

Dictionnaire des maladies éponymiques et des observations princeps : Wernicke (encéphalopathie de)

**GAYET, M. - Affection encéphalique. (Encéphalite diffuse probable.)
Localisée aux étages supérieurs des pédoncules cérébraux et aux couches optiques, ainsi qu'au plancher du quatrième ventricule et aux parois latérales du troisième. Observation recueillie**

In : Archives de physiologie normale et pathologique, 1875, Vol. 2, pp. 341-51

VI

AFFECTION ENCÉPHALIQUE (ENCÉPHALITE DIFFUSE PROBABLE) LOCALISÉE AUX ÉTAGES SUPÉRIEURS DES PÉDONCULES CÉRÉBRAUX ET AUX COUCHES OPTIQUES, AINSI QU'AU PLANCHER DU QUATRIÈME VEN- TRICULE ET AUX PAROIS LATÉRALES DU TROISIÈME.

OBSERVATION RECUEILLIE

Par M. **GAYET**, chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Planche XI.)

L'observation que je présente a l'avantage d'avoir été prise en dehors de toute idée doctrinale. Les faits qui y sont consignés ont été relevés au jour le jour avec toute la conscience possible; enfin une autopsie faite par un temps exceptionnellement favorable a permis d'étudier toutes les lésions sinon dans leur nature intime, au moins dans leur siège et leur étendue; je crois donc être utile en la publiant. S'il y a des lacunes, ce dont je ne doute pas, puisque j'en ai moi-même signalé, cela n'empêche pas que les faits que je constate ne soient exacts et ne gardent toute leur valeur.

La question étiologique qui m'avait tout d'abord semblé se résoudre par l'influence d'une émotion morale vive sur le développement d'une affection encéphalique localisée et mortelle, est aujourd'hui pour moi en suspens, à cause d'une contradiction qui doit se résoudre en justice, mais cela n'ôte au fait en lui-même que peu d'intérêt.

Obs. — Le 23 novembre 1874, le nommé Eugène Perrot, né à Morans (Isère), âgé de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Joseph, n° 7, et nous raconte ce qui suit.

Vers la seconde moitié du mois de septembre (le malade ne peut préciser le jour), il travaillait dans son usine, lorsque soudain non loin de lui éclate le bouilleur d'une chaudière. Les désordres matériels

causés par cet accident furent, paraît-il, très-considérables; néanmoins aucun débris ne l'atteignit, et rien ne peut expliquer une lésion physique quelconque. Sur ce point, Perrot est absolument affirmatif, et le maître de l'usine, son contradicteur en justice, va même plus loin en déclarant qu'il est impossible que son ouvrier, placé dans un autre appartement que celui où a eu lieu l'accident, ait pu en être impressionné.

Quoi qu'il en soit de ces deux affirmations, dont l'exactitude ne peut avoir d'importance qu'au point de vue de l'étiologie d'une affection encéphalique mortelle, notre malade ajoute qu'il a été profondément ému par cet accident, qu'il en est resté, pour ainsi dire, hors de lui, ne dormant pas, et dans un état d'agitation indescriptible. Pendant trois jours il put encore travailler, mais au bout de ce temps, voulant lire une note, il s'aperçut qu'il n'y voyait plus naturellement; obligé d'écrire, il reconnut aussi qu'il lui était impossible de tracer régulièrement ses lignes.

Durant les semaines qui séparent ce moment de celui de son entrée à l'hôpital, Perrot ne ressent pas de douleur, mais il est dans un état de faiblesse, d'abattement, d'apathie générale, qui lui rend tout effort pénible. Après quelque temps, survient une somnolence invincible, si bien que le malade dort presque continuellement. Tels sont les détails qui nous sont fournis, par le patient lui-même, avec une lucidité complète, mais avec une lenteur et un besoin d'excitation qui me frappe tout d'abord, comme un point caractéristique de son état.

Au moment où je l'observe pour la première fois, Perrot me paraît d'une médiocre constitution, assez maigre, avec un teint pâle et une physionomie atone. Les deux paupières supérieures recouvrent aux trois quarts les globes et ne peuvent se relever; aussi pour regarder, faut-il qu'il renverse un peu la tête. Tout le masque est singulièrement affaissé, les orbiculaires sont appliqués au pourtour de l'orbite, l'orbiculaire des lèvres serré contre les dents et tous les muscles de la face dans un état d'affaissement qui rappelle assez bien celui qu'on remarque sur la tête des suppliciés.

Cependant il n'y a pas là de paralysie, car tous ces muscles fonctionnent à la volonté du malade, soit pour parler, soit pour gonfler les joues et y garder de l'air, etc. Quand il parle, sur sa physionomie immobile, la seule agitation des muscles nécessaires à l'articulation des sons a quelque chose de tout à fait caractéristique.

Le système contractile tout entier participe à cet état d'atonie. Bien qu'exécutant tous les mouvements, le malade les fait sans énergie, il ne peut rien serrer, il est incapable de se tenir debout et titube sur ses jambes.

J'ai dit que les paupières tombaient toutes les deux, il y a donc là, véritablement paralysie, de plus, les moteurs de chaque œil animés par la troisième paire, participent à cette paralysie, et les yeux sont en strabisme divergent avec tendance à l'élévation de la pupille en haut et en dehors. C'est là ce qui trouble l'exercice de la vision binoculaire, et a rendu Perrot incapable tout à coup de lire et d'écrire.

La sensibilité générale est absolument intacte, essayée au compas de Weber, elle n'établit aucune différence entre les deux membres, ni avec ceux d'un homme sain. La chaleur et le froid sont perçus comme d'ordinaire, ainsi que les sensations variées, de grattage, de pincement, d'arrachement des poils, de chatouillement, etc.

Les sensibilités spéciales sont intactes aussi, le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue, qui attire particulièrement mon attention. Je dois noter que les pupilles sont naturellement et uniformément resserrées, mobiles, dilatables par l'atropine. Les milieux sont transparents, et les membranes profondes, saines dans tous leurs détails.

Chaque œil, mis en œuvre séparément, voit et accomode très-bien, il y a seulement incohérence dans les mouvements des deux globes unis dans la vision binoculaire.

Tous ces renseignements n'ont été obtenus que grâce à la lucidité du malade, lucidité qui ne s'est jamais démentie jusqu'à sa mort.

Dès mon premier examen, j'appréciai la gravité de cette maladie, et songeant à la possibilité d'une vérification future, je mis Perrot en observation, et tous les jours, fut à peu près renouvelé l'examen dont je viens de consigner les résultats.

Je songeai de suite à une lésion de nature inflammatoire siégeant à l'origine de la troisième paire crânienne, c'est-à-dire, dans les pédoncules cérébraux ; cependant, je ne voulus faire aucune hypothèse, me contentant de voir avec attention se dérouler les événements. Comme thérapeutique, je fis raser la tête, faire des onctions sur le crâne avec l'onguent napolitain, je fis placer un séton à la nuque, j'usai avec modération du calomel, des acidules, etc ; tout cela avec des lueurs passagères d'amélioration, mais sans résultat utile.

Un phénomène qui frappe tout le monde, dès le début, c'est la somnolence. Souvent pendant qu'on l'interroge, Perrot s'endort, et ce n'est qu'en le secouant vigoureusement qu'on parvient à le rappeler à la réalité. Plusieurs fois il s'est endormi en mangeant. Pendant les premiers temps de son séjour, j'ai souvent ordonné qu'on le fit lever et s'asseoir, mais alors il s'endormait dans son fauteuil, et serait tombé si on ne l'avait pas retenu.

Du 23 novembre au 18 décembre. L'état d'affaiblissement se prononce de plus en plus. A cette dernière époque, le malade ne peut presque plus se tenir debout, et il lui est impossible de faire un pas. Le côté droit est visiblement moins fort que le côté gauche. L'assoupissement est toujours continu.

Le 5 janvier, malgré que le malade déclare y voir très-bien, je fais un nouvel examen ophthalmoscopique, voulant profiter de cette occasion pour établir la relation qui existe entre les affections de l'encéphale et celles des membranes profondes. Je constate que les veines sont un peu flexueuses, surtout en bas (image renversée), que le fond de l'œil est peut-être un peu plus rougeâtre, et cela, plus à gauche qu'à droite. Somme toute bien peu de chose.

Le 7 janvier, à la visite, je constate, du côté du membre supérieur

droit, une paralysie presque complète ; le malade ne peut soulever son bras qu'avec la plus grande difficulté, il lui est impossible de le soulever. Le membre inférieur est paralysé, mais d'une façon moins complète.

Le 8 janvier. La paralysie s'est prononcée, elle s'est étendue du bras à la jambe et au côté droit de la face, la paupière supérieure droite est plus abaissée qu'à gauche.

La sensibilité paraît un peu diminuée à droite. La somnolence est profonde, mais on en tire encore le malade par de vives excitations, et on obtient de lui des réponses intelligentes.

Jusqu'au 17, cet état persiste, on pourrait croire à une hémiplegie droite complète, sans quelques contractions musculaires. Les muscles de la face sont si affaiblis, sa teinte si cadavéreuse que je songeai à une issue fatale et prochaine.

Le 18 au matin la scène a complètement changé, je trouve le malade assis sur son lit, dans un grand état de surexcitation, il réclame à grands cris un lavement, dit qu'il n'a pas pu uriner librement, et qu'il a éprouvé dans la jambe droite des picotements et des douleurs qu'il compare à des coups de fouet. Il n'a plus son masque facial si prononcé, il peut gonfler ses joues, fermer ses paupières : les mouvements sont revenus dans le bras et la jambe comme auparavant.

13. Un peu de surexcitation, léger état fébrile, température plus élevée. — Pour la première fois, quelques râles trachéaux.

19. Très-bonne journée, plus d'état fébrile, réveil à peu près complet, liberté des mouvements volontaires. Le masque de la face s'est amélioré, les paupières supérieures se meuvent. Intelligence intacte.

20. Assoupissement tel, qu'il est impossible de tirer une réponse du malade.

21. Assoupissement moindre que la veille. Les sœurs nous font cette remarque, que le malade reste d'ordinaire deux jours dans un assoupissement complet, puis que le troisième jour il s'éveille, demande à manger, pour se rendormir ensuite.

22. Le malade s'est réveillé, il a demandé à manger. Il y a décidément un commencement de paralysie à droite ; néanmoins, si on pique fortement le bras droit, le malade le retire.

1^{er} février. — Rien à noter depuis le 22 janvier, si ce n'est des alternatives de haut et de bas. Aujourd'hui, le malade paraît souffrir, il se plaint, s'agite, gémit beaucoup, il est dans un sommeil profond, avec quelques râles trachéaux.

3. Résurrection complète.

7. L'examen de la sensibilité fait ce matin révèle un état à peu près normal ; elle est cependant un peu plus obtuse à droite. Le malade voit, entend, perçoit les odeurs et les goûts ; l'intelligence est complète, le tout est d'arriver jusqu'à elle.

La pupille gauche est plus dilatée que la droite.

8. Ce matin, même état de dilatation pupillaire. L'examen ophthalmoscopique ne révèle rien de plus qu'il y a un mois. Le malade se

plaint, il a gémi toute la nuit, il a quelques contractions musculaires ressemblant presque à des convulsions.

10. Assoupissement complet, le malade qui jusque-là a toujours demandé le vase, commence à perdre ses urines.

12. Emaciation de plus en plus prononcée de la face. Le malade est baigné d'urine, il n'a pourtant pas d'escharas.

15. Même état. La face commence à se cyanoser ainsi que les conjonctions bulbaires, les yeux s'excavent. Le malade crache sur sa barbe et son menton. Commencement d'eschare.

17. Ce matin, pour la première fois, le malade ne répond à aucune excitation, sa face est horriblement affaissée, ses yeux encernés, ses conjonctions cyanosées. Il meurt à 4 heures du soir.

Pour résumer cette longue observation, nous dirons que Perrot est entré avec un strabisme divergent comme symptôme initial; strabisme dû à une paralysie incomplète des deux troisièmes paires.

Depuis ce moment jusqu'à la fin de sa vie, son intelligence est restée intacte, mais obscurcie dans ses manifestations par une invariable somnolence, qui a été progressive jusqu'à la fin.

La sensibilité générale et la sensibilité spéciale n'ont pas été atteintes.

Les mouvements ont été compromis à la fois par l'assoupissement et par une paralysie qui a frappé surtout le côté droit et a marché avec des alternatives d'aggravation et de rémission curieuses.

La nutrition s'est effectuée sans trop de difficulté, et assez longtemps ses besoins ont réussi à réveiller le malade.

Toutes les sécrétions se sont régulièrement produites. J'ai à plusieurs reprises demandé de l'urine, jamais je n'ai pu en obtenir et j'ai dû me contenter de celles que j'ai retirées sur le cadavre.

La température, prise avec soin pendant le dernier mois, a accusé des irrégularités assez grandes au début; elle s'est circonscrite entre 37°,4 et 38°,5, l'élévation se produisant au réveil.

Enfin, quelques phénomènes douloureux et convulsifs se sont révélés, surtout à la fin de la vie.

Voyons maintenant quelles lésions de l'encéphale correspondent à cet ensemble de symptômes?

L'autopsie, faite avec l'autorisation de la famille, n'a pu porter que sur le cerveau. Elle a été faite par un temps froid et juste 24 heures après la mort.

Après avoir emporté à la scie la voûte du crâne et détaché la dure-mère, j'ai constaté l'intégrité de toute la masse encéphalique, ainsi que celle de l'arachnoïde et de la pie-mère. J'ai alors détaché l'encéphale méthodiquement et en coupant la moelle aussi bas que possible.

La face inférieure de l'organe, examinée avec le plus grand soin, ne m'a rien présenté d'anormal.

J'ai alors pratiqué sur les pédoncules cérébraux, juste en avant de

la protubérance, une coupe qui, poursuivie jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, a passé exactement entre les *testes* et les *nates*.

Sur cette coupe et du côté du cervelet, j'ai constaté ce qui suit :

1° La partie fasciculée et inférieure des deux pédoncules cérébraux est restée saine, mais tout ce qui est au-dessus est atteint par une altération inflammatoire caractérisée par une rougeur assez intense, une apparence de sclérose des tissus jointe à un certain degré de ramollissement, le tout évidemment hyperémié. A gauche, tout l'étage supérieur du pédoncule est envahi jusqu'à ses bords, ce n'est qu'au niveau du côté gauche du vermis supérieur que commence un liséré blanc, qui va s'élargissant un peu, tout le long du bord du pédoncule droit et qui indique l'intégrité du tissu nerveux en ce point.

En se rapprochant de la partie fasciculée du pédoncule, on trouve une languette de tissu malade qui atteint le bord, mais en revanche, un flot assez large de tissu sain, ou à peu près, se dessine au centre de la coupe qu'il dépasse vers la gauche. Sur cette coupe il est impossible de reconnaître la présence de l'aqueduc de Sylvius à l'œil nu.

En somme, intégrité à peu près complète de la portion fasciculée des pédoncules des deux côtés ; de la partie centrale des fibres de l'espace interpédonculaire ; de la base des tubercules quadrijumeaux et de la partie latérale et supérieure du pédoncule droit ; altération du locus niger des deux côtés, des couches moyennes des fibres, et de celles des pédoncules cérébelleux supérieurs, ainsi que de l'aqueduc de Sylvius et de son pourtour ; voilà ce que révèle cette première coupe, dont la *fig. A* donne une idée assez exacte.

J'ai fait alors une seconde coupe, partageant le cerveau et le cervelet en leurs deux moitiés latérales, de façon à étudier l'état des troisième et quatrième ventricules et de certaines autres parties que l'on ne voit bien que de cette façon, et j'ai constaté :

1° Que l'altération que j'ai signalée part, en avant, de la commissure antérieure qu'elle enveloppe complètement, de la partie postérieure du chiasma optique, c'est-à-dire du corps pituitaire et de la lame criblée, enfin de la région où pénètre le moteur commun, pour

2° Longer le bord supérieur de la protubérance annulaire, envahir suivant une ligne courbe à concavité inférieure, toute la portion la plus élevée du faisceau innominé du bulbe, et redescendre sur le plancher du quatrième ventricule, jusqu'au bec du l'alamus ;

3° De là remonter vers les tubercules quadrijumeaux, sous lesquels elle passe, et enfin

4° Envahir les rènes postérieures de la glande pinéale, puis cette glande elle-même, et revenir vers la commissure antérieure en longeant les rènes antérieures que l'on voit se dessiner en blanc à leur place ordinaire.

Tout l'espace compris entre ces limites offre l'aspect du processus décrit plus haut ; deux choses seulement méritent de fixer l'attention, c'est l'énorme développement de la commissure grise, et la grande

dimension de l'aqueduc de Sylvius, qui se trouve juste du côté qui n'a pas été dessiné.

Les plexus choroïdes, ce qu'on voit du ventricule latéral, enfin les *processus cerebelli ad testes* sont intacts.

En somme, cette coupe, représentée dans la *fig. E*, montre le plancher et les parois latérales des troisième et quatrième ventricules envahis par la maladie.

Reste à savoir à quelle profondeur s'étend la lésion dans les couches optiques, c'est ce qu'une troisième coupe pratiquée perpendiculairement à la précédente et passant au niveau de la commissure grise va nous apprendre.

Du côté droit, la couche optique est envahie presque jusqu'au corps strié, mais d'une manière diffuse, c'est-à-dire que le processus s'avance irrégulièrement, laissant d'assez larges espaces intacts au milieu de parties visiblement atteintes. Le microscope seul, aidé de coupes très-multipliées et très-variées, pourra établir les limites précises de l'affection. Je dois dire, dorénavant et déjà, que le durcissement par l'alcool paraît avoir atténué, dans une certaine mesure, l'apparence morbide des tissus, et que telle partie, qui sur la pièce fraîche apparaissait rouge, hyperhémisée, laisse supposer que beaucoup d'éléments normaux ont échappé à la destruction.

Une coupe horizontale faite à travers la couche optique droite, au niveau de la commissure grise, indique que la lésion a marché dans ce sens à peu près comme dans l'autre, ce qui montre l'envahissement d'à peu près toute la couche optique.

Une coupe pratiquée sur l'hémisphère gauche, à la partie moyenne du corps calleux et partageant l'hémisphère en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, nous montre une altération de toute l'épaisseur de la couche optique et de tout le plancher du ventricule latéral jusqu'au niveau de la réflexion du corps calleux et jusqu'au corps strié. La lésion forme une espèce de surface trapézoïde dans laquelle le bord qui confine les corps striés a une forme déchiquetée où s'entremêlent les parties saines et les parties malades d'une façon irrégulière.

Somme toute, aux parties déjà signalées, il faut joindre comme atteintes par la maladie les couches optiques tout entières.

Des coupes microscopiques faites sur la face interne de la couche optique droite, aussitôt après l'autopsie, m'ont permis de reconnaître la présence au sein d'éléments nerveux d'une grande quantité d'éléments nucléaires colorés en rouge par la purpurine ; et au sein de la préparation une fomentation très-abondante de capillaires sanguins. Si on s'en rapporte à cet examen nécessairement superficiel, il s'agissait là d'une véritable encéphalite diffuse.

Les vaisseaux cérébraux examinés avec soin en divers points, n'ont pas présenté d'altération.

Pour compléter ces détails, je dirai que j'ai fait analyser les urines retirées de la vessie du cadavre au moyen de la sonde ; elles n'ont

présenté ni sucre ni albumine, mais la liqueur cupro-potassique a amené la réduction d'une matière noire, dont le chimiste, qui a bien voulu me prêter son concours pour cette partie des recherches n'a pas pu déterminer la nature.

Plus tard, lorsque la préparation des pièces que j'ai soigneusement conservées le permettra, je pourrai faire une analyse exacte du processus morbide, mais il est un point que dès aujourd'hui on peut établir, c'est le rapport des lésions anatomiques avec les symptômes présentés.

Et d'abord, cet état d'agitation extraordinaire qui, pendant les premiers jours, a tourmenté le malade, a dû être causé par une préparation de la matière cérébrale à l'inflammation qui devait plus tard l'envahir ; c'est un symptôme que l'on rencontre dans bon nombre de processus de cette nature, quel qu'en doive être le siège. Toutefois, je ferai remarquer que les hémisphères cérébraux devant rester indemnes, l'intelligence n'a pas été compromise.

Puis, tout à coup, les deux yeux sont devenus strabiques en haut et en dehors, et la vision binoculaire a été désormais impossible.

Ce sont les deux moteurs communs qui sont frappés à leur origine, mais leur paralysie est incomplète, non-seulement parce que les droits interne, supérieur, inférieur, petit oblique et élévateur de la paupière sont encore capables d'entrer en jeu, mais parce que les mouvements pupillaires et ceux de l'accommodation sont restés presque intacts jusqu'à la fin. La chose est même singulière, lorsque l'on voit l'intensité de la lésion dans toute la partie des pédoncules où se perdent les moteurs communs, et surtout celle de tout le pourtour de l'aqueduc de Sylvius où ils sont supposés prendre naissance (Stilling).

Mais le symptôme qui, sans contredit domine toute la scène, c'est la somnolence presque continuelle dans laquelle le malade reste plongé. Il a existé du commencement à la fin, a toujours été, s'aggravant, mais sans jamais perdre son caractère pour revêtir celui du coma. N'y a-t-il pas là un indice qui pourra être utilisé lorsqu'on cherchera à éclaircir la question si obscure du sommeil.

Pour moi, j'ai été frappé de cette localisation d'une lésion

cérébrale entraînant l'assoupissement, dans un point où quelques auteurs, à propos de l'hypnotisme, avaient placé la région du sommeil. MM. Demarquay et Giraud Teulon, cités par M. Warlomont dans son travail sur le cas de Louise Latéau (*Gaz. hebd.*, 5 mars 1875), ont en effet pensé que, puisqu'il était possible de provoquer l'hypnotisme par une position forcée des yeux, à laquelle devaient concourir les deux moteurs communs, il était permis de supposer que la région cérébrale où ces nerfs prennent naissance, devait jouer un rôle dans l'acte du sommeil.

Il y a plus, dans cette singulière maladie dite *du sommeil*, qui frappe surtout les nègres émigrants et dont le premier numéro des *Archives de médecine navale* a donné une intéressante relation due à la plume de M. Griffon du Bellay, il y a de singulières analogies avec celle que nous publions. Les traits principaux y sont tous et la description que l'auteur cité donne des malades atteints de cette curieuse affection pourrait se rapporter à notre sujet.

J'ajouterai que les symptômes sont attribués à une encéphalite et vraisemblablement c'est à une encéphalite que nous avons eu à faire. Mais un point capital diffère, c'est le siège du mal révélé par l'autopsie ; il est vrai que M. Griffon du Bellay fait lui-même des réserves sur les résultats qu'il a obtenus, vu l'influence qu'a pu avoir sur la conservation de l'encéphale la chaleur torride qu'il faisait. Il a signalé le ramollissement notable du pont de Varole et le piqueté rouge de la substance cérébrale. Dans mon cas, le pont de Varole était remarquablement intact.

Le sommeil mis à part, les autres symptômes que nous avons observés sont tous d'accord avec les faits révélés par la physiologie expérimentale. Ainsi la vue était intacte, elle l'était deux jours avant la mort, et les tubercules quadrijumeaux, quoique appuyant sur des tissus malades, paraissent avoir échappé eux-mêmes au processus pathologique.

Les parties fasciculées des deux pédoncules cérébraux étaient saines ; aussi nous n'avons pas vu de paralysie. Les phénomènes transitoires de cette nature que nous avons observés restent assez obscurs, mais il nous semble qu'on peut assez plausiblement supposer que les mouvements hypérémi-

ques variables qui s'exécutaient dans les tissus phlogosés pouvaient aller parfois jusqu'à une compression capable de réagir sur l'étage inférieur des pédoncules. Ce qu'il y a de sûr, c'est que l'effet croisé s'est manifesté, puisque les paralysies transitoires se sont montrées à droite tandis que c'était le pédoncule gauche qui était le plus atteint. Il n'y a eu chez notre malade aucun de ces mouvements de rotation signalés dans les blessures des pédoncules, mais cela tient sans doute à l'absence des causes de paralysie.

Les couches optiques étaient gravement lésées, sans atteinte de la vision ; ce fait est donc confirmatif de l'opinion de Longuet et de tous les physiologistes qui refusent à ces parties de l'encéphale une influence quelconque sur la vision. Mais je n'ai rien vu qui puisse appuyer l'opinion de Serres et de tous ceux qui soutiennent qu'elles président aux mouvements des membres thoraciques. Mon malade n'ayant jamais vomi, je ne vois rien qui puisse étayer l'opinion de Budge, Valentin et Schiff, à propos de l'influence des couches optiques sur les contractions de l'estomac.

Mais ici revient la question du sommeil, à propos des fonctions que *Luys*, après *Todd* et divers autres physiologistes, a attribuées aux couches optiques. Si ces organes sont des centres d'élaboration pour toutes les impressions sensibles, si c'est là que la sensation devient perception, on comprend que leur suppression ou leur entrave jette le cerveau dans une sorte d'indifférence qui aboutit au sommeil, ou à un état qui lui ressemble absolument. Mais j'arrête là ces hypothèses, je sais trop bien qu'un fait pathologique ne doit être tourmenté au profit d'aucune théorie ; je sais qu'on ne peut pas lui donner toujours la valeur d'une expérimentation, parce que la maladie, dans ses caprices, ne détruit pas toujours tout un organe, et qu'elle laisse à ce qu'elle respecte le pouvoir de présider aux fonctions affaiblies. Mais je sais que toute observation consciencieusement prise est toujours utilement conservée dans les archives de la science, et c'est pour ce motif que j'y dépose celle qu'on vient de lire.

EXPLICATION DES FIGURES.

PLANCHE XI.

FIG. A. — Coupe antéro-postérieure du cerveau passant entre les deux hémisphères et à travers le ventricule moyen. Les surfaces teintées en rouge indiquent la lésion.

- a. Ventricule latéral.
- b. Commissure antérieure.
- c. Commissure grise énormément grossie.
- d. Chiasma optique.
- e. Tubercule mamillaire.
- f. Origine apparente du moteur commun.
- h. Plancher du 4^e ventricule.
- i. Tubercules quadrijumeaux.
- j. Glande pinéale.
- k. Voûte à trois piliers.
- l. Coupe de la protubérance et du faisceau innominé.

FIG. B. — Coupe oblique des pédoncules cérébraux commençant au bord antérieur de la protubérance pour arriver entre les tubercules *testes* et *nates*.

- a. Partie fasciculée des pédoncules à peu près saine.
- b. Encéphalite diffuse, plus développée à droite qu'à gauche.
- c. Partie centrale restée à peu près saine.