Pour l'appréciation des moyens gymnastiques et mécaniques employés contre les déformations dites rachitiques, nous renvoyons aux travaux si remarquables de MM. Bouvier et Jules Guérin, Duval, etc., sur l'orthopédie, et aux discussions malheureusement trop vives que ces travaux ont provoquées. Nous ne doutons pas que l'emploi bien entendu de ces moyens, dirigés par des hommes de cette valeur, ne doive avoir une grande utilité, et ce qui va suivre ne doit ébranler en rien la confiance que mérite un traitement orthopédique convenable.

12479. C'est en général chez des individus dont l'organisme est peu énergique, dont les tissus sont pâles et mous; chez ceux que l'on dit être d'un tempérament lymphatique et dont la nutrition souffre par une cause quelconque; c'est chez les gens qui menant une vie sédentaire, ayant éprouvé des privations, habitant des lieux où l'air, la lumière et la propreté font défaut, sont nés de parents soumis à des circonstances du même genre, et présentant aussi des déformations osseuses, que l'on voit le plus souvent les différentes pièces du squelette, et surtout le rachis, s'incurver, se fléchir, prendre des formes anormales. Chez de tels individus encore, les côtes et le sternum deviennent facilement le siège de déformations consécutives à celles de la colonne vertébrale. Un très-grand nombre de troubles et de souffrances organiques sont les conséquences de la déformation des os. — Les anomalies dans la forme du thorax sont suivies d'anomotopies pneumoniques, cardiaques (n^{os} 1522, 1549), hépatiques (n^{os} 8370, 8371), etc.; parfois le cœur et le poumon sont, en effet, placés dans des cavités correspondantes aux saillies que forment antérieurement le sternum et les cartilages costaux, et nous avons vu que le poumon de l'un des côtés peut, dans le dos, être en quelque sorte remplacé par le rachis dévié (n^o 12475). Les modifications dans la forme et dans la direction du rachis, à la suite des ostéomalaxies, sont parfois telles: que le diaphragme est très-rapproché du bassin; que le ventre n'a plus qu'une très-faible capacité, cas dans lequel les rachitiques ne peuvent ingérer à la fois qu'une très-petite quantité d'aliments, et vomissent tous ceux qui dépassent une certaine proportion; nous avons

remédié aux accidents qu'éprouvait un homme qui portait une telle infirmité en lui faisant prendre à la fois seulement une faible quantité de substances alimentaires ; mais qui, sous un petit volume, contenaient beaucoup de matières nutritives. Le nombre des repas avait été augmenté, en raison de leur peu d'abondance. Souvent, chez les rachitiques, la tête s'infléchit singulièrement de côté, et un grand nombre de vieillards dont les os sont ramollis, se courbent tellement en avant que le dos est tout à fait rond, d'où résulte que la tête s'incline de plus en plus vers le sol, et cela comme si ces vieillards paraissaient se rapprocher avec les années de leur dernière demeure. — Au bassin, les changements de configuration résultant de l'ostéomalaxie peuvent avoir pour conséquences des altérations de formes funestes sous le rapport de la parturition ; — aux membres, les fémurs et les tibias se courbent, les os du tarse se dévient, se contournent, s'atrophient et prennent cette configuration vicieuse qui a reçu le nom de *pied bot* ; — les os, en général, chez les rachitiques, sont proportionnellement plus volumineux vers leurs extrémités que dans leurs parties moyennes, et l'on dit dans le public que les enfants qui portent cette conformation sont *noués*, etc. — Chez les individus atteints des ostéies dont il vient d'être parlé, des palpitations (consécutives au déplacement fréquent du cœur) et une extrême dyspnée se font souvent sentir. Plus que d'autres ils sont sujets à la pneumophymie ; leurs digestions sont souvent laborieuses ; l'intelligence est parfois très-développée, mais leur caractère est très-ordinairement difficile ; leur esprit caustique est peu porté à la bienveillance. Peut-être que les ennuis sans nombre que causent aux rachitiques leur déformation sont pour beaucoup dans leurs inégalités d'humeur ; mais il semble qu'il y ait aussi dans leurs manifestations intellectuelles quelque chose de spécial, et qu'ils diffèrent des autres hommes autant par leur disposition mentale que par les formes de leur squelette. En général, leurs muscles sont peu développés, ce qui s'explique très-bien par la difficulté que présentent souvent les mouvements chez des gens dont les os sont irrégulièrement développés, et qui prennent moins d'exercice qu'il ne conviendrait à leur santé.

Diagnose.

12480. Il est d'une très-grande importance de découvrir dès le principe les déviations que les os peuvent présenter. Chez les jeunes enfants, la tuméfaction des articulations, la petite dimension et les courbures exagérées du fémur, du tibia, de l'humérus et des

avant-bras, le tout joint à un hyporganisme (constitution faible) plus ou moins marqué, sont des indices d'ostéomalaxie commençante. C'est surtout le rachis que, chez les adolescents, les jeunes gens, et mêmes chez les vieillards, il convient d'examiner. Il faut l'explorer avec le plus grand soin, voir si les épines cervicales, dorsales ou lombaires sont bien disposées sur la même ligne; si quelques-unes ne font pas, dans divers mouvements du tronc, plus de saillie que d'autres. Quand le thorax est déformé, même légèrement, quand une des épaules est *plus haute* que l'autre, il faut surtout s'enquérir, par l'inspection la plus soignée, de la direction des vertèbres, et se rappeler que si elles sont courbées dans un sens en haut, elles le sont aussi en bas, mais dans une direction opposée. Du reste, l'inspection est ici tout à fait insuffisante, et bien qu'une saillie latérale présentée par les muscles des gouttières vertébrales, et surtout au niveau des masses communes au sacro-lombaire et au long-dorsal, mette sur la voie de la déformation rachidienne, alors qu'elle est encore peu marquée, toujours est-il que le plessimétrisme seul fait juger d'une manière exacte des premiers changements que la configuration du rachis présente.

12481. Si l'on suit exactement le procédé de percussion médiate précédemment indiqué (n° 12473), on trouve, pour peu que les corps des vertèbres commencent à se dévier et à éprouver ce mouvement de torsion si bien décrit par M. J. Guérin, et en vertu duquel les épines restent droites tandis que les corps sont contournés, on trouve, disons-nous, que la matité de ces corps ne correspond plus exactement aux apophyses. Elle s'étend plus d'un côté que de l'autre, parfois de quatre à cinq millimètres, ailleurs d'un centimètre ou plus, et ce déplacement finit souvent par être tel, que la saillie apophysaire correspondant encore à la ligne médiane, l'espace limité à droite et à gauche par les transitions de son en rapport avec les bords du rachis se trouve porté sur le côté de deux centimètres et davantage. Lorsqu'une telle déviation dans le dos est observée à droite, elle se rencontre à gauche vers la région lombaire, et son degré d'écartement et d'éloignement par rapport à la ligne des épines est proportionné des deux côtés. — Entre les deux courbures la figure plessimétrique de la colonne vertébrale tracée au moyen du crayon, traverse le plan plus ou moins vertical formé par la série des apophyses de manière à former le milieu d'un S dont les déviations dorsales et lombaires constituent les courbures.

Au-dessus et au-dessus de celles-ci, la colonne se contourne en sens inverse pour reprendre le centre de gravité. — Dans les mouvements de flexion du thorax et de l'abdomen, les déviations latérales dont il s'agit sont moins sensibles que dans la station ou dans l'attitude assise.

12482. Les degrés auxquels les déviations précédentes sont portées varient infiniment ; il importe surtout, à l'effet d'y remédier tout d'abord, de les reconnaître lorsqu'elles sont à peine marquées. Sous ce rapport, le plessimétrisme est d'une extrême utilité, et l'on peut dire, sans crainte d'exagération, que c'est là une de ses plus remarquables applications. — Que de fois n'avons-nous pas ainsi, et alors qu'une mère inquiète nous consultait sur l'état de la poitrine de sa fille, reconnu une déviation commençante du rachis, et n'avons-nous pas, en prenant le mal dans son origine, employé d'utiles moyens de traitement !

Étiologisme ; pathogénisme de l'ostéomalaxie.

12483. En indiquant les caractères généraux de l'ostéomalaxie (n° 12478), nous en avons énuméré les causes principales. — La plupart des auteurs, surtout parmi les anciens, faisant du rachitisme *une maladie spéciale*, considéraient celle-ci comme une proche parente *du scrofule*, comme un vice caché analogue à celui qu'ils appelaient rhumatisme, disposition dartreuse, etc. Le progrès scientifique a fait justice de ces suppositions inutiles et dangereuses. — Si des phymies se développent souvent chez des rachitiques, c'est que de tels individus ont un organisme peu énergique, et qu'ils se trouvent en général dans les conditions qui disposent le plus à la *phymogénie* (nos 4595, 7130). — Si les poumons sont très-souvent, chez eux, le siège de la tuberculisation, c'est que ces organes exécutent mal dans le thorax déformé les fonctions qui leur sont propres (n° 7151), et que l'expulsion des liquides contenus dans les voies de l'air doit ne s'opérer qu'avec peine, alors que les parois de la poitrine ont une configuration vicieuse et peu de solidité, etc., etc. — Rien dans tout ceci ne fait trouver quelque similitude entre les prétendus vices scrofuleux et rachitiques. — Si les gens dont le squelette est difforme sont sujets à des douleurs dans le tronc ou dans les membres, ce n'est pas qu'ils soient *entachés de rhumatisme*, mais c'est que par suite de la configuration de leurs os, les nerfs sont souvent comprimés, gênés dans l'accomplissement de leurs

onctions, et qu'ils deviennent facilement le siège d'halgies plus ou moins rebelles.

12484. En somme, le rachitisme des auteurs est souvent un état complexe fort mal défini, et qui n'est qu'une réunion d'états pathologiques divers, dont l'ostéomalaxie est l'organopathie la plus apparente. Celle-ci tient à une altération profonde dans la nutrition des os, et cette altération paraît n'être autre chose qu'une diminution marquée dans les proportions : soit de la matière animalisée qui entre comme élément dans la trame osseuse ; soit du phosphate calcaire qui donne à celle-ci la dureté qui lui est propre.

Thérapisme.

12485. Ces considérations rapprochées de quelques réflexions relatives aux moyens locaux applicables aux déviations du rachis, nous ont conduit à des résultats heureux dans la curation de l'ostéomalaxie rachidienne.

12486. Nous avons d'abord pensé qu'il était aussi utile d'administrer du phosphate de chaux à des gens dont les os en renferment trop peu, que de faire prendre du fer à des individus dont le sang en contient de trop petites proportions (n° 3871) ou que de prescrire des substances fibrineuses à des hommes atteints d'hypocrémie (n° 3864). — Nous nous sommes ensuite rappelé que les œufs deviennent membraneux lorsque les femelles d'oiseaux n'ingèrent pas de sels calcaires, et qu'ils reprennent leur solidité presque aussitôt que l'on a fait entrer de tels corps dans le régime de ces animaux. — Nous avons encore eu présents à l'esprit les cas dans lesquels les os des femmes enceintes perdent leur solidité alors que le fœtus s'empare d'une grande quantité de phosphate calcaire nécessaire à l'ostéogénie. — D'un autre côté, nous avons pensé que le moyen le plus convenable pour que le phosphate de chaux pût dans l'angibrôme une sorte de digestion qui le rendît apte à être absorbé, c'était de l'y ingérer tel que la nature l'avait combiné dans les tissus des animaux. Cette idée nous a conduit à faire mâcher des os et à prescrire cette râpure aux rachitiques dans les proportions au moins de 30 grammes par jour. — Nous avons choisi des os frais, parce que ces substances, alors qu'elles sont conservées, doivent nécessairement avoir été altérées et plus ou moins astringées. — Il faut que la limaille d'os soit pulvérisée le plus finement possible, et cela pour qu'elle ne forme pas des esquilles susceptibles de blesser la muqueuse gastrique, et pour qu'elle

soit plus facilement altérée par les liquides vivants contenus dans l'estomac.

12487. On a objecté à ce qui précède, que le phosphate de chaux n'étant pas soluble ne pouvait être absorbé. — La réponse à ceci est facile : 1° Les oiseaux pondent des œufs qui contiennent les sels calcaires ingérés dans le tube digestif ; 2° les chiens digèrent les os ; 3° la femme elle-même fournit au fœtus une énorme quantité de ce sel, et il faut qu'elle l'ait pris dans les aliments dont elle se nourrit ; donc, le phosphate de chaux a été, par elle, digéré et absorbé ; 4° le lait dont les très-jeunes enfants se nourrissent contient ce sel en de très-grandes proportions, et c'est avec ses éléments que la nutrition des os s'accomplit ; 5° l'action des liquides gastriques (salive, produits de l'exhalation de l'estomac, etc.) est très-énergique ; il s'opère, dans le tube digestif, des phénomènes de chimie vivante, et des influences électro-moléculaires qui ne sont pas toujours suffisamment appréciées, et qui très-probablement sont telles que le phosphate calcaire peut y être dès lors combiné avec les liquides nutritifs et ensuite absorbé ; 6° l'estomac contient de l'acide chlorhydrique qui, étendu d'eau, enlève aux os leurs parties salines, et les réduit, après une macération prolongée, à leur trame fibrogélatineuse, etc. — Toutes ces raisons, et quelques autres encore, nous ont conduit à administrer aux rachitiques de la limaille d'os, et à lui donner pour véhicule du lait et surtout du riz au lait. Lorsqu'en effet le phosphate de chaux est mélangé avec cet aliment, il est entièrement inappréciable au goût.

12488. Quant aux moyens de réparation des os sous le rapport de la déperdition qu'ils éprouvent dans leur trame nutritive, ils ont consisté, comme il est facile de le prévoir, dans un régime éminemment réparateur et composé de fibrine, d'osmazôme, de jaunes d'œufs, de lait, en un mot, de tous les aliments qui paraissent le plus propres à agir avantageusement sur la nutrition.

12489. Or, des succès nombreux nous ont paru avoir été les conséquences d'un semblable traitement ; il est sans doute impossible d'affirmer que le phosphate de chaux ingéré ait été la cause unique de ces résultats, car pendant son administration, les rachitiques étaient soumis par nous à l'influence d'un excellent régime, de la lumière, d'une température chaude et sèche, en un mot, de tous les moyens qui paraissent être les plus propres à ramener l'organisme à de bonnes conditions. — Quoi qu'il en soit, chez de jeunes

individus dont la colonne vertébrale, depuis plusieurs années, s'infléchissait de plus en plus, et qui ont été soumis pendant quelques mois à l'influence du régime précédent et à l'usage du phosphate de chaux, la rachisomalaxie s'est arrêtée d'une manière rapide. — Les cas nombreux dans lesquels un traitement analogue a guéri la rachysophymie (maladie de Pott), cas dont nous allons bientôt parler, militent encore en faveur de cette méthode dirigée contre le rachitisme.

Emploi du phosphate de chaux dans divers cas.

12490. Si de nouveaux faits viennent à l'appui de ceux qui viennent d'être cités, on sera conduit à administrer du phosphate de chaux aux femmes dont les os, vers l'époque voisine de la parturition, se ramollissent ; seulement il ne faudrait pas en abuser ; car peut-être y aurait-il quelque inconvénient à donner alors, au moyen de l'administration d'un sel calcaire, trop de solidité aux articulations pelviennes. L'usage du fer et du phosphate de chaux serait en apparence indiqué à ce moment où la femme devient pâle, hypémique, et où les os perdent de leur solidité. — Dans les idées précédentes il y aurait beaucoup de danger à faire prendre aux vieillards de grandes proportions de sels de chaux (n° 2047), comme il y aurait de l'avantage à en administrer aux enfants dont la nutrition est languissante, et dont les os présentent cet état des articulations qui les a fait désigner sous le nom *d'enfants noués*. — Les tubercules devenant souvent inoffensifs alors qu'ils s'encroûtent de chaux, on pourrait, chez certains pneumophymiques, donner le phosphate calcaire à de hautes doses.

Moyens locaux, appareils mécaniques, exercices gymnastiques, mouvement volontaire propre à redresser le rachis dévié.

12491. A ces faits relatifs aux moyens généraux convenables dans les déviations de la colonne vertébrale, suites d'ostéomalaxies, des moyens locaux doivent être ajoutés, et des appareils orthopédiques nombreux, variés, ont été proposés. Nous renvoyons pour leur description, et pour le choix qu'il convient d'en faire, aux écrits de MM. Bouvier, Guérin, Duval, etc. Nous avons vu plusieurs de ces appareils, ainsi que les exercices gymnastiques que l'on y a joint, avoir d'excellents effets. Seulement, il est pour nous un fait d'observation, c'est que des moyens mécaniques ou des corsets ne redressent pas tout d'abord le rachis dévié et ne remédient pas au moment même à la torsion des vertèbres ; tout au contraire, un mou-

vement volontairement imprimé, par les rachitiques eux-mêmes, à la colonne vertébrale et au thorax, produit cet effet. Ce mouvement consiste dans une sorte de redressement imprimé à la poitrine et à la portion dorsale du rachis en sens inverse de la déformation existante. — L'homme le plus droit de taille peut, à volonté, se déformer de telle sorte qu'il paraisse tout à fait bossu, et cela en portant en arrière et de côté la colonne dorsale. C'est de cette façon que certaines personnes ont fait simuler des déviations rachidiennes qui étaient alors moulées en plâtre, et présentées à des Académies. Les acteurs imitent aussi très-bien les formes des rachitiques. Or il suffit, encore une fois, de faire exécuter aux rachitiques un semblable mouvement volontaire, mais dirigé de telle sorte qu'il redresse l'épine, au lieu de la courber, pour que l'on ramène le corps des vertèbres au centre de la portion dorsale du thorax, et précisément derrière les apophyses épineuses. Le plessimétrisme permet de constater ce fait de la manière la plus positive (n° 12475). Encore une fois, cette méthode prouve aussi que les corsets et la plupart des appareils généralement employés ne ramènent pas, dans les premiers moments de leur application, la colonne vertébrale vers le lieu où normalement elle doit se trouver. — L'expérience du redressement imprimé au corps des vertèbres par le mouvement dont il vient d'être parlé, et qu'il est plus facile de faire exécuter que de décrire, a été faite à la Clinique un grand nombre de fois, et le plessimétrisme dans tous ces cas a prouvé, jusqu'à l'évidence, que les gens dont l'épine était déviée pouvaient ramener volontairement la colonne rachidienne vers le centre de gravité, et corriger ainsi plusieurs pouces d'écartement ou de flèche.

12492. Chez un assez grand nombre de jeunes filles ou de jeunes femmes auxquelles nous avons appris à exécuter le mouvement dont il s'agit, c'est, il faut l'avouer, avec une peine extrême que nous avons obtenu qu'elles se livraissent assez assidûment à une telle manœuvre pour qu'elles en obtinssent des résultats saillants; mais à la fin, nous y sommes parvenus, et nous avons eu le bonheur de voir se redresser quelques tailles qui paraissaient très-compromises. C'est au médecin à agir fortement sur le moral de ces personnes; à leur représenter les très-grands inconvénients qui, sous le rapport de leur conformation et de leur santé, résulteraient de leur négligence; c'est aux parents à rappeler fréquemment aux enfants la nécessité d'exécuter à chaque instant un mouvement volontaire

d'orthorachitopisme (redressement normal de la colonne vertébrale). Ce n'est en effet qu'avec beaucoup de temps, avec de la persévérance, et avec une ferme volonté de la part des rachitiques, qu'ils peuvent espérer redresser (au moins en très-grande partie) la colonne vertébrale. Nous pensons même qu'à tous les âges ils peuvent améliorer leur situation et leur conformation ; mais pour cela *il faut qu'ils le veulent sérieusement et résolument*, et c'est là ce que l'on est loin de pouvoir toujours obtenir des vieillards. Précisément parce que leurs os sont plus mous, ils pourraient plus facilement se redresser ; il est vrai qu'en même temps leurs muscles sont plus faibles, et que les surfaces articulaires se sont accommodées aux inflexions qu'a prises le rachis ; mais ce n'est pas là une raison pour perdre tout espoir de redressement. Les os, même à une époque avancée de la vie, et alors qu'ils sont soumis à des pressions lentes, sont modifiés dans leurs formes. — Les dents latérales de celles qui tombent se rapprochent l'une de l'autre. — La dernière molaire d'un homme de cinquante ans ayant provoqué l'oblitération de vaisseaux et la carie de la dent voisine, en deux ans, s'est emparée de la place de celle-ci. — Les parois des alvéoles chez les décrépits se ferment et s'effacent, etc. — D'un autre côté, les muscles eux-mêmes, lorsqu'ils sont bien nourris, et lorsqu'ils sont modérément exercés, peuvent encore, chez des gens âgés, prendre du volume et de la force ; la continuité, la persévérance d'action, au physique comme au moral, produisent à toutes les époques de la vie les plus remarquables effets. — Ne croyez donc pas que les années vous empêcheront toujours de devenir plus savants, plus habiles et meilleurs ; sachez bien que la volonté et le temps peuvent beaucoup, et n'allez pas penser qu'à quarante ou cinquante ans vous ne puissiez plus apprendre, ou avantageusement modifier votre organisme.

CHAPITRE III.

| | | |
|----------------|--------------|-----------|
| OSTÉOPHYMIES | } tubercules | { des os. |
| RACHISOPHYMIES | | |

12493. Dans ces dernières années on s'est occupé avec beaucoup de soin du développement des tubercules dans les os. Le peu que nous allons en dire se rapportera principalement à la diagnose et au thérapeutique des phymies, qui trop souvent se développent dans le corps des vertèbres, et sur lesquels M. Nélaton a fait d'intéressantes recherches qu'il sera très-utile de consulter.

Tubercules des os ; leur curabilité ; influence des eaux de Forges (Seine-et-Oise) sur les tubercules des os.

12494. On s'est trop généralement habitué à considérer les tubercules comme donnant lieu à des lésions incurables. Nous avons vu que ceux dont les poumons sont si fréquemment le siège, sont susceptibles de divers modes de guérison (nos 7123, 7124). Peut-être en est-il encore plus souvent ainsi des ostéophymies. — Il y a quelques années, nous avons été appelés à Forges (Seine-et-Oise) à l'effet d'y constater l'efficacité d'eaux minérales que l'on affirmait être très-utiles aux *scrofuleux*. Cependant un rapport avait été fait sur ces eaux, par d'honorables chimistes, qui n'y avaient trouvé aucune substance spéciale, et que l'on pût présumer être susceptible d'agir sur les affections dites *strumeuses*. Quoi qu'il en fût, il se pouvait faire que des principes utiles eussent, lors de l'analyse, échappé aux expérimentateurs ; car la chimie est bien loin d'avoir dit son dernier mot sur les matières organiques et sur les éléments actifs qui entrent dans la composition des eaux minérales. — MM. les docteurs Mailliot, Cherest et moi, nous nous rendîmes donc à Forges. — Nous ne fîmes pas, il est vrai, l'analyse des eaux du pays, mais nous nous livrâmes à celle des affections organiques existantes chez seize ou dix-sept enfants dits scrofuleux. Nous constatâmes chez dix ou douze d'entre eux, des caries de nature tuberculeuses existant dans les articulations du genou, du coude, du poignet, du carpe, ou encore des métacarpiens, des métatarsiens et des phalanges. — C'était au printemps que nous vîmes ces malades et que nous recueillîmes sur

un registre, les faits tels que nous les observions. — On ne fit point d'autre traitement à ces malades que de leur administrer des bains avec l'eau du bassin, que de leur donner de cette eau pour boisson, et enfin, de les soumettre à la vie de la campagne, et cela dans une localité agréable et salubre. — Trois mois après, nous retournâmes à Forges, et nous fûmes tous les trois agréablement surpris quand nous vîmes que chez la plupart des sujets plusieurs des caries osseuses et des fistules multiples étaient guéries; qu'un grand nombre encore s'étaient de beaucoup améliorées, et surtout que l'organisme de ces enfants avait entièrement changé à leur avantage. — M. le docteur Cherest a lu à l'Académie un intéressant mémoire sur ce sujet. — Nous ne pouvons affirmer que de tels succès doivent être attribués à quelque principe spécial existant dans les eaux dont il s'agit; mais il est sûr que des enfants atteints d'ostéophymies graves, auxquels on avait à peine donné pendant leur séjour à Forges des soins locaux, se guérissent ou furent ramenés à un état infiniment meilleur. C'est une chose vraiment surprenante, que les propriétaires de cet établissement n'aient pas tiré plus de parti de faits pareils et si positivement constatés. Sans un peu de savoir-faire les choses vraies ont bien de la peine à être accueillies et reconnues.

12495. Dans un assez grand nombre d'autres cas, nous avons vu des phymelcostées (ulcères tuberculeux des os), ayant leur siège dans la face ou les membres, se guérir, et cela sous l'influence : soit d'un régime animal et réparateur, soit de l'usage intérieur de l'iode de potassium et du phosphate de chaux porphyrisé. Tel fut le cas d'un jeune enfant qui entra dans nos salles avec une carie de l'os malaire sur lequel un stylet boutonné faisait sentir la crépitation; cette ostéie avait donné lieu à une énorme pyoïe de l'orbite et des paupières, et il en sortit un pus abondant et de petits fragments osseux. Tel fut encore le fait relatif à un jeune garçon de sept ans, qui portait à la première phalange du pouce une carie avec fistule datant de plusieurs années, etc. — Telles furent surtout les observations nombreuses de rachisophymie dont il nous reste à parler. — Notons bien que dans les succès dont nous parlons, nous ne comptons pas les cas douteux, et dans lesquels il pouvait s'être agi seulement de fistules cutanées présentant les apparences des phymelcosies ostéiques, suivies de dermatopies (perforations du derme). Nous étions trop en garde contre cette méprise et nous avons eu de trop remarquables succès dans de tels cas (n° 11309),

pour la commettre ; nous n'avons vraiment considéré comme ostéophymiques guéris que les gens chez lesquels nous avons nettement reconnu par l'inspection, la palpation, quelquefois par le plessimétrisme et l'exploration au moyen d'un stylet boutonné, l'affection dont les os étaient le siège.

Rachisophymies, maladie de Pott.

12496. Donner à un mal le nom de l'auteur qui le premier l'a bien fait connaître, est sans doute se montrer reconnaissant pour un service rendu, et en ce sens, le nom de mal de Pott, donné aux tumeurs rachidiennes qu'il a si bien décrites, est un hommage légitime rendu à la mémoire d'un savant utile ; mais ces tumeurs ne sont pas toujours les mêmes. Leur structure et leurs suites sont très-différentes ; elles sont les conséquences d'états organopathiques divers ; de phymies à divers degrés, d'ostéopyoïes, de rachisocarcinies, et parfois peut-être d'ostéites, d'hydatides développées dans les os ; ailleurs, elles peuvent dépendre d'affections des parties molles voisines, étendues aux vertèbres, ou simplement les enveloppant, etc. Il n'y a donc pas une maladie de Pott, mais des affections du rachis dont Pott a judicieusement parlé, et la plus fréquente d'entre elles est la rachisophymie ou l'altération tuberculeuse de la colonne vertébrale, altération tuberculeuse qui, d'ailleurs, peut passer par divers états que représentent les mots suivants : phymorachisite (inflammation tuberculeuse du rachis) ; rachisostéite phymogénique (inflammation des os du rachis donnant lieu à la formation de tubercules) ; rachisophymie (tuberculisation du rachis) ; phymopyoïe rachidienne (abcès tuberculeux de la colonne vertébrale) ; phymospées rachidiennes (cavernes dans le rachis, produites par des phymies) etc. Ceux qui parlent légèrement de la nomenclature devraient bien méditer sur elle avant de la critiquer ! — Supposant les rachisophymies déjà connues par la lecture et l'étude des ouvrages de chirurgie, nous ajouterons seulement à leur histoire quelques annotations qui sont le fruit de notre observation personnelle.

Diagnose des rachisocélies phymiques.

12497. On trouve souvent dans les services de médecine des hôpitaux certaines affections désignées sous le nom de myélite et dont l'anervismie des extrémités pelviennes du rectum et de la vessie est le symptôme principal. Effectivement, chez de tels individus, la souffrance du rachisomyèle est des plus positives, et il arrive

tout à coup que le corps se courbe en quelque sorte à angle plus ou moins droit sur le point où avaient existé autrefois des douleurs, et où l'on admettait qu'il s'agissait de rhumatismes ou de névralgies. Cependant c'est souvent d'une profonde altération du rachis que le malade est frappé. Un fait pareil a même eu lieu dans notre pratique (n° 11710). — De tels exemples doivent apprendre aux médecins à ne pas se contenter de dire qu'un individu est atteint de lombago, de sciatique ou de douleurs nerveuses, mais qu'il est d'une indispensable nécessité de soigneusement examiner la colonne vertébrale.

12498. Les myélopathies (et non pas les myélites) dont il vient d'être parlé, sont, en effet, les symptômes fréquents de rachisocélies, et surtout de rachisophymies. Mieux vaut constater la présence de celles-ci par des caractères physiques positifs, par des signes anatomiques, que de s'en rapporter seulement à des symptômes fonctionnels vagues, nombreux, et qui trop souvent exposent le médecin à se méprendre sur l'existence de maladies graves.

[Caractères diagnosorganiques (de diagnose organique) de la rachisophymie.]

12499. Dans les rachisophymies, l'inspection attentive de la ligne qui représente la série des apophyses épineuses fait paraître, à une époque avancée du mal, une saillie plus ou moins remarquable d'une ou de plusieurs épines vertébrales, et cela a lieu dans deux circonstances : la première, lorsque la tumeur du corps des vertèbres est assez développée pour porter en arrière les apophyses correspondantes ; la seconde, lorsque ce corps ayant perdu, par suite du ramollissement des phymies, sa consistance normale, s'affaisse et cause ainsi un rapprochement entre les vertèbres qui lui sont supérieures et celles qui sont inférieurement placées. Alors l'apophyse correspondante est portée en arrière. — De plus, les muscles des gouttières vertébrales situés à la hauteur de la saillie apophysaire, donnent à la région où ils siègent une apparence bombée qui ne lui est pas naturelle ; l'ensemble de ces altérations de structure a pour conséquence une tuméfaction plus ou moins considérable, et en même temps le tronc est souvent plus ou moins courbé en avant. — Quand le mal est situé au cou ou aux lombes, la palpation permet de constater, mais avec difficulté et souvent d'une manière douteuse, une tuméfaction plus ou moins considérable de la colonne vertébrale elle-même. — Ordinairement, dans la région thoracique, la plupart de ces documents manquent d'une manière plus ou moins complète ; car, d'une part, les côtes y rendent impos-

sible la palpation du corps des vertèbres, et de l'autre, la manière dont ces os soutiennent le rachis, fait que la saillie des apophyses épineuses n'y est que très-peu apparente. — Ce n'est même qu'à une période avancée du mal que les caractères précédents de diagnose organique peuvent être saisis; alors qu'ils sont appréciables le mal a fait de très-grands progrès, les tubercules se sont souvent ramollis et ont suppuré.

Caractères plessimétriques des tumeurs vertébrales.

12500. Le plessimétrisme permet de dessiner, dès les premiers temps de leur développement, les rachisocélies et notamment celles qui sont les résultats du développement de phymies. — Si l'on suit en effet les règles indiquées précédemment (n° 12473), on trouve sur les points du rachis affecté que l'étendue de l'espace allongé où la série du corps des vertèbres est tracée par l'explorateur, y présente une dimension plus grande d'un, de deux, de trois ou même de six centimètres que dans l'état normal; d'ailleurs les points malades présentent une matité supérieure à celle des autres parties du rachis. Il n'en peut être autrement, puisque les os y sont plus épais et plus rapprochés de la peau qui recouvre la paroi postérieure du tronc. — Si l'on vient même à percuter sur les apophyses épineuses, on trouve que les points affectés donnent un son plus obscur que les autres régions de la colonne vertébrale. — Il y a, comme on le pense bien, de très-grandes variétés dans le volume et dans la configuration des phymorachicélies. Le plus souvent elles ont une disposition fnsiforme représentée en haut et en bas par le dessin que l'on a figuré des portions saines des vertèbres, et au milieu par l'étendue transversale des os malades. — Assez fréquemment le développement que l'on trouve à la tumeur est inégal, de telle sorte que de l'un des côtés elle fait une très-grande saillie, tandis que de l'autre elle dépasse à peine la ligne indiquant le bord correspondant des vertèbres. — Du reste, la limitation de la rachisocélie se fait plus facilement sur les points au voisinage et derrière lesquels se trouvent placés des organes contenant des gaz, et partant sonores (les poumons, l'angibrôme), que sur ceux qui correspondent au foie, à la rate ou aux reins.

12501. Lorsque l'on a tracé avec exactitude le dessin plessimétrique de la rachisocélie, et que l'on s'est servi de nitrate d'argent ou de chlorure d'or (à l'aide d'un ingénieux instrument employé par l'un de nos bons élèves, M. Hutin), pour rendre pendant quelque

temps cette marque indélébile, on constate les jours suivants si, sous l'influence du traitement employé, la tumeur diminue ou si elle prend du développement:

12502. C'est en suivant de telles précautions, c'est en explorant attentivement le rachis tuméfié, que nous avons, dans maintes circonstances, reconnu des tumeurs de la colonne vertébrale dont on ne se doutait pas, puis constaté, à la suite d'un traitement convenable, leur diminution et enfin leur disparition.

12503. OBS. I. M. Hip. Ch., robuste et dans la force de l'âge, était depuis longtemps atteint de douleurs vives existant dans le trajet de l'un des nerfs sciatiques; le mal avait commencé par une souffrance aiguë qui tout à coup, à l'occasion d'un saut de quelques pieds de hauteur, s'était prononcée dans la région lombaire du même côté; depuis ce temps, cette souffrance avait continué sans interruption pendant six mois. M. H. C. ne cessa pas de se livrer à ses occupations; nous-mêmes l'ayant examiné une fois, nous crûmes qu'il s'agissait seulement d'une névralgie sciatique. Plus tard, la persistance des accidents nous conduisit à examiner avec soin la colonne vertébrale; la palpation ne nous y fit rien découvrir; mais le plessimétrisme nous permit, par les moyens d'investigation précédemment indiqués, de constater que la région lombaire était le siège d'une tuméfaction qui s'étendait au Join et jusqu'au voisinage du bassin. MM. Velpeau et Nacquart ont vu avec nous ce malade sur lequel la colonne vertébrale se dévia plus tard de la manière la plus évidente. Le malade se rétablit en quelques mois, et cela sous l'influence du traitement dont il va être parlé.

12504. OBS. II. — M. Th., homme robuste et âgé de 25 ans, attribuait à un rhumatisme des douleurs sciatiques et lombaires dont il était atteint. Il avait contracté ce mal en Afrique, et avait éprouvé des accidents syphilitiques. De plus, il s'était livré à des excès de tout genre. — Depuis six mois, on combattait la névralgie par tous les moyens préconisés contre le rhumatisme. — L'exploration de la colonne vertébrale, au moyen du plessimétrisme, nous fit tout d'abord reconnaître et dessiner une augmentation considérable dans le volume du rachis à la région lombaire, qui était déviée et déformée. Ce malade fut soigné par nous pendant quelques semaines; M. le Dr Mailliot pratiqua l'acupuncture, et dirigea à plusieurs reprises sur le lieu affecté un courant électrique. — M. Th., qui d'ailleurs était d'un caractère très-peu patient, y

renonça bientôt; mais il continua avec persévérance l'usage de l'iode de potassium et du phosphate de chaux que nous lui avions prescrits. — Nous ne revîmes M. Th., qui s'était marié, qu'à quelques années de là. La guérison avait eu lieu, mais d'une manière bien singulière et bien triste. — La colonne vertébrale est chez lui composée de deux pièces, maintenues en rapport par des productions fibreuses, qui contenant à coup sûr le rachisomyèle à peu près intact, probablement ne sont autres que les méninges myéliques et que le périoste vertébral. — Il existe à la région lombaire une véritable solution de continuité du rachis dont les deux parties sont séparées par un intervalle de plusieurs centimètres : quand M. Th. est assis, et lorsqu'il s'agit de le transporter d'un lieu à un autre, s'il arrive que l'on soulève le thorax, le bassin reste immobile sur le siège, et celui-ci peut aussi être remué sans que la colonne dorsale exécute le moindre mouvement. Nous avons décidé ce malade à porter un appareil mécanique propre à fixer d'une manière absolue le rachis sur le bassin. M. Th. trouve que depuis ce temps la colonne vertébrale a pris quelque solidité. — S'il suivait régulièrement nos conseils, il continuerait l'usage du phosphate de chaux, qui, très-probablement, contribuerait à donner aux débris fibreux du rachis la solidité d'un os. (Consultez sur la formation des os accidentels l'article d'érudition *Ostéogénie* publié par nous en 1819 dans le Dictionnaire des Sciences médicales.)

12505. OBS. III. Mademoiselle B. âgée alors de 10 ans, d'une santé très-robuste, d'une bonne constitution, n'ayant point eu de tuberculeux dans sa famille, éprouvait depuis plusieurs mois dans l'une des extrémités inférieures, une vive douleur que plusieurs praticiens considéraient comme une sciaticonévralgie, et avaient traité en conséquence. Nous rendons avec plaisir cette justice à la mémoire de Lisfranc, qu'ayant été appelé en consultation par les parents de cette malade dont il était le médecin, il fut frappé des résultats que nous obtînmes, et de l'exactitude, dans ce cas, du dessin que nous fîmes du rachis au moyen du plessimétrisme. Lisfranc en témoigna bien haut sa surprise, et donna à de telles recherches une approbation sans réserve. Bien des gens parlant mal de Lisfranc, qui en consultation n'agissent pas aussi bien. Toujours est-il que nous limitâmes avec soin la colonne rachidienne, et qu'au niveau de la dernière vertèbre dorsale, nous constatâmes, par la percussion médiate, l'existence d'une rachisocélie considérable. Celle-ci était surtout déve-

loppée du côté correspondant à celui où la cuisse était douloureuse; elle dépassait de plus de quatre centimètres la ligne tracée au niveau des limites du corps des vertèbres. Le dessin de la tumeur fut reproduit sur le papier, et cela avec le plus grand soin, et son exactitude constatée par Lisfranc, M. Mailliot et moi. — La jeune malade fut soumise au repos le plus absolu; nous plaçâmes plusieurs cautères au voisinage de la cuisse, et nous fîmes prendre à M^{lle} B. et avec beaucoup de régularité, pendant plusieurs mois, soit de l'iodure de potassium à la dose de deux et trois grammes par jour, soit des os finement râpés dans les proportions de trente grammes dans les 24 heures. Or, un mois après le commencement de ce traitement, une nouvelle figure plessimétrique de la tumeur permit de constater dans la dimension de celle-ci une diminution de deux centimètres, et en moins de six mois le volume du rachis dépassait à peine sur le lieu malade, l'étendue transversale des autres points de la colonne vertébrale. — Un an après, il ne restait plus qu'une très-légère courbure de l'épine au niveau de la dernière vertèbre dorsale, qui avait fait une saillie assez prononcée. Les douleurs avaient depuis très-longtemps complètement cessé; actuellement mademoiselle B., parvenue à l'âge de quatorze ans, est tout à fait bien portante, et la déformation est à peine apparente. — Dans les faits observés dans notre service et dont M. le Dr Mailliot a recueilli quelques-uns, il est encore fréquemment arrivé que des malades entrés à l'hôpital pour une sciaticévralgie (n° 11687), dont on les avait longtemps traités, portaient en définitive des rachisocèles qui devenaient très-apparentes tout aussitôt que l'on arrivait à percuter convenablement la colonne vertébrale. Ne sait-on pas que des médecins de premier ordre se sont laissé bien longtemps abuser par la supposition de l'existence d'un rhumatisme des muscles lombaires dont ils se pensaient atteints, alors que plus tard ils ne virent que trop qu'il s'agissait de rachisocèles !

Symptomalogisme; athogénisme.

12506. Les symptômes des rachisophymies ne sont autres que ceux des myélopathies (n° 11522, 11765, 11769, 11869) et quelquefois même la plupart des indices d'une souffrance myélique viennent à manquer. Tel fut le cas de M. T. qui, pendant longtemps, ne se plaignit d'autre accident que d'une douleur très-vive ayant pour siège la profondeur de l'épigastre; à quelques mois de là, ce malheureux éprouva tout à coup, au niveau de la dernière vertèbre dorsale et de

la première lombaire, une telle inflexion du tronc, qu'il se courba vers ce point presque à angle droit (n° 11710, note). Le plus souvent, comme pour toutes les chronomyélies, se prononcent dans ces cas des douleurs, des fourmillements, des crampes, et cela dans les parties qui reçoivent leurs nerfs des régions de la moelle situées au-dessous de la région affectée; par conséquent dans les extrémités, et surtout dans les inférieures. En même temps ont lieu des anervismies de la vessie et du rectum (n°s 11769, 11869). De tels phénomènes doivent donner l'éveil sur l'existence d'une rachisophymie commençante. Toutes les fois donc que ces accidents se déclarent, soit isolément, soit collectivement, il ne faut pas se contenter de dire qu'il s'agit d'une myélite (ce qui souvent serait faux), ni penser seulement qu'une myélopathie existe (car une telle diagnose serait thérapeutiquement très-insuffisante); mais c'est un devoir de conscience d'explorer attentivement le rachis au moyen de la diagnose organique (n° 12473). On doit alors faire coucher le malade sur le ventre, et plessimétriser très-exactement la colonne vertébrale; ce serait *une très-grande faute pratique, et qui conduirait au plus déplorable traitement, que d'agir d'une manière différente.* — De ce qu'il n'y aurait de sciaticévralgies que d'un côté, il ne faudrait pas en déduire que le nerf seul est malade, et que le rachisomyèle est tout à fait exempt de lésion. Dans plusieurs de nos observations, en effet, nous avons vu les vertèbres lombaires être tuméfiées alors qu'il existait d'un seul côté une douleur névrosiatique. On conçoit, en effet, que dans les cas où le mal a son siège au-dessous de la division de la moelle en nombreux filets, il se peut faire que la compression porte exclusivement sur une partie de ces derniers.

12507. C'est, en effet, par compression (n° 11769) que le plus souvent agit la rachisophymie pour déterminer : soit les symptômes dont il vient d'être parlé; soit les accidents si graves et souvent mortels qui se déclarent successivement (l'anervismie complète des extrémités inférieures du rectum et de la vessie, les dermonécrosies sacrées et trochantériennes (n° 11378)). Cette compression a lieu : 1° lorsque la tumeur a fait de très-grands progrès vers le canal rachidien ; 2° lorsque des pseudoméninges ou des accumulations de liquides, de substances solides se forment entre les membranes de la moelle, ou au-dessous du périoste qui tapisse le canal vertébral ; 3° lorsque des épanchements purulents circonscrits se forment à l'entour du rachisomyèle ; 4° alors que des esquilles ou des inégalités

dues à la saillie que forment les débris du corps des vertèbres modifiées dans leur position, viennent à se porter sur la moelle rachidienne, etc. — D'autres fois, mais ce cas est plus rare, le trouble organique se communique par la médiation des membranes devenues adhérentes et de leurs vaisseaux jusqu'au rachisomyèle lui-même ; de là des lésions de texture, et des symptômes en rapport avec des phlegmasies (n° 11952, 11972), des pyoïtes (n° 11994), des pyoïes (n° 11994), des malaxies, des phymies myéliques, etc. Tel fut, par exemple, le cas de cette femme dont nous avons donné l'histoire, et chez laquelle la moelle fut divisée par suite d'une pyoïe rachisophymique (n° 11964, note). Tels furent aussi quelques autres faits observés dans notre service, et dans lesquels il s'agissait de gens qui, parvenus à la dernière période de rachisophymies, vinrent périr dans notre service. M. le Dr Mailliot a recueilli quelques-uns de ces mêmes faits, tous plus ou moins remarquables par l'exactitude de la diagnose plessimétrique, exactitude constatée par l'ouverture des cadavres, etc. C'est aux Traités de chirurgie que nous renvoyons pour les détails d'anatomie pathologique que ce sujet comporte.

Prognose, thérapeutique.

12508. Les tumeurs de la colonne vertébrale désignées sous le nom de mal de Pott sont généralement considérées comme présentant une extrême gravité ; malgré l'application réitérée de cautères, malgré l'emploi de médicaments amers ou toniques, presque toujours nous avons vu dans notre service, ou dans celui des autres médecins, la rachisophymie suivie de paraplégie, de dermonécrosie sacro-coccygienne et de mort. — Depuis six ans, au contraire, que nous employons à l'intérieur, à des doses assez élevées, le phosphate de chaux et l'iodure de potassium, nous avons obtenu des succès fort remarquables. — Indépendamment de ceux qui viennent d'être cités (nos 12503, 12504), nous avons vu dans un assez grand nombre de cas, le mal s'arrêter de la manière la plus inespérée, et parmi les observations de ce genre, nous citerons les suivantes :

12509. OBS. IV. Une rachisophymie considérable de la région dorso-lombaire existant chez un enfant de trois ans, traitée par l'iodure de potassium, le phosphate de chaux et les cautères, diminua d'abord de volume, et finit en quelques mois par se dissiper de telle sorte, que la seule trace du mal qui reste actuellement, et alors que trois ans se sont écoulés depuis cette époque, consiste dans une

saillie assez marquée de la dernière vertèbre dorsale. (M. Mailliot a donné aussi des soins à cette petite malade.)

12510. OBS. V. Une affection absolument semblable s'est développée à l'âge d'un an chez la sœur de la malade dont il vient d'être parlé. Le mal s'est déclaré il y a dix mois, et en peu de temps le même traitement, moins les cautères, en a arrêté les progrès.

12511. OBS. VI. Une tumeur de la colonne rachidienne au cou s'était développée chez une fille de sept ans, qui déjà portait une fistule de l'intestin, vers la région de l'aîne. De cette fistule s'écoulaient abondamment des matières. Plusieurs os étaient aussi chez cet enfant le siège de phymies ulcérées. — L'affection du rachis avait attaqué la plupart des vertèbres cervicales jusqu'à la base du crâne. La tumeur était énorme, et présentait aussi une ouverture fistuleuse. Ce malheureux enfant, qui ne pouvait remuer la tête, avait ses membres contracturés. En un an, et sous l'influence de l'iodure de potassium, du phosphate de chaux, du sous-carbonate de fer, d'un régime réparateur, l'amélioration fut telle, que la fistule du cou était tarie, et la tumeur réduite d'un tiers. Les membres avaient alors repris leur mouvement, mais la fistule de l'intestin pour laquelle M. le Dr Jobert fut appelé par nous en consultation, persistait encore. Nous avons depuis perdu de vue cette malheureuse jeune fille.

12512. OBS. VII. Une jeune fille nous fut adressée par l'un de nos honorables confrères de Melun pour une vaste cèlie rachisophymique développée dans la région dorso-lombaire. La dimension transversale de la tumeur présentait au moins quinze centimètres. Les jambes étaient affaiblies et la constitution très-détériorée. La jeune malade paraissait dévouée à une mort très-prochaine. — Nous lui fîmes successivement appliquer plusieurs cautères, et elle prit à des doses élevées, soit du phosphate de chaux porphyrisé, de l'iodure de potassium et de fer, soit une nourriture aussi réparatrice que l'hôpital le comportait. La tumeur dessinée et mesurée, en quelques semaines diminua de beaucoup. Cinq mois après, elle ne présentait pas la moitié de sa dimension primitive. L'organisme était revenu à des conditions infiniment meilleures, et la jeune fille était si bien, que les parents la reprirent auprès d'eux, et promirent de suivre de point en point une consultation par écrit que nous leur donnâmes, et dans laquelle nous avions conseillé la continuation du même traitement; mais celui-ci fut bientôt abandonné. — Six mois

Plus tard, la malade rentrait dans la salle Sainte-Geneviève. La tumeur avait de nouveau considérablement augmenté de volume, et le tressaillissement ainsi que la palpation permettaient alors de trouver quelques pouces au-dessous d'elle, et sur l'un des côtés de la région lombaire, une énorme tumeur présentant au doigt et à l'oreille une matité absolue des liquides, et à la main une fluctuation profonde. Nous pratiquâmes une incision à cette tumeur secondaire. Il s'en écoula plusieurs onces de pus. — Le traitement précédent fut repris avec une grande persévérance, et en quelques mois la sonorité de la région lombaire reparut. La plaie extérieure se cicatrisa, et la rachisocélie primitive diminua dans de très-grandes proportions. — La jeune fille se rétablit si bien qu'elle est repartie pour Melun dans un état de santé très-satisfaisant, et que depuis ce temps nous n'avons plus entendu parler d'elle.

12513. OBS. VIII. Une femme âgée de 16 ans, réduite à une extrême indigence, fut apportée par une jeune juive tout aussi pauvre, mais de cœur et de courage. Celle-ci traversa tout Paris, portant sur ses épaules sa misérable compagne dont les membres étaient contracturés et immobiles, dont le corps était courbé en deux, et qui, d'une extrême maigreur, et hypémique au suprême degré, portait une énorme rachisocélie dorso-lombaire de nature évidemment tuberculeuse. Cette fille est à l'hôpital depuis un an, et un abcès par congestion s'est ouvert à l'aîne gauche; il a donné issue à une assez grande quantité de pus dont la proportion diminue journellement; chose remarquable, sous l'influence du traitement précédent (nos 12503, 12508, 12517), la tumeur a diminué de plus de moitié, les membres inférieurs ont repris du mouvement, et la constitution est infiniment améliorée. La malade n'est pas complètement rétablie; mais il y a vraiment lieu d'espérer qu'elle guérira.

12514. OBS. IX. Une septuagénaire, non moins misérable que la juive dont il vient d'être fait mention, entra vers la même époque à la Pitié. Cette malheureuse portait une énorme rachisocélie cervicale. Il semblait que son cou fût soudé avec l'occipital, car il était impossible qu'elle exécutât le moindre mouvement de la tête, et la palpation ne permettait pas de suivre un point de démarcation entre les vertèbres et le crâne. La nuque présentait une forme allongée et arrondie dont la convexité était postérieure. Le cou était évidemment très-allongé, et la tête tout à fait inclinée sur la poitrine. Cette femme se sentait très-affaiblie des extrémités, qui présentaient de la

raideur, et quelque difficulté à être étendues. De plus, la sensibilité y était peu marquée, il n'y avait pas d'anervismie cysturique, et la vessie ne se distendait pas par l'urine. — Du reste, cette femme était maigre et hypémique. Aucun symptôme ne se prononçait vers le cœur ou vers le poumon. Nous croyions, il faut l'avouer, à une mort prochaine, mais cette croyance ne nous empêcha pas d'avoir recours à l'iodure de potassium, au phosphate de chaux, à l'application de plusieurs cautères à l'entour de la tumeur; la tête fut soutenue avec un bandage approprié. Notre prognose fut heureusement déçue : peu à peu la tumeur décrut sensiblement, le cou se redressa, les douleurs que la malade éprouvait se calmèrent, le mouvement se rétablit au moins en partie, les membres cessèrent d'être raides et contracturés, et cette malade est encore dans nos salles présentant un état des plus satisfaisants. Le mal se réduit à une déformation de beaucoup moins marquée que celle qui existait lors de l'entrée. En définitive, elle reste dans notre service plutôt à raison de son âge et de sa misère que pour cause de maladie.

12515. Tels sont les principaux faits de rachisophymie que nous avons observés; ils n'ont pas été choisis dans un très-grand nombre d'autres, et ceux qui se sont présentés dans notre service en dehors des précédents, se rapportent à des gens entrés dans un tel état qu'il n'y avait presque rien à espérer, et qui ont promptement succombé. Nous nous rappelons même de trois cas dans lesquels les malades qui avaient pris très-longtemps de très-fortes doses d'iodure de potassium et de phosphate de chaux sont restés près de 18 mois dans nos salles, et sont sortis dans un état moins fâcheux que celui qu'ils présentaient lors de leur entrée. La femme qui périt avec la moelle coupée par un abcès (n° 11964, note), vécut ainsi, contre toute croyance, pendant près de deux ans.

12516. Quand on rapproche de tels résultats des succès si nombreux que présente le traitement de la *maladie* de Pott, tel qu'il est généralement employé (n° 11964), on ne peut guère rapporter au hasard soit la guérison des malades dont il vient d'être parlé, soit l'amélioration très-grande survenue dans leur état.

12517. Les principales bases du traitement que nous avons opposé aux rachisophymies sont les suivantes : — 1° Nous avons soumis nos malades au repos, parce que le poids du corps portant sur les vertèbres ramollies par l'état tuberculeux, augmente la

gravité du mal, et peut occasionner l'inflexion rapide du rachis et l'affaiblissement du corps des vertèbres malades. S'il s'agissait de légers symptômes du mal à l'état initial, et que le malade se refusât à garder le repos le plus absolu au lit, nous lui recommanderions d'éviter surtout la station prolongée (1). — 2° Voyant le plus souvent la rachisophymie se développer chez des individus dont la constitution est détériorée, nous soumettons ceux-ci, autant que possible, à l'influence d'une nourriture réparatrice, d'un vin de bonne qualité, à celle d'un air pur, d'une lumière vive, etc. — 3° Cherchant à remédier à quelque cause inconnue qui préside au développement des tubercules, nous avons recours à l'iodure de potassium que nous administrons (comme s'il s'agissait de la pneumophymie nos 4693, 7179) à la dose d'abord de 50 centigrammes matin et soir, nous l'avons successivement élevée aux proportions de 3 grammes par jour que nous continuons pendant toute la durée du traitement. — 4° Considérant que les os dans de tels cas contiennent peu de phosphate de chaux, et sont généralement assez mous; que les vertèbres malades perdent presque complètement ce sel; que la rachimomalaxie est améliorée et se guérit par l'usage de ce médicament (nos 12508); que l'on peut raisonnablement croire à son absorption (nos 12486); que les phymies pulmonaires deviennent inoffensives quand elles sont converties en masses calcaires; que ce sont le plus souvent de jeunes sujets dont les os sont peu durs qui sont plus exposés à la rachisophymie; que l'âge où l'on trouve en abondance dans les poumons des tubercules crétacés est la vieillesse, etc., nous donnons à nos malades 30, 60, 90, grammes de limaille très-

(1) Les affections de la colonne vertébrale ou de la moelle sont fréquentes chez les médecins. N'est-il pas bien singulier et bien triste en même temps de voir trois chirurgiens des hôpitaux atteints en si peu d'années d'affections rachidiennes, et un professeur de la Faculté être frappé d'une myélie dans laquelle les os peuvent être malades? Serait-ce la station prolongée durant les visites de l'hôpital (surtout lorsqu'en même temps le corps se courbe en avant à l'effet d'explorer les malades) qui seraient en partie les causes de tels accidents? Ces visites sont fort pénibles, et prolongées elles causent des douleurs de reins, des lassitudes extrêmes dans les extrémités inférieures et même de la fièvre. Il est bon de prendre la précaution de faire suivre pendant le service d'un infirmier portant une chaise assez haute pour qu'assis on puisse commodément examiner les malades. Cette cause de fatigue est si grande que tout autre exercice, tel que la marche, les longues courses, ne nous causent jamais de lassitude, tandis que la visite de l'hôpital a toujours été pour nous très-pénible.

fine d'os frais et compactes comme nous l'avons fait dans les cas rachitisme, et nous persévérons dans l'emploi de ce remède pendant plusieurs mois (1). — 5° La plupart de ces individus étant hydriques, nous joignons à ces moyens l'emploi du sous-carbonate de fer; — 6° enfin, pour ne pas inutilement nous écarter des méthodes thérapeutiques reçues, plutôt que dans la conviction que de nouveaux moyens soient vraiment utiles, nous faisons appliquer successivement plusieurs moxas ou plusieurs cautères sur les téguments qui recouvrent les points malades de la colonne rachidienne. Puis, par des succès ultérieurs, obtenus par d'autres ou par nous, constatons de nouveau l'influence heureuse du traitement que nous proposons !

CHAPITRE IV.

ARTHROPATHIES OU ARTHRIES. — Maladies des articulations.

12518. Nous avons établi dans diverses parties de cet ouvrage les notions pathologiques relatives aux articulations qui se rapportent à la médecine proprement dite; ainsi, lors de l'étude de l'hémipararthrite (n° 4142), de l'hémagrie (n° 4641), nous avons parlé de nombreuses altérations que les jointures peuvent présenter dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la goutte. Ailleurs, nous avons fait mention des arthritopyoïes si fréquentes à la suite de la gale, de la pyémie et de la pyémie (nos 4451, 4513). Nous avons même eu l'occasion de dire quelque chose de la diagnose des affections coxo-femorale et sacro-iliaque (nos 12144, 12233). Les autres arthropathies rentrent toutes dans le domaine de la chirurgie. Les unes sont considérées comme des arthrites de causes traumatiques ou locales; d'autres ont reçu le nom d'hyarthroses, et se rapportent à des collections séreuses dans les jointures. On a réuni sous le nom de tumeurs blanches presque toutes les affections chroniques dont

(1) Les considérations précédentes nous conduisent à faire des expériences sur l'emploi du phosphate de chaux dans la pneumophymie, et M. Andral doit en faire de son côté. Nous rendrons compte plus tard des résultats que nous obtiendrons.

atures sont susceptibles. M. Velpeau adoptant le mot arthropathie, a fait justice de cet abus. Nous nous bornerons ici à établir le tableau général des arthries, qui offrira pour les Traités de chirurgie un cadre à peu près complet.

| | | | |
|--|-------------------|-------------------------|--|
| ro in- vie | pathie | affection ou maladie | Des articula- tions, des membra- nes syno- viales. |
| | dys ou anomotopie | déplacements, luxations | |
| | célie | tumeurs | |
| | macrosie | augmentation de volume | |
| | ectasie | dilatation | |
| | hydrie | épanchement aqueux | |
| | aërie | épanchement d'air | |
| | traumie | blessure | |
| | diastase | écartement | |
| | trypie | perforation | |
| | hémie | congestion | |
| | ite | inflammation | |
| | plastie | fausses membranes | |
| | pyoïe et pyoïte | abcès | |
| | rhagie | hémorrhagie | |
| | rhée | écoulement séreux | |
| | elcosie | ulcération | |
| | ostéie | ossification | |
| | lithie | concrétion | |
| | phymie | tubercules | |
| | carcinie | cancers | |
| | agrie | affection gouteuse | |
| | algie | douleur | |
| | nécrosie | gangrène | |

PHONOPATHIES OU PHONIES,

MALADIES DE LA VOIX ET DE LA PAROLE.

519. La voix ainsi que la parole ne peuvent être malades, car ce sont les résultats de l'action de diverses parties, et ne sont pas des mêmes des organes. Ce n'est donc pas contre les altérations que les actions présentent, mais bien contre les affections des instruments qui en sont chargés, qu'il convient de diriger un traitement. Or, dans diverses parties de cet ouvrage, nous avons parlé de ces organes. Nous renvoyons en conséquence pour l'histoire de ces affections : 1° aux laryngies (nos 5653, 5802), à la laryngite (n° 6277), aux laryngelcosies (n° 6474), aux laryngophymies (n° 6523); 2° aux laryngites (n° 6222), aux pneumopathies (nos 7212, 7960), aux rhinopathies (nos 5648, 5653); 3° aux pharyngies et aux amygdalies (nos 7460,

7841), aux stomaties (n° 7840); 4° à l'épidiaphratopie (n° 3974, 3989); 5° aux octonévries (maladies de la huitième paire) (n° 11795); 6° aux encéphalies et aux rachisomyélies (n° 11731, 12127); 7° aux myosies (n° 12410) et aux arthries (n° 18318), etc. Sans compter encore que l'histoire de l'hypémie, de l'hydrémie, etc., etc., fournirait quelques documents utiles pour l'étude des troubles dont la voix et la parole sont susceptibles. Les altérations survenues dans cette dernière sont le plus souvent liées à des encéphalies, et notamment à diverses anomopsychismies ou folies (n° 12321, 12333). Ce qui est une preuve de plus que tout se lie dans l'organisme, que les souffrances d'un organe peuvent être seulement comprises au moyen de l'étude attentive et suivie des autres appareils fonctionnels; que les monographies telles qu'elles sont généralement faites ne répondent pas à l'idée générale que l'on doit se faire de la science et de la pratique; qu'enfin, dans la profession de médecin, il ne peut y avoir de bons spécialistes que ceux qui, après avoir approfondi l'ensemble de la pathologie, se sont ensuite occupé avec savoir, habileté et persévérance de quelques-unes de ses parties.

12520. Voici le tableau de quelques-unes des altérations de la voix et de la parole considérées comme symptômes de lésions organiques nombreuses et variées (n° 12519).

TABLEAU DES ALTÉRATIONS DE LA VOIX ET DE LA PAROLE.

PHONISME — fonction de la voix.

PHONISMIES — altérations morbides dans les fonctions de la voix.

| | | |
|-------|-------------------------------------|-------------------------|
| HYPER | } PHONISMIE — altération de la voix | { en plus. en moins. |
| HYPO | | |

ANOMOPHONISMIES — aberrations de la voix.

APHONISMIES — défaut de voix.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

DU

TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

12521. Par l'histoire de la folie nous avons terminé la rude tâche que nous avons entreprise et qui nous a coûté dix ans d'un travail assidu. Nous y avons même ajouté des mémoires séparés sur diverses affections dont les muscles, les tissus blancs, les os peuvent être atteints.

12522. Après avoir étudié d'abord les souffrances organiques dans la production desquelles les lois de la mécanique et de l'hydraulique ont une importance de premier ordre, ainsi qu'il en arrive pour les cardiopathies, après avoir étudié les états pathologiques en rapport avec des faits chimiques comme nous l'avons fait pour certaines anémies (nos 3923, 4248), et pour les angiairies (n° 5976), nous nous sommes peu à peu élevés à la connaissance de lésions plus obscures. Passant en revue le vaste champ de la pathologie, nous avons cherché à élucider l'histoire des affections propres aux organes des sens et aux centres nerveux, et nous avons terminé notre travail par des recherches consciencieuses sur les perturbations de l'esprit. — Ainsi a été parcouru le vaste cadre que nous nous étions tracé en passant du connu à l'inconnu, du simple au composé, du matériel pur au matériel voisin de la pensée ; et là, plus encore qu'ailleurs, nous avons vu l'indispensable nécessité d'appeler la médecine au secours de la philosophie, et la philosophie à l'appui de la médecine.

12523. Les premiers échelons de notre étude ont été des phénomènes grossiers et tangibles, les derniers ont été des considérations sur l'âme, voisine elle-même de Dieu (n° 12366).

12524. Dans les diverses parties de cet ouvrage, nous avons été, suivant les cas, et en nous bornant aux inductions de l'observation rigoureuse, tantôt mécanicien (n° 1657) ou chimiste (nos 4652,

12486), tantôt solidiste (n° 12444) [ou humoriste (n° 3748), organicien dans l'appréciation des phénomènes sensibles et modifiables de l'économie (n° 2109, etc.), vitaliste au point de vue du psyché considéré comme animateur premier, et coordonnateur des organes en action (n° 12366).

12225. Notre système a été de n'en pas avoir d'exclusif, et notre désir a été toujours de nous renfermer dans l'observation attentive des faits et dans les inductions directes qui en découlent.

12526. C'est précisément en suivant cette marche rigoureuse que partout nous avons vu dans *l'unité maladie un être de raison*, une conception hypothétique et dont l'admission mettait le plus souvent dans l'impossibilité d'accorder la pratique avec une théorie satisfaisante. Après avoir décomposé avec soin toutes les maladies réputées simples, depuis l'anévrisme du cœur (n°s 1633, 1745), le rhumatisme articulaire aigu (n° 4145), le scorbut (n° 3210), la peste (n° 4953), le choléra (n° 5024), la pneumonie (n° 7844), la gastrite (n°s 6747, 6844), les fièvres intermittentes (n° 8873), la fièvre puerpérale (n°s 10197, 10496), les névralgies (n° 12635), l'apoplexie (n° 11844), les folies (n° 12284), etc., nous avons vu que toujours ces prétendues maladies dont on décrivait si minutieusement et en apparence d'une manière si positive les symptômes et la marche, étaient composées de lésions anatomiques nombreuses et complexes auxquelles nous avons donné le nom d'états organopathiques. Nous avons vu que ces organopathies étant différentes sous le rapport du degré, du nombre, de la durée, etc. et cela chez chaque individu dit atteint de la *même maladie*, il en résultait qu'il ne pouvait y avoir de véritable *unité morbide*. Un individu malade l'est différemment de tout autre homme considéré comme frappé de la même affection. — Une cause ayant été identique chez plusieurs personnes détermine, il est vrai, un certain nombre d'accidents primitifs du même genre, mais presque aussitôt les aptitudes organiques, les circonstances hygiéniques, les modifications de toutes sortes venant à surgir, différencient l'état de chacun des malades dont il s'agit; la dissemblance entre les affections dont ils sont frappés devient tout d'abord très-sensible, et l'est d'autant plus que le mal dure davantage. — Il est évident, d'après tout ceci, que *la maladie* n'est pas la source d'indications thérapeutiques, mais que celles-ci sont en rapport avec les états organopathiques et avec leurs causes. Ces idées sont tout aussi applicables aux affections mentales qu'aux lésions matérielles. — Les doctrines précé-

dentes conduisent précisément au traitement établi par les grands praticiens de tous les temps, seulement ils ne formulaient pas et ne mesuraient pas leur thérapeutique. Ils avaient une pratique fondée sur des renseignements généraux, sur l'examen du faciès, sur l'exploration du pouls. A force de tâtonnements, ils finissaient par bien faire; mais leur science était à eux et pour eux; ils ne pouvaient la communiquer aux autres, parce qu'ils n'avaient que de mauvaises théories fondées sur l'unité morbide, tandis qu'au lit du malade ils ne tenaient guère compte que de l'organisme. — Ils passaient vingt ans à hésiter avant de se débarrasser de leurs opinions classiques et d'arriver à faire de la véritable pratique.

12527. Les organopathies telles que nous les considérons doivent donc être les fondements de toute médecine consciencieuse; or, la plupart de ces états pathologiques n'étaient pas nommés; nous avons rempli cette lacune et nous croyons avoir légitimé dans chaque article, soit les mots dont nous nous sommes servi, soit les principes sur lesquels nous avons fondé la nomenclature des états morbides, ou si l'on veut l'onomalogisme des états morbides. *Nous n'avons pas changé les noms des maladies puisque nous n'admettons pas l'existence de celles-ci*, et nous voudrions que l'on pût oublier ces dénominations le plus souvent obscures, fausses et ridicules. Nous laissons à d'autres ces vieux termes et les idées qui s'y rattachent. — Nous n'avons nommé que des lésions organiques qui pour la plupart ne l'avaient pas été. — Ce n'est pas pour innover que nous l'avons fait. — C'est encore moins pour nous procurer la puérile satisfaction de faire un néologisme stérile. — Ce sont les choses que nous avons voulu changer parce qu'elles nous ont paru mauvaises, et nous n'avions pas d'autres moyens pour faire abandonner l'idée abstraite et fausse de la maladie, que de ne point la désigner par un mot tandis que nous donnions des noms aux états matériels dits organopathiques. — On voit donc que l'onomalogisme organopathique était indispensable à l'expression de nos doctrines, dont il est presque inséparable.

12528. Dans cet ouvrage nous croyons avoir raisonné juste comme médecin et procédé justement comme nomenclateur; — si notre pratique et notre théorie sont bonnes, nos mots le sont aussi; — si l'on adopte l'une, il faut adopter les autres; — laissons donc l'opposition que nous ont faite les gens qui ne nous comprennent pas se calmer; laissons aussi le temps apaiser les

rivalités et les amours-propres blessés ; attendons que les générations studieuses qui s'élèvent adoptent ce qui est vrai et rejettent ce qui ne l'est pas. Peut-être quand cette époque arrivera, ne serons-nous plus là pour voir le succès complet des doctrines que nous défendons, mais notre conviction est entière ; ce succès ne peut manquer, car il est impossible que trente ans de travaux assidus, de recherches et de méditations consciencieuses n'aient pas fini par nous conduire dans la route sûre et difficile de la vérité.

12529. L'idée générale de cet ouvrage, lu dans son ensemble, idée exprimée par nous en terminant notre cours de cette année à la Faculté, est qu'il faut voir dans la médecine : la philosophie appliquée aux souffrances de l'homme dans le but de les prévenir, de les soulager ou de les guérir.

FIN DU HUITIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

Pages.

ORGANOPSOPATHIES ou ORGANOPSIES,

MALADIES DE L'APPAREIL DE LA VISION.

CHAPITRE PREMIER.

Ophtalmopathies, Ommopathies ou Ommies (maladies de l'œil). 1

CHAPITRE II.

Annotations pratiques sur le traitement de quelques affections des yeux et de leurs annexes. 7

MÉMOIRE SUR LA SEPTIPROOMMITE, ou Ophtalmie palpébrale épidémique, observée à la clinique de la Pitié au mois d'août 1832. 17

CHAPITRE III.

Ommonévries (maladies nerveuses des yeux). 31

ORGANACOUSOPATHIES ou ORGANACOUSIES.

CHAPITRE I.

Organacousies (maladies de l'appareil de l'audition). 40

Otopathies ou oties (maladies des oreilles). ib.

CHAPITRE II.

Annotations pratiques sur les otopathies. 42

NÉVROSYSTÉMIES,

AFFECTIONS DE L'APPAREIL OU DU SYSTÈME NERVEUX.

CHAPITRE UNIQUE.

Considérations générales. 55

NÉVROPÉRIPHÉRIES,

AFFECTIONS DES EXTRÉMITÉS OU DE LA TERMINAISON DES NERFS
DANS LES ORGANES.

CHAPITRE UNIQUE.

Considérations générales. 64

NÉVROPATHIES ou NÉVRIES.**CHAPITRE PREMIER.**

| | |
|--|----|
| <i>Névropathies ou névries</i> (affections morbides, lésions des nerfs, considérées dans la continuité des nerfs). | 94 |
|--|----|

CHAPITRE II.

| | |
|---|----|
| <i>Névrotraumies</i> (blessures des nerfs). | 99 |
|---|----|

CHAPITRE III.

| | |
|---|------------|
| <i>Névrémies</i> (congestions sanguines dans les nerfs). | 110 |
| <i>Névrilèmite</i> (inflammation du névrilème). | <i>ib.</i> |
| <i>Névrite</i> (inflammation des nerfs). | <i>ib.</i> |
| <i>Névritopyite</i> (suppuration phlegmasique des nerfs.) | <i>ib.</i> |

CHAPITRE IV.

| | |
|---|--|
| <i>Hydronévrie</i> (hydropisie des nerfs). | 116 |
| <i>Pyonévrie</i> (suppuration des nerfs). | <i>ib.</i> |
| <i>Hypertrophie</i> { <i>névrique</i> { Augmentation | } dans le volume des nerfs. <i>ib.</i> |
| <i>Atrophie</i> { } Diminution | |
| <i>Névrocélies</i> (tumeurs dans les nerfs, névrômes). | <i>ib.</i> |
| <i>Hétéronévrotrophie</i> (altération dans la texture des nerfs). | <i>ib.</i> |
| <i>Névro</i> { <i>phymie</i> { Tubercules et cancers des nerfs. | <i>ib.</i> |
| { <i>carcinie</i> } | |

CHAPITRE V.

| | |
|--|-----|
| <i>Toxinévries</i> (affections des nerfs produites par des poisons). | 119 |
|--|-----|

CHAPITRE VI.

| | |
|---|-----|
| <i>Névropallies</i> (oscillations pathologiques des nerfs). | 123 |
|---|-----|

CHAPITRE VII.

| | |
|--|-----|
| <i>Névralgies</i> (douleurs dans les nerfs). | 125 |
|--|-----|

CHAPITRE VIII.

| | |
|---|---|
| <i>Hyper</i> { <i>névrosthénie</i> { augmentation | } des actions sensoriales et motrices des nerfs. <i>168</i> |
| <i>Hypo</i> { } diminution | |
| <i>A</i> { <i>névrosthésie</i> { abolition | |
| <i>Anomo</i> { } perversion | |

NÉVRAXOPATHIES ou NÉVRAXIES,

LÉSIONS DU NÉVRAXE OU DES CENTRES NERVEUX.

CHAPITRE PREMIER.

Névraxies en général. 174

CHAPITRE II.

Traumanévraxie (lésions des centres nerveux causées par des blessures). 185

CHAPITRE III.

| | | | | |
|-------------|----------|------------------------|--|-----|
| Névrax | } émie { | congestion sanguine | { des centres nerveux. de l'encéphale. de la moelle rachidienne. | 194 |
| Encéphal | | | | |
| Rachisomyél | | | | |

| | | | | |
|------------|---|-----------------------------|--|-----|
| Hémostasie | { névraxique encéphalique rachisomyélique | } stase sanguine dans | { les centres nerveux. l'encéphale. la moelle rachidienne. | ib. |
| | | | | |
| | | | | |

CHAPITRE IV.

Hyponévraxémie ou hypémie névraxique (diminution dans l'abord du sang vers les centres nerveux, le cerveau, la moelle, etc.). 204

Anévraxémie ou anémie névraxique (défaut de sang dans les centres nerveux). ib.

Encéphalémie ou anémie encéphalique (défaut de sang vers le cerveau, évanouissement, syncope, lypothymie, etc.). ib.

Névraxorrhagies (hémorrhagies des centres nerveux). 225

| | | | |
|--------------|-------------------------|---|-----|
| Encéphalo | } rhagie, hémorrhagie { | { du cerveau. du cervelet. du mésencéphale. de la moelle. des membranes céphalo-rachidiennes. | ib. |
| Encéphalioni | | | |
| Mésencéphalo | | | |
| Rachisomyélo | | | |
| Méningo | | | |

CHAPITRE VI.

Névraxorrhées (lésions des centres nerveux en rapport avec un flux séreux). 260

Hydranévraxies (hydropisies des centres nerveux, lésions produites par une accumulation de sérosité). ib.

CHAPITRE VII.

Névraxites (inflammations des centres nerveux). 273

| | | | |
|--|---------------|---|------------|
| <i>Céphalite</i> | Inflammations | du cerveau. | |
| <i>Céphalionite</i> | | du cervelet. | |
| <i>Mésonévrite</i> | | du mésonèvre. | |
| <i>Méningencéphalite</i> | | des membranes de l'encéphale. | |
| <i>Rachisomyélite</i> | | de la moelle rachidienne. | |
| <i>Méningomyélite</i> | | des membranes de la moelle rachidienne. | <i>ib.</i> |
| <i>Névraxite, rachisomyélite septicémiques (méningite épidémique).</i> | | | <i>ib.</i> |

CHAPITRE VIII.

| | |
|--|------------|
| <i>Névraxitopyoïe</i> (suppuration des centres nerveux). | 304 |
| <i>Névraxitopyoïte</i> (suppuration des centres nerveux suite de phlegmasies). | <i>ib.</i> |
| <i>Névraxopyoïes kystoïdes</i> (abcès enkystés des centres nerveux). | <i>ib.</i> |

CHAPITRE IX.

| | |
|--|------------|
| <i>Névraxomalaxite</i> ou par abréviation <i>névraxomaxite</i> (ramollissement inflammatoire des centres nerveux). | 309 |
| <i>Névraxomalaxie</i> ou <i>névraxomaxie</i> (ramollissement des centres nerveux). | <i>ib.</i> |

CHAPITRE X.

| | | | | |
|----------------|---|--|---|---|
| <i>Névraxo</i> | { | solérosie, induration | { | du névraxe ou des centres nerveux. 320 |
| | | macrosie ou mégalie, augmentation du volume | | |
| | | hypertrophie, augmentation dans la nutrition | | |
| | | microsie, diminution dans le volume | | |
| | | atrophie, diminution dans la nutrition | | |
| | | agénésie, défaut congénital de développement | | |

CHAPITRE XI.

| | | | |
|---|---|---------------------------|------------|
| <i>Hétérotrophies névraxiques</i> (altérations dans la nutrition des centres nerveux, productions anormales qui s'y développent). | | 328 | |
| <i>Névraxo</i> | { <i>phymies</i> , tubercules <i>carcinies</i> , cancers <i>hydatidies</i> , hydatides | dans les centres nerveux. | <i>ib.</i> |
| | | | |
| | | | |
| <i>Névraxostéies</i> , ossifications | { | dans les centres nerveux. | <i>ib.</i> |
| <i>Névraxolithies</i> , concrétions | | | |

CHAPITRE XII.

| | |
|--|-----|
| <i>Névraxonécrosie</i> (gangrène des centres nerveux). | 334 |
|--|-----|

CHAPITRE XIII.

- Toxinévraxies* (affections des centres nerveux de cause toxique). 335
Toxémonévraxies (affections des centres nerveux dues à des altérations toxiques du sang). *ib.*

CHAPITRE XIV.

- Méningencéphalie paidique* ou *Paidencéphalie* (fièvre cérébrale, hydrocéphale aiguë, arachnoïdite, irritation encéphalique, méningite tuberculeuse des enfants, etc.). 347

CHAPITRE XV.

- Cryptonévraxies* (affections des centres nerveux de cause obscure). 374
Névrapallies (oscillations pathologiques des centres nerveux). *ib.*

CHAPITRE XVI.

- Névrapallies étiangioviques* (oscillations morbides du névraxe de cause ovarique et utérine ; hystérie). *ib.*

CHAPITRE XVII.

- Névrapallie étionévrommique* (oscillation morbide des centres nerveux principalement due à une souffrance primitive du nerf optique (épilepsie des auteurs). 398

CHAPITRE XVIII.

- Névromyopallie* (tremblement, oscillation des nerfs et des muscles ; chorée, danse de Saint-Guy, scélotyrbe). 427

CHAPITRE XIX.

- Myosclérosthénie* (contractures musculaires, contractions portées jusqu'à l'induration). 434
Traumamyosclérie et *algomyosclérie* (induration des muscles causée par une blessure et par la douleur). *ib.*

CHAPITRE XX.

- Cynosialiosie* (affection (ie) produite par le virus (iose) de la salive (siale) du chien (cyno)) (rage, hydrophobie canine). 444

CHAPITRE XXI.

- Artalepsie, extase, somnambulisme, etc.* 454

CHAPITRE XXII.

Dyspsychismies (états anomaux, troubles dans les manifestations de l'intelligence, folies, vésanies, aliénations mentales, etc.). 457

CHAPITRE XXIII.

Apsychisme (absence de manifestations intellectuelles; idiotisme). 462

CHAPITRE XXIV.

Hypopsychisme (diminution dans les manifestations de l'intelligence). 468

Hypopsychisme { *étiohypémique* (causée par l'hypémie).
 gérontique (suite des progrès de l'âge).
 symptomatique (résultat de diverses lésions organiques). *ib.*

CHAPITRE XXV.

Anomopsychisme (vésanies, délire, folie, anomalies morbides dans l'exercice de la pensée, aliénation mentale). 475

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR les ADDITIONS faites au Traité de Médecine pratique. 524

MYOPATHIES ou MYOSIE,

MALADIES DES MUSCLES EN GÉNÉRAL.

CHAPITRE I^{er}.

Considérations générales. 525

CHAPITRE II.

Applications du plessimétrisme et du stéthoscopisme aux maladies des muscles. 527

CHAPITRE III.

Myotraumies (blessures des muscles). 529

CHAPITRE IV.

Myoclasies (ruptures de muscles); *myodiastases* (distensions de muscles). 532

CHAPITRE V.

Myosite; *myopyoïtes*; *myopyoïe*; *hypermyotrophie*; *hypotrophie myosique*; *myosatrophie*; *hétérotrophies myosiques*. 544

CHAPITRE VI.

| | |
|--|-----|
| <i>Myoshypernervismie; myoshypersthénie; myoshyponervismie; myoshyposthénie; amyosthénie (paralyse des muscles); myosalgies (rhumatisme musculaire).</i> | 551 |
|--|-----|

SYNDESMOPATHIES ou SYNDESMIES,

MALADIES DU SYSTÈME FIBREUX.

OSTÉOPATHIES ou OSTÉIES,

MALADIES DES OS.

CHAPITRE I^{er}.

| | |
|--|-----|
| considérations générales; plessimétrisme des os. | 557 |
|--|-----|

CHAPITRE II.

| | |
|--|-----|
| <i>Plessimétrisme du rachis; ostéomalaxie, rachitisme.</i> | 368 |
|--|-----|

CHAPITRE III.

| | |
|---|-----|
| <i>Ostéophymies (tubercules des os); rachisophymies (tubercules du rachis).</i> | 576 |
|---|-----|

ARTHROPATHIES ou ARTHRIES,

MALADIES DES ARTICULATIONS.

PHONOPATHIES ou PHONIES,

MALADIES DE LA VOIX ET DE LA PAROLE.

| | |
|---|-----|
| CONCLUSIONS GÉNÉRALES du TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE. | 593 |
|---|-----|

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

CHAPITRE VI.

531

SYNDROMES DE SYNDROMES.

MALADIES DE SYSTÈME FIBREUX.

MALADIES DE SYSTÈME DE SYSTÈME.

MALADIES DES OS.

CHAPITRE VII.

537

Généralités générales; physiologie des os.

CHAPITRE II.

538

Physiologie du squelette; pathologie, traitement.

CHAPITRE III.

538

Osteomyélite (abcès des os); ostéomyélite (abcès du

squelette);

MALADIES DES ARTICULATIONS.

PHONOPATHIES & PHONIES.

MALADIES DE LA VOIX ET DE LA PAROLE.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES DU TRAITÉ DE MÉDECINE PRA-

539

TIQUE.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

