

Pour le *dessin*, il faut admettre les mêmes variétés ; il est des aphasiques qui, auparavant artistes de talent, sont devenus incapables de tenir un crayon ; d'autres peuvent copier un modèle ; d'autres enfin dessinent comme ils le faisaient avant d'être malades, mais ce ne peut être là qu'un fait très rare, en raison de l'hémiplégie qui coïncide presque constamment avec la suppression de la parole.

L'intelligence est toujours assez bien conservée pour que l'on ne puisse s'expliquer par son altération le trouble de la parole, car autrement celui-ci ne peut être considéré comme une aphasie vraie, mais cela ne veut pas dire qu'elle reste intacte. La question est difficile à juger en raison des difficultés que l'abolition du langage apporte à l'appréciation de l'activité intellectuelle. Les aphasiques qui, après guérison, ont fourni des renseignements sur cette question, ne sont pas d'accord : Lordat (1) assure qu'il restait capable de combiner les éléments d'une leçon ; le malade de M. Grasset a déclaré qu'il comprenait ce qu'on lui disait, qu'il avait les idées pour y répondre et qu'il ne lui manquait pour cela que les mots. Au contraire, Spalding (2) a reconnu que ses idées avaient perdu de leur netteté. L'observation directe des malades suffit d'ailleurs à démontrer chez beaucoup d'entre eux un trouble considérable de l'intelligence ; tels sont ceux qui pendant plusieurs semaines lisent la même page d'un journal. Sazie, élève de M. Magnan (3), croit que l'état de l'intelligence peut être très divers chez les aphasiques, et il établit à cet égard trois catégories comprenant, la première, les malades qui ont conservé la presque totalité de leur intelligence ; la deuxième, ceux qui l'ont manifestement affaiblie ; la troisième, ceux qui sont en démence. Cette dernière nous paraît fort discutable : nous ne croyons pas que la démence puisse être rattachée à l'aphasie ; elle constitue une maladie concomitante ou bien le trouble de la parole est lié au trouble de l'idéation.

Quelle que soit la nature de la lésion, elle paraît occuper constamment les mêmes parties de l'encéphale qui sont la troisième circonvolution et les faisceaux qui la relient au corps opto-strié et peut-être aussi l'insula ; dans la grande majorité des cas, c'est le côté gauche qui est intéressé. Ces propositions, très vivement discutées il y a peu d'années encore, comptent des adhérents de plus en plus nombreux. On le doit, comme nous l'avons vu déjà, aux travaux suc-

(1) Lordat, *Analyse de la parole, etc., pour servir à l'histoire de l'alalie et de la paralalie*, 1843.

(2) Spalding, cité par Gairdner, *Archives de médecine*, 1866.

(3) Sazie, thèse de Paris, 1880.

cessifs du professeur Bouillaud qui a localisé le langage dans la partie antérieure des hémisphères du cerveau, de Dax qui le plaça dans l'hémisphère gauche, et enfin de Broca qui le fit siéger dans la troisième circonvolution frontale du côté gauche.

On peut aujourd'hui préciser davantage et circonscrire la lésion corticale qui produit l'aphasie à un quadrilatère occupant les deux cinquièmes postérieurs de la troisième circonvolution frontale gauche, mesurant de 3 à 4 centimètres de hauteur sur de 25 à 35 millimètres de largeur et compris entre la branche ascendante de la scissure de Sylvius, le sillon de Rolando, le deuxième sillon frontal et la branche horizontale de la scissure de Sylvius. Les lésions des faisceaux pédiculo-frontaux sous-jacents à cette partie de l'écorce ont la même action ; Grasset a réuni quatorze observations qui en témoignent ; il doit en être de même du segment antérieur de la capsule interne et du faisceau interne du pied du pédoncule, car les faisceaux qui les constituent dégénèrent quand la troisième circonvolution est atteinte (Charcot et Féré) ; si cette altération a longtemps échappé aux observateurs, c'est parce que la partie interne du pédoncule est souvent recouverte par des fibres arciformes qui en contournent le bord et viennent se perdre sur la partie antérieure du point de Varole ; il est alors nécessaire de pratiquer une coupe pour la mettre en évidence. Il résulte de ces faits que Clozel de Boyer a considéré à juste titre l'intégrité des faisceaux pédiculo-frontaux comme nécessaire pour que le centre cortical du langage fonctionne régulièrement. Meynert a montré que les parties de l'insula qui touchent à la troisième circonvolution étaient parfois intéressées dans les cas d'aphasie, et Lépine a observé un fait dans lequel la lésion était limitée à cette partie ; M. Luys, Magnan et Déjerine ont publié des cas analogues ; il semble donc que, chez certains sujets au moins, le foyer dont la lésion produit l'aphasie soit un peu plus étendu que ne l'avait pensé Broca.

Nous devons dire cependant que ces observations ont été contestées et que MM. Charcot et Pitres maintiennent l'insula dans la zone latente de l'écorce. Lichtheim localise dans cette région le trouble décrit sous le nom de *paraphrasie*. La question est encore à l'étude.

On a opposé à la localisation corticale de l'aphasie des faits négatifs ; aucun d'eux n'a de valeur ; il s'agit d'observations incomplètes. Il faut dire qu'il en est où la lésion est difficile à trouver ; telle a été celle de Pitres dans laquelle on ne voyait rien à l'œil nu alors que le microscope a révélé des lésions histologiques de la troisième frontale.

Le siège de la lésion n'est pas toujours à gauche, et l'on possède

maintenant un assez grand nombre de faits dans lesquels elle portait sur la troisième circonvolution du côté droit; mais, chose remarquable, on a constaté presque constamment (H. Jackson) (1) qu'il s'agissait en pareil cas de sujets gauchers. Ces faits sont des plus importants au point de vue de la doctrine des localisations cérébrales; ils montrent non seulement que le lieu de rapport entre l'idéation verbale et l'expression par le langage siège dans la troisième circonvolution, mais aussi qu'il est localisé dans une moitié de l'encéphale, la même où siège d'habitude la dextérité plus grande du membre supérieur et particulièrement son aptitude à écrire et à coudre; c'est une nouvelle preuve que l'*homme gauche* doit être différencié de l'*homme droit*.

Il nous reste à étudier la seconde classe des troubles du langage liés à un défaut de transmission, celui qui porte sur l'écriture et que l'on désigne sous le nom d'*agraphie* (fig. 175).

On a parfois une certaine difficulté à constater l'état de l'écriture en raison de la paralysie du bras qui existe d'habitude en pareil cas, mais cet obstacle mérite rarement d'être pris sérieusement en considération, car il est d'observation que, chez les aphasiques, cette paralysie est d'ordinaire fort peu prononcée; on peut d'ailleurs en pareil cas, comme il s'agit d'une hémiplegie, mettre la plume dans la main du côté sain et obtenir ainsi, lorsqu'il n'a pas d'agraphie, une écriture lisible, bien que grossièrement formée. Cette écriture est inclinée de haut en bas et de gauche à droite, par conséquent en sens inverse de celle de la main droite.

L'agraphie peut coïncider avec l'aphasie proprement dit ou exister seule: le malade peut, dans ce dernier cas (2), lire mentalement et à haute voix, il entend et comprend ce qu'on lui dit; il s'exprime librement, mais il lui est impossible d'écrire; il ne peut exécuter les actes musculaires dont l'éducation lui avait appris à combiner les effets pour tracer les lettres; il est dans l'état d'un homme qui n'a pas appris à écrire. Le trouble existe à des degrés et sous des formes diverses et l'on peut lui reconnaître différentes modalités comparables à celles que présente l'aphasie vraie. Les uns ne tracent que des traits irréguliers absolument illisibles; d'autres écrivent quelques lettres ou quelques syllabes; d'autres écrivent les mots, mais avec des fautes; quelquefois la même lettre vient incessamment s'interposer, comme

(1) H. Jackson, *On aphasia with left Hemiplegia* (Lancet, 1880). — Grasset, *Traité des maladies du système nerveux*, 2<sup>e</sup> édition, Montpellier, 1885.

(2) Marcé, *Mémoires de la Société de biologie*, 1856. — Ogle, *Aphasia and agraphia* (Saint-Georges, Hospit. reports, 1867). — Pitres, *Considérations sur l'agraphie* (Revue de médecine, 1884). — G. Ballet, *loc. cit.*

nous avons vu chez les aphasiques une certaine syllabe s'ajouter à chaque mot: c'est ce que Gairdner appelle l'*intoxication par une lettre*.

Souvent l'agraphie est partielle; tel sujet peut écrire de la main gauche mais non de la main droite; il écrit alors souvent en miroir; tel autre peut dessiner, mais non écrire, ou copier, mais non écrire spontanément; tel autre ne peut écrire que des chiffres ou des notes de musique; tel autre, atteint d'agraphie, continue à dessiner. Certains malades ne peuvent copier, et écrivent ce qu'on leur dicte et ce qu'ils pensent; c'est l'état que nous avons décrit sous le nom de *cécité verbale*. Pour analyser le trouble de l'écriture, il faut donc successivement donner un modèle à copier, dicter et faire écrire de tête. Bernard conteste avec raison que l'on puisse faire rentrer, avec Pitres, dans l'agraphie, l'impossibilité d'écrire sous la dictée; ce fait rentre dans la catégorie des aphasies de réception; il s'agit d'une surdité verbale.

Exner a montré que l'agraphie se produit quand une lésion intéresse le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche; son siège est donc très voisin, mais distinct de celui de l'aphasie proprement dite; ils sont souvent intéressés simultanément; ces symptômes sont contemporains, mais indépendants et non subordonnés l'un à l'autre. L'agraphie peut être provoquée par suggestion.

Les divers troubles du langage que nous venons d'analyser coïncident fréquemment et l'on ne saurait s'en étonner puisqu'ils sont liés aux lésions de parties contiguës.

Le plus ordinairement la parole et l'écriture se modifient parallèlement; celle-ci est annulée quand celle-là est presque abolie. Dans les cas qui doivent guérir, les malades recouvrent graduellement la faculté d'écrire en même temps que celle de parler: incapables au début de former des lettres, ils les dessinent bientôt de mieux en mieux; puis ils les rassemblent en mots, dans les premiers temps incompréhensibles, puis de plus en plus nets; il n'est pas rare de les voir d'abord se substituer les uns aux autres de telle sorte que la phrase est dépourvue de sens; au bout d'un certain temps, quelquefois d'un petit nombre de jours, les malades peuvent avoir recouvré l'intégrité de leur écriture; un tracé publié par M. Grasset en fournit un remarquable exemple (1). On doit admettre que, dans ces cas, la lésion cérébrale a fait obstacle concurremment aux communications entre les centres de mémoire auditive et de mémoire visuelle avec les centres coordinateurs de la parole et de l'écriture.

On a cherché à reproduire par l'expérimentation la démonstration

(1) Grasset, *Observ. d'aphasie complète suivie de guérison avec des spécimens de l'écriture du malade* (Montpellier Médical, 1874).

que donne la clinique relativement à la localisation des troubles du langage; on ne pouvait en attendre que des résultats bien incertains puisque l'homme seul possède le langage articulé. Il est intéressant cependant de constater que Hitzig et Ferrier ont paralysé chez le singe les lèvres et la langue en détruisant la partie de l'encéphale qui représente chez lui la troisième circonvolution, et que M. Duret a vu chez le chien son extirpation lui faire perdre la faculté d'aboyer; il a réussi à suspendre et à rétablir alternativement cette fonction en pratiquant et en cessant successivement la compression de l'artère qui se distribue à cette partie. On a constaté que la circonvolution de Broca est très simple chez les sourds-muets et très développée chez les orateurs.

L'aphasie, en raison du voisinage de la troisième circonvolution frontale et de la frontale ascendante, coïncide le plus souvent avec une hémiplégié qui siège presque toujours à droite; cette paralysie est d'ordinaire peu développée à la face; l'aphasie, en règle générale, est d'autant plus légère que la paralysie du membre inférieur prédomine davantage sur celle du membre supérieur.

L'aphasie est presque toujours provoquée par une lésion nettement appréciable de l'encéphale; le ramollissement en est de beaucoup la cause la plus fréquente, viennent ensuite les tumeurs cérébrales, surtout les syphilomes (Fournier) et l'hémorragie. On a observé exceptionnellement le même symptôme dans la fièvre typhoïde, dans la variole et dans l'infection puerpérale, sans qu'il ait été possible de déterminer quelle en était alors la condition prochaine. Charcot a décrit une *aphasie de la migraine* qui se rattache certainement à une extension aux vaisseaux encéphaliques des troubles d'innervation qui caractérisent cette affection.

Pour les cas très rares où l'on ne trouve pas de lésions, il faudrait admettre des troubles fonctionnels dans l'innervation de l'encéphale; on peut interpréter dans le même sens les faits absolument exceptionnels dans lesquels on a trouvé une lésion éloignée de la troisième circonvolution.

#### ARTICLE IV. — TROUBLES DU SOMMEIL (1).

Le cerveau éprouve chaque jour, comme tous nos organes, un besoin impérieux de repos; ce besoin se traduit d'ordinaire par de

(1) Bertin, *Dictionnaire encyclopédique*, article SOMMEIL. — Blumenbach, *Psychological journal*, vol. V. — Mathias Duval, *Nouveau dict. de Jaccoud*, art. SOMMEIL, t. XXXIII, 1882. — A. Maury, ouvrage cité. — Marvaud, *le Sommeil et l'Insomnie*, Paris, 1887. — G. Sée, *De l'insomnie*, Journal *La médecine moderne*, 1890.

six à huit heures de sommeil: la durée de cette période varie suivant l'état physique et mental de l'individu.

Le cerveau, pendant le sommeil, subit dans sa configuration des changements qui, bien qu'imparfaitement connus, méritent cependant l'attention. Caldwell, chez une femme dont la voûte crânienne avait été partiellement enlevée, a pu constater que cet organe restait inclus dans le crâne et sans mouvement pendant le sommeil, tandis qu'il venait faire saillie à la surface pendant la veille. Blumenbach a observé également, chez un malade, l'affaiblissement du cerveau pendant le sommeil et son expansion avec turgescence au réveil. Bruns a reconnu positivement, à l'aide d'un appareil enregistreur, chez une femme qui présentait une perte de substance osseuse, que les mouvements du cerveau étaient pendant le sommeil d'une amplitude moindre que pendant la période de veille.

Les physiologistes qui se sont occupés de cette question sont d'accord pour admettre que le sommeil coïncide avec une diminution notable dans l'activité de la circulation cérébrale; et Durham en conclut que tout ce qui augmente l'activité de la circulation cérébrale tend à assurer la veille, et que tout ce qui diminue cette activité et en même temps n'altère pas la santé générale tend à amener le sommeil. M. Hénoque fait remarquer cependant qu'il ne faudrait pas considérer cette anémie relative de l'encéphale comme la cause même du sommeil, car on peut provoquer cet état par l'action de substances notoirement vaso-dilatatrices, telles que l'opium et le chloroforme; la condition prochaine du phénomène serait, d'après Pflüger, la diminution de la quantité d'oxygène qui se trouve emmagasiné dans l'encéphale ou apporté par les vaisseaux; il se produirait là, d'après Bertin, une sorte d'asphyxie du cerveau. Cette impuissance fonctionnelle est-elle due comme le veut Preyer à l'encombrement des tissus par les matériaux de dénutrition ou à l'épuisement des matériaux nécessaires au jeu de l'organe? Les deux hypothèses ont été vivement soutenues; peut-être les deux causes agissent-elles concurremment? M. Bouchard a reconnu que l'urine recueillie pendant l'état de veille endort les animaux chez lesquels on l'injecte tandis que l'urine recueillie pendant le sommeil provoque des convulsions: il résulte de ces faits que le travail de désassimilation provoqué pendant la veille par l'exercice des fonctions de la vie de relation donne lieu à la production d'une substance narcotique dont l'accumulation peut expliquer la production du sommeil.

Quoi qu'il en soit, le sommeil est un acte nécessaire, et sa mise en jeu régulière est indispensable au fonctionnement normal de l'organisme.

Sa durée peut être exagérée ou amoindrie. Le premier de ces troubles est presque physiologique chez bien des sujets qui s'endorment après chaque repas sans préjudice d'un sommeil prolongé pendant la nuit. Il devient maladif quand il persiste presque constamment, se renouvelant spontanément dès qu'il n'est plus interrompu par une excitation ; on l'observe sous cette forme chez les polysarciques, chez les diabétiques et les cardiaques ; ils s'endorment, non seulement quand ils essayent de travailler ou de lire, mais aussi dans le cours d'une conversation et à table : c'est la *narcolepsie* de Gelineau et G. Ballet (1). On a noté des phénomènes analogues dans certaines formes de néphrite chronique, mais il faut prendre garde alors de confondre le sommeil avec les états comateux qui peuvent le simuler ; ceux-ci ont pour caractères de persister, malgré toutes les excitations auxquelles peut être soumis le malade, et de s'accompagner souvent du trouble respiratoire que l'on appelle le *stertor*. Des attaques de sommeil peuvent se produire dans l'hystérie (2) ; elles ont été souvent signalées sous les noms de léthargie et d'apoplexie hystériques ; elles diffèrent du sommeil physiologique par l'existence de contractures partielles ou généralisées, par leur durée qui peut atteindre plusieurs semaines, par leur résistance aux excitations sensibles ; elles suivent ou précèdent le plus souvent des attaques convulsives.

La tendance invincible au sommeil ne paraît pas entraîner par elle-même de conséquences graves, mais elle est habituellement d'un pronostic fâcheux quand elle n'est pas liée à l'hystérie ou provoquée artificiellement.

L'insomnie est au contraire un symptôme des plus pénibles ; elle entraîne la fatigue cérébrale.

Des conditions multiples peuvent la produire. Elle est le *résultat de la volonté* chez les sujets qui se livrent à des travaux excessifs, soit manuels, soit cérébraux. Il faut ajouter le plus souvent, en pareil cas, une *influence médicamenteuse*, celle du café ou du thé.

L'insomnie s'observe assez fréquemment dans diverses *maladies de l'encéphale* et en particulier dans celles qui donnent lieu à la *démence* ; elle en est un des signes les plus fréquents.

C'est également un symptôme des *fièvres* ; elle se produit au début des pyrexies exanthématiques, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde où on la voit se prolonger fréquemment pendant toute la période

(1) Gelineau, *De la narcolepsie*, thèse de Paris, 1881. — G. Ballet, *Contribution à l'étude du sommeil pathologique (quelques cas de narcolepsie)*. *Revue de médecine*, 1882.

(2) Briquet, *Traité clin. et therap. de l'hystérie*, 1859. — Charcot, thèse de Richer, 1879. — Debove, *De l'apoplexie hystérique* (*Bull. de la Soc. médic. d. hôpitaux*, 1886). — Achard, *De l'apoplexie hystérique*, thèse de Paris, 1889. — Gilles de la Tourette, *Des attaques de sommeil hystériques* (*Archives de neurologie*, 1888).

d'état ; on l'a signalée dans les *affections de l'estomac* et, d'une manière générale, dans *toutes les maladies qui s'accompagnent de douleurs* ; elle paraît résulter, dans les *maladies du cœur*, des troubles dans la circulation cérébrale ou de la dyspnée ; elle est constante dans les *accès d'asthme*, pour peu qu'ils soient intenses.

Nous devons mentionner enfin, parmi ses causes, les excitations cérébrales violentes ; nous l'avons vue se produire à la suite des épreuves d'un concours ; elle survient de même à la suite des chagrins que provoquent des revers de fortune, l'amoindrissement de la situation sociale ou la perte d'un être chéri.

L'insomnie peut se produire à des degrés très divers ; le plus souvent elle n'est que relative ; les sujets ne donnent chaque jour au sommeil qu'un laps de temps insuffisant ; il en est ainsi chez ceux qui sont contraints de se surmener ; l'insomnie consécutive à des excès de fatigue intellectuelle peut être beaucoup plus opiniâtre ; nous l'avons vue, dans un cas, persister pendant plus d'une semaine ; elle peut être d'une durée beaucoup plus longue chez les aliénés.

Les sujets en proie à l'insomnie sont généralement dans un état prononcé d'excitabilité nerveuse ; toutes les sensations leur deviennent pénibles ; ils tombent dans une sorte d'agitation anxieuse ; leur appétit est le plus ordinairement troublé ; leur teint pâlit ; leur regard, d'abord brillant, devient plus tard atone ; il y a mélange de faiblesse et d'excitation ; les sujets tombent dans une prostration qui semble pouvoir aboutir à une terminaison fatale. Il importe de distinguer, à ce point de vue, l'insomnie provoquée accidentellement par un surménagement intellectuel ou une émotion pénible de celle qui se produit sous l'influence d'une maladie ; la première est le plus souvent passagère, la seconde durable.

#### ARTICLE V. — VERTIGE.

On désigne sous ce nom un trouble dans lequel il semble que les objets environnants se déplacent et que l'on se déplace soi-même dans une direction déterminée, variable suivant les cas, de telle sorte que l'on se sent en état d'instabilité et que l'on a tendance à perdre l'équilibre.

Les conditions dans lesquelles il a lieu montrent qu'il a pour cause prochaine un désordre dans l'innervation encéphalique. Il est, le plus souvent, d'origine périphérique : il en est certainement ainsi quand il se produit, comme il arrive souvent, sous l'influence d'une sensation *visuelle* ou *auditive*.

Parmi les vertiges *visuels*, il faut citer en premier lieu celui qui sur-

vient lorsqu'on regarde en bas d'un lieu élevé ; il se manifeste chez la plupart des sujets, bien que l'on réussisse le plus souvent par l'habitude à s'en délivrer. Il est probable que le trouble de la vision entre également pour une part dans le vertige produit par le tournoiement rapide du corps, car les jeunes gens qui s'exercent à la valse ferment les yeux pour éviter l'accident ; il en est de même des vertiges qu'éprouvent certaines personnes lorsqu'elles sont transportées en voiture, d'arrière en avant. Il est des malades qui éprouvent une sensation de vertige extrêmement pénible dès qu'ils fixent un objet ou qu'ils cherchent à déplacer les yeux dans une direction quelconque ; c'est le *vertige oculaire* décrit par Abadie (1).

Il faut en rapprocher l'état pathologique connu sous le nom d'*agoraphobie* : les sujets qui en sont atteints ne peuvent traverser une place publique, un pont, quelquefois une cour ou une rue sans être pris d'un vertige qui les force à s'arrêter et à chercher un appui ; chez d'autres, le voisinage d'un monument élevé produit les mêmes phénomènes.

L'existence du *vertige auditif* n'est pas moins certaine ; Ménière, qui l'a décrit le premier, a montré qu'il se développe sous l'influence d'une sensation purement subjective : le malade entend un sifflement, un bourdonnement, un bruit quelconque, et immédiatement, il est pris d'une sensation de tournoiement tellement intense que souvent il tombe s'il n'est secouru ; le vertige se produit parfois en l'absence de la sensation auditive chez les sujets atteints d'une maladie de l'oreille.

Le vertige s'observe dans la plupart des maladies de l'encéphale ; il est surtout fréquent dans le cas de tumeurs ; la plupart des auteurs admettent qu'il est même un des symptômes habituels de l'anémie cérébrale et qu'il peut être ainsi provoqué par l'athérome artériel et par le rétrécissement aortique.

On doit à Marie et Walton (2) d'avoir établi que le vertige est un des symptômes fréquents de l'ataxie locomotrice progressive ; ils l'y ont noté dans les deux tiers de leurs observations, tantôt dès le début, tantôt à une période avancée de la maladie ; il ne s'agit pas habituellement en pareil cas d'un vertige auditif, car M. Giraudeau a constaté dans six de ces faits l'intégrité de l'ouïe (3) ; il est quelquefois d'origine oculaire. La paralysie générale et la sclérose en plaques s'accompagnent de même fréquemment de ce trouble fonctionnel (Charcot). M. Giraudeau l'a observé dans la myélite chronique diffuse.

(1) Abadie, *Du vertige oculaire* (*Progrès médical*, 1882).

(2) Marie et Walton, *Troubles vertigineux dans le tabès* (*Rev. de méd.*, 1885).

(3) Giraudeau, Thèse de Paris, 1884.

Les traumatismes crâniens, les coups de soleil, le séjour dans un milieu trop chaud peuvent également lui donner lieu.

On doit à Trousseau une description détaillée du vertige d'origine gastrique (1). Tantôt il survient à jeun et est calmé par l'ingestion des aliments, tantôt, au contraire, il se produit après les repas. M. Bouchard l'a observé chez des sujets atteints de dilatation de l'estomac. On l'a signalé aussi dans l'helminthiasis intestinale ainsi que dans les coliques hépatiques et néphrétiques.

Chez la femme, l'appareil utéro-ovarien paraît être une cause relativement fréquente d'accidents vertigineux, dont l'étude rentre surtout dans celle de l'hystérie.

Nous devons mentionner encore, parmi les causes de vertiges, les affections fébriles et particulièrement les pyrexies exanthématiques, la fièvre typhoïde, la grippe, les oreillons, les fièvres intermittentes et les méningites cérébro-spinales : une vive réaction n'est pas nécessaire à leur production, car nous les avons vus survenir avec intensité dans des cas très bénins de varioloïde. La migraine s'accompagne souvent de vertiges ; ce trouble fonctionnel appartient également à la symptomatologie de la goutte et à celle du diabète.

Signalons enfin les vertiges que produisent, chez certains sujets, divers médicaments, parmi lesquels nous citerons en première ligne le sulfate de quinine, le salicylate de soude, la belladone, le tabac et l'alcool.

Nous ne pouvons déterminer quelle est la cause prochaine des vertiges ; ceux qui ont pour point de départ une affection de l'oreille peuvent être rapportés à une lésion directe ou indirecte des canaux semi-circulaires, car l'expérimentation a démontré que les lésions de ces parties donnent lieu à des mouvements de rotation dont la direction est constamment la même que celle du canal sectionné et qui sont des mouvements de rotation, de culbute ou de manège ; on y localise le sens de l'espace (Cyon). L'obscurité reste complète pour les autres variétés de vertige ; il faut seulement se rappeler que la lésion de diverses parties de l'encéphale, et plus particulièrement du cervelet et de ses pédoncules (2), peut donner lieu à des mouvements de rotation.

La sensation de vertige est susceptible de varier beaucoup suivant les conditions dans lesquelles elle se développe et les individus qu'elle affecte. Le plus souvent passagère, elle dure parfois des mois et même des années (cas de vertige de Ménière). A un léger degré, elle permet la station debout ; plus prononcée, elle peut amener une chute et sa

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7<sup>e</sup> édition, 1885.

(2) Weill, *Des vertiges*, 1886.

violence est telle, en certains cas, que les malades perdent l'équilibre alors même qu'ils sont couchés; cependant la situation horizontale atténuée d'habitude les sensations pénibles.

C'est surtout dans les cas graves de vertige de Ménière que les accidents atteignent un haut degré d'intensité et deviennent lamentables. Les malades se sentent continuellement dans une situation instable, ils se calent avec des oreillers ou des coussins et néanmoins, même s'ils ont les yeux fermés, ils se sentent menacés d'une chute imminente; ils sont en proie à une sensation de balancement, de mouvement giratoire, tantôt autour d'un axe vertical, tantôt autour d'un axe transversal; d'autres fois ils éprouvent une sensation d'élévation et d'abaissement qui leur fait croire à un mouvement d'escarpolette ou de tremplin; d'autres fois ils se sentent enlevés brusquement en l'air, la tête en bas, et s'imaginent qu'ils restent un instant suspendus (1); ils ne se trouvent jamais en équilibre et éprouvent sans discontinuer un mouvement de va-et-vient et de tournoiement dans un sens ou dans l'autre. Le vertige peut s'accompagner de nausées, de vomissements et de sueurs froides; les malades tombent parfois privés de sentiment et de mouvement.

Ce n'est guère que dans la maladie de Ménière que ces vertiges auditifs persistent d'une manière continue pendant plusieurs mois: ce sont plus ordinairement des phénomènes passagers. Tantôt ils consistent en de simples sensations, tantôt ils s'accompagnent d'une perte d'équilibre avec chute. Celle-ci se fait toujours du même côté dans le mal de Ménière, exceptionnellement en arrière, d'ordinaire en obliquant en avant et du côté de l'oreille atteinte.

L'intelligence est intacte; le malade a conscience de ce qui lui arrive, et c'est là un caractère qui peut servir à différencier le vertige du petit mal épileptique, avec lequel il a été trop souvent confondu.

#### ARTICLE VI. — EXTASE.

On appelle ainsi un état cérébral dans lequel les malades sont tellement absorbés par la contemplation d'objets imaginaires qu'ils perdent momentanément la sensibilité et les mouvements volontaires. L'objet de la contemplation est le plus souvent, mais non constamment, une image religieuse; cet état morbide se développe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable; il est assez souvent une manifestation de l'hystérie; on peut l'observer chez les névropathes; il est beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez

(1) Féré et Demars, *Revue de médecine*, 1881.

les hommes, chez les jeunes gens que chez les vieillards. Toutes les causes d'anémie, et particulièrement l'insuffisance de l'alimentation et du sommeil, en favorisent l'apparition. On peut toujours invoquer, pour expliquer le développement des phénomènes, des troubles psychiques: la surexcitation religieuse et la vie ascétique en sont les causes les plus ordinaires; l'accès lui-même est souvent provoqué par des méditations prolongées en l'absence de tout bruit et dans l'obscurité.

Si l'on examine un sujet en état d'extase, on constate qu'il est d'habitude dans une attitude fixe exprimant la passion dont il est animé; la physionomie garde la même expression: s'il s'agit d'une extase religieuse, le malade semble dans un état de parfaite béatitude, ses regards sont constamment dirigés vers le ciel, assez souvent il se prosterne et se livre à des actes d'adoration: d'autres fois, il cherche à éprouver les souffrances du Christ, il veut s'identifier avec lui et subir le crucifiement, après avoir parcouru toutes les phases de la passion. C'est dans ces conditions que l'on a vu se produire de ces stigmates qui ont été l'objet de discussions si prolongées; tout en faisant la part de la simulation, on a dû reconnaître que la paume des mains de ces extatiques était bien réellement excochée. Maury pense qu'ils peuvent, sans en avoir conscience, se faire avec leurs ongles des excoriations profondes; Michéa (1) suppose qu'il se produit, chez certains de ces sujets, des sueurs locales et colorées analogues à celles qui ont été décrites par Parrot sous le nom d'*hémaitidroses*. Nous verrons (page 687) que l'on provoque par suggestion des phénomènes très analogues.

La sensibilité cutanée des sujets en état d'extase est abolie; on peut les piquer, les pincer, les brûler sans qu'ils perçoivent même de sensation; cette insensibilité s'étend aux muqueuses; les mouvements se réduisent à ceux qui sont en rapport avec l'hallucination; le sens de la vue est aboli; il en est de même, mais non constamment, de l'ouïe.

Les accès coïncident assez fréquemment avec des manifestations hystériques; ils représentent, dans la grande attaque, la phase dite des *attitudes passionnelles*; ils peuvent également accompagner la *théomanie* et la *démonomanie*; nous verrons bientôt qu'ils coïncident fréquemment avec la catalepsie.

Nous venons de montrer que l'extase se produit dans des conditions très diverses; aussi ne pouvons-nous la considérer comme une maladie: c'est un syndrome dont la cause prochaine n'est pas déterminée, mais que l'on tend cependant à ranger parmi les phénomènes d'*inhibition* (Voyez page 687).

(1) Michéa, *Des hallucinations*, Paris, 1846. — Maury, ouvrage cité.