

ritables *névralgies utérines et ovariennes* semblent parfois faire partie du complexe de l'hystérie.

On désigne sous le nom de *coccygodynie* une variété de douleurs vives siégeant dans la région du coccyx, lesquelles se déclarent de préférence chez la femme et s'accroissent fortement par la marche et la défécation, etc. La souffrance est tellement pénible qu'on a, à différentes reprises, pour y remédier, opéré l'extirpation ou la section de l'os. — Nous avons observé deux fois ce syndrome comme partie constituante du tabes dorsal.

## CHAPITRE CINQUIÈME.

### NÉVRALGIES ARTICULAIRES.

(Arthralgies, névroses articulaires.)

Décrites en premier lieu par le médecin anglais BRODIE, les arthralgies n'ont été universellement admises en Allemagne qu'après que ESMARCH eût démontré par des observations nombreuses qu'il existe des douleurs articulaires très violentes et d'apparence grave, qui ne sont produites par aucune maladie anatomiquement appréciable et qu'on est par conséquent autorisé à considérer comme des affections nerveuses. Attendu que dans la plupart des cas appartenant à cette catégorie, la *douleur* localisée à l'articulation est le symptôme culminant, on a fait choix du mot arthralgie, quoique dans l'espèce la douleur ne se déclare pas d'une façon typique et sous forme d'accès comme dans la névralgie véritable et qu'ordinairement il coexiste une série de symptômes qu'on ne rencontre pas en cas de névralgie essentielle.

Les arthralgies s'observent de préférence chez les personnes nerveuses entachées d'hystérie, par conséquent plus fréquemment chez les femmes et les jeunes filles que chez les hommes. Très souvent il y a lieu d'incriminer une cause psychique comme productrice de la maladie. Les *traumatismes* qui atteignent l'articulation et qui, sans importance par eux-mêmes, provoquent une violente frayeur et attirent sur le membre contus l'attention inquiète du malade, sont souvent les agents de la maladie. Dès lors ces névralgies articulaires n'appartiennent plus aux névralgies essentielles, mais à proprement parler à l'hystérie (hystérie traumatique). En tout cas le terme « *névrose articulaire* » convient mieux que celui de « *névralgie articulaire* ».

Aussitôt après l'action d'une cause semblable, mais souvent après quel-

ques semaines seulement, les malades commencent à ressentir des douleurs. C'est presque toujours l'articulation du genou ou de la hanche qui est endolorie, rarement une articulation des extrémités supérieures. Ces douleurs sont continues, deviennent plus vives par moments, surtout à propos de mouvements ou d'émotions morales, etc. De temps en temps elles semblent se calmer, notamment quand l'attention des malades est détournée de leurs souffrances. En général celles-ci sont localisées dans une articulation; quoique parfois la jambe tout entière soit dolente. Les malades sont d'ordinaire très sensibles aux chocs, aux ébranlements, etc. et on découvre parfois quelques *points douloureux* à l'entour de l'articulation. La marche est complètement impossible, tout au moins très pénible et clopinante. Dans les cas sérieux et surtout quand les alarmes outrées de la famille ont pour effet d'abaisser d'autant l'énergie réactionnelle des malades, ils gardent le lit pendant des semaines et des mois. Quelquefois le membre est atteint d'une faiblesse manifeste, presque toujours associée à une raideur et une tension considérables des muscles. La jambe est dans l'extension ou entièrement fléchie et dans la rotation en dedans comme dans la coxalgie véritable.

Le *diagnostic* des névroses articulaires est souvent entouré de difficultés réelles dont une observation prolongée finit presque toujours par triompher. Dans le principe, la maladie a l'air d'être une affection articulaire grave, à raison de l'intensité de la douleur, de la raideur de la position et de l'impuissance absolue du membre. Nonobstant cela, le médecin expérimenté ne tarde pas à s'apercevoir de l'absence de toute altération articulaire objective et certaine, surtout du défaut de gonflement, puis des variations dans l'intensité des plaintes, de l'influence qu'exercent les émotions morales sur la maladie, enfin de l'impression d'ensemble que font les malades, de leur manière de se comporter, du contraste que présentent leurs vives lamentations avec leur excellent facies (pas toujours cependant) et avec la conservation de l'appétit et du sommeil. Dans les cas douteux, on conseille de faire un examen pendant l'*anesthésie chloroformique*. Alors les contractures les plus fortes en apparence disparaissent, et le membre reprend manifestement sa mobilité et ses conditions normales.

Dès que le diagnostic d'une névrose articulaire est acquis, le *traitement* s'indique clairement. Les frictions, les cataplasmes, les bandages de toute nature doivent être laissés de côté. Il faut inculquer aux malades la persuasion qu'ils *sauront* marcher dès qu'on leur aura appris à *vouloir* marcher de nouveau. On instituera des exercices méthodiques qui réussissent très mal au commencement et paraissent extrêmement les incommoder, mais qui donnent parfois très rapidement des résultats surprenants. Ces exercices

sont grandement secondés par le *traitement électrique* de l'articulation (fort courant à travers l'articulation, brosse faradique), puis par des *douches froides locales* et par le *massage*. L'usage de remèdes internes (fer chez les anémiques, les différents nervins) peut être indiqué dans plusieurs circonstances, quand ce ne serait que pour agir sur le moral. (V. Chapitre de l'hystérie et des névroses traumatiques).

## CHAPITRE SIXIÈME.

### MAL DE TÊTE D'HABITUDE.

(Céphalée, céphalalgie.)

Comme suite aux névralgies, nous devons parler ici du *mal de tête habituel* (*mal de tête nerveux*), affection qui se rencontre à tout bout de champ dans la pratique et sur la cause intime et l'essence propre de laquelle nos connaissances présentent encore beaucoup de lacunes.

Sous le nom de « *céphalalgie nerveuse* » on ne désigne pas ces maux de tête *symptomatiques* si fréquents qui accompagnent les maladies infectieuses aiguës inflammatoires, l'anémie généralisée, les lésions organiques les plus diverses du cerveau et de ses membranes, des os du crâne, des sinus frontaux, etc. Nous n'identifions pas non plus le mal de tête habituel avec d'autres affections douloureuses bien caractérisées, par ex. les *névralgies* types de la branche frontale du trijumeau ou des nerfs occipitaux, ni avec la *migraine* véritable ou l'*hémicranie* (v. plus loin). Nous entendons désigner par là une affection dans laquelle le mal de tête constitue quasi une entité morbide autonome et qui se résume en ce symptôme unique ou tout au moins capital, dont les malades se plaignent et demandent à être délivrés. Le substratum anatomique certain de cette affection nous est inconnu. On admet communément l'existence de *troubles circulatoires* ou de *finés altérations de la nutrition* comme la cause propre de la céphalalgie ; cependant ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'il est possible d'énoncer quelque chose de précis sur la nature de ces altérations. Le *siège* non plus où les douleurs résident n'est pas susceptible d'être déterminé. On ignore si les excitations douloureuses naissent dans la substance cérébrale elle-même. Les *méninges*, par contre, surtout la *dure-mère*, sont évidemment douées de sensibilité, et par conséquent considérées comme l'endroit où le mal de tête se localise.

La *cause de ce mal de tête* étant très diverse, d'après les malades, les circonstances au milieu desquelles il se produit doivent être très multiples.

Tantôt il s'agit de personnes qui paraissent jouir sous tous les autres rapports d'une excellente santé, tantôt de personnes anémiques et débilitées, tantôt encore de natures puissantes et « pléthoriques », d'un embonpoint plantureux et à face rubiconde. D'après cela, en se basant sur la constitution du malade, on recherche la cause de la douleur soit dans une hyperémie, soit dans une anémie anormales du cerveau et de ses membranes (*céphalée hyperémique ou anémique*). On rencontre très souvent le mal de tête comme symptôme culminant chez les individus névrosiques et neurasthéniques (*céphalée neurasthénique*). C'est à cette classe qu'appartiennent notamment les cas qui se présentent chez des gens surmenés physiquement et intellectuellement, chez les savants, les fonctionnaires, les étudiants et les élèves qui préparent leur examen, etc. Si l'on croit pouvoir incriminer certaines influences « rhumatismales » (*a frigore*) ou toxiques (alcool, nicotine, intoxication saturnine chronique, etc.), on appelle le mal de tête *céphalée rhumatismale* ou *toxique*. Parfois les malades qui souffrent habituellement de la tête, éprouvent en même temps des *malaises chroniques du côté de l'estomac* ou une *constipation opiniâtre*, de manière que ces derniers sont peut-être en corrélation étiologique avec le mal de tête. Enfin, un point digne de remarque, c'est que la céphalalgie est souvent en rapport avec des *maladies chroniques des organes avoisinants*, surtout du *nez*, de l'*espace nasopharyngien* et de l'*oreille*. Dans nombre de cas cependant, il n'y a pas moyen de découvrir de *cause déterminante quelconque* à la céphalalgie, de façon qu'on a affaire à un mal purement *idiopathique*. Remarquons encore que quelquefois il semble exister une *prédisposition héréditaire*.

La céphalalgie habituelle est une maladie *chronique*. Elle peut durer des mois et des années, même toute la vie, être presque continuelle, ou ce qui est plus fréquent, se manifester sous forme d'accès séparés, de plusieurs heures ou de quelques jours de durée. Ces accès éclatent souvent sans cause appréciable ; quelquefois on peut les rapporter à des influences déterminées, à des excitations psychiques, à des fatigues corporelles, à des écarts de régime, etc. La *douleur* siège tantôt au front, tantôt de préférence à l'occiput, parfois elle est répandue par toute la tête. Il arrive aussi qu'elle est exactement limitée à certaines parties de la boîte crânienne. Le caractère intime de la douleur est décrit de la façon la plus diverse : tantôt on l'appelle térébrante, tantôt on la compare à une déchirure, à une constriction exercée tout en l'entour du cerveau, parfois on dirait que la tête va éclater en morceaux. Fréquemment le mal n'est pas d'une intensité particulière, il consiste en un simple étourdissement, un sentiment de « *compression cérébrale* » ; dans d'autres cas la douleur est très violente. Alors il coexiste quelquefois

une hyperesthésie prononcée du cuir chevelu, au point que l'attouchement même des cheveux provoque de la douleur.

L'état général est presque toujours dérangé en cas de céphalée. Les malades sont incapables de se livrer au travail, ils sont quelquefois d'humeur chagrine et irritable et privés d'appétit. Souvent on observe des symptômes gastriques plus caractérisés, des nausées et des vomissements, parfois des sueurs abondantes. Les cas graves de cette maladie comportent une signification sérieuse, attendu qu'elle rend ses victimes presque complètement inhabiles aux devoirs de leur état.

Le traitement de la céphalalgie est toujours un problème difficile. Il est évident qu'on doit tâcher de remonter à l'étiologie probable du mal. On ne négligera donc jamais d'examiner attentivement tous les organes qui peuvent être en cause (nez, oreilles, estomac, cœur, reins, etc.). La maladie fondamentale devra être l'objet d'un traitement spécial. S'il y a quelque soupçon de syphilis (auquel les exacerbations nocturnes donneront surtout l'éveil), on essayera avant tout l'iode de potassium. Aux anémiques on prescrira le fer, l'arsenic, le séjour à la campagne, une alimentation solide, etc. Aux individus sanguins, surtout quand ils sont simultanément atteints de malaises digestifs, on prescrira des eaux minérales purgatives, ou bien une cure à Marienbad, Karlsbad, etc. Les céphalées nerveuses des hystériques et des neurasthéniques demandent un traitement général rationnel : l'électricité (faradisation générale, la galvanisation à la tête ou du nerf sympathique), l'hydrothérapie, etc. Les personnes qui sont surmenées par le travail, doivent indispensablement observer le repos complet du corps et de l'esprit. On les enverra à la campagne ou aux bains de mer.

Le nombre des remèdes symptomatiques qu'on a préconisés pour le soulagement de la céphalalgie, est très considérable. Dans la plupart des cas de longue durée, les malades ont acquis eux-mêmes une connaissance complète de leur affection. Ils savent presque tous qu'il n'y a quasi aucun remède contre « leur vieux mal de tête » ; ils ne demandent qu'à pouvoir se reposer et attendent que le mal se soit dissipé de lui-même. D'autres se sont habitués à certains remèdes domestiques, se mettent des compresses sur la tête, prennent un bain de pied chaud ou froid, se font appliquer un sinapisme dans la nuque, se lavent le front avec de l'eau de Cologne, se serrent un mouchoir autour de la tête, boivent du thé fort, reniflent de l'ammoniac (sels aromatiques), etc. Les moyens internes qu'on emploie, soit pendant l'accès, soit pendant un temps assez long pour prévenir le retour de la douleur, procurent souvent de bons résultats et sont impuissants dans d'autres circonstances. Il n'y a aucune indication spéciale pour les différents remèdes,

de manière qu'on en est réduit à les essayer les uns après les autres avant de rencontrer celui qui est le plus avantageux. Dans ces derniers temps on a eu le plus souvent recours à l'antipyrine (0,5 — 1,5) dont l'effet dans la migraine (v. y.) est indéniable et qui parfois aussi apporte un soulagement marqué dans d'autres formes de mal de tête. Outre l'antipyrine on pourra aussi tenter l'antifébrine (0,25 — 0,5) et la phénacétine (0,5 — 1,0), puis la quinine (0,3 à 0,75) et le salicylate de soude (2,0 — 4,0) principalement dans les céphalalgies provenant du froid, d'un courant d'air, etc. Nommons encore parmi les autres remèdes la paullinia sorbilis (la pâte de guarana contenant de la caféine) en poudres 0,5 à 2,0, l'ergotine (dans la céphalée hyperémique, pilules de 0,05, 3 à 6 par jour), le bromure de potassium (2,0 — 4,0), l'arsenic, etc.

Le traitement électrique (voir ci-dessus) peut revendiquer des résultats marquants dans beaucoup de cas, cependant on doit commencer toujours avec grande prudence et voir d'abord quelle méthode est le mieux tolérée. En outre l'hydrothérapie est parfois avantageuse, puis le séjour aux champs, à la mer, dans les montagnes.

On rend quelquefois de grands services aux malades avec tous les remèdes susindiqués, tandis que dans d'autres cas le mal brave opiniâtrement toutes les médications. Il n'en reste pas moins au patient la consolation de pouvoir se dire que la maladie finit quelquefois pas céder d'elle-même avec le progrès de l'âge, après des années ou des périodes décennales de souffrances.

## CHAPITRE SEPTIÈME.

### ANOMALIES DU SENS OLFACTIF.

Les anomalies de l'odorat qui indiquent une affection du nerf olfactif, de ses expansions terminales ou de son rayonnement central, se rencontrent assez fréquemment, mais ne présentent aucun intérêt pratique notable. On sait que les deux cornets supérieurs seulement et la partie supérieure de la cloison nasale (sphère olfactive) sont pourvus de filets olfactifs. Les fibres du nerf de l'odorat pénètrent dans la cavité crânienne par les pertuis de la lame criblée, pour former le tronc du nerf olfactif. Quant au parcours ultérieur du nerf dans le centre nerveux, on n'en sait rien de certain. Mentionnons comme digne de remarque, l'anosmie unilatérale qui se déclare dans les affections de la partie postérieure de la capsule interne et celle qu'on prétend avoir observée dans la cavité gauche du nez comme complication de l'hémiplégie droite et de l'aphasie.

Pour explorer le sens de l'odorat on se sert de substances qui n'irritent pas les filets nasaux sensibles du trijumeau. Celles qui conviennent le mieux sont l'eau de Cologne, les huiles volatiles (l'essence de girofle, de bergamote), l'huile de térébenthine, le camphre, le musc, la valériane, l'asa foetida, etc.

L'hyperesthésie du sens de l'odorat se révèle tantôt par une finesse remarquable de la perception des odeurs, tantôt par une impressionnabilité excessive à leur endroit. C'est cette dernière condition qui s'observe le plus fréquemment, surtout chez les hystériques. Ces malades éprouvent de la céphalalgie, des tendances lipothymiques, etc. à la suite des effluves odorants qui affectent à peine les individus sains. Des sensations subjectives d'odeurs (hallucinations de l'odorat) se rencontrent souvent chez les aliénés et parfois pendant l'aura épileptique.

On constate aussi assez fréquemment la diminution de la faculté olfactive (anesthésie olfactive, anosmie). Elle complique les affections nasales les plus diverses (rhumè de cerveau, etc.), puis les maladies de la base du crâne (tumeurs, méningite aiguë et chronique) qui intéressent le tronc du nerf olfactif, enfin les affections cérébrales (tumeurs, etc.), surtout l'hystérie grave. Dans le *tabes dorsal* très avancé, nous avons quelquefois observé une anosmie prononcée due peut-être à l'atrophie du nerf olfactif. Il importe de remarquer que toute diminution notable de l'odorat entraîne une déperdition du « goût » ; il est en effet reconnu que l'« arôme » des rôtis, des vins, des différentes sortes de fromage etc., dépend principalement de l'intégrité de l'odorat.

Le traitement des anomalies du sens de l'odorat concorde presque toujours avec celui de l'affection fondamentale. Au cas où le trouble du sens olfactif réclamerait une intervention spéciale, on essaiera l'électrisation de la muqueuse de Schneider ou le badigeonnage de la surface olfactive avec une solution à 1<sup>o</sup>/<sub>0</sub> de nitrate de strychnine dans de l'huile d'olive.

## CHAPITRE HUITIÈME.

### ANOMALIES DU SENS DU GOUT.

Deux nerfs président aux perceptions gustatives, le glosso-pharyngien et le lingual fourni par la troisième branche (maxillaire infér.) du trijumeau. Le glosso-pharyngien est le nerf gustatif du tiers postérieur de la langue et du voile du palais et le lingual celui des deux tiers antérieurs de la langue. Les filets gustatifs du nerf lingual entrent tous, ou du moins en majeure partie,

dans la corde du tympan et parviennent de concert avec elle au tronc du nerf facial. Cependant, comme de nombreux faits pathologiques le démontrent suffisamment, ces filets ne restent pas unis au facial, mais finissent par faire retour au trijumeau et rejoignent, selon toute probabilité et surtout par l'entremise du nerf grand pétreux superficiel et du nerf vidien, le ganglion sphéno-palatin, et par conséquent la seconde branche du trijumeau. Il n'en est pas moins vrai qu'il peut exister encore quelques autres voies par lesquelles les nerfs du goût s'anastomosent de nouveau avec le trijumeau et pénètrent avec lui dans le cerveau. Quant à leur marche ultérieure et à leur aboutissant central, nous n'en connaissons rien de précis.

Les hyperesthésies du goût se rencontrent rarement et n'ont été observées jusqu'ici que chez les hystériques. On observe quelquefois des paresthésies du sens du goût chez des malades atteints de paralysie faciale, qui se plaignent d'une saveur anormale dans la bouche. Chez les aliénés on rencontre aussi des sensations gustatives de nature subjective (hallucinations du goût). Les anesthésies des nerfs du goût (a. gustative, ageusie) sont au contraire assez fréquentes. Comme il résulte des expériences faites jusqu'à ce jour, elles peuvent se présenter : 1. dans les affections des terminaisons périphériques des nerfs gustatifs (maladies de la muqueuse linguale) ; 2. dans les affections (compression) du nerf glosso-pharyngien ; 3. dans les affections du nerf lingual et trijumeau à l'intérieur du crâne ; 4. dans les affections de la corde du tympan (maladies de l'oreille moyenne) ; 5. dans les affections du nerf facial depuis son anastomose avec la corde du tympan jusqu'au ganglion genouillé sous-maxillaire, tandis que la rupture de la conductibilité dans ce même nerf au delà et en deçà de l'espace susdit, comme l'expérience le démontre, ne donne lieu à aucune perversion du goût. On a observé des altérations centrales du sens du goût dans les maladies de la partie postérieure de la capsule interne. Les désordres du sens du goût sont très fréquents dans l'hystérie et les états connexes (névroses traumatiques, etc.)

L'exploration du sens du goût doit porter sur chacune des modalités gustatives considérées en particulier, attendu qu'il y a quelquefois des paralysies partielles du goût. L'essai se pratique en touchant la langue au moyen d'une tige de verre ou d'un pinceau chargés de petites quantités de substances sapides en dissolution. Les parties antérieure et postérieure de la langue doivent être explorées à part. On se sert d'une solution de quinine ou de la teinture de noix vomique, pour l'essai des sensations amères, de sirop pour la sensation sucrée, de vinaigre ou d'acide chlorhydrique étendu pour le goût acide, d'une solution de sel de cuisine pour la saveur salée. La saveur galvanique bien connue qui se prononce avec le plus d'intensité à

l'anode, mais qui peut se produire également à la cathode, même sous l'influence d'un très faible courant (comme cela a lieu si fréquemment par le passage du courant lors de la galvanisation de la tête, du cou, de la nuque, etc.) peut être utilisée pour explorer le sens du goût.

Le *diagnostic* précis du siège et de l'origine du trouble gustatif ne peut être posé qu'en prenant en considération les symptômes concomitants. Le *traitement* direct ne saurait guère être tenté qu'à l'aide de l'électricité.

## DEUXIÈME PARTIE. MALADIES DES NERFS MOTEURS.

### CHAPITRE PREMIER.

#### PRÉLIMINAIRES GÉNÉRAUX SUR LES TROUBLES DE LA MOTILITÉ.

##### 1. Paralysies.

Introduction à l'étude des paralysies en général. Par « paralysie » on entend la suspension de la motilité volontaire dans les muscles soumis à l'empire de la volonté. On distingue communément la perte totale de la motricité active (*impuissance, paralysie*) et le simple affaiblissement de cette faculté (*faiblesse, parésie*). Quand la paralysie frappe complètement une partie du corps ou un muscle pris isolément, ces parties ne sont plus capables d'exécuter le moindre mouvement volontaire, tandis que la parésie permet encore dans la sphère malade certains déplacements, qui cependant, sous le rapport de la force, de la durée et de l'effet utile, restent plus ou moins au-dessous du taux normal.

Sur tous les points du trajet qui s'étend entre les parties motrices de l'écorce grise du cerveau et les muscles, c'est-à-dire, à chaque endroit de la grande « voie de conduite, dite *cortico-musculaire* » ou des « pyramides », une maladie peut donner lieu à la paralysie, du moment qu'elle suspend au dit endroit la conduction des impulsions motrices volontaires. D'autre part, toute destruction ou lésion fonctionnelle des *centres moteurs* de la couche corticale, à l'intégrité desquels est subordonné le point de départ de l'innervation volontaire, doit aussi se traduire par une paralysie du département musculaire qui en relève. Enfin il est facile à concevoir *à priori* que des affections des *muscles* eux-mêmes peuvent engendrer une paralysie, soit qu'ils aient perdu de leurs éléments contractiles, soit qu'ils soient destitués de la

faculté de répondre par une contraction à l'influx nerveux qui vient les solliciter. Quoi qu'il en soit, la détermination rigoureuse de ces « *paralysies myopathiques* » est entourée de grandes difficultés, parce que les maladies de la substance musculaire proprement dite ne sont pas susceptibles d'être nettement séparées de celles des expansions et des appareils terminaux des nerfs moteurs.

Si nous nous représentons par un court aperçu le trajet le plus direct que suit la *voie principale parcourue par les incitations motrices volontaires*, pour autant qu'elle nous est connue jusqu'à présent, nous sommes contraint, d'après les expériences les plus récentes, de placer le point de départ de cette voie dans la région des *circonvolutions centrales du cerveau* et du *lobule paracentral*. C'est là que se trouvent les *centres dits psychomoteurs* (v. pour plus de détails le chapitre des localisations cérébrales), d'où partent en convergeant vers le bas les *fibres motrices de la couronne rayonnante*. Celles-ci après s'être réunies pour former un faisceau assez condensé, entrent dans la *capsule interne* qu'elles traversent dans une direction oblique. Comme on

peut le voir sur des coupes horizontales des hémisphères cérébraux (voy. fig. 8), la capsule interne se compose de deux pédoncules, un antérieur situé entre le noyau lenticulaire et le noyau caudé, et un postérieur situé entre le noyau lenticulaire et le thalamus opticus. Ces deux pédoncules forment un angle obtus, ouvert en dehors, dont le sommet, c'est-à-dire l'endroit de réunion du pédoncule antérieur et postérieur, est désigné sous le nom de « *genou de la capsule* ». La voie motrice (Py) se trouve dans le *pédoncule postérieur de la capsule interne* à peu près au niveau de la partie la plus reculée de son tiers moyen. Mais en même temps elle se dirige un peu obliquement vers le bas, de façon que dans l'étage supérieur de la capsule interne elle occupe un emplacement plus antérieur que dans les parties sous-jacentes. La voie pyra-

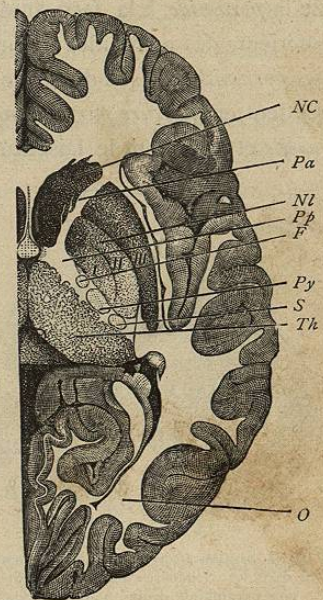


Fig. 8. Surface de section horizontale à travers l'hémisphère cérébral droit.  
NC Noyau caudé,  
Pa Pédoncule antérieur de la capsule interne,  
Pp Pédoncule postérieur de la capsule interne,  
NI Noyau lenticulaire (premier, deuxième, troisième segment),  
F Fibres appartenant au nerf facial,  
Py Voie pyramidale (motrice),  
S Voie sensible (probablement nerfs cutanés et sensoriaux),  
Th Thalamus opticus,  
O Lobes occipitaux.