

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

DE LYON

TOME SEIZIÈME

1897

N° 2. — SOMMAIRE

- Séance du 3 avril.** — Correspondance. — Ouvrages offerts. — Candidatures. — Elections — Compte rendu financier. — Présentation de M. LESBRE, *relative à différents cas de perversion sexuelle chez les coleoptères.* — Communication de M. X. LESBRE, *Contribution à l'étude de l'ossification du squelette des mammifères domestiques, principalement au point de vue de sa marche et de sa chronologie.* — Discussion.
- Séance du 8 mai.** — Ouvrages offerts. — Candidatures. — Présentations par M. MAYER, d'un *Astragale.* — Discussion. — Présentation, par M. LESBRE, d'un *chien de six mois né sans membres thoraciques.* — Communication de MM. CORNEVIN et LESBRE: *Mémoire sur les variétés numériques de la colonne vertébrale et des côtes chez les mammifères domestiques.*
- Séance du 5 juin.** — Correspondance. — Ouvrages offerts. — Candidatures. — Elections. — Présentation d'un *ivoire japonais*, par M. le Dr M. LANNOS. Communication de M. E. PÉLAGAUD, *De la viande de bœuf chez les anciens.* — Discussion.
- Séance du 3 juillet.** — Correspondance. — Ouvrages offerts. — Présentation par M. BRUYAS, *de bois employés à Ceylan pour se procurer du feu.* — Communication de M. le Dr Joanny ROUX, *La Faune, étude psychologique.* — Discussion.
- Séance du 6 novembre.** — Correspondance. — Ouvrages offerts — Election. — Candidatures. — Communication: *Valeur diagnostique de l'indice céphalique pour la différenciation de l'épilepsie vraie, larvée ou convulsive et des crises épileptiques symptomatiques*, par M. le Professeur J. TEISSIER. — Discussion. — Communication de M. E. CHANTRE: *Congrès des Orientalistes.* — Discussion.
- Séance du 4 décembre.** — Correspondance. — Ouvrages offerts. — Renouvellement du bureau pour 1898. — Elections. — Candidature. — Présentations. Discours prononcé par M. LESBRE aux obsèques de M. CORNEVIN. — *L'alcoolisme et quelques-unes de ses conséquences*, par M. Lucien MAYER.

LYON

H. GEORG, LIBRAIRE

PASSAGE DE L'HÔTEL-DIEU, 36-38

PARIS

MASSON et C^{ie}, LIBRAIRES

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1897

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'INDICE CÉPHALIQUE
POUR LA DIFFÉRENCIATION DE L'ÉPILEPSIE VRAIE
(LARVÉE OU CONVULSIVE)
ET DES CRISES ÉPILEPTIQUES SYMPTOMATIQUES

par M. TEISSIER

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon

Il y a souvent en clinique un intérêt majeur à pouvoir affirmer que tels accidents en présence desquels le médecin reste parfois hésitant, sont bien franchement de nature comitiale. Or, de l'avis de tous les observateurs, le diagnostic du *mal caduc* est dans maintes circonstances particulièrement délicat.

En effet, les symptômes pathognomoniques de l'épilepsie n'existent en quelque sorte pas, et pour affirmer son existence, c'est sur un ensemble de signes qu'on est obligé de s'appuyer. Le phénomène convulsif en lui-même ne peut servir à caractériser l'épilepsie, puisqu'il se rencontre aussi bien dans l'hystérie, l'intoxication saturnine ou l'urémie, et qu'il figure parmi les accidents réflexes ou toxiques accompagnant la présence d'un ténia dans l'intestin ou la production de certains produits de fermentation dans l'estomac.

De même la *perte de connaissance*, qui est signalée dans l'éclampsie d'origine rénale, aussi bien que dans le mal caduc ou l'éclampsie d'ordre cérébelleux. La prédominance des phénomènes cloniques, d'un côté avec opposition du pouce, ou l'existence du *cri initial* ont peut-être une valeur diagnostique plus grande : il faut considérer cependant que dans les crises épileptiformes de l'urémie ou des tumeurs cérébrales, on peut noter aussi cette prédominance latérale des phénomènes convulsifs, et que le cri initial

s'observe aussi dans les crises de l'encéphalopathie saturnine et dans certains accès hystéro-épileptiques.

En présence de signes aussi incertains, il est bien naturel que les cliniciens se soient enquis de phénomènes nouveaux, susceptibles de corroborer la valeur des premiers, ou de présenter eux-mêmes l'importance d'un signe révélateur. C'est ainsi que, dans ces dernières années, M. Féré a cru pouvoir attribuer une importance de premier ordre à la recherche du *rapport des phosphates alcalins et terreux* dans l'excrétion urinaire, admettant que l'inversion de la formule physiologique devait trancher d'une façon décisive le diagnostic en faveur de l'hystérie contre l'épilepsie. Or la valeur de cette formule est loin d'être univoque ; nous avons montré, dans la thèse de notre élève le Dr Poulgre, qu'on pouvait rencontrer dans certains cas d'épilepsie l'inversion des phosphates propre à l'hystérie. Du reste, dans une communication plus récente, M. Ch. Féré est revenu sur la question, montrant qu'après la crise épileptiforme on pouvait trouver aussi l'inversion.

C'est à cause de cette pénurie de signes véritablement pathognomoniques, que je pense utile d'attirer à nouveau l'attention sur les déformations de la face et du crâne propres aux épileptiques, déformations auxquelles Lasègue ajoutait, on le sait, une si grande importance. Sans doute, considérées isolément, elles ne sauraient être envisagées comme entraînant la certitude, mais rapprochées des autres phénomènes symptomatiques, elles nous paraissent apporter au diagnostic une précision plus grande, et, dans les cas si embarrassants d'*épilepsie larvée*, capables d'entraîner la conviction.

C'est il y a près de quinze ans, à l'hospice du Perron, alors que j'étais chargé d'un grand service d'affections chroniques, dont une section d'épileptiques, que l'idée me vint de déterminer, d'une façon plus précise que l'avait fait Lasègue et de déterminer si possible aussi d'une façon plus scientifique les déformations de la boîte crânienne chez l'épileptique. Je fis alors un grand nombre de mensurations (plus de 400), indice céphalique, grande envergure, etc., et je ne tardai pas à reconnaître que ce qui caractérisait avant tout le crâne de l'épileptique, c'était un degré très

accentué de *brachycéphalie*: exceptionnellement au-dessous de 83, l'indice céphalique céphalométrique atteignait souvent 85 et 87. Par contre, ayant eu en même temps l'occasion d'observer un certain nombre de malades affectés de crises épileptiformes symptomatiques de tumeurs cérébrales ou d'intoxication rénale ou gastrique, il me fut facile de constater qu'en pareil cas l'indice céphalique restait au-dessous de 80, en tout cas n'atteignait jamais 82. Et j'en tirai cette première conclusion, dont l'importance ne saurait échapper. « que, dans nos régions, la coïncidence de crises convulsives ou de phénomènes épileptoïdes (vertiges, incontinence d'urine, etc.), avec l'élévation de l'indice céphalique au-dessus de 82, 83, impliquait nécessairement l'idée d'accidents comitiaux, tandis que les mêmes phénomènes observés chez des malades dont l'indice céphalique ne dépassait pas 79, 80, devaient être imputés à une autre cause provocatrice, dont il y avait lieu de rechercher la nature. » On comprend l'intérêt qui pouvait s'attacher à cette notion au point de vue de l'intervention thérapeutique.

J'ai eu soin de spécifier que c'est pour notre région seulement que cette formule était recevable; il existe en effet, dans certains départements du centre (Puy-de-Dôme, Lozère), ou du Sud-Est (Drôme et Ardèche), une tendance marquée à l'élévation de l'indice cranien, et il n'est pas rare de constater chez les habitants de ces régions des indices céphaliques de 82 et au-dessus: ce sont là sans doute des influences ethniques dont il y a lieu de tenir compte, car on sait que, dans la race anglo-scandinave et chez les Francs, l'indice cranien ne dépasse guère 75, tandis qu'il s'élève à 83 et au-dessus chez les Celtes, les Ligures, les Lapons (Testut).

Ces différences étaient très apparentes chez deux malades. Chez P...¹, vieil épileptique à intelligence obscurcie, on pouvait constater une asymétrie très évidente de la face: nez fortement dévié à droite, élévation de l'arcade sourcilière gauche, élargissement de la joue du même côté et surtout indice céphalique de 87,43.

Tandis que, chez A...², on note une physionomie plus régulière

¹ P... 65 ans. Épileptique presque dément. Indice céphalique, 87,43.

² Alex., 43 ans. Tumeur cérébrale, crises épileptiformes symptomatiques. Indice céphalique, 78,46.

dans ses lignes, pas d'asymétrie faciale et un indice de 78,26. A... présente bien des crises épileptiformes; mais il est en même temps affecté de neuro-réinite et d'œdème péri-papillaire; ses crises relèvent d'une tumeur cérébrale de la base.

Depuis l'époque où je faisais ces premières constatations, qui cadrent d'ailleurs avec les faits indiqués par Lombroso dans son livre sur l'Homme criminel (1887), où l'éminent chef d'école fait un rapprochement entre l'indice crânien de l'épileptique surlevé dans 55 pour 100 des cas d'après Tomini et Frigario, et celui du criminel dont le crâne serait brachycéphale dans 80 pour 100 des cas, j'ai bien des fois eu l'occasion, soit à l'hôpital, soit dans mon enseignement d'insister sur le parti que le clinicien pouvait retirer de pareilles notions anthropométriques. Toutefois, comme semblables notions sont loin d'être classiques (le livre de Gowers, par exemple, ne renferme aucune indication pratique à ce sujet), j'ai cru devoir revenir sur ces faits dans une communication à la Société d'anthropologie de Lyon (avril 1892), tout en poursuivant la confirmation de la formule établie plus haut à l'aide de nouvelles observations cliniques.

Depuis lors, je n'ai cessé de vérifier l'exactitude de cette doctrine: et en relevant mes notes de ces deux dernières années seulement, j'y trouve au moins 12 observations dans lesquelles la seule indication de l'indice crânien a permis de formuler un diagnostic précis et de se déterminer pour une intervention dont le malade a retiré un bénéfice immédiat.

Je mentionnerai seulement les principales :

1. Une dame de soixante-huit ans, mère d'une fille extrêmement asthmatique est prise depuis quelques mois de vertiges pûbles, sans perte réelle de connaissance, mais avec un certain degré d'absence dont elle se rend très bien compte et dont elle se désole: à côté de cela, jamais de mûtion involontaire, pas de tendance au ralentissement du pouls, aucun stigmata apparent, aucune influence héréditaire; on eût pu songer à du vertige arthritique ou artério-scléreux, voire même gastrique; mais son indice crânien est de 86; je crus en conséquence pouvoir faire un pronostic très réservé; actuellement la malade tourne à la démence comitiale.

II. Une jeune fille du Midi, appartenant à une famille dont la santé semble parfaite, présente depuis deux ans des crises convulsives se produisant dans le giron de l'époque cataméniale et accompagnées de phénomènes hystéroides qui peuvent faire espérer que les moyens ordinaires, antispasmodiques, hydrothérapie, modifieront la situation présente dont la mère commence à s'alarmer : l'intelligence est parfaite, il n'y a pas de tare héréditaire ; mais l'indice céphalique dépasse 83. L'hydrothérapie associée au bromure a bien espacé les crises ; mais il s'en produit encore quelques-unes et malheureusement avec cri, perte de connaissance et miction involontaire. Il est bien à craindre que le mal eadue soit définitivement installé.

III. Un employé des finances se présente à notre observation au début de l'année 1895 avec un *tic douloureux de la face* que l'on avait tout d'abord considéré comme étant d'origine réflexe, et dont on avait cherché le point de départ dans des altérations de la dentition : il existait bien en même temps quelques troubles vertigineux et quelques absences faisant songer à la possibilité d'un rapport avec le mal caduc, ainsi que Trousseau l'avait signalé depuis longtemps, mais l'absence de tout phénomène convulsif pendant l'enfance et de tout antécédent pathologique suspect semblait autoriser le rejet de cette hypothèse. Mais le malade avait un indice céphalique de 85 et il n'en faisait pas davantage pour éveiller des craintes sérieuses : l'évolution ultérieure des aczi lents et l'apparition de grands phénomènes convulsifs montrèrent bien qu'il s'agissait d'un vrai mal comitial larvé.

Par contre, voici quelques faits dont l'évolution inverse en quelque sorte montre que les phénomènes les plus suspects chez des sujets présentant un indice cranien inférieur à 82 et, à plus forte raison à 80, sont susceptibles de s'amender et même de guérir.

IV. Madame G..., cinquante trois ans, est classée au Perron dans la section des épileptiques : réglée à quinze ans, elle a une bonne santé jusqu'en 1882, époque à laquelle elle présente une grande crise épileptique, classique dans ses allures, moins le cri initial qui manque ; trois mois après a lieu la ménopause, les crises se répètent encore assez fréquentes ; mais depuis novembre 1881

elles cessent tout à coup sans jamais se reproduire, tout au moins jusqu'à ma sortie du Perron en 1887. *L'indice crânien était de 78,4.* Il ne s'agissait donc pas ici d'un véritable mal caduc ; mais simplement de crises épileptiformes liées à l'apparition de l'âge critique.

V. Il y a environ trois ans que l'on me présenta un ancien officier victime — il y a de nombreuses années déjà — d'un traumatisme céphalique qui avait produit un profond ébranlement de la santé et à la suite duquel se manifestèrent des crises épileptiformes et des troubles mentaux suffisants pour justifier son entrée dans une maison de santé spéciale. Plusieurs chirurgiens consultés avaient rejeté l'idée d'une trépanation la jugeant inutile ou dangereuse ; un seul cependant acceptait d'intervenir si, *médicalement*, on ne formulait pas de contre-indications sérieuses. La constatation d'*un indice céphalique au-dessous de 80* m'enleva toute hésitation, et je conseillai nettement la trépanation qui fut faite d'ailleurs depuis avec succès. Cette observation très remarquable a été publiée depuis dans le *Lyon médical*, 1895, et si je la signale ici en passant, c'est que dans sa rédaction la question des mensurations crâniennes qui m'avaient fait triompher des hésitations de la famille n'ont pas été mentionnées.

VI. Mlle X... présente une série de phénomènes morbides (tics ou manifestations spasmodiques généralisées) qui font songer, immédiatement au mal comitial. Du reste M. Charcot, consulté trois ans auparavant, conseille l'usage de l'élixir polybromuré d'Yvon, ce qui, sous sa plume, équivaut presque à un diagnostic pathogénique. Toutefois, en interrogeant la malade avec insistance on arrive à reconnaître qu'elle a eu une scarlatine avec néphrite infectieuse deux ans avant ses premières crises convulsives ; du reste, elle a encore de l'albumine par intermittences, parfois même il y a, du côté du rein, de véritables poussées congestives avec apparition de plus fortes proportions d'albumine, alors franchement rétractile. Un traitement exclusivement dirigé contre l'état rénal associé à quelques antispasmodiques amène une amélioration sensible des symptômes ; et cependant l'indice céphalique est ici de 83. Comment interpréter le fait ? Nous sommes ici assurément en présence d'un de ces cas-limites, toujours très difficiles à analyser, mais

qui peut suggérer quelques considérations pathogéniques intéressantes. A notre avis, Mlle X... n'est pas épileptique, et, en fin de compte, elle ne présente que des *accidents d'auto-intoxication d'origine rénale*, mais ces accidents ont révélé chez elle la forme pseudo-comitiale à cause de sa prédisposition ethnique révélée par l'élévation de son indice céphalique.

Ces quelques faits sommairement exposés nous paraissent suffisants cependant pour montrer toute l'importance de ces mensurations et attester le parti réellement pratique que peut en tirer le clinicien. Mais une question nous a encore préoccupé. Peut-on établir un rapport entre la gravité du mal comitial et l'élévation de l'indice cranien ; y a-t-il aussi une sorte de proportionnalité entre le degré de cet indice et l'amoindrissement des fonctions intellectuelles chez l'épileptique ?

Un certain nombre de faits ou pour mieux dire la majorité sembleraient plaider en faveur de cette conception.

Deux épileptiques, l'une idiote¹, l'autre² dont les fonctions intellectuelles étaient profondément troublées, avaient un indice cranien particulièrement élevé ; de même que le malade déjà cité, P... avait un indice supérieur à 87 et un état mental des plus obscurs.

On pourrait rapprocher de ces malades un certain nombre d'autres épileptiques ayant un indice variant de 82,5 à 84 dont les facultés intellectuelles étaient bien conservées ou très au-dessus de la moyenne. Cependant on ne saurait considérer ces rapprochements comme constituant une règle absolue et nous voyons une malade, Léonie M...³, avec un indice de 84, présenter un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles. Il est vrai que chez elle les

¹ Mont..., 24 ans, épileptique idiote, crises convulsives depuis l'âge de 22 mois. Réglée à 15 ans sans modification des crises. Indice céphalique, 85,7.

² Antoinette P..., 60 ans, crises depuis l'enfance. La menstruation qui eut lieu à 12 ans n'en a modifié ni le caractère ni le nombre. 6 à 7 crises par mois depuis cette époque. Indice céphalique, 88,37. Troubles psychiques marqués.

³ Léonie M..., vingt ans. Première crise à cinq ans, pendant une rougeole. Crises survenant par séries aux alentours de l'époque cataméniale. Indice céphalique 84. Affaiblissement des facultés intellectuelles.

premières crises remontent à l'enfance et que, dans de pareilles conditions, l'état psychique est toujours profondément troublé. D'autre part, je trouve dans mes observations quelques épileptiques avec une intelligence moyenne et un indice céphalique de 86.

Il y a là tout un côté du problème qui appelle de nouvelles recherches: pour le moment, je me bornerai à constater qu'au point de vue de la clinique pure les faits jusqu'ici observés conservent toute leur importance et que la constatation de phénomènes convulsifs ou viscéraux suspects chez un sujet présentant un indice céphalique dépassant 83 doit toujours impliquer l'idée de mal caduc. Tandis que les mêmes phénomènes avec un indice inférieur à 80 laissent toujours entrevoir la possibilité d'accidents purement réflexes ou toxiques, dont il appartient au clinicien de démêler le point de départ pour constituer une thérapeutique le plus souvent efficace dans ses résultats.

DISCUSSION

M. Lacassagne regrette que *M. Teissier* se soit trouvé empêché de donner lui-même communication de son intéressant travail sur la valeur de l'indice céphalique dans le diagnostic de l'épilepsie vraie et des accidents épileptiformes, et qu'il ne puisse répondre aux quelques remarques que peut suggérer la lecture faite de son mémoire.

Peut-être de nouvelles et nombreuses observations seront-elles nécessaires pour confirmer ou permettre de discuter les conclusions de *M. Teissier*. La forme du crâne n'est pas seule, en effet modifiée chez les épileptiques. A côté des asymétries crâniennes, *Lasègue* a signalé divers signes: entre autres des anomalies dentaires et la voûte palatine en ogive. Quel est le rôle de l'épilepsie dans la formation de ces stigmates ou tout au moins de ces signes de l'épilepsie? Et plus particulièrement, en quoi les modifications du cerveau de l'épileptique influencent-elles le développement des parties latérales du crâne? Il serait difficile de le dire et d'esquisser la pathogénie des faits cités dans le mémoire de *M. Teissier*.

Un fait pourtant est peut-être à rappeler à cette occasion.

M. Lacassagne a lu des observations faites chez certaines peu-

plades sauvages ayant pour coutume de déformer le crâne des enfants. Ces observations établissaient un rapport net entre les déformations produisant une exagération latérale du crâne et le développement des instincts de combattivité, de l'excitation corporelle.

Partant de ces faits, faudrait-il établir un rapport entre l'augmentation transversale du crâne, entre la brachycéphalie accidentelle permettant un développement exagéré du lobe temporal et l'épilepsie vraie que l'on peut — somme toute — considérer comme une exagération de l'activité corporelle, comme une excitation nerveuse poussée au paroxysme.

M. Roche présente quelques observations au sujet du développement exagéré de certaines régions du crâne osseux.

On a regardé la présence d'une sorte de bourrelet pariétal comme la caractéristique des grands artistes et, de fait, le crâne de Raphaël le présentait à un haut degré. La réciproque n'a pas été signalée... car rien n'est moins établi que l'influence du développement du cerveau sur celui de son enveloppe osseuse.

Grand volume d'une portion du crâne ne veut pas dire grand volume du lobe cérébral sous-jacent; la surface de l'écorce visible après enlèvement de la boîte crânienne est presque minime à côté de celle qui est cachée par la formation des seissures, des replis, des circonvolutions.

Il peut donc paraître prématuré d'exprimer cette idée qu'une déformation dans un certain sens du crâne traduit une altération, même une déformation cérébrale. Il faut considérer comme assez infidèle le rapport de l'indice céphalique avec les lésions connues de l'épilepsie et — comme semble le faire *M. Teissier* — n'en tenir compte qu'en présence de certains cas, peu fréquents et très spéciaux.

COMMUNICATION

M. E. Chantre avait été délégué pour représenter la Société d'anthropologie à la XI^e session du *Congrès des Orientalistes*; il