

moniaque liquide ou le carbonate d'ammoniaque; Pinel a vanté ce moyen. Dans le cas où il existe une *aura*, il sera utile d'exercer une compression forte entre elle et le cerveau. J'ai vu un de mes malades réussir souvent à arrêter de cette manière un accès imminent. L'*aura* partait d'un des doigts, cheminait le long de l'avant-bras et était arrêtée au-dessus du coude par la constriction exercée à l'aide d'un appareil placé à l'avance. Malheureusement cette ressource échoue presque toujours, elle est même le plus souvent inapplicable à cause de la rapidité avec laquelle l'*aura* s'élève de la périphérie au cerveau.

Nature. — D'après les résultats négatifs fournis par l'anatomie pathologique, il est évident que l'épilepsie ne saurait être classée ailleurs que parmi les névroses. MM. Bouchet et Cazauvielh ont néanmoins cherché à prouver, dans un travail spécial inséré dans le tome IX des *Archives*, la nature inflammatoire de la maladie, qu'ils localisent dans la substance médullaire; mais cette opinion, contraire à ce qu'ont vu tous les observateurs, ne résulte pas clairement des faits invoqués par ces auteurs eux-mêmes. D'ailleurs, comment rapporter à une phlegmasie des centres nerveux une maladie qui apparaît brusquement, qui frappe comme la foudre, puis qui cesse de se montrer pendant des mois ou des années, sans laisser de trace nulle part? Une pareille marche exclut toute idée d'inflammation. Dirons-nous avec d'autres que l'épilepsie est une forme de la congestion? Mais, sans nier qu'une hyperémie cérébrale ne puisse déterminer les accès, on peut affirmer que la congestion ne constitue pas la maladie : rien ne prouve d'ailleurs que l'afflux du sang soit le premier phénomène de l'attaque. Ajoutons que, dans tous les cas, elle est beaucoup moins forte au commencement de l'accès qu'à la fin. D'ailleurs, la congestion céphalique n'explique aucun des phénomènes essentiels de l'épilepsie, et il est facile de prouver que, loin de constituer l'essence de la maladie, elle en est au contraire la conséquence; qu'elle se lie surtout à la perturbation de la circulation, et plus encore aux troubles de l'hématose et à la gêne que la respiration éprouve par suite de la tension convulsive des muscles chargés de dilater le thorax. Rappelons encore que ces congestions répétées amènent dans quelques points du centre nerveux des lésions qui, bien que consécutives, peuvent devenir plus tard cause provocante des attaques.

Où placer le siège de l'épilepsie? En analysant les phénomènes, on est conduit à localiser dans la moelle allongée le point de départ de la maladie; les résultats nécroscopiques signalés récemment par Schröder van der Kolk confirment cette idée. Cette excitation du bulbe est-elle primitive? Est-elle consécutive? Qu'est-ce qui la provoque? Nul ne le sait.

DE L'EXTASE

L'*extase* est un état dans lequel un individu, livré tout entier à une pensée dominante, reste immobile et étranger à tout ce qui l'entoure. Archimède, qui, poursuivant la solution d'un problème de géométrie, est sourd au tumulte d'une ville livrée au pillage, et Socrate, qui, dans une méditation profonde, reste immobile pendant plusieurs heures, exposé aux ardeurs d'un soleil brûlant, sont des extatiques.

Les individus en extase offrent, comme phénomènes communs, la suspension des mouvements volontaires et de l'exercice des sens; mais, comme M. Calmeil le dit avec raison, les expressions manquent pour peindre les sensations purement cérébrales qu'ils éprouvent. C'est tantôt un sentiment de bonheur ineffable, d'une béatitude céleste : telle était sainte Thérèse dans ses accès

extatiques. Beaucoup ont des hallucinations des sens : l'apôtre saint Paul, qui, dans un ravissement extatique, se crut transporté dans le ciel, entendit des choses ineffables qu'il n'est pas permis, dit-il, à l'homme de rapporter, et que les hommes ne peuvent comprendre. Au fort de ses accès extatiques, l'individu assis, debout ou à genoux, a les yeux ouverts et fixes, ordinairement dirigés vers le ciel; sa figure est pâle, sa bouche est entr'ouverte; il est insensible, immobile, et il arrive quelquefois que, comme dans la catalepsie, les membres conservent la position qu'on leur donne : cependant la chose est assez rare. L'accès se termine après une durée fort variable. Les malades se plaignent de brisement, de fatigues; ils sont très-abattus; quelques femmes accusent de l'oppression et pleurent abondamment, comme après une attaque d'hystérie. Les attaques se reproduisent plus ou moins fréquemment. On ne possède cependant aucun renseignement bien précis sur la marche, les terminaisons, les suites et le degré de gravité de la maladie.

L'*extase* est une affection assez rare, qu'on observe chez les individus qui méditent longuement et profondément sur les sujets les plus abstraits; plus souvent encore la maladie se remarque chez les personnes ferventes, adonnées aux plus austères pratiques, et dont l'esprit se porte sans cesse vers les choses célestes; c'est ce qui explique la fréquence de l'*extase* chez les anachorètes, chez les ermites, chez les religieuses vouées à la vie contemplative plutôt qu'aux travaux qui élèvent et fortifient. L'*extase* peut régner épidémiquement, se propageant alors par voie d'imitation. Une épidémie semblable a été observée en 1841 et 1842 dans les campagnes de la Suède centrale; elle a été décrite par le docteur Sonden. (*Gazette médicale* de 1843.)

Traitement. — Pendant l'*extase*, il faut chercher à stimuler le malade par l'application de sinapismes, en projetant de l'eau froide sur la figure et lui faisant respirer une odeur pénétrante. Si l'accès se prolonge, on s'occupera de nourrir le malade avec la sonde œsophagienne. Pour prévenir de nouveaux accidents, on devra changer son régime, ses habitudes, et éloigner de lui tout ce qui pourrait porter son esprit sur l'objet ordinaire de sa contemplation.

DE LA CATALEPSIE

La *cataplexie* est une affection intermittente, apyrétique, s'accompagnant ordinairement de perte de connaissance et d'une roideur tétanique partielle ou générale, mais avec cette particularité que les membres qui n'obéiraient point à la volonté du malade conservent pendant toute l'attaque la position qu'ils avaient au début de l'accès, ou bien celle qu'on est parvenu à leur donner, quelque pénible et quelque incommode d'ailleurs qu'elle soit.

Dans l'attaque de catalepsie, la sensibilité tactile et la sensibilité spéciale sont généralement abolies ou du moins très-obtuses; les malades paraissent étrangers à tout ce qui les entoure; les principales fonctions s'exécutent d'ailleurs de la manière la plus régulière : ainsi, le pouls bat avec lenteur, la respiration et la calorification sont normales; il en est de même de la digestion. Cependant, dans un grand nombre de cas, les malades cessent de boire et de prendre des aliments; les uns à cause d'un trismus invincible, plus souvent en raison d'une dysphagie produite par un spasme du pharynx.

Ces symptômes, qui existent pendant la crise cataleptique, disparaissent rapidement ou bien peu à peu. Les malades, revenus à eux, sont fatigués, agacés; beaucoup sanglotent; ils ne conservent, le plus généralement, aucun souvenir de l'attaque. Il peut n'y avoir qu'un seul accès, ou bien plusieurs se succèdent

rapidement ou à des intervalles éloignés. Rien de plus variable que la durée de la maladie, et même de chacun des accès; elle peut n'être que de quelques minutes ou bien se prolonger plusieurs heures, plusieurs jours de suite. On a même cité quelques cas où les accès se seraient prolongés pendant cinq ou six mois; rien n'est impossible dans les aberrations nerveuses. Chez les femmes, la catalepsie se complique fréquemment avec l'hystérie.

Diagnostic. — La catalepsie est un état morbide bien différent de l'extase, dans laquelle, disent Georget et Calmeil, l'exercice de la pensée, au lieu d'être suspendu, se trouve exclusivement dirigé vers la contemplation d'un objet, est absorbé par une idée, par des jouissances imaginaires, et est en outre augmenté par l'exaltation de l'enthousiasme. D'ailleurs le diagnostic ne peut jamais présenter de difficulté; car, dans nulle affection, si ce n'est dans la catalepsie, on ne voit les membres soustraits à l'empire de la volonté conserver invariablement la position qu'on leur donne.

Pronostic. — La catalepsie n'est pas une affection qui compromette l'existence; elle n'est sérieuse que parce qu'elle indique une susceptibilité exquise du système nerveux.

Causes. — La catalepsie est une affection assez rare; M. Bourdin n'en avait guère pu réunir que 38 cas dans son ouvrage. M. Puel a porté le nombre des faits les plus authentiques à 150. La catalepsie est plus commune chez la femme que chez l'homme. La différence entre les deux sexes est pourtant moins grande qu'on ne l'avait dit; sur les 150 faits réunis par M. Puel, on trouve 68 hommes et 80 femmes. La jeunesse, le tempérament nerveux, irritable, y prédisposent beaucoup. La catalepsie éclate souvent à la suite d'une vive émotion de plaisir, de peine, ou après des fatigues produites par des excès d'études, etc.

Traitement. — On a conseillé, pendant l'accès, l'usage des émissions sanguines générales et locales; d'autres, au contraire, les blâment, et préfèrent les stimulants, les évacuants et surtout l'émétique, qui agit principalement comme perturbateur; on a eu également recours aux antispasmodiques et surtout aux bains, etc.; aux affusions froides ou à la projection simple d'une eau très-froide sur la face. Ce moyen seul m'a parfaitement réussi dans un des plus beaux exemples de catalepsie qu'on puisse voir. Dans les cas rebelles, on a proposé de recourir à l'électropuncture. L'expérience ne s'est pas encore prononcée sur la valeur de chacune de ces méthodes. Nous croyons d'ailleurs qu'ici, comme dans toutes les maladies, et surtout dans les névroses, on ne peut conseiller aucun traitement exclusif; il faut le varier suivant les indications prédominantes. Nous pensons que, si l'accès se prolongeait, et si le malade n'avalait pas les aliments, on devrait les lui injecter dans l'estomac avec la sonde œsophagienne. Si la respiration se suspendait momentanément, on devrait procéder à l'insufflation pulmonaire.

DU CAUCHEMAR

Le *cauchemar* est une sorte de rêve pendant lequel l'individu, en proie à une anxiété extrême, éprouve un sentiment d'oppression et même de suffocation, avec impossibilité presque absolue de crier et de se mouvoir, jusqu'à ce qu'un réveil brusque vienne mettre un terme à cet état qui est des plus pénibles.

C'est ordinairement dans la première moitié de la nuit, et au milieu d'un sommeil profond, que l'individu est pris d'oppression, d'étouffement; il lui semble tantôt qu'un corps lourd, qu'un animal, qu'un homme hideux, qu'une

vieille femme, qu'un monstre, etc., appuie sur sa poitrine et l'empêche de respirer; d'autres fois il croit être sur le bord d'un précipice, ou bien être sur le point de tomber dans une fournaise ardente; ou bien encore il croit être poursuivi par des voleurs, par un chien enragé. Au milieu de ces périls, il fait des efforts inutiles pour crier, pour se défendre ou pour fuir. Sa peau est alors couverte de sueur, son pouls accéléré, enfin, après quelques secondes, quelques minutes, un quart d'heure au plus de cette anxiété extrême, le malade se réveille en sursaut, éprouvant un grand effroi, qui ne se dissipe souvent qu'après quelques minutes et après que l'intelligence est revenue à son état physiologique. Un peu de fatigue, quelques palpitations, un léger tremblement, un peu de céphalalgie, sont les seules incommodités que les individus ressentent; ces petits accidents ont d'ailleurs une durée courte, presque éphémère. Le cauchemar ne produit aucun résultat fâcheux chez les adultes, chez les individus bien constitués, et sains d'esprit; mais chez les personnes très-impressionnables, chez les enfants, par exemple, il provoque quelquefois l'explosion d'accès d'épilepsie; dans les mêmes conditions, de jeunes filles sont devenues hystériques, et maints individus à cerveau faible ont éprouvé un dérangement dans leurs idées. Il n'est pas rare, dit M. Calmeil, de voir le délire monomaniacal emprunter au cauchemar ses principaux éléments. Pendant le jour il n'existe aucune lésion des sens; mais le malade raconte avec effroi tout ce qu'il a souffert pendant la nuit, et l'interprétation qu'il donne aux sensations pénibles qui l'obsèdent pendant son sommeil l'entraîne dans de continuelles divagations et à des actes qu'il faut parfois soigneusement réprimer.

Causes. — Le cauchemar se déclare surtout chez les individus qui font des excès de veilles, de tables et de femmes, qui exaltent leur imagination par la lecture de romans, de contes fantastiques. Il est fréquent dans le cours des lésions organiques du cœur, et n'est pas rare non plus, suivant quelques-uns, dans les affections du foie et de l'estomac; mais c'est une assertion qui ne nous paraît pas exacte.

Traitement. — Pour prévenir le cauchemar, il suffit souvent de faire changer la position des malades dans leur lit, de les faire coucher, par exemple, sur un côté ou sur l'autre, de leur faire relever la tête. Si l'affection dépend de la difficulté des digestions, on conseillera au malade de ne faire le soir qu'un repas léger; il mangera de meilleure heure, et ne se couchera que lorsque la digestion sera très-avancée. On doit d'ailleurs toujours éveiller un individu en proie à l'anxiété du cauchemar, et le rassurer aussitôt. Cette précaution est surtout utile chez les jeunes sujets. Un cauchemar peut, comme nous l'avons dit, provoquer un accès d'épilepsie.

DE L'EXOPHTHALMOS

SYNONYMIE. — Goitre exophtalmique, exophtalmie cachectique, maladie de Basedow.

L'attention est fixée en France, depuis peu d'années, sur une maladie singulière caractérisée surtout par la saillie des yeux, par l'augmentation de volume du corps thyroïde, par des palpitations de cœur, symptômes constants et auxquels peuvent se joindre divers troubles nerveux, spécialement du côté des organes digestifs.

Historique. — Stokes affirme que, dès 1835, Graves avait fixé l'attention de ses auditeurs sur le goitre exophtalmique. Cependant ce ne fut qu'en 1840 que Basedow constitua en quelque sorte la maladie, en démontrant la relation

qu'avaient entre eux les symptômes principaux, et en ne confondant pas cette affection avec l'exophtalmie : c'est ce qu'avaient fait avant lui des auteurs, comme Saint-Yves, Demours et autres, qui ont vu peut-être des cas analogues à ceux que nous observons ; mais ils les ont invariablement considérés comme appartenant à l'hydrophthalmie ou à l'exophtalmie de cause organique. Depuis la communication de Basedow (1), les faits se sont multipliés beaucoup, tant en Allemagne qu'en Angleterre ; mais les médecins français ont eu le tort de rester complètement étrangers à ce mouvement qu'ils semblaient d'ailleurs ignorer. Ce ne fut qu'en 1856 qu'un observateur des plus habiles et non moins distingué par sa grande érudition, M. Chareot, communiqua à la Société de biologie une curieuse observation de goître exophtalmique, et le premier éveilla ainsi parmi nous l'attention sur une maladie qui jusqu'à lui avait été complètement méconnue (2). A dater de ce moment, les faits se sont multipliés et quelques travaux spéciaux ont été publiés. Citons particulièrement les recherches de M. Fischer (3), l'article de M. Demarquay, dans son ouvrage *sur les maladies de l'orbite* ; plusieurs leçons de M. Trousseau, publiées par M. le docteur Dumontpallier, dans l'*Union* de 1859, et une thèse excellente soutenue à la faculté de Paris, en 1861, par M. le docteur Huard.

Symptômes. — Le début de l'affection n'est pas toujours le même ; la saillie des deux yeux chez les uns, l'hypertrophie thyroïde chez d'autres, les troubles cardiaques chez le plus grand nombre, fixent tout d'abord l'attention. La plupart des malades, en effet, commencent par éprouver des palpitations, puis le corps thyroïde se développe, et les yeux, sortant de plus en plus de leur orbite, donnent à la physionomie un aspect étrange. Aussi est-ce là souvent des trois symptômes du début celui qui fixe le plus vivement l'attention. Cette saillie des deux yeux, qui peut être telle que les paupières ne peuvent plus recouvrir l'organe pendant le sommeil, change complètement la physionomie. Les malades ont l'air hagard, égaré ou farouche ; les yeux brillants et humides, jamais déviés, conservent leur mobilité, et ils sont le siège de battements pénibles, parfois douloureux. Quelques malades ont la sensation comme si les yeux étaient expulsés de leur orbite, et ils y portent instinctivement leurs mains comme pour en empêcher la chute. La pression qu'on exerce sur eux n'est pas communément douloureuse, et l'on peut parfois par ce moyen réduire sensiblement leur volume. Il est bien rare qu'avec un changement aussi considérable dans la saillie de l'organe, la vue ne soit point altérée ; elle l'est, en effet, à divers degrés dans la presque totalité des cas. Les malades ont de la myopie ; ils voient voltiger des mouches, quelques-uns ont un peu d'amblyopie ; mais, vas à l'ophthalmoscope, les milieux de l'œil ne présentent aucune altération, si ce n'est parfois un peu d'injection de la rétine. Chose remarquable, la conjonctive ne rougit point ou elle ne s'enflamme pas même, dans les cas où le volume des yeux empêche les paupières de protéger complètement ces organes.

En même temps que ces phénomènes se passent vers les globes oculaires, le corps thyroïde augmente de volume d'une manière plus ou moins rapide. L'organe est souvent uniformément développé, ou bien l'un des lobes est plus proéminent ou bien même est seul atteint. Dans tous les cas, le corps thyroïde est mou, non douloureux ; on sent souvent à la main l'impulsion exagérée des vaisseaux du cœur et de ceux qui se distribuent dans la glande : aussi distingue-

(1) Casper's *Wochenschrift*, 28 mars 1840.

(2) *Gazette médicale de Paris*, année 1856.

(3) *Archives générales de médecine*, année 1859.

t-on souvent un véritable mouvement d'expansion, et à l'auscultation un bruit vasculaire plus ou moins énergique.

Les troubles cardiaques, qui le plus souvent ouvrent la marche, consistent en palpitations intenses et douloureuses ; les malades ont de la dyspnée, ils ont de la tendance aux lipothymies. Ces troubles augmentent de temps en temps et constituent de véritables accès, des crises pendant lesquelles l'oppression est extrême et l'asphyxie si imminente, que la trachéotomie semble être alors l'unique voie de salut. Cependant l'exploration attentive du cœur ne fait constater dans ces cas l'existence d'aucune lésion matérielle ; c'est à peine si les cavités paraissent parfois être un peu dilatées. Si, dans certains cas, on a distingué un léger souffle, c'est qu'à une époque plus ou moins avancée il existe toujours une anémie plus ou moins considérable. Je sais bien que quelques médecins ont parfois constaté des signes de lésions organiques, mais celles-ci étaient probablement primitives, et ne sauraient être considérées que comme un accident ou une complication tout à fait exceptionnelle. Les malades sont non-seulement apyrétiques, mais leur pouls radial, généralement faible, contraste communément avec l'impulsion des vaisseaux carotidiens et thyroïdiens.

Aux trois ordres de symptômes qui surviennent du côté du cœur, de la thyroïde et des yeux, il faut joindre quelques autres accidents moins constants que les premiers, très-variables ; ce sont surtout divers troubles digestifs, particulièrement une sorte de faim canine, parfois des vomissements, chez quelques-uns de la diarrhée. Il existe aussi de l'insomnie, un état de susceptibilité et parfois d'irritabilité excessive. On conçoit que, sous l'influence de causes si nombreuses, il survienne communément un amaigrissement notable, un dépérissement toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Il suffit, en effet, que les accès s'éloignent pour que l'embonpoint augmente rapidement, favorisé d'ailleurs par la faim canine qui persiste encore dans bien des cas.

Marche. Durée. Terminaisons. — Le goître exophtalmique, dont le début est souvent obscur, lent, insidieux, est une maladie essentiellement paroxysmique. La souffrance est continue, mais de temps en temps surviennent des paroxysmes pouvant mettre la vie en péril, et caractérisés surtout par l'exagération des troubles cardiaques, par une dyspnée extrême, par l'intumescence plus grande du corps thyroïde et la proéminence encore plus exagérée des globes oculaires. Ces crises n'ont rien de fixe dans leur durée ni dans leur retour ; elles peuvent persister quelques heures ou quelques jours. Elle peuvent mettre entre elles un intervalle de quelques mois et même de plusieurs années, ou bien on peut en compter plusieurs par mois ou par semaine, et il arrive même fréquemment que plusieurs fois par jour on constate de petites exacerbations appréciables par les personnes qui entourent les malades.

Parvenue à son état, la maladie peut rester plus ou moins stationnaire, puis elle décline. Les paroxysmes s'éloignent de plus en plus ; les palpitations diminuent, les yeux sont de moins en moins saillants, le corps thyroïde perd de son volume ; il devient en même temps plus ferme, comme s'il devenait moins apte à se laisser distendre par le sang ; l'appétit se régularise, la diarrhée cesse, l'embonpoint revient. Enfin, après un temps variant de quelques mois à plusieurs années, la santé peut se rétablir complètement. Il n'y a parfois qu'un répit ; c'est ainsi qu'on a vu dans plusieurs cas la grossesse faire disparaître momentanément les symptômes caractéristiques, mais ils apparaissaient de nouveau peu après la délivrance. Quelques malades succombent ; ils peuvent mourir dans un accès ou bien épuisés par la longueur des souffrances, ou par suite de quelque complication que la faiblesse des malades provoque et rend plus grave.

Anatomie pathologique. — L'ouverture des cadavres ne nous a pas encore beaucoup éclairé sur la cause des symptômes observés pendant la vie. Le système nerveux céphalo-rachidien paraît être exempt de toute altération appréciable. En est-il de même du grand sympathique? M. Trousseau a rapporté dans sa clinique l'histoire d'une femme morte à l'Hôtel-Dieu, chez laquelle on trouva le ganglion cervical inférieur volumineux, rouge, injecté. Vu au microscope, on constata que les cellules étaient petites, déformées, et les tubes nerveux amoindris. Les vaisseaux y étaient plus nombreux, on y trouvait encore un tissu conjonctif abondant, et quelques dépôts graisseux. Le cœur peut offrir un certain degré de dilatation, avec ou sans hypertrophie des parois. Il est difficile de se rendre compte de l'exophtalmie autrement qu'en supposant une congestion. Si parfois on a trouvé un peu d'infiltration du tissu cellulo-adipeux, ou bien une légère accumulation de graisse au fond de l'orbite, cependant le fait n'est pas constant; d'ailleurs il n'y a jamais ni beaucoup d'infiltration ni beaucoup de graisse. Le globe oculaire n'est guère plus volumineux que d'habitude, et il n'existe pas d'hydrophthalmie. La dissection du corps thyroïde révèle dans cet organe une vascularité exceptionnelle; les vaisseaux sont dilatés, mais l'organe lui-même ne présente d'autre altération de texture qu'une hypertrophie simple.

Diagnostic. — La maladie, une fois constituée, a une physionomie telle qu'on ne saurait la confondre avec aucune autre affection; car il n'en est aucune qui présente simultanément, avec les troubles cardiaques, la saillie oculaire et l'intumescence du corps thyroïde. Si la maladie débutait par l'exophtalmie, on devrait au moins la soupçonner et ne pas croire à une exophtalmie par cause mécanique; parce que la première est toujours double, ne s'accompagnant jamais de strabisme; elle est parfois réductible et toujours remarquable par l'éclat et la mobilité des globes oculaires.

Pronostic. — L'exophtalmos est une affection sérieuse; on a calculé que sur les quarante cas connus jusqu'à présent, dix fois la maladie a eu une issue funeste.

Étiologie. — On ne sait encore rien de précis sur les causes. Il est prouvé seulement que la maladie est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme et qu'elle atteint de préférence des personnes de quinze à vingt-cinq ans. Les impressions morales ont paru parfois jouer un rôle dans la production de la maladie.

Traitement. — Des traitements divers ont été proposés contre le goître exophtalmique. Les altérants et l'iode en particulier, employés surtout en vue du goître, ont échoué toujours, parfois même ils ont paru avoir été nuisibles.

Les toniques, les analeptiques et les préparations martiales ont été vantés; ils sembleraient justifiés par l'état anémique des sujets. M. Trousseau pourtant les rejette et les regarde comme étant toujours nuisibles. Je ne saurais m'associer à cette proscription; il est des cas, en effet, où le fer a été réellement avantageux, et l'on devra en essayer l'usage lorsque l'anémie sera très-profonde. La digitale a été prônée particulièrement par M. Trousseau, qui veut même qu'on élève les doses rapidement, de manière à produire un commencement d'intoxication; cependant ce n'est pas toujours le meilleur mode d'administration pour une sédation du cœur, les expériences sur l'homme et surtout sur les animaux ayant prouvé que les fortes doses avaient d'abord pour résultat plutôt d'accélérer le pouls que de le ralentir.

Il peut paraître étrange qu'on ait osé conseiller la saignée dans une affection si habituellement compliquée d'anémie. Mais ce n'est certes pas à titre d'agent curatif qu'on la recommande, mais uniquement pour combattre les congestions

qui se font simultanément sur le cœur, sur le corps thyroïde et même sur les yeux, et qui provoquent ces accès de suffocation qui compromettent la vie. Les révulsifs seront dans ces cas des auxiliaires avantageux.

Chez plusieurs malades, on a tiré un parti avantageux du traitement hydrothérapique, soit à titre de tonique et de reconstituant, soit comme agent de révulsion pour prévenir les congestions dont nous parlons. On a aussi, à l'exemple d'Aram, fait des applications de glace sur le corps thyroïde, dans le but de combattre la congestion dont il est le siège, et qui, augmentant promptement son volume, occasionne une compression de trachée et devient une cause des accidents asphyxiques.

Lorsque, tout ayant échoué, ceux-ci menacent immédiatement la vie, faut-il pratiquer la trachéotomie? On l'a fait sans trop de succès; de plus, la section du corps thyroïde, qui a acquis une grande vascularité, a été cause parfois d'une hémorrhagie qu'il a été difficile ou impossible de maîtriser.

Nature de la maladie et explication des principaux symptômes. — Le goître exophtalmique mérite d'avoir une place distincte dans le cadre nosologique; il constitue une entité morbide et ne saurait être considéré comme un effet plus ou moins éloigné d'une autre affection, de l'anémie en particulier, idée défendue dans ces derniers temps par M. Fischer. On peut objecter, en effet, à cette théorie que, si l'état chlorotique est fréquent, il n'est pas pourtant indispensable pour constituer la maladie, il ne la précède pas toujours ni même le plus ordinairement; mais elle est plutôt un accident ou complication qui ne survient même fréquemment qu'à une période plus ou moins avancée.

Le goître exophtalmique a été généralement considéré comme une névrose; c'est l'opinion également soutenue par Graves et par Stokes, par MM. Charcot, Aran, Trousseau et Huard. Si l'on considère, en effet, la forme paroxystique des accidents, la marche irrégulière de la maladie toujours apyrétique et les résultats à peu près négatifs de l'anatomie pathologique, on sera conduit à adopter cette doctrine (1). Si, d'autre part, on réfléchit au siège des principales manifestations morbides, à leur forme congestive, on sera porté à localiser la maladie dans le nerf trisplanchnique. On sait, en effet, que le grand sympathique envoie des rameaux aux organes spécialement affectés, c'est-à-dire au cœur, aux vaisseaux du cou, au corps thyroïde et aux globes oculaires. On n'ignore pas, en outre, depuis les beaux travaux de M. Cl. Bernard (je l'ai dit ailleurs, tome 1^{er}, page 193), que la lésion du trisplanchnique, au cou, avait pour effet de produire une vive congestion et une élévation de température dans un des côtés de la face.

Ce trouble du trisplanchnique rend compte aussi les accidents divers qui existent vers le tube digestif. Les symptômes qui servent à caractériser la maladie, c'est-à-dire les troubles cardiaques, le goître et l'exophtalmie, sont des accidents rattachés à la même cause, mais indépendants les uns des autres, et nous ne saurions, à l'exemple de Stokes et d'Aran, donner aux premiers la prééminence. Le goître exophtalmique n'est pas, comme le croit Stokes, une névrose cardiaque; ce n'est pas non plus, comme le pensait Aran, une irritabilité du cœur et des artères du cou, qui serait suivie tôt ou tard d'une hypertrophie avec dilatation de ces organes. Nous avons vu, en effet, que, si les

(1) Rappelons cependant le fait observé à la clinique de M. Trousseau. Si des observations pareilles étaient recueillies plus tard, et s'il était établi que les lésions des ganglions du trisplanchnique sont primitives, il faudrait assigner à la maladie une autre place dans le cadre nosologique.

symptômes cardiaques sont les premiers à se développer, surtout pour le malade, il n'en est pas toujours ainsi : souvent, en effet, la maladie a manifestement débuté par le goître ou par la saillie oculaire.

Si le trouble cardiaque n'est pas la cause de l'intumescence du corps thyroïde ni de la saillie des yeux, on ne saurait non plus, avec Taylor, regarder le goître comme étant la cause de l'exophtalmie et expliquer celle-ci par la gêne mécanique apportée à la circulation. Lorsque des goîtres bien autrement volumineux, mais sous une autre influence, ne produisent rien de pareil, il est étrange qu'on ait attribué un pareil effet à une intumescence beaucoup moindre. L'exophtalmie n'est donc liée au goître que comme étant l'une et l'autre l'expression d'une même cause ayant agi sur le système nerveux ganglionnaire.

CINQUIÈME GENRE DE NÉVROSES

NÉVROSES SPÉCIALES A CERTAINS ORGANES

NÉVROSES SPÉCIALES AUX ORGANES RESPIRATOIRES

De l'aphonie nerveuse.

On entend par le mot *aphonie* la perte plus ou moins complète de la voix, quelle que soit la cause qui la détermine.

Dans les maladies du larynx nous avons fréquemment signalé l'aphonie, ou diverses autres altérations de la voix, comme un de leurs symptômes les plus constants; mais en ce moment nous ne devons nous occuper que de la perte de la voix qui, ne se liant à aucune lésion matérielle saisissable, constitue une névrose spéciale du larynx.

Symptômes. — L'aphonie nerveuse peut survenir d'une manière graduelle, ou bien brusquement. N'éprouvant aucune espèce de malaise, aucune douleur ni gêne vers le larynx, les malades ne sont avertis de leur état qu'au moment où ils veulent parler. Leur voix est plus ou moins éteinte, mais non pas entièrement abolie; ils parlent à voix basse, et sont souvent obligés, pour proférer un son, de faire des efforts considérables.

Marche. Durée. Terminaisons. — La maladie suit une marche très-variable et tout à fait irrégulière, comme l'est celle de toutes les névroses : elle peut cesser après une durée très-courte, ou se prolonger indéfiniment; souvent elle paraît et disparaît à des intervalles plus ou moins rapprochés; on a même cité des cas où elle affectait une forme intermittente. L'aphonie cesse tantôt lentement, peu à peu, tantôt brusquement. C'est ainsi que beaucoup de malades, s'étant endormis tout à fait aphones, se réveillent au bout de quelques heures ayant recouvré la plénitude de leur voix; cela d'ailleurs ne se remarque guère que chez les hystériques. Ce n'est aussi que chez ces malades qu'on voit l'aphonie, cédant en peu d'instant, ne laisser aucune trace après elle.

Quelquefois l'aphonie est incurable; si elle cède après avoir duré longtemps, il est rare alors que la voix reprenne jamais sa force et son timbre. Cependant presque toujours dans ces cas elle est bien moins l'effet d'une perturbation nerveuse que de quelque lésion matérielle.

Diagnostic. — Il ne faut pas, comme on l'a fait très-souvent, confondre l'aphonie et le mutisme. En effet, dans cette dernière affection, il y a impossibilité absolue de former des sons *articulés*, tandis que dans l'aphonie aucun son ne peut être produit, ou bien il est considérablement affaibli. L'aphonie une fois constatée, on déterminera si elle est nerveuse ou symptomatique. Ceci n'offre généralement aucune difficulté, si l'on considère que la première survient ordinairement brusquement, qu'elle ne s'accompagne ni de douleur, ni de toux, ni d'expectoration, ni de dyspnée. Si, dans quelques cas rares, l'aphonie coïncide à son début avec quelques signes d'une très-légère phlegmasie de l'arrière-gorge ou du larynx, on voit ceux-ci se dissiper promptement, et, nonobstant cela, l'aphonie faire de nouveaux progrès.

Pronostic. — Si l'aphonie est sans gravité, elle n'en constitue pas moins une affection incommode, et souvent fort rebelle.

Étiologie. — L'aphonie nerveuse, rare chez les hommes, se rencontre spécialement chez les femmes hystériques, et se développe souvent chez elles à la suite de leurs attaques. On a dit que les maladies des parties génitales pouvaient la développer d'une manière sympathique; mais c'est là un fait qui n'est pas encore suffisamment établi. L'aphonie a quelquefois succédé à une émotion vive : un fait de ce genre a été observé par Chomel et par M. Blache. Elle peut être également produite par l'abus des alcooliques, par l'ingestion de certains narcotiques, comme la belladone ou la jusquiame; on l'a vue plusieurs fois succéder à une intoxication saturnine. Dans tous les cas, les nerfs récurrents sont influencés d'une certaine manière : l'anatomie et la physiologie nous apprennent qu'ils doivent être malades; mais leur lésion, si toutefois il y en a une, est tout à fait insaisissable pour nous.

Traitement. — Il n'existe aucun moyen réellement bien efficace contre l'aphonie nerveuse. La marche, l'irrégularité de cette affection, sa cessation brusque, souvent sans cause connue, doivent rendre très-circonspect lorsqu'il s'agit d'apprécier l'influence qu'ont pu exercer sur la maladie les agents thérapeutiques. Souvent, en effet, il n'y a qu'une simple coïncidence. Parmi les moyens qu'on a conseillés contre l'aphonie nerveuse, se trouvent tous les antispasmodiques, et surtout le succin (1 gramme de teinture éthérée dans 200 ou 250 grammes de véhicule), qui a joui dans ces cas d'une certaine réputation. Les révulsifs sur le larynx, les sinapismes, les vésicatoires, les onctions avec l'huile de croton, avec la pommade stibiée, sont des moyens irritants et perturbateurs qui ont été utiles dans bon nombre de cas. Il en est de même des évacuants gastro-intestinaux et de la saignée; cette dernière, qui semblerait contre-indiquée par la nature de l'affection, a, dans un fait observé par Ollivier (d'Angers), produit les plus heureux effets.

Enfin, dans les cas rebelles, on a proposé d'agir directement sur le larynx. Cette médication topique a surtout été recommandée par le docteur Bennati, qui prescrivait un gargarisme d'alun (de 4 à 20 grammes et plus d'alun dans 300 grammes de décoction d'orge), dans l'idée que la muqueuse pharyngo-laryngienne était affectée d'atonie. Plus récemment encore, M. Trousseau a eu recours à des cautérisations avec le nitrate d'argent, en suivant le procédé que nous avons décrit dans le premier volume en traitant de la laryngite chronique. Dans ces mêmes cas, on a employé l'électricité et l'électropuncture. M. Duchenne a cité, dans son livre, deux cas d'aphonie rebelle qui ont cédé rapidement, l'un à l'électrisation cutanée, l'autre à l'électrisation du nerf laryngé inférieur.

Certaines aphonies exigent en outre quelques moyens spéciaux. Celle qui est intermittente cédera au sulfate de quinine; à celle qui est survenue à la