

Bibliothèque numérique

medic@

**Blocq, Paul. - Migraine ophtalmique et
paralysie générale**

*In : Archives de neurologie,
1889, vol. XVIII, p. 321-333*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91155x1889x321_333

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

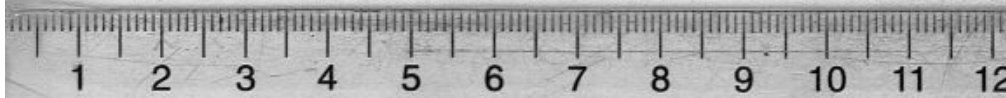
MIGRAINE OPHTALMIQUE ET PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le D^r Paul BLOCQ,

Chef des travaux anatomo-pathologiques de la Clinique
des maladies du système nerveux.

Constituée par des douleurs de tête et des troubles visuels dans sa forme *simple*, par les mêmes symptômes joints à de l'aphasie et à des désordres sensitifs ou moteurs dans sa forme *accompagnée*, la migraine ophtalmique a été considérée à juste titre, comme une entité séméiologique distincte, se différenciant nettement des autres migraines.

De plus, on envisageait généralement la migraine ophtalmique comme une *affection* évoluant pour son propre compte, la regardant comme une sorte de manifestation arthritique ou névropathique, quand ultérieurement, certaines observations où elle apparaissait dans le tableau de la paralysie générale et de l'hystérie, semblèrent indiquer qu'à côté de cette migraine ophtalmique indépendante, la plus fréquente, il en existait sans doute une autre qui était celle-ci symptomatique, qu'en un mot, à côté de la migraine



ophtalmique maladie, il y avait place pour la migraine ophtalmique syndrôme.

Nous nous proposons ici de tirer parti de la réunion de quelques-unes de ces observations, non pas seulement pour établir cette démonstration qu'a faite dès longtemps M. le professeur Charcot, mais pour en montrer les conséquences intéressantes en ce qui a trait aux rapports de la migraine ophtalmique et de la paralysie générale.

Dans les faits auxquels nous faisons allusion, faits dans lesquels la migraine ophtalmique n'a plus les allures d'une maladie isolée, « per se », elle figure alors, soit un épisode prodromique, soit un syndrome intercurrent.

Elle peut acquérir en raison de cette nouvelle modalité dans le cas particulier que nous nous proposons d'examiner, au point de vue pathogénique un grand intérêt pour le pathologiste et au point de vue clinique une non moindre valeur pour le médecin.

M. le professeur Charcot a appelé l'attention, comme nous l'avons dit, sur l'éventualité de cette combinaison, et a montré que les accidents de la migraine peuvent appartenir aux prodromes, déjà si multiples et si variés, de la paralysie générale. Quoiqu'en somme, la théorie pathogénique que l'on a attribuée et qui semble convenir à la migraine ophtalmique d'une part, sa parenté bien évidente avec le syndrôme de l'épilepsie sensitive si fréquemment associée elle-même à la méningo-encéphalite, d'autre part, rendent compte jusqu'à un certain point de

⁴ Un travail prochain de M. le Dr Babinski aura pour but de faire voir les relations du même genre qui existent entre la *migraine ophtalmique* et *l'hystérie*.

l'existence de cette corrélation, il serait encore permis de se demander s'il n'y a là qu'une simple coïncidence, ou si réellement la migraine dépend dans ces cas de la paralysie générale.

En effet, cette combinaison, pour vraie qu'elle soit n'en est pas moins assez rare, et après M. Charcot qui à l'époque où il signala cette particularité en avait rencontré cinq à six exemples, nous n'avons plus trouvé en fait d'observations de ce genre que la relation de M. Parinaud. C'est pourquoi le cas que nous rapportons plus loin, cas dans lequel la migraine ophtalmique est apparue non pas comme signe de début, ainsi que dans les observations précédentes, mais comme accident survenu dans le cours même de la paralysie générale confirmée, présente un notable intérêt à ce point de vue, intérêt que M. Charcot a bien mis en relief dans l'une de ses *Policliniques*⁴.

L'ensemble symptomatique qui caractérise la migraine ophtalmique paraît lié à l'altération d'une partie localisée du cerveau, et suivant cette hypothèse, des plus acceptables, ses signes dépendraient de la lésion de cette région déterminée des centres nerveux quelle que soit du reste cette lésion : ischémie, inflammation adhérence, néoplasme.... etc. Aussi s'expliquerait-on que ce même appareil clinique soit susceptible de se montrer au cours de maladies différentes, mais toutes capables de réaliser la localisation morbide à laquelle il correspond. Or, la méningo-encéphalite diffuse par la répartition même des lésions qui lui sont propres, satisfait évidemment à cette condition.

⁴ *Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1887-1888. — VI^e Leçon.*

L'observation qu'a tout d'abord rapportée M. Charcot est particulièrement instructive, car elle prévient le médecin, qui se basant sur la bénignité habituelle ou mieux sur la curabilité de la migraine ophtalmique formulerait en tous les cas où il la constate un pronostic favorable, d'avoir à réserver son pronostic en vue de l'imminence, encore que rare, de cette issue fâcheuse. Voici cette observation :

OBSERVATION I. — Depuis deux ans, M. L... est irritable, méticuleux ; cependant, au mois de juillet dernier, il a pu passer avec succès un examen de droit devant la Faculté de Paris. Les premiers troubles qui ont surtout frappé l'attention, remontent au mois de septembre 1881 ; il a eu alors une *première attaque*, accès de migraine ophtalmique avec scotome scintillant et affaiblissement de la vue du côté droit, accompagnés d'embarras de la parole, de parésie et d'engourdissement du membre supérieur droit. Il est resté troublé pendant huit jours, puis, tout est rentré dans l'ordre. Huit jours plus tard, il a eu une *deuxième attaque* sans perte de connaissance, avec embarras de la parole. L'intelligence reste obtuse pendant vingt-quatre heures ; il paraît se remettre complètement en apparence ; mais il est nerveux, irrité, il peut se remettre au travail, cependant. Au mois de février 1882, il a une *troisième attaque* avec les mêmes symptômes de migraine ; mais en outre, il a cette fois des secousses convulsives à caractère épileptiforme, avec perte de connaissance. Cela a duré deux heures, ce qui semble indiquer qu'il y a eu une série d'attaques qui ont présenté cette particularité que les secousses prédominaient à droite. A la suite de cette attaque, l'embarras de la parole a persisté. Huit jours plus tard, il a eu une *quatrième attaque* du même genre, avec recrudescence de l'embarras de la parole, et faiblesse du bras droit. Enfin, le 5 mai, il a eu une *cinquième attaque*, avec parésie du bras droit, suivie le lendemain d'une parésie du membre inférieur droit. Pendant les cinq ou six jours qui ont suivi, il ne pouvait dire autre chose que : « à cause que ». Le bras droit est resté paralysé pendant un mois. C'est surtout à partir de ce moment que le niveau intellectuel baisse ; il est devenu très enfant ; il est docile, mais très mobile, pleurant et riant avec une grande facilité. Il ne peut presque pas écrire de lui-même, mais il copie cependant une page d'une écriture tremblée. La mémoire est aussi affaiblie que le jugement et la volonté. Il éprouve de temps en temps le scotome scintillant. La démarche est titubante, les

mains tremblent, la langue tremble aussi; sa parole est à peu près inintelligible; sa physionomie est caractéristique: le regard éteint, les paupières tombantes, etc. La pupille droite est plus dilatée que la gauche: elle n'agit que faiblement par excitation lumineuse, même par convergence¹.

Le professeur faisait remarquer au sujet de cette observation que la plupart des accès congestifs par lesquels s'était manifesté le début de la maladie, avaient été précédés des symptômes de la migraine. Le fait de cette association constitue déjà une présomption de réelle valeur en faveur de la corrélation du syndrome et de la paralysie générale, et de la commune dépendance des deux manifestations. M. Charcot insistait aussi sur la bénignité des dehors sous lesquels se cachait le début de cette affection grave. L'observation suivante qu'a publiée M. Parinaud n'est pas moins intéressante.

OBSERVATION II. — Troubles visuels à forme hémianopsique, revenant par accès, avec engourdissement et parésie du bras, et embarras de la parole; un an plus tard, perte de la mémoire; embarras permanent de la parole.

W..., trente-quatre ans, service de M. Millard, salle Saint-Louis, n° 32, hôpital Beaujon. Le malade ne connaît pas d'antécédents nerveux dans sa famille. Sa mère est bien portante. Son père est mort d'une pneumonie. Il n'accuse pas de syphilis ni d'excès alcooliques; il n'est pas sujet aux migraines. Il a trois enfants bien constitués, sa femme n'a pas fait de fausses couches.

En juillet 1881, sans prodromes, il est pris brusquement de troubles de la vue avec engourdissement du côté droit et embarras de la parole. Les accidents oculaires sont caractérisés par le développement d'un brouillard du côté droit, au milieu duquel apparaissent des taches diversement colorées et animées d'un mouvement continu que le malade compare à un essaim de papillons. Le brouillard n'a pas envahi le côté gauche; le malade croit qu'il n'existait que dans l'œil droit; mais il est probable qu'il

¹ M. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 78.

occupait les deux moitiés droites du champ visuel comme cela a lieu ordinairement. L'erreur est fréquente chez les personnes qui ne sont pas habituées à ce genre d'observation.

Le trouble visuel a duré un quart d'heure environ. L'engourdissement de la face a débuté en même temps que l'amblyopie ; puis, la langue s'est prise, ensuite le bras et le tronc, en dernier lieu la jambe. La crise totale a duré une demi-heure. Quand l'engourdissement a envahi le membre inférieur, la face était déjà dégagée et l'amblyopie avait disparu. Le malade n'a pas eu le sentiment d'une faiblesse musculaire bien caractérisée dans le côté droit ; il a pu marcher pendant la crise. Il n'y a pas eu de vomissements, ni de céphalalgie consécutive.

Cinq jours après, nouvelle crise en tout semblable à la première. Le malade est resté un an sans éprouver d'accidents semblables ; mais dans cet intervalle, il se produit dans son état un grand changement dont il a conscience. Sa parole devient embarrassée d'une façon permanente, il perd la mémoire. Cocher, il oublie le nom des rues, et il n'aurait pas pu continuer à exercer sa profession, dit-il, sans l'assistance d'un valet de pied qui lui rappelait les adresses données par ses maîtres.

Forcé de quitter sa place, il entre dans le service de M. Millard où l'on a porté le diagnostic de pachyméningite chronique.

Le 23 juillet 1882, pendant son séjour à l'hôpital, nouvelle crise. L'amblyopie transitoire et l'engourdissement ont conservé les mêmes caractères avec quelques modifications dans leur localisation. Les accidents ont encore débuté par le côté droit, où ils sont restés prédominants, mais l'engourdissement a aussi envahi le membre inférieur gauche, et le trouble de la vue s'est généralisé à tout le champ visuel. La crise a été moins longue que les deux premières, elle n'a duré qu'une quinzaine de minutes.

Le 31 juillet, je ne constate aucune lésion oculaire. Les pupilles, en particulier, sont égales et réagissent bien, l'acuité visuelle est normale¹.

Dans ce cas, la migraine ophtalmique a été le premier et le seul signe de début tout d'abord. Il s'agissait à la vérité de la variété grave, de la migraine ophtalmique *accompagnées*. Ce n'est qu'assez longtemps après qu'ont apparu les signes révélateurs et caractéristiques de la paralysie générale. Dans notre

¹ Parinaud. — *Migraine ophtalmique au début d'une paralysie générale*. (Arch. Neurologie, 1883, p. 57.)

observation, au contraire, la migraine n'est survenue qu'au cours de la méningo-encéphalite diffuse.

OBSERVATION III. — *Paralysie générale. Accès, incidents d'hémi-paresthésie, et de migraine ophtalmique. (Antécédents nerveux. Grossesses malheureuses successives.)*

Henriette For..., âgée de vingt-sept ans, employée, entre le 1^{er} décembre 1887, dans le service de M. le professeur Charcot, à l'hospice de la Salpêtrière, et occupe le lit n° 11 de la salle Rayet.

Antécédents héréditaires. — *Grands parents : paternels.* Grand-père inconnu; grand'mère, morte à quatre-vingt-seize ans; *grand'tante épileptique.* — *Maternels : grand-père alcoolique, mort à cinquante-six ans, d'une congestion; grand'mère, vit, pas nerveuse.*

Parents : père rhumatisant; un oncle paternel, mort à quarante-quatre ans d'affection cérébrale, inconnue; deux autres oncles, bien portants, ainsi que deux tantes paternelles; pas de cousins nerveux. — *Mère bien portante, goitreuse; un oncle maternel en bonne santé; pas de cousins nerveux.*

Frères : un frère est bègue depuis l'enfance, un autre en bonne santé.

Antécédents personnels. — H. F... est venue à terme et s'est toujours bien portée pendant son enfance. Elle a été réglée à onze ans. Aucune maladie dans l'adolescence. Pas d'alcoolisme; ni de syphilis caractérisée par des accidents qu'elle ait remarqués. Mariée à dix-neuf ans, elle a été enceinte presque tous les ans depuis cette époque. Au bout de la première année, elle accouche à terme d'un enfant qui meurt au bout de trois semaines (sans éruptions). La seconde année, elle accouche à terme d'un enfant bien portant, qui meurt d'étranglement herniaire au bout de quinze mois. Elle fait ensuite successivement cinq fausses couches, de deux, trois, trois et demi et quatre mois. *C'est à la suite de la dernière fausse couche, il y a un an à peu près, qu'a débuté l'affection actuelle.*

Début (Renseignements pris auprès de la mère de la malade). — Ce furent tout d'abord des *modifications de son caractère* qui frappèrent sa mère et son entourage. A la suite de discussions futiles, elle était prise d'accès de colère furieuse et de crises de larmes. Peu à peu, l'intelligence faiblissait, des tendances dépressives et hypochondriaques tout à fait contraires à son naturel, ordinairement gai, se manifestaient.

Accès hémi-paresthésiques. — Il y a six mois (en juillet), elle fut prise d'une sorte d'attaque. Elle était dans sa boutique à travailler, quand elle ressentit une sensation pénible d'engourdissement qui débuta par la langue, les lèvres et le côté droit de la face, s'étendit au bras droit qui paraissait à la malade lourd et gonflé, puis à

la jambe droite. La parole devint en même temps presque impossible. Il n'y eut pas de perte de connaissance.

Ces phénomènes « engourdissement et embarras de la parole, persistèrent pendant deux mois », tout en s'atténuant, sans s'accompagner à aucun moment de paralysie. La malade ne boitait pas, et se servait de la main malade aussi bien que de l'autre. Un médecin appelé à cette époque, aurait constaté de l'anesthésie du même côté. — Il la piquait, dit-elle, sans qu'elle sentit. Depuis cet temps, les phénomènes d'engourdissement ont disparu; l'embarras de la parole ne s'est qu'amélioré, sans que l'élocution revint à l'état normal. Les troubles intellectuels et moraux restant en l'état.

Migraine ophtalmique. — Il y a quinze jours, un matin, elle éprouva des impressions lumineuses dans l'œil gauche « elle voit des flammèches » (elle nous représente ses sensations par un dessin), en même temps « elle n'aperçoit plus que la moitié des figures pendant qu'elle servait le monde »; ces sensations durent une heure ou deux, puis un violent mal de tête leur succède, siégeant dans la région frontale sus-orbitaire; des vomissements bilieux terminent la crise à la suite de laquelle elle s'alite. — Le lendemain le même accès se reproduit, semblable en tout au précédent (sceostome, hémiope, céphalalgie, vomissements) sans aphasia, ni phénomènes moteurs.

Depuis elle ne se plaint plus que d'embarras de la parole; mais on remarque la faiblesse de ses conceptions, — elle est parfois comme un enfant — la diminution de sa mémoire, et l'altération de son caractère, ce pourquoi elle est conduite à la consultation.

ÉTAT ACTUEL (7 décembre 1887). — C'est une femme de moyenne constitution, au teint assez coloré. Les traits sont contractés, et elle paraît plus que son âge. — L'expression de la physionomie est insipide.

Troubles psychiques. — Quoique par l'interrogatoire on observe un affaiblissement de l'intelligence, le jugement est peu affecté. Elle répond assez précisément, mais comprend souvent difficilement. Elle nous dit s'appliquer avec beaucoup de difficulté. La mémoire est affaiblie: elle se souvient toutefois des principaux épisodes de son affection. L'altération de la mémoire porte surtout sur les faits récents, et en particulier sur les noms propres. Le caractère de tristesse, d'indifférence de son affectivité, s'est modifié; actuellement, elle est plus gaie, satisfaite de son sort.

Embarras de la parole. — L'embarras de la parole est très marqué. Elle prononce les mots lentement, en scandant, abrège certaines paroles difficiles. L'embarras de la parole augmente lorsqu'on fait parler plus longtemps la malade et aboutit presque au bredouillage.

L'écriture est tremblée, certaines parties de lettres, ou des lettres même sont oubliées. — L'orbiculaire des lèvres et la langue sont

animés de *secousses fibrillaires* : le *tremblement* de la langue est surtout notable quand la langue est tirée. — La *force dynamométrique* des membres supérieurs est conservée ; les doigts sont animés d'un léger tremblement.

Les *réflexes rotuliens* sont forts à droite. — Il n'y a pas de troubles de la sensibilité ; les *pupilles sont inégales*, la gauche étant plus grande que la droite. — Pas d'insomnie. — Les autres fonctions s'accomplissent bien : ni troubles digestifs, ni troubles génésiques ni menstruels.

Quoique notre intention soit de n'insister ici que sur la combinaison de la migraine ophtalmique avec la paralysie générale, on nous permettra de faire remarquer en passant l'intérêt étiologique que présente cette dernière observation. Il est rarement donné, en effet, de pouvoir établir avec autant de netteté l'influence des causes tant prédisposantes que déterminantes. L'hérédité arthritico-nerveuse de la malade est incontestable ; sa grand'tante était épileptique, son grand-père paternel alcoolique, de plus son père lui-même est rhumatisant ; ajoutons enfin qu'un de ses frères est bègue.

On peut sans trop préjuger, considérer l'influence dépressive, physique autant que morale, d'une succession rapide de couches malheureuses, dont la mort du dernier enfant a été l'épisode ultime, comme la cause occasionnelle qui a mis en jeu la tendance héréditaire ci-dessus justifiée.

Il s'est aussi produit dans ce cas, une attaque d'épilepsie sensitive bien caractérisée, attaque dont la parenté avec la migraine ophtalmique est établie tant par la clinique que par la thérapeutique. Ce n'est que six mois après cet accès, un an après les phénomènes vagues du début de la paralysie générale que la malade fut prise d'un accès de migraine que malgré sa

débilité intellectuelle, elle a pu nous décrire avec la plus grande précision, et qui s'est conformé de tous points aux descriptions classiques de M. Charcot.

Nous avons eu depuis l'occasion d'observer de nouveaux exemples de migraine ophtalmique suivis de paralysie générale, et leur nombre joint aux précédentes observations suffit à établir définitivement l'existence de cette combinaison.

Cette notion de l'apparition de la migraine ophtalmique soit au début, soit au cours de la paralysie générale, n'offre pas la seule valeur théorique d'une pure combinaison pathologique, mais encore soulève quelques questions intéressantes à un point de vue pratique qu'il nous reste à indiquer.

Le syndrome peut, par son ingénence dans le tableau clinique, donner lieu à de notables difficultés de diagnostic. M. Charcot a démontré, comme on sait, qu'il n'est aucun des phénomènes de la migraine ophtalmique, de ceux qui sont ordinairement transitoires, qui ne puisse s'établir à l'état permanent : tels l'engourdissement de la face et de la main, les attaques épileptoïdes, l'hémiopie, l'embarras de la parole... Or, s'il arrive par exemple que ce dernier signe, l'embarras de la parole vienne à persister chez une migraineuse, il deviendra très malaisé de déterminer la valeur clinique de ce symptôme, connaissant ces rapports de la migraine et de la paralysie générale. Cet embarras de la parole n'est-il qu'un résidu de migraine, ou bien représente-t-il un phénomène de début d'une méningo-encéphalite commençante, ou enfin indique-t-il une combinaison des deux affections?

Eh bien, précisément la malade dont on a lu l'histoire, attirait surtout notre attention sur les phénomènes récents de sa migraine qui l'avaient surtout frappée, et de plus elle les racontait avec beaucoup de netteté, de sorte que nous avons pu penser, à un premier examen, qu'elle n'était atteinte que de migraine ophtalmique accompagnée avec persistance de l'un des symptômes : l'embarras de la parole.

On concevra, sans qu'il soit besoin d'y insister, toute l'importance qu'acquiert au point de vue du pronostic un diagnostic exact dans un cas de ce genre, en se rappelant que si c'est la seule migraine qui est en jeu, il ne s'agit que d'une affection assez bénigne et dont on aura tout lieu d'espérer la guérison à l'aide du traitement bromuré¹, tandis que si c'est la paralysie générale qui est en jeu, on devra s'attendre à l'issue fatale qui est de règle. Dans un cas donc, pronostic favorable et dans l'autre des plus graves.

La difficulté peut même s'accroître d'autant plus qu'on aura affaire à une de ces formes de paralysie générale dite congestive par M. Falret, forme dans lesquelles, du moins au début, on ne constate pas d'idées délirantes.

Cette particularité de l'histoire de la migraine ophtalmique prête ainsi qu'on le voit à des considérations pronostiques dignes d'attirer l'attention. Il faudra en tenir sérieusement compte dans les cas de migraine ophtalmique simple, plus encore dans ceux de migraine ophtalmique accompagnée, plus enfin si l'un des signes

¹ Gilles de la Tourette et P. Blocq. — *Sur le traitement de la migraine ophtalmique accompagnée.* (*Progrès médical*, 1886, t. V, p. 477.)

de la migraine est devenu permanent ; dans cette constante présomption que l'affection ne soit symptomatique, on recherchera des symptômes de paralysie générale, et en tout cas, même en l'absence de tout autre indice de méningo-encéphalite, il sera prudent de formuler des réserves..

Il nous reste à déterminer la nature de cette relation de la migraine ophtalmique et de la paralysie générale. Sans doute, y a-t-il là plus qu'une coïncidence, et existe-t-il des liens anatomiques pour relier le syndrome à la maladie.

Ainsi que déjà nous l'avons fait pressentir, il ne saurait y avoir beaucoup de doutes à cet égard. En effet : au point de vue clinique, les connexions qui existent entre les phénomènes congestifs sensitifs, et le mode d'apparition et de succession des accidents de la migraine et de la paralysie générale, comme au point de vue anatomique la pathogénie elle-même attribuée à la migraine, représentent autant d'arguments qui rendent vraisemblable cette hypothèse, à savoir que l'apparition de la migraine ophtalmique comme syndrome, soit au début, soit au cours de la paralysie générale, tient à la localisation spéciale qu'affectent alors les lésions ordinairement diffuses de la méningo-encéphalite.

La comparaison se ferait assez justement avec ce qui se passe pour l'épilepsie partielle motrice dont les accès ne sont eux aussi qu'un syndrome de localisation, et qui par eux-mêmes ne nous renseignent que sur la région des centres nerveux qui est touchée, et nullement sur la façon dont cette région est atteinte.

Ainsi, si pour une raison que nous ne saurions dé-

terminer, les lésions propres à la paralysie générale viennent à occuper, soit au début, soit ultérieurement, les zones cérébrales dont l'altération provoque le syndrome de la migraine, celle-ci précédera ou accompagnera les signes de la méningo-encéphalite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS HISTOLOGIQUES DE LA SUBSTANCE GRISE DANS LES ENCÉPHALITES CHRONIQUES DE L'ENFANCE¹.

Par A. PILLIET,

Interne des Hôpitaux, aide-préparateur d'histologie à la Faculté de médecine.

La moelle cervicale a ses parties symétriques, mais il y a disparition à peu près complète des cellules motrices dans les deux cornes antérieures. Il existe encore des cellules nerveuses en assez grand nombre dans les cornes postérieures.

Les cordons blancs de la moelle lombaire et les cornes antérieures, qui sont symétriques, contiennent un certain nombre de grandes cellules, relativement très peu abondantes, se colorant mal par le carmin. Il y en a beaucoup moins encore dans les cornes postérieures.

Sur des fragments du biceps gauche, on voit de l'épaississement des grosses travées conjonctives qui cloisonnent le muscle, les petites travées ne sont pas modifiées. Les faisceaux musculaires eux-mêmes ne paraissent pas altérés.

Nous voyons que donc dans l'encéphale, il existe une inflammation chronique (encéphalite) à différents degrés; dans la moelle, le même processus paraît plus avancé encore, et l'atrophie des éléments nerveux portée très loin. Ces lésions sont générales et diffuses. Il n'y a nulle part cette dégénérescence pigmentaire que l'on observe à la période de tuméfaction des cellules dans la paralysie générale.

¹ Voy. *Arch. de Neurologie*, n° 53, p. 177.