

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Marfan (syndrome de)**

ACHARD, C. - Arachnodactylie

*In : Bulletins et mémoires de la Société médicale des
hôpitaux de Paris, 1902, Vol. 19, pp. 834-43*

En somme, l'azoturie paraît être la conséquence de la boulimie. Quant à la tendance à l'obésité, elle semble être assez ancienne et ne pas résulter seulement de la polyphagie.

ARACHNODACTYLIE.

par M. Ch. ACHARD.

M. Méry nous a présenté récemment une déformation singulière des extrémités, observée chez une enfant que M. Marfan nous avait déjà montrée il y a quelques années. L'aspect très particulier des extrémités, et notamment des doigts et des orteils, est dû à un allongement excessif avec gracilité des os, et c'est pour marquer ces deux traits essentiels que M. Marfan avait proposé le terme de *dolichosténomélie* (1). Grâce à la radiographie, M. Méry a pu mettre en évidence une particularité qui explique bien l'allongement des extrémités : c'est l'épaisseur plus grande que normalement des cartilages de conjugaison : d'où le nom d'*hyperchondroplasia* qu'il propose pour désigner cette anomalie de conformation (2). Mais dans ce cas, qui est complexe, tout ne se borne pas à un trouble de l'évolution des os ; il existe, en outre, des rétractions fibreuses et des désordres nerveux qui ne sont peut-être pas sans rapport avec l'anomalie du squelette.

Le cas que je vous présente aujourd'hui offre avec le précédent une certaine analogie et aussi de notables différences.

Vous remarquez à première vue, aux mains et aux pieds de cette jeune fille, à un degré moindre toutefois que chez la malade de MM. Marfan et Méry, une longueur qui paraît exagérée des doigts et des orteils, et qui s'accompagne de gracilité des os. C'est assez l'aspect des pattes d'araignée, suivant la comparaison de M. Marfan.

Mais il n'y a pas ici de désordres nerveux ni de rétractions. Les articulations sont parfaitement souples, les divers segments des membres sont bien mobiles, et même cette mobilité est, pour quelques-uns, un peu exagérée, car les phalanges se laissent redresser facilement en extension forcée.

De plus, on ne saurait dire ici qu'il s'agit d'hyperchondroplasia, car le processus d'ossification paraît s'être effectué d'une façon très régu-

(1) A. B. Marfan. Un cas de déformation congénitale des quatre membres, plus prononcée aux extrémités, caractérisée par l'allongement des os avec un certain degré d'amincissement (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 28 févr. 1896, p. 220).

(2) H. Méry et L. Babonneix. Un cas de déformation congénitale des quatre membres. Hyperchondroplasia (*Ibid.*, 4 juill. 1902, p. 671).

lière; en effet, chez cette jeune fille de dix-huit ans, la soudure est complète, comme le montrent les radiographies, pour les points complémentaires des phalanges et des métacarpiens, qui se soudent normalement entre seize et dix-huit ans.

On ne peut pas dire non plus qu'il y ait dolichosténomie, car s'il y a bien réellement une gracilité des os visible sur la radiographie, leur allongement, du moins, n'est qu'apparent. Comme l'indiquent les tableaux ci-dessous, la longueur totale des segments formés par les métacarpiens et les phalanges correspondantes est sensiblement normale lorsqu'on la compare à celle que nous avons mesurée chez une jeune fille bien conformée, de même taille à peu près et seulement de 3 ans plus jeune. Notre malade n'a que 2 centimètres de moins en fait de taille, et quelques millimètres de moins pour la longueur totale des segments métacarpo-phalangiens. La seule différence vraiment digne de remarque, c'est que, tandis que les métacarpiens et les premières phalanges sont un peu plus courts que chez le sujet bien conformé, les phalangettes, au contraire, sont toutes un peu plus longues.

Voici, du reste, les détails de l'observation et les diverses mesures que nous avons prises.

OBSERVATION. — Léontine Gay..., âgée de dix-huit ans, entre le 4 août 1902 à l'hôpital Tenon pour un ténia. Elle y a déjà fait plusieurs séjours, depuis 1899, pour de la chloro-anémie.

On est frappé de l'aspect particulier des mains et des pieds. Les mains sont étroites et allongées, les doigts effilés et d'une longueur qui paraît hors de proportion avec l'ensemble de la main, d'où l'aspect de pattes d'araignée. Cette même conformation existe aussi aux pieds, mais d'une façon moins frappante.

D'après le dire de la malade, cette conformation des mains et des pieds n'existe pas chez son père, mais sa mère a de grandes mains et il en était de même de son grand-père maternel. Une de ses sœurs, âgée de onze ans, que nous avons pu voir, a également une conformation semblable des extrémités.

Deux autres sœurs, âgées de neuf et de vingt et un ans, sont bien conformées.

Dans sa première enfance, la malade a eu une bronchite à dix mois, et à quatre ans la rougeole; depuis l'âge de cinq ans elle est restée chétive.

Elle a été sevrée et a marché à l'âge de vingt et un mois.

Réglée à seize ans, mais d'une façon irrégulière; les règles sont peu abondantes.

Outre la conformation particulière des mains et des pieds, on remarque divers troubles de conformation de la tête. Le crâne est développé; les bosses frontales, sans être proéminentes, sont cependant fortement dessinées. Le nez est légèrement aplati à sa racine. Le maxillaire inférieur est peu développé par rapport au reste du squelette de la tête. La bouche est étroite. Les dents sont bien implantées sans érosions ni incisures. Pas de scoliose, pas de déviations rachitiques. Pas d'exostoses. Pas d'incurvation des tibias.

Mensurations faites sur la malade en 1899.

Membre supérieur gauche :

	Pouce.	Index.	Médias.	Annulaire.	Auriculaire.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
Main. { 2 ^e phalange . . .	27	30	35	35	25
{ 1 ^{re} — . . .	40	50	55	55	48
{ Métacarpiens . . .	45	65	70	50	47
Radius					225
Cubitus					235
Humérus					240
Clavicule					130
Sternum					130

Membre inférieur gauche :

	Grès orteil.	2 ^e orteil.	3 ^e orteil.	4 ^e orteil.	5 ^e orteil.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
Pied. { 3 ^e phalange . . .	»	30	25	20	17
{ 2 ^e — . . .	25	»	»	»	»
{ 1 ^{re} — . . .	50	»	»	»	»
{ Métatarsien . . .	60	»	»	»	»
{ De l'interligne tibio-tarsien au 2 ^e espace interdigital.					135
Tibia					36
Péroné					39

Mensurations faites sur la malade en 1902.

Taille : 1 ^m 58.	mm.
Tête : Diamètre transversal maximum	145
— — longitudinal maximum	185
(indice céphalique : 78,37 correspondant à la mésacéphalie.)	
— Largeur orbitaire externe	84
— — bizygomatique	102
— — bijugale	84
— Distance du menton à la racine du nez (du point men- tonnier au nasion)	101
— Ecartement des deux angles du maxillaire inférieur (d'un gonion à l'autre)	64
— Longueur de la courbe du maxillaire inférieur (d'un gonion à l'autre)	175
— Largeur de la fente buccale	40
Sternum	148
Clavicule	155
Humérus	294
Radius	233
Cubitus	256
Tibia	375
Péroné	402
Distance de l'interligne tibio-tarsien au 2 ^e espace interdigital.	140

Mensurations faites sur les radiographies (sept. 1902) (1).

Pied gauche :

	Gros orteil.	2 ^e orteil.	3 ^e orteil.	4 ^e orteil.	5 ^e orteil.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
3 ^e phalange	»	9	10	7	4
2 ^e —	23	14	14	11	6
1 ^{re} —	31	29	26	23	21
Métatarsien	60	74	72	75	70
Longueur totale	119	128	126	119	103

Main gauche. — Longueur :

	Pouce.	Index.	Médius.	Annulaire.	Auriculaire.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
3 ^e phalange	»	18	19	19	17
2 ^e —	24	24	28	28	20
1 ^{re} —	30	40	43	42	33
Métacarpien	43	72	70	63	57
Longueur totale	101	158	166	136	113

Largeur :

1 ^{re} phalange, à la base	15	13	13	12
— au milieu	8	8	7	6
2 ^e phalange, à la base	11	12	11	8
— au milieu	6	7	6	4

Par comparaison nous avons pratiqué les mêmes mensurations sur les radiographies, obtenues dans les mêmes conditions, de deux jeunes filles bien conformées, l'une un peu plus grande et plus jeune, l'autre un peu plus petite et un peu plus jeune que notre malade.

Sujet n° 1. — Jeune fille de quinze ans et demi ; taille 1^m60.

Longueur :

	Pouce.	Index.	Médius.	Annulaire.	Auriculaire.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
3 ^e phalange	»	17	18	17	16
2 ^e —	23	26	30	29	23
1 ^{re} —	32	43	46	43	35
Métacarpien	47	71	70	64	57
Longueur totale	106	161	170	138	134

Largeur :

1 ^{re} phalange, à la base	15	15	14	13
— au milieu	9	10	8	7
2 ^e phalange, à la base	12	12	11	9
— au milieu	7	8	7	6

(1) Toutes ces radiographies sont dues à l'habileté de M. Inffroit.

Sujet n° 2. — Jeune fille de dix-sept ans; taille 1^m53.

Longueur :					
	Pouce.	Index.	Médius.	Annulaire.	Auriculaire.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
3 ^e phalange.		13	15	15	13
2 ^e —	19	22	25	25	17
1 ^{re} —	26	33	40	37	29
Métacarpien.	40	59	58	53	48
Longueur totale. . .	88	132	142	132	112
Largeur :					
1 ^{re} phalange, à la base		14	19	13	13
— au milieu		8	9	8	7
2 ^e — à la base		11	12	11	9
— au milieu		6	7	7	5

Les différences que notre malade présente par rapport aux deux sujets précédents sont consignées dans les tableaux suivants :

Différences avec le sujet n° 1.

Longueur :					
	Pouce.	Index.	Médius.	Annulaire.	Auriculaire.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
3 ^e phalange.		+ 1	+ 1	+ 2	+ 1
2 ^e —	+ 1	- 2	- 3	- 1	- 3
1 ^{re} —	- 2	- 3	- 1	- 1	- 2
Métacarpien.	- 2	- 1	0	- 1	0
Longueur totale.	- 5	- 3	- 4	- 2	- 4
Largeur :					
1 ^{re} phalange, à la base		0	0	- 1	- 1
— au milieu		- 1	- 2	- 1	- 1
2 ^e — à la base		- 1	0	0	- 1
— au milieu		- 1	- 1	- 1	- 8

Différences avec le sujet n° 2.

Longueur :					
	Pouce.	Index.	Médius.	Annulaire.	Auriculaire.
	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
3 ^e phalange.		+ 5	+ 4	+ 4	+ 5
2 ^e —	+ 5	+ 4	+ 3	+ 3	+ 3
1 ^{re} —	+ 4	+ 5	+ 5	+ 5	+ 4
Métacarpien.	+ 5	+ 13	+ 12	+ 10	+ 9
Longueur totale.	+ 13	+ 26	+ 24	+ 24	+ 18
Largeur :					
1 ^{re} phalange, à la base		+ 1	+ 1	0	- 1
— au milieu		0	- 1	- 1	- 1
2 ^e — à la base		0	0	0	- 1
— au milieu		0	0	0	- 1

On voit par la lecture de ces tableaux que chez notre malade, les doigts sont en réalité un peu plus courts que chez le sujet dont la taille est un peu plus élevée; toutefois les phalanges unguéales font toutes exception et se distinguent par une longueur un peu supérieure. On voit de même que, par rapport au second sujet, de taille plus petite, les doigts sont notablement plus longs, mais que néanmoins cette différence en plus est aussi plus marquée pour les phalanges unguéales que pour les phalanges, contrairement au rapport de proportion normal.

On peut donc conclure que chez notre malade, seules les phalanges unguéales ont une longueur un peu exagérée. Quant aux différences de largeur, on voit qu'elles sont presque nulles au niveau des épiphyses. C'est à la partie moyenne des phalanges que la diminution est surtout nette; même comparée avec le sujet de taille plus petite, l'épaisseur des phalanges présente encore des différences en moins chez notre malade. L'aspect des mains montre, d'ailleurs, très bien à un simple coup d'œil que les doigts sont grêles, mais que les articulations sont un peu noueuses et que, par conséquent, les extrémités épiphysaires sont plus volumineuses que ne le comporterait la largeur du corps des phalanges dans la conformation normale.

L'une des sœurs de la malade, âgée de onze ans, que nous avons pu voir, présente aussi, mais d'une façon moins frappante, cette apparence des mains, avec longueur exagérée des phalangettes qui se laissent renverser en extension forcée; elle a aussi une saillie marquée des bosses frontales.

Voici quelques mensurations faites sur elle :

Taille : 1 ^m 35.	mm.
Tête : Diamètre transversal maximum	140
— — longitudinal maximum	175
— (Indice céphalique, 80, intermédiaire à la mésacéphalie et à la brachycéphalie).	
— Largeur bizygomatique	115
— — bijugale	100
— Écartement des deux angles du maxillaire inférieur . .	90
Longueur de la main (de l'interligne radio-carpien à l'extrémité du médius).	140

On doit remarquer que chez la jeune fille que nous présentons, les anomalies de conformation ne sont pas exclusivement bornées aux mains et aux pieds; à la tête, la petitesse de la face contraste avec le développement du crâne.

La saillie du front pourrait même évoquer l'idée d'une origine hérédosyphilitique. Mais il faut avouer que ce n'est là qu'une présomption douteuse et nous n'avons pu relever de preuve décisive. D'autre part, dans la thèse très documentée de M. Ed. Fournier (1), si le gigantisme partiel des os des membres figure parmi les stigmates hérédosyphilitiques, aucun exemple n'est cité d'une semblable conformation des mains

(1) Edmond Fournier. Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis (Thèse de Paris, juin 1898, n° 391).

et des pieds. La petitesse du maxillaire inférieur n'est pas non plus mentionnée parmi ces stigmates.

Ainsi les causes de cette anomalie de conformation nous sont inconnues. D'autre part, les termes d'hyperchondroplasia et de dolichosténomélie ne lui sont pas applicables. Aussi proposerai-je, pour désigner ces doigts et ces orteils arachnéens, une dénomination purement morphologique, celle d'*arachnodactylie*.

UN CAS D'EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ AU COURS DE LA TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE. — GUÉRISON DE L'EMPHYSÈME,

par MM. LOUIS RÉNON et E. GÉRAUDEL.

Il nous a paru intéressant de rapporter à la Société l'observation suivante, non seulement en raison de la rareté des cas d'emphysème sous-cutané au cours de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte, opposée à sa fréquence relative dans la tuberculose aiguë de l'enfance (1), mais surtout parce que cette complication, généralement considérée comme d'un pronostic fatal à brève échéance, s'est heureusement terminée dans notre cas.

OBSERVATION. — S..., quarante-cinq ans, Alsacien, garçon de café, entre le 23 décembre 1901 à l'hôpital Necker, salle Trousseau. C'est un malade que nous connaissons déjà, puisqu'il fit un premier séjour dans notre service, de mai à juillet 1901, où il fut soigné pour une tuberculose pulmonaire à forme fibreuse. Les lésions bacillaires se révélaient alors par quelques craquements au sommet gauche et un manque d'élasticité à la percussion.

Les antécédents étaient d'ailleurs fort significatifs : pleurésie à vingt ans, et, depuis deux à trois ans, des poussées de bronchite à chaque hiver; enfin de légères hémoptysies dans les derniers mois. On trouve des bacilles de Koch dans les crachats. La tendance à la sclérose est pourtant manifeste, la température normale, l'expectoration un peu muco-purulente, mais surtout mousseuse; il existe des troubles mécaniques cardio-pulmonaires, dilatation de l'oreillette droite, foie gros et douloureux, dyspnée marquée, allant parfois jusqu'à l'orthopnée. On remarque, par contre, le peu d'intensité des phénomènes d'infection et d'intoxication.

Le malade, accepté au sanatorium d'Angicourt, y séjourne du 4 juillet au 24 décembre 1901. Sous l'influence de la cure d'air et de repos, son poids s'accrut de 5 kilos, mais le processus tuberculeux ne s'arrêta pas; la température montait le soir à 38 degrés, et il dut bientôt être transporté à l'infirmerie du sanatorium. C'est dans les derniers jours qu'il y passa que se manifestèrent les premiers symptômes de la complication qui le ramène la seconde fois dans nos salles.

1. L. Galliard. De l'emphysème sous-cutané dans les affections pulmonaires aiguës. *Archives générales de médecine*, décembre 1880.

Le dimanche 22 décembre 1901, à neuf heures du matin, le malade fut pris d'une quinte de toux, suivie d'un vomissement; cette quinte, sans être plus intense que celles qu'il avait habituellement, en différa essentiellement pourtant, car elle s'accompagna d'une douleur très vive, brutale, dans la région sous-claviculaire gauche. De ce siège précis, elle irradiait ensuite dans tout le thorax, et, avec moins d'acuité, dans les bras, surtout à gauche.

Les mouvements respiratoires étaient douloureux, et l'oppression dès ce moment fut plus considérable.

Le lundi, l'endolorissement était général, avec maximum à la région cervicale et dans la moitié supérieure du thorax.

Le mardi, le malade quitte Angicourt et s'aperçoit, l'après-midi, en bouffonnant sa chemise, que son cou a grossi. Il entre le soir même dans notre service, où nous sommes frappés de la bouffissure de la face.

Le lendemain seulement, comme ce malade se plaignait d'une gêne douloureuse au cou, en palpant la région, nous notons aussitôt une crépitation fine, cédant sous le doigt qui presse, et caractéristique de l'emphysème sous-cutané. Un examen attentif permit dès lors de topographier cet emphysème. Toute la région cervicale antérieure est envahie, et l'emphysème débordé en bas de deux travers de doigt les clavicules, remontant en haut, à droite seulement, jusqu'à la mâchoire, à gauche jusqu'à l'os malaire, s'arrêtant à l'arcade zygomatique. Le menton est respecté. En arrière, la crépitation est limitée par une courbe convexe, allant de l'apophyse mastoïde vers la colonne cervicale; la nuque est tout à fait indemne.

Dès le lendemain, la déformation atteint son maximum. A gauche, la bouffissure de la partie inférieure de la face est très apparente et rappelle l'aspect des parotidites. L'engorgement du cou est total, quoique plus marqué au niveau du creux sus-claviculaire. Dans son ensemble, c'est une sorte de déformation en capeline.

La topographie reste sensiblement la même les deux jours suivants, descendant à peine sur la région pectorale.

La percussion du thorax dénotait une sonorité exagérée; mais l'aire de matité cardiaque, encore que passablement réduite, n'était pas abolie.

En appliquant l'oreille sur la moitié gauche du thorax en arrière, on est d'abord frappé par des bruits analogues à de gros râles crépitants secs, dont la nature extra-pulmonaire est facilement révélée: il suffit de faire arrêter la respiration du patient et d'appuyer ou non le pavillon de l'oreille pour créer ou non ces bruits dus à l'emphysème sous-cutané; le fait est surtout évident sous les clavicules, et à la partie supérieure du thorax en arrière, principalement à gauche. Derrière ces bruits gênants pour l'observateur, on note pourtant que le murmure vésiculaire est généralement aboli et couvert par de nombreuses sibilances. Le sommet gauche se singularise seulement par une respiration soufflante.

La dyspnée est assez notable, les muscles sterno-mastoïdiens et trapèzes se contractent visiblement, le diaphragme par contre est peu mobile.

Les bruits du cœur s'entendent bien.

Le pouls bat à 116. Les lèvres sont un peu cyanosées.

La submatité hépatique remonte jusqu'à la cinquième côte; sa limite infé-

rière est plus difficile à démarquer, mais le foie déborde, comme en témoigne la douleur caractéristique à la pression.

La voix, couverte antérieurement, n'a pas changé; les urines sont normales.

Pour parer à cet accident grave, l'indication majeure nous paraissant être de diminuer la dyspnée, nous faisons injecter immédiatement au malade un centigramme de chlorhydrate d'héroïne, dont l'un de nous avait étudié expérimentalement l'action utile sur la dyspnée (1).

Une nouvelle injection de un centigramme est encore pratiquée dans la journée, et de plus le malade prend sous forme de comprimé un demi-centigramme de la même substance.

Le gonflement de la face, du cou et de la partie du thorax cesse d'augmenter, puis diminue rapidement, de sorte que le 3 janvier 1902, le malade est « dégonflé » : la déformation a disparu. A peine note-t-on pendant quelques jours encore une légère crépitation sous les clavicles. La dyspnée diminue également. La tuberculose continue à évoluer lentement, mais irrémédiablement, sans que l'apparition de l'emphysème ait semblé en accélérer la marche.

Le malade nous quitte au mois d'août dernier, sept mois après cet incident, gardant son aspect de tuberculeux pulmonaire à forme fibreuse.

Voici le cas d'un homme, qui, atteint d'emphysème sous-cutané, au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique, a guéri de cette complication, et la guérison s'est maintenue intacte depuis sept mois. C'est là un fait exceptionnel, car nous connaissons la gravité de cet accident, souvent précurseur de la mort à brève échéance (2). La clef du pronostic nous semble résider dans l'envahissement ou dans l'intégrité du médiastin. Chez notre malade, le médiastin fut respecté : on ne trouva aucun signe d'invasion (diminution et disparition de l'aire de la matité cardiaque et des bruits du cœur, présence d'une crépitation rythmée dans la région précordiale) et de compression du médiastin, et il est probable que l'évolution se fit dans les étapes successives suivantes : adhérence d'un lobule pulmonaire tuberculisé à la plèvre viscérale et à la plèvre pariétale au niveau du sommet du poumon ; ouverture du lobule dans le tissu cellulaire de la base du cou ; pénétration de l'air dans le tissu cellulaire, et extension progressive de l'emphysème jusqu'à la cicatrisation de la perforation ; enfin, résorption de l'air infiltré.

Dans la broncho-pneumonie de l'enfant, l'apparition de l'emphysème sous-cutané, assez rare du reste (3), est aussi d'une très fâcheuse signification. On a discuté s'il fallait dans ces cas attribuer la mort à l'emphysème ou à la broncho-pneumonie ; nous pensons qu'ici encore c'est peut-être dans l'envahissement primitif ou dans l'intégrité du médiastin qu'il faut chercher les différences de l'évolution.

(1) Paulesco et Géraudel. *Journal de médecine interne*, 1899.

(2) Héron. *Thèse*, Paris, 1884, et Chlémovitch, *Thèse*, Paris, 1899.

(3) Richardière et Delherm. *Société de Pédiatrie*, décembre 1901. — Ch. Aubertin, *Société de Pédiatrie*, juin 1902.

L'indication thérapeutique principale doit viser la dyspnée : le chlorhydrate d'héroïne, à la dose de un à trois centigrammes dans les vingt-quatre heures, en diminuant l'amplitude des mouvements respiratoires, a été chez notre malade le médicament de choix.

M. GALLIARD. Contrairement à ce qu'a supposé M. Rénon, je serais disposé à voir dans son cas un emphysème « à siège triple », c'est-à-dire sous-pleural, médiastinal et cervico-sous-cutané. Puisque cet emphysème a guéri rapidement, en effet, on doit l'attribuer à la rupture d'un groupe de vésicules ectasiées sans tuberculose, et non pas à la rupture d'un foyer tuberculeux. Il a dû se produire, par conséquent, comme chez les coquelucheux et les broncho-pneumoniques, par le même mécanisme et avec la même localisation. S'il avait succédé à la rupture d'une caverne tuberculeuse adhérente à la paroi thoracique, d'abord il aurait fait son apparition au niveau de cette paroi, ensuite il aurait persisté longtemps ; il n'aurait probablement pas guéri.

Quant à l'argument tiré de l'absence de symptômes d'emphysème médiastinal, je crois qu'il a peu de valeur. En effet, l'emphysème du médiastin est généralement latent ; on a beaucoup de peine à en faire le diagnostic. Je l'ai constaté à l'autopsie d'une femme morte du choléra en 1892 (je recherchais alors l'emphysème sous-cutané des cholériques), et ce fut une surprise d'autopsie ; il n'y avait eu aucun symptôme pendant la vie.

M. RÉNON. Sans doute il est très difficile de fixer, d'une façon précise, la pathogénie de l'emphysème dans notre cas ; mais nous n'avons observé aucun des symptômes donnés comme symptomatiques de l'emphysème du médiastin, tandis que, chez une malade qui a succombé récemment à une tuberculose pulmonaire avec emphysème sous-cutané intense, j'ai observé une dissociation de tout le médiastin par l'emphysème qui avait fusé par les orifices du diaphragme jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, écartant même les fibres musculaires du psoas. Cette malade avait présenté de la dyspnée excessive, de l'œsophagisme, de la douleur rétro-sternale, et les signes nets d'une compression médiastinale. Or, nous n'avons observé aucun signe semblable chez notre malade qui a guéri.

EPILEPSIE JACKSONIENNE ET HYSTÉRIE,

par M. FERRIER,

Médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'état névropathique d'un sujet favorise chez lui l'apparition de manifestations nerveuses parfois très accusées, sous l'influence de lésions minimes, lesquelles seraient restées latentes sans cette prédisposition ;