

Description clinique et autopsie d'Horace Benedict de Saussure par le Docteur Louis Oder

Autor(en): **de Morsier, G. / de Saussure, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Gesnerus : Swiss Journal of the history of medicine and sciences**

Band (Jahr): **27 (1970)**

Heft 3-4

PDF erstellt am: **26.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-520649>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Description clinique et autopsie d'Horace Benedict de Saussure par le Docteur Louis Odier

Par G. de Morsier et R. de Saussure

Nous devons à l'obligeance de Monsieur RENÉ NAVILLE, Ambassadeur de Suisse au Portugal, un manuscrit trouvé dans les archives du D^r LOUIS ODIER, dont il possède une grande partie. Ce document que nous publions intégralement dans les pages qui suivent est une conférence faite probablement à la Société de Médecine ou à la Classe des Beaux-Arts dont Saussure avait été le fondateur et longtemps le Président.

L'observation clinique n'est donc pas rapportée au jour le jour, mais est résumée avec assez de détails pour que l'on puisse se faire une idée assez précise de la succession des symptômes, d'autant plus qu'elle est suivie d'un procès-verbal de l'autopsie qui, pour l'époque, est minutieuse.

Nous avons examiné dans quelle mesure un diagnostic pouvait être posé sur la base de ces documents.

Dans l'ouvrage que FRESHFIELD et MONTAGNIER ont consacré à H.B. de SAUSSURE en 1924¹, on voit que malgré une déficience assez grande, il restait optimiste et songeait à accepter un poste de Professeur à l'étranger, en 1796 encore; mais ces projets ne purent se réaliser.

Il est probable que, tout en gardant une certaine lucidité sur son état, il ne se rendait qu'incomplètement compte de sa déchéance. En 96, il n'avait que 56 ans et probablement qu'il se sentait encore une force physique qui le trompait (par moments en tout cas) sur ses forces psychiques. D'autre part, avec le diagnostic que nous proposons, il est naturel que SAUSSURE ait passé par des hauts et des bas qui ne lui permettaient pas toujours une juste appréciation de son état.

(¹) Atar, Genève.

Mémoire sur Monsieur le Professeur de Saussure (1740–1799) écrit par le Docteur Louis Odier

«Citoyens,

La grande perte que viennent de subir les Suisses par la mort du Professeur de SAUSSURE m'a suggéré l'idée de vous entretenir pendant quelques instants de la maladie qui a terminé si prématurément ses jours. Le Professeur de SAUSSURE avait toutes les apparences extérieures de la santé et de la force. Son père, sa mère, tous ses ayeux étaient parvenus à un âge avancé. Tout semblait nous promettre, à lui une longue carrière de gloire, au monde savant une longue suite de découvertes, et à nous citoyens, ses amis et ses collègues, un long enchaînement d'inestimables jouissances. Par quelle fatalité avons-nous été déçus (sic) de nos espérances ? C'est à moi, qui depuis plus de 20 ans honoré de sa confiance l'ai suivi avec le plus grand soin et traité avec le plus grand zèle, à vous rendre compte des infirmités qui ont amené cette douloureuse catastrophe. Quelque déchirant que soit ce tableau, j'espère qu'il vous intéressera. Dans tous les genres de malheurs, il est toujours doux et consolant de s'entretenir des causes qui les ont produits, et quand dans cette recherche on acquiert la conviction qu'ils étaient inévitables, et au-dessus de toutes les ressources, il semble que cette découverte en diminue le poids.»

Pour en faciliter la compréhension, nous diviserons le mémoire du Dr ODIER en 3 chapitres :

1. La maladie du cerveau
2. L'autopsie
3. Discussion et conclusions

1. La maladie du cerveau

«Telle était sa constitution lorsqu'à la fin de 1793, après de longs et pénibles efforts pour arrêter ou diriger le torrent de nos révolutions politiques joints à de douloureux retours sur sa fortune déjà fort endommagée alors, ainsi que celle de la plupart des capitalistes, mais dont plus qu'aucun d'eux il devait envisager avec amertume l'écroulement prochain, parce qu'il en avait toujours fait le plus noble usage, il fut tout d'un coup atteint de vertiges suivis d'un sentiment bien prononcé d'engourdissement dans le bras gauche et dans la joue du même côté. Le vertige ne fut pas long. Mais

rien ne peut dissiper l'engourdissement. Ce fut inutilement que j'eus recours aux vésicatoires, aux purgatifs, aux frictions avec de la flanelle et de la moutarde, et ensuite à un grand nombre de remèdes antispasmodiques et toniques. Cette affection du bras paraissait avoir plutôt son siège dans les extrémités sentantes que dans les fibres motrices. Car le malade conservait toutes ses forces. Son bras faisait avec une grande facilité toutes sortes de mouvements, mais il avait de la peine à sentir distinctement ce qu'il touchait. Il lui semblait toujours qu'il y avait du sable interposé entre ses doigts et les objets qu'il maniait. Cette sensation était même jusqu'à un certain point douloureuse et angoissante, comme si la principale affection de cette main eut été un excès de sensibilité, ce qui lui faisait craindre de s'en servir sans le secours d'un gant. Il éprouvait aussi dans la joue et dans la hanche du même côté une sensation analogue, qui lorsqu'il passait la main sur son visage lui faisait apercevoir d'une manière désagréable une ligne de démarcation bien prononcée entre son côté gauche et son côté droit. A d'autres égards, il était fort bien. Il n'éprouvait aucune altération dans sa santé. Il n'y avait en lui aucun signe de pléthore, ni de faiblesse. Il conserve aussi pendant longtemps sa présence d'esprit et ses facultés intellectuelles dans toute leur intégrité. Plusieurs mois se passèrent dans cet état.»

ODIER énumère ensuite une quantité de traitements restés sans effet. «Tout fut inutile. Le mal ne fit qu'empirer, mais presque toujours par secousses, plus ou moins fortes et complètes. Une des plus violentes fut occasionnée subitement aux Bains de Bourbons par une douche trop chaude, et l'attaque qui en résulta fut si complète que tout le côté gauche depuis la jambe jusqu'à la langue en fut affecté. Sa prononciation devint peu à peu confuse et presque inintelligible. Ses jambes, particulièrement la gauche, s'appesantirent et perdirent leur souplesse et leur force. Il s'en apercevait surtout quand il essayait de marcher dans sa chambre en ligne droite le long des bandes de noyer qui traversaient le parquet. C'était un exercice qui lui était très familier et par lequel il s'était accoutumé à suivre facilement dans les montagnes les sentiers les plus étroits sur le bord des précipices. Mais sa maladie le lui avait rendu de plus en plus difficile. Il perdait promptement l'équilibre et ne pouvait plus diriger ses pas à volonté. Une singularité remarquable, c'est que lorsque la maladie fut devenue assez grave pour lui ôter le pouvoir de marcher sans appui, c'était surtout au passage des portes que ses mouvements devenaient pénibles et difficiles. Il traversait sa chambre par exemple d'un pas assez ferme; mais arrivé à la porte, quoiqu'elle fut ouverte à deux battants, plus larges que son corps,

et parfaitement de niveau avec le salon contigu, c'était toujours pour lui un grand travail de la franchir. Il chancelait, il précipitait ses mouvements, on aurait dit qu'il avait un saut périlleux à faire, un mauvais pas à surmonter, et quand ce pas était fait, il reprenait de la fermeté et de l'équilibre, traversant facilement le salon, mais à la porte qui conduit à la chambre de sa femme, il éprouvait les mêmes difficultés et la même angoisse apparente, jusqu'à ce qu'à force de peine et de soin il eut franchi cette porte, sans qu'il puisse rendre raison des sensations qu'il éprouvait alors.» ODIER énumère ensuite tous les traitements appliqués sans succès. Puis il écrit :

«Vous savez tous, Citoyens, comment, par des gradations presque insensibles, la maladie fit des progrès assez rapides. (Depuis la dernière fois qu'il nous reçut à Conches) ses facultés intellectuelles s'affaiblissaient de plus en plus. Il ne put presque plus marcher, sa contenance s'affaissa, son corps se penche toujours davantage du côté gauche. Il tombe dans une sorte d'apathie qui ne lui permettait que par moments de prendre part à la conversation. Il survint une incontinence d'urine très incommode, puis une contraction spasmodique dans les trois derniers doigts de la main gauche, puis un ulcère gangréneux du prépuce. Enfin le 3^{ème} Pluviose (1799) une mort douce et presque subite vint le délivrer de tant d'infirmités. La veille, il avait encore soupé de bon appétit; mais dans la nuit, il avait paru inquiet. Sur le matin, sa tête se tourna de côté, il respira avec un peu plus de difficulté qu'à l'ordinaire, et il mourût sans agonie.»

Après l'exposé des résultats de l'autopsie, ODIER relate un fait très important : «Mais d'un autre côté, j'ai su après sa mort qu'au commencement de 1793 il avait fait une chute violente dans un escalier de pierre (en revenant de chez le Syndic Janot) et l'on sait que l'hydrocéphalie est souvent la suite d'une chute ou d'un coup violent sur la tête. De l'autre, son fils m'a assuré que longtemps auparavant il arrivait fréquemment à son père de prendre un mot pour un autre sans s'en apercevoir, au point de se fâcher ensuite si on ne le comprenait pas, ce qui semble indiquer une date de maladie antérieure à la première attaque de 1793.»

2. L'autopsie

Elle a été faite 32 heures après la mort.

«Nous trouvâmes d'abord la dure-mère fortement adhérente, particulièrement le long du sinus longitudinal.» Mais elle est «ordinaire» et «sans conséquence».

« Entre la pie-mère et l'arachnoïde, nous trouvâmes ensuite un épanchement assez considérable, qui au premier coup d'œil nous parut être de la même nature que ces épanchements, de matière gélatineuse qu'on trouve assez fréquemment dans le cerveau des personnes mortes de quelque maladie soporeuse. Il avait la couleur bleuâtre propre à cette matière. Seulement on apercevait çà et là des taches circulaires d'une couleur différente, d'un gris jaunâtre, et qui avaient environ 8 à 9 millimètres de diamètre. Elles paraissaient incrustées dans les membranes et susceptibles de s'en détacher, comme de petites sphères séparées d'autant plus qu'elles étaient toutes entourées d'un petit bord circulaire d'un rouge noir. Au premier aspect nous prenions ces taches pour des hydatides; mais quand nous voulûmes les séparer des membranes, il se trouva que leur bord rouge était un vaisseau sanguin, tenant à d'autres vaisseaux de la tête et contournés, je ne sais pourquoi, en forme de cercle, qu'il n'y avait aucune poche séparée, qu'il n'existait aucune solution de continuité dans les membranes; mais qu'elles étaient seulement en ces endroits plus transparentes qu'en d'autres, et que la sérosité qui se trouvait au-dessous communiquait librement avec celle qui était répandue sur toute la surface du cerveau, étant de la même couleur, c'est-à-dire jaunâtre, couleur qu'elle retenait là à cause de la transparence des membranes, dont l'opacité dans le reste de la surface donnait en apparence une teinte un peu bleuâtre. En ouvrant les membranes soit là, soit ailleurs, cette sérosité s'écoulait comme de l'eau et nous en recueillîmes environ deux ou trois cuillerées à soupe. Nous la fîmes chauffer à la flamme d'une chandelle; il n'y eut aucune coagulation, mais une forte ébullition avec de grosses bulles; la totalité de la liqueur s'évapora sans laisser de résidu visible. L'épanchement avait lieu non seulement sur toute la surface du cerveau, mais encore sur celle du cervelet. Dans ce dernier viscère, l'épanchement paraissait beaucoup plus considérable du côté droit que du côté gauche. Nous aperçûmes çà et là dans quelques vaisseaux sanguins des bulles d'air mêlées avec le sang, comme on en voit entre les globules mercuriels dans les baromètres dans lesquels une secousse a fait pénétrer de l'air. Les ventricules étaient aussi entièrement remplis d'une sérosité de la même espèce, et tellement abondante que leur capacité nous parut considérablement dilatée. Nous estimâmes qu'en tout cas il y en avait environ 150 grammes. Le plexus choroïde paraissait presque entièrement composé d'hydatides en chapelet. Mais cette apparence est fort ordinaire. Elle tient uniquement à la dilatation des vaisseaux très délicats qui composent ce plexus, et non à des hydatides séparées. La glande pinéale était dure et se brisait entre les

doigts comme une pierre; mais c'est encore là un phénomène fort ordinaire et sans conséquence. L'ouverture de la tête ne nous présenta rien de plus; si ce n'est que le cerveau était fort aplati aux tempes et profondément sillonné par les artères.»

Après avoir décrit l'état des viscères abdominaux et thoraciques, le Dr ODIER parle à nouveau de l'état du cerveau: «Il résulta de cette ouverture: 1) que la cause de la maladie et de la mort du Professeur de Saussure a été l'épanchement d'une grande quantité de sérosité dans les ventricules et entre les membranes du cerveau, épanchement qui exerçait sur cet organe une forte compression et qui, par là, a dû amortir toutes les facultés qui en dépendent. Je présume qu'il avait commencé entre les membranes du cervelet, parce que c'est là que nous avons trouvé quelque différence entre le côté droit et le côté gauche, et que la maladie, quoique générale sur la fin, avait été cependant bornée pendant longtemps au côté gauche, ce qui, comme on sait, pouvait faire présumer que le côté droit était le plus affecté. Un épanchement semblable à celui que je viens de décrire est une cause assez fréquente d'apoplexie. Mais pour l'ordinaire il se fait subitement, et la durée de la maladie n'est que de quelques jours.»

«J'ai vu en dernier lieu un homme de 61 ans avoir une apoplexie qui se termina par la mort au bout de 60 heures, et présenter à l'ouverture de la tête exactement les mêmes apparences que le Professeur de Saussure, dont la maladie a duré cinq ans. Il est singulier qu'un dérangement aussi grand dans l'organisation du cerveau ait pendant si longtemps produit aussi peu d'altération dans les facultés intellectuelles. Une autre singularité, c'est qu'à l'exception de quelques éblouissements passagers, les yeux n'aient jamais été affectés, et que la prunelle se soit toujours bien contractée. On sait que sa dilatation est la suite ordinaire de l'épanchement dans les ventricules qui produit l'hydrocéphalie des enfants. On pourrait croire que la maladie du Professeur de Saussure n'ayant augmenté que très graduellement, les nerfs optiques ont pu s'habituer à une compression qui les aurait affectés si l'épanchement avait été subit. Mais dans l'homme dont je viens de parler et dont la maladie n'a pas duré trois jours, nous n'avons non plus observé aucune dilatation de la prunelle. A quoi tiennent donc les différences? C'est ce qui est et sera probablement longtemps encore inconnu. Des affections du cerveau en apparence parfaitement identiques produisent souvent des effets très différents, et réciproquement des effets semblables tiennent souvent à des affections très différentes. Dans la plupart des cas, la cause de l'épanchement ne nous est guère mieux connue. Ici, on peut en accuser avec

assez de vraisemblance les chagrins, les inquiétudes, les contentions d'esprit qu'ont dû produire sur notre illustre collègue les événements révolutionnaires...»

«Enfin, l'on pourrait encore soupçonner que les déplacements des intestins ont pu jusqu'à un certain point comprimer les gros vaisseaux et gêner par là la circulation dans la tête. Quoiqu'il en soit, me serait-il permis d'hasarder ici une conjecture ? C'est que dans certains cas le développement de quelque gaz élastique dans les vaisseaux du cerveau pourrait altérer les fonctions de cet organe. L'apparence bien prononcée des bulles d'air que nous vîmes dans quelques-uns de ces vaisseaux, apparence qui m'a souvent frappée dans d'autres cadavres, m'a fait naître cette idée que j'abandonne à votre critique.»

De la description des viscères abdominaux, il faut retenir ceci : il existait une dilatation considérable du gros intestin, en particulier du caecum. «L'appendice vermiculaire avait 11 à 12 centimètres de longueur et adhérait par son extrémité à la surface postérieure du caecum.» Viscères thoraciques : «Les poumons étaient petits mais très sains, ainsi que le cœur et les gros vaisseaux.»

Dans la discussion de l'état viscéral, ODIER suppose que «la dilatation du gros intestin peut avoir été produite par le grand appétit dû aux courses fréquentes du Professeur de Saussure dans les montagnes». Il se demande aussi si la dilatation est un «vice de naissance». Le pancréas est sain, alors que le Dr TRONCHIN avait cru le contraire.

3. Discussion et Conclusions

Les examens cliniques remarquablement précis et détaillés faits par ODIER sur la *maladie cérébrale* d'H. B. de Saussure permettent d'affirmer que 6 ans avant sa mort il a présenté assez subitement un vertige avec une hémianesthésie douloureuse gauche alors que la motricité était conservée. La ligne de démarcation se trouvait sur la ligne médiane. Pendant plusieurs mois ses facultés intellectuelles ont été entièrement conservées puis, peu de temps avant sa mort, la maladie a empiré assez rapidement avec baisse de l'intelligence, difficultés à la marche, affaissement du corps vers la gauche, apathie, incontinence d'urine, contractions spasmodiques dans les trois derniers doigts de la main gauche. La mort a été presque subite.

D'après les seules données cliniques, une telle évolution est difficile à interpréter car le début a été brusque, comme dans les lésions vasculaires,

puis la maladie a été progressive comme dans les tumeurs. D'autre part, les renseignements recueillis après la mort du patient obligent à discuter un troisième diagnostic : une lésion du cerveau consécutive à une violente chute dans un escalier de pierre, survenue au commencement de 1793. Cependant, vu les renseignements donnés par son fils (les troubles du langage auraient existé longtemps avant l'attaque de 1793), le diagnostic d'encéphalopathie traumatique ne peut pas être affirmé.

Le résultat de *l'examen anatomique du cerveau* qui est aussi remarquablement minutieux et complet permet les conclusions suivantes : en ouvrant les méninges, il s'est produit un écoulement de liquide céphalo-rachidien plus abondant du côté droit que du côté gauche. D'autre part, le cerveau était « fort aplati » dans les régions temporales, et « profondément sillonné par les artères ». Une telle description permet d'exclure complètement l'existence d'une tumeur et d'affirmer qu'il s'agissait d'atrophie des régions temporales, c'est-à-dire de lésions vasculaires. Elle ne permet pas de dire s'il s'agit d'un état post-apoplectique ou post-traumatique.

En ce qui concerne *les viscères abdominaux*, ODIER écrit : « celles du bas-ventre nous offraient une conformation fort extraordinaire. Car, lorsque les téguments et le péritoine eurent été ouverts et renversés de côté pour laisser voir l'intérieur, nous n'aperçûmes ni l'estomac, ni le foye, ni le colon. On ne voyait que les intestins grêles et le caecum. Celui-ci était d'une grandeur monstrueuse. Nous mesurâmes sa circonférence. Elle se trouva être de 378 millimètres ; celle de l'ileum à son entrée dans le caecum n'était guère que de 12 à 13 centimètres. L'appendice vermiforme avait (...) 12 centimètres de longueur et adhérait par son extrémité à la surface postérieure du caecum. Le colon, caché en entier par les intestins grêles, était aussi fort dilaté et remontant du côté droit, et par-dessus le foye jusqu'au diaphragme sous la 6^{ème} ou 7^{ème} côté, passait ensuite du côté gauche, où il remontait jusqu'à la 5^{ème} côté, immédiatement sous le téton, en sorte qu'il était presque contigu en cet endroit à la pointe du cœur, dont il n'était séparé que par le diaphragme, lequel par cette construction se trouvait extrêmement refoulé vers le haut. Le colon, au lieu de passer comme à l'ordinaire sous le foye et sous l'estomac, passait donc par-dessus ces organes. Il chevauchait l'estomac à son orifice supérieur, et le comprimait d'autant plus qu'au lieu de descendre comme dans l'état naturel du côté gauche, il descendait en biais du côté droit, en sorte qu'il se trouvait contigu au caecum. Il se terminait enfin par le rectum ; et ce dernier intestin était aussi tellement dilaté qu'il avait la grosseur ordinaire du colon. Tous les autres viscères du bas-ventre

étaient en bon état. Il n'y avait aucune trace d'obstruction, de dureté ou d'une autre affection dans le pancréas.»

Quelle a été la cause de cette dilatation anormale du gros intestin ? A la page 2 du manuscrit, ODIER donne les renseignements suivants qui sont très importants : « Le Professeur de Saussure, accoutumé dès son enfance à parcourir les montagnes et à braver tout à la fois dans ses courses le soleil, la neige, la chaleur, le froid et la fatigue, avait en général joui d'une bonne santé, lorsqu'à la suite d'un voyage qu'il avait fait aux Iles Boromées et dans lequel il avait mangé une grande quantité de fruits acides, il fut atteint il y a environ 30 ans d'une grande et longue maladie qui paraissait avoir son siège dans l'estomac et dans le pancréas, qui le mit pendant longtemps dans l'impuissance de supporter aucun genre de nourriture, et dans laquelle tous les remèdes échouent, à l'exception du savon de Starkey qui lui fit beaucoup de bien. Il avait toujours été sujet dès lors à des symptômes très incommodes de digestion difficile ; il était fréquemment tourmenté par les vents, et son estomac avait une telle disposition à engendrer des acides que, quoique pendant un très grand nombre d'années il vécut presque entièrement de viande et autres nourritures animales, quoiqu'il évitait avec le plus grand soin les fruits, les légumes et les boissons acides, il éprouvait tous les jours, quelques heures après son dîner, une sorte de pyrosis, ou feu chaud, qui le mettait dans la nécessité de faire un grand usage de craye et d'autres absorbants ; et de rendre une grande partie de ce qu'il avait mangé. Il avait heureusement acquis la faculté de se procurer à volonté ces vomissements sans aucun effort. S'il résistait à ce besoin « de rendre, il sentait un grand poids sur son estomac, accompagné de beaucoup d'aigreurs et d'angoisses, telles que rien ne pouvait les dissiper que le vomissement auquel il était enfin (forcé) d'avoir recours ; mais pour l'ordinaire il n'attendait pas que le mal fut au plus haut degré, et il choisissait si bien son moment que la plupart de ses amis et de ses parents avaient toujours ignoré qu'il fut atteint de cette infirmité. »

ODIER mentionne encore les maladies suivantes : « hémorroïdes assez fréquentes », « peau rude et inégale par l'effet d'un principe de dartres qui lui était commun avec plusieurs individus de sa famille », « petit bouton sur le nez... qui dégénère bientôt en ulcère de mauvaise nature », qui a été « détruit par le feu ». « On lui établit un cautère au bras et on a toujours eu soin dès lors de l'entretenir. »

A l'âge de 29 ans, H. B. de Saussure a donc contracté aux Iles Borommées vers l'année 1769 une longue maladie du tube digestif, avec aigreurs d'esto-

mac, vomissements répétés et intolérance alimentaire. Quelle a été la cause de cette maladie ? On ne peut que formuler des hypothèses : infection microbienne, maladie virale, intoxication alimentaire.

En ce qui concerne la maladie cérébrale, il ne semble pas s'agir d'une affection dégénérative du type Alzheimer, Pick, sclérose latérale amyotrophique, dans laquelle les troubles mentaux sont prédominants dès le début (idées délirantes de persécution, syndrome schizophrénique, état dementiel précoce).

Il n'y a pas eu d'atteinte des neurones périphériques entraînant un état paralytique flasque avec atrophie musculaire ; la faiblesse des membres a toujours été du type spastique.

Aucun des diagnostics anatomo-cliniques usuels (lésion vasculaire, tumeur, encéphalopathie traumatique, affection dégénérative) n'étant satisfaisant, il nous reste à voir s'il pourrait s'agir d'une maladie rare du groupe des pseudo-scléroses, scléroses diffuses, maladie de Schilder-Foix, scléroses concentriques, pseudo-sclérose spastique de Creutzfeld-Jacob, sclérose multiple à forme cérébrale, aucune de ces formes ne se distinguant nettement des autres car il existe des formes de passage. Dans ce groupe, les altérations de la substance blanche des hémisphères cérébraux et cérébelleux prédominent parfois d'un seul côté. La maladie peut débuter à n'importe quel âge jusqu'à 70 ans, le début pouvant se faire brusquement ou progressivement. Son évolution peut durer plusieurs dizaines d'années et présenter des rémissions suivies de rechutes. Par une maladie de ce groupe, tous les faits concernant la sémiologie et l'évolution du cas de H. B. de Saussure, qu'ODIER a énumérés et que nous pouvons résumer comme suit peuvent s'expliquer : début subit à l'âge de 53 ans par des vertiges, engourdissement du côté gauche, hémianesthésie douloureuse à gauche, rémission de plusieurs mois, aggravation « par secousses », dont la plus violente s'est produite aux Bains de Bourbons avec dysarthrie, faiblesse et raideur des jambes, graves troubles de l'équilibre, puis aggravation rapide, affaiblissement graduel des facultés intellectuelles, marche impossible, corps penché du côté gauche, apathie, incontinence d'urine, épilepsie jacksonienne de la main gauche, puis dyspnée et mort subite à l'âge de 59 ans, après une maladie du cerveau ayant débuté 6 ans avant. Aucune des données anatomiques (aplatissement du cerveau prédominant aux régions temporales, atrophie du cervelet, dilatation des ventricules prédominant d'un côté) ne parle contre ce diagnostic clinique. La maladie de peau dont a souffert le patient (éruption dartreuse sur le front et sur les yeux, rudesse de la peau) se rencontre fré-

quemment dans le groupe des scléroses diffuses. Il s'agit d'une lésion simultanée des 2 feuillets de l'ectoderme.

Il nous faut enfin aborder une dernière question: Existe-t-il une corrélation entre la maladie digestive contractée aux Iles Boromées à l'âge de 29 ans et la maladie cérébrale qui a débuté à Genève à l'âge de 53 ans? C'est possible, car on considère généralement que les maladies du groupe de la sclérose diffuse sont inflammatoires et qu'elles peuvent être des suites lointaines d'une toxi-infection ayant débuté longtemps auparavant. On est donc en droit d'émettre cette hypothèse, étant bien entendu que toute vérification en est impossible.