

Quant aux crises paralytiques, on n'a généralement pas pu leur assigner de cause anatomique *saisissable*. Il est très probable pourtant qu'elles sont imputables, en majeure partie du moins, à des modifications des circonvolutions motrices centrales.

Diagnostic. Comme il est pratiquement de la plus grande importance que la paralysie soit reconnue à son début, résumons encore une fois tous les symptômes qui sont le plus à considérer au point de vue du diagnostic : changement remarquable d'habitudes, brusquerie et bizarrerie d'humeur, lacunes de la mémoire, diminution de l'intelligence (erreurs de calcul, etc.), altérations caractéristiques de la parole et de l'écriture, et finalement les symptômes somatiques qui coexistent souvent : inégalité et fixité des pupilles, suspension des réflexes tendineux, plus rarement leur exagération, crises paralytiques légères (vertiges, embarras de la parole, troubles moteurs passagers d'un bras, et ainsi de suite).

Disons encore qu'il se commet fréquemment des erreurs très préjudiciables, en ce sens que les symptômes de la paralysie débutante sont mal interprétés et considérés comme des indices d'immoralité ou des infractions au devoir. En outre il arrive parfois que la paralysie est prise au commencement pour une simple neurasthénie ou hypocondrie et traitée en conséquence.

Généralement il suffit d'un peu d'attention pour distinguer avec certitude la paralysie progressive d'autres maladies nerveuses organiques. Il faut dire toutefois que les *tumeurs cérébrales*, la *syphilis des artères encéphaliques* et avant tout certaines formes de *sclérose multiple*, peuvent présenter un *tableau morbide* ayant la plus grande ressemblance avec celui de la paralysie générale. Rappelons encore une fois la combinaison de la syphilis gommeuse avec des symptômes véritablement paralytiques (v. ci-dessus p. 449).

Pronostic. Le pronostic, comme celui de toutes les autres dégénérescences chroniques du système nerveux *central*, est très défavorable. Jusqu'ici on ne cite qu'un nombre infiniment petit de guérisons authentiques (et encore sont-elles douteuses). Il y a cependant beaucoup de paralysies qui offrent des améliorations passagères (*rémissions*), parfois même assez prononcées et qui durent un temps considérable. Plus les remèdes appropriés et les soins dont on entoure les malades sont promptement appliqués, plus on est admis à compter sur une tournure favorable. Il est vrai que plus tard, comme nous venons de le dire, on assiste presque toujours à des rechutes ; on regarde comme particulièrement pernicieuses les affections marquées de bonne heure de fréquentes crises paralytiques, accompagnées de symptômes somatiques précoces (surtout spinaux), et entraînant une émaciation prématurée.

Traitement. Dès que la maladie est reconnue, l'indication indispensable et capitale doit consister à écarter toutes les fatigues du corps et de l'esprit, de même que toutes les excitations psychiques. En conséquence les malades doivent, si tant est que c'est possible, renoncer à la profession dont ils se sont efforcés jusque-là de remplir les obligations. Leur manière de vivre et leur régime seront réglés, et tout écart doit être évité. Quand les débuts ont été associés à des phases d'exaltation mentale considérable on conseillera instamment le transfert dans un *asile* spécial, tandis que les paralysies générales qui ne se traduisent que par une simple débilitation intellectuelle, peuvent être convenablement soignées à domicile. Ce n'est que par la reconnaissance opportune de la maladie et les mesures prises en conséquence qu'on peut épargner à la famille du malade de nombreux et inévitables désagréments.

En ce qui concerne le traitement de la maladie en elle-même, on pourra commencer, surtout quand il existe une tare syphilitique antérieure, par instituer une cure de friction à l'*onguent gris*. On ne devra généralement pas s'en promettre de grands résultats, pas plus que dans le tabes, quoique la maladie soit susceptible d'être enrayée de cette manière. Le traitement spécifique doit par conséquent s'adresser de préférence aux premiers stades de la maladie surtout quand on a des motifs de soupçonner la présence d'une syphilis gommeuse. L'usage interne de l'iodure de potassium sera convenablement combiné avec les frictions.

Pour le reste, les *bains tièdes* suivis d'*ablutions* froides, puis un *traitement électrique* prudent (galvanisation de la tête et de la moelle épinière), et, comme moyen interne, l'*ergotine* surtout, pourront être essayés. Nous n'insisterons pas davantage sur les nombreux détails du traitement symptomatique.

CHAPITRE NEUVIÈME.

HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE.

(*Hydropisie du cerveau.*)

Étiologie et anatomie pathologique. Nous avons parlé dans les chapitres précédents de la présence dans les ventricules d'une accumulation de liquide comme conséquence de diverses affections du cerveau (méningites, tumeurs, etc.). Outre cette « *hydrocéphalie secondaire* », il existe une

augmentation de fluide ventriculaire qui se produit avec toutes les apparences d'une *maladie autonome et idiopathique* et le plus souvent à titre d'anomalie congénitale ou datant tout au moins de la première enfance.

Nous avons peu de données certaines sur les *causes* de l'hydrocéphalie chronique. L'hypothèse la plus répandue qui l'attribue à une *inflammation de l'épendyme ventriculaire* remontant à la vie fœtale ou au tout premier âge, n'est pas, en ce qui regarde l'anatomie pathologique, démontrée pour tous les cas, pas plus que l'existence de certaines stases mécaniques (oblitération du trou de Magendie, etc.). On ne sait rien de précis non plus sur la valeur des éléments *prédisposants* (syphilis, ébriété des parents, etc.). L'hydrocéphalie existe quelquefois chez plusieurs enfants de la même famille.

Le signe *anatomique* le plus important de l'hydrocéphalie des enfants, c'est l'agrandissement du volume de la tête. La circonférence du *crâne* peut dans la première année déjà comporter de 60 à 80 ctm. et au delà. Ce sont les os du front et les bosses pariétales qui d'ordinaire sont le plus saillants. Les os crâniens s'amincissent peu à peu au point de devenir transparents comme du papier. Les fontanelles et les sutures restent largement ouvertes. Le *cerveau* est tellement aplati, qu'il prend l'aspect d'un sac rempli du liquide hydrocéphalique. Les hémisphères dans les cas confirmés n'ont plus qu'une épaisseur de 2 à 3 ctm. ou moins encore. L'espace interne, rempli de liquide séreux, correspond aux *ventricules* démesurément dilatés, et surtout aux ventricules latéraux ; parfois cependant le troisième ventricule sont également distendus. Les *parois ventriculaires* sont parsemées de petites *granulations* et revêtues d'une épaisse membrane réticulaire. Le *liquide hydrocéphalique* a d'ordinaire l'apparence d'une sérosité incolore et ne renferme qu'un peu d'albumine, si tant est qu'il y en ait. Les corpuscules de pus y sont clairsemés. Son *pois spécifique* est de 1004 à 1006 environ. Sa quantité peut s'élever à 1 litre et plus encore, mais il est clair que sous ce rapport il y a de grandes différences.

L'hydrocéphalie congénitale est fréquemment combinée avec d'autres vices de conformation et arrêts de développement du cerveau, sur les détails desquels nous n'insisterons pas ici.

Symptômes et marche morbide. L'enfant peut naître avec une hydrocéphalie déjà formée et être ainsi une cause de dystocie. Le plus souvent cependant les parents ne remarquent rien de particulier à leur enfant les premières semaines qui suivent la naissance, et c'est seulement plus tard qu'ils s'aperçoivent de l'accroissement anormal de plus en plus marqué du volume de la tête. Disons, pour fixer les idées à cet égard, que le *pourtour de la tête dans les conditions normales* est de 40 ctm. environ chez l'enfant qui

vient de naître, de 45 ctm. chez celui de 1 an, et qu'à partir de là jusqu'à la puberté, la circonférence acquiert petit à petit une étendue en longueur de 50 ctm. Nous avons dit plus haut jusqu'où cette circonférence peut croître dans l'hydrocéphalie chronique. Cet accroissement s'opère quelquefois avec assez de rapidité, de sorte qu'on peut constater toutes les deux ou trois semaines une augmentation de 1 à 2 ctm. dans la longueur de la circonférence. D'ordinaire le crâne s'amplifie uniformément dans tous les sens ; cependant il peut arriver que le diamètre sagittal s'allonge le plus, de manière à donner à la tête une forme dolichocéphale prononcée. Parfois l'hydrocéphalie se développe à certains moments avec rapidité, et puis viennent des temps d'arrêt apparent. Nous avons dit également que les fontanelles et les sutures peuvent rester largement ouvertes et qu'on perçoit de la fluctuation à leur niveau. Le murmure vasculaire qui s'y révèle n'a pas de signification diagnostique. Mais les cordons veineux bleuâtres et transparents qui sillonnent la tête sont quelquefois remarquables. La *figure* reste petite et contraste étrangement avec la grosseur de la tête presque toujours entraînée par sa propre pesanteur. Les *yeux* regardent ordinairement vers le bas, en partie par l'abaissement de la voûte orbitaire et en partie aussi par défaut d'innervation des muscles de l'œil.

Parmi les *autres symptômes morbides*, l'arrêt du développement intellectuel prend la première place dans l'hydrocéphalie des enfants. On ne parvient pas à les faire parler, ou on ne le leur apprend qu'imparfaitement ; ils ne jouent pas ou ne le font que d'une manière niaise, ne savent concentrer leur attention sur rien et restent malpropres et inadverts. Disons cependant que, nonobstant un état hydrocéphalique considérable, on est quelquefois surpris de constater chez ces enfants certaines opérations de l'esprit, comme d'acquiescer graduellement la faculté de distinguer nettement les personnes et les objets qui les entourent.

Indépendamment des troubles psychiques, il existe presque toujours des anomalies de la motilité. Il existe dans les jambes, plus rarement dans les bras, des parésies prononcées, parfois même une paraplégie complète. En outre il y a d'ordinaire des *symptômes spastiques*, une exagération des *réflexes tendineux*, etc. Peu de ces enfants apprennent à marcher seuls et à se tenir debout. On observe rarement dans leurs bras des parésies considérables, mais souvent une incertitude ataxique et de l'hésitation dans les mouvements. Il est digne de remarque que leur *sensibilité* est presque constamment intacte. Toujours est-il qu'ils réagissent très vivement contre toutes les impressions douloureuses. De tous les *organes des sens*, c'est l'œil qui souffre le plus. On a constaté à diverses reprises l'œdème de la papille et l'atrophie du nerf optique. Les symptômes d'irritation motrice sont très fré-

quents, surtout les *convulsions généralisées*, des attaques de *spasme de la glotte* et ainsi de suite. La *nutrition générale* est le plus souvent assez bien conservée. Mais communément les hydrocéphales sont atrophiés, et leur développement organique reste notablement en arrière.

La *terminaison* de l'hydrocéphalie infantile chronique est presque toujours funeste. Peu d'enfants dépassent la cinquième année, quoique quelques-uns puissent atteindre un âge beaucoup plus avancé. La *mort* arrive d'ordinaire par les progrès de l'atrophie générale, parfois aussi dans un accès convulsif. On n'est pas parvenu à *guérir* cette maladie. Pourtant on a vu se produire un arrêt dans la marche de l'hydrocéphalie, et alors les enfants continuent de vivre pendant des années dans un état qui reste sensiblement le même.

C'est un fait très insolite que l'*hydrocéphalie* chronique *des adultes*, idiopathique en apparence, et qu'on attribue également à un état inflammatoire chronique de l'épendyme ventriculaire. Les *symptômes cliniques* en ce cas sont tantôt semblables à ceux d'une tumeur cérébrale avec prédominance de symptômes généraux, tantôt, chose étonnante, les symptômes cérébraux caractéristiques font presque entièrement défaut, et dans les extrémités seulement se développent les signes lentement envahissants de la *paralysie spastique*. (v. plus haut, p. 286).

Diagnostic. Le diagnostic de l'hydrocéphalie congénitale ne présente pas de difficulté partout où la maladie est confirmée, puisque l'augmentation de volume de la tête la fait reconnaître à première vue. Quand la maladie est peu prononcée, il est parfois moins facile de la distinguer et il faut se garder surtout de la confondre avec le *crâne rachitique* macrocéphale. On ne doit en conséquence pas négliger de porter son attention sur l'état de l'intelligence, sur les troubles de la motilité et sur les autres symptômes, indépendamment des anomalies du crâne. — Dans l'*hydrocéphalie des adultes*, l'augmentation de volume du crâne manque parfois complètement, de façon que le diagnostic est rarement posé avec une entière certitude.

Traitement. Tous les remèdes usités jusqu'ici contre l'hydrocéphalie chronique sont restés sans résultat. Les frictions à l'*onguent gris*, la *teinture d'iode* sur le crâne, la *compression méthodique* de celui-ci, l'*iodure de potassium* à l'intérieur, peuvent être employés, sans qu'on puisse s'en promettre un effet certain. On a essayé de vider partiellement le liquide hydrocéphalique à l'aide de la *ponction*, mais on n'a rien obtenu par ce moyen ou seulement une amélioration passagère. *Quincke* a dernièrement donné pour avis de *ponctionner le canal vertébral* (dans la région de la 2^e à la 4^e vertèbre; cette ponction est la plus facile à pratiquer) pour évacuer le liquide hydro-

céphalique. Quelques bons résultats sont cités en faveur de cette méthode.

La plupart du temps on se bornera par conséquent à un *traitement purement symptomatique* et à la prescription de *soins intelligents*.

CHAPITRE DIXIÈME.

MALADIE DE MENIÈRE.

(*Vertigo ob aure lasà. Vertige labyrinthique.*)

En 1861 un médecin français, MENIÈRE, a, le premier, appelé l'attention sur un complexus symptomatique particulier qui se déclare quelquefois à la suite d'affections auriculaires chroniques et dont les symptômes principaux consistent en un vertige très intense et un fort bourdonnement d'oreille. La maladie commence d'ordinaire par quelques accès isolés, distancés les uns des autres. Ces accès s'annoncent par un *tintouin* à timbre grêle, comparable au sifflet d'une locomotive et qui n'est perçu que dans une seule oreille. Au même moment ou peu après, se produit un *vertige* très prononcé et à caractère particulier. Il semble au malade que son propre corps se met en mouvement, qu'il se précipite en avant ou qu'il tourne sur lui-même, etc. Au surplus il conserve sa pleine conscience, mais il éprouve un grand malaise, la peau devient pâle et glacée et la face se couvre d'une sueur froide. Les accès, dont les premiers ne durent pas longtemps, se jugent quelquefois par un *vomissement*.

Dans la suite les accès se multiplient et à la fin il peut s'établir un *vertige continu* qui tourmente fortement les malades et les retient au lit. Alors même leur état subit des aggravations paroxysmales, inaugurées chaque fois par des tintements aigus de l'oreille. En même temps subsistent de part et d'autre ou seulement d'un côté, les signes d'une affection chronique de l'appareil de l'audition. Les malades sont atteints d'un écoulement purulent de l'oreille et l'examen otoscopique révèle souvent des lésions pathologiques manifestes du tympan et de l'oreille moyenne. L'ouïe est toujours plus ou moins obtuse de ce côté. Cet état peut persister de la sorte pendant des années jusqu'à ce qu'enfin il cesse de lui-même, quand l'oreille malade s'est *complètement perdue*.

On ne connaît que bien peu de chose sur la genèse du complexus symptomatique de la maladie de Menière. Il est hautement probable qu'elle dépend d'une affection de l'oreille interne (labyrinthe) et qu'il doit toujours

y avoir une lésion des *canaux semi-circulaires*, dont la corrélation avec le maintien de l'équilibre est démontrée par une multitude de recherches expérimentales. La connaissance du vertige de Menière a par conséquent une grande importance pour le médecin neurologue, attendu que des confusions de cette maladie avec l'épilepsie, avec les affections cérébelleuses, etc., ont été signalées à diverses reprises. D'autre part on doit supposer aussi que des accès purement *névralgiques* et *hystériques* peuvent quelquefois complètement simuler le tableau morbide de la maladie de MENIÈRE, à telle enseigne qu'il faut parfois une observation minutieuse de longue durée pour que le diagnostic puisse être correctement affirmé.

La *thérapeutique* n'est pas complètement désarmée contre l'appareil symptomatique en question, depuis que CHARCOT a découvert que l'usage continu de la *quinine*, dans nombre de cas tout au moins, produit une amélioration notable des symptômes, même parfois une guérison totale. On prescrit 0,5 à 1,0 grm. de quinine par jour, en 2 à 3 doses et on insiste sur cette médication au moins pendant plusieurs semaines. Nous ne pouvons nous étendre davantage sur le traitement de l'affection auriculaire, nécessairement indiqué quand l'oreille moyenne est également malade.

VI. NÉVROSES SANS FONDEMENT ANATOMIQUE CONNU.

CHAPITRE PREMIER.

ÉPILEPSIE.

(*Mal caduc, morbus sacer.*)

Étiologie. L'épilepsie est une maladie *autonome* assez commune dont le symptôme principal consiste en *troubles du sensorium se présentant par accès*. Ces troubles sont accompagnés de *violentes convulsions générales* dans les cas types ; mais dans beaucoup de formes épileptiques anormales et rudimentaires, les phénomènes d'irritation motrice sont complètement défaut. L'épilepsie vraie, « essentielle », est une *névrose fonctionnelle*, qui n'a sa raison d'être dans *aucune altération anatomique* du système nerveux, susceptible d'être découverte par nos moyens actuels d'investigation. Il est vrai que des accès absolument identiques à ceux de l'épilepsie véritable se lient quelquefois à diverses lésions anatomiques du cerveau (tumeurs, syphilis, etc.), mais alors on ne doit les considérer que comme un *symptôme* d'une autre maladie et, à ce titre, on les distingue sous le nom d'« *attaques épileptiformes* » des attaques d'épilepsie franche.

Les *causes* intimes de l'épilepsie nous échappent complètement. Tout au plus connaît-on une série de conditions favorables à la genèse de la maladie et qui doivent être envisagées comme causes *prédisposantes* ou *occasionnelles*. Parmi elles l'*hérédité* joue incontestablement le premier rôle. Dans un tiers des cas environ, l'épilepsie apparaît chez des *personnes* entachées d'une *tare neuropathique héréditaire* et dont la famille est tributaire d'affections nerveuses. Cependant cette prédisposition native ne doit pas être comprise en ce sens qu'il faille indispensablement retrouver chez les ascendants du malade de véritables cas d'épilepsie ; l'hérédité consiste plutôt en une « *tendance névrosique générale* » dérivant des ancêtres dans la large acception du mot. Plus on examine la chose attentivement, plus on relève dans la parenté du malade la trace d'affections nerveuses, tantôt l'épilepsie véritable, tantôt des maladies mentales, de l'hystérie, de la nervosité générale, etc. En effet, dans ces « *familles neuropathiques* », à côté