

## Fulgence Raymond (1844-1910), le successeur de J.-M. Charcot tombé dans l'oubli

Olivier Walusinski  
Médecin de famille  
28160 Brou  
[walusinski@baillement.com](mailto:walusinski@baillement.com)



Fig. 1. Photographie de Fulgence Raymond, vers 1905 (Collection OW).

### Résumé

Fulgence Raymond (1844-1910) est le premier successeur de Jean-Martin Charcot (1825-1893) à la Chaire de Clinique des Maladies du Système nerveux, où il accède en 1894. La notoriété, dont il a joui à l'époque, n'a pas empêché qu'il soit relégué dans un injuste oubli. Afin de l'en sortir, voici une biographie retraçant son exceptionnelle carrière, commencée comme vétérinaire militaire et achevée en apothéose à La Salpêtrière. Auteur prolifique de plusieurs centaines de publications, Raymond s'est investi principalement dans l'enseignement dont les leçons, abordant toutes les facettes de la neurologie et au-delà, publiées régulièrement, demeurent la principale trace qu'il nous a laissée. D'un voyage d'étude en Russie en 1888, il a ramené à Charcot la méthode de soulagement des douleurs du tabes par la suspension, traitement au succès éphémère, malgré des essais initiaux prometteurs, entrepris par Georges Gilles de la Tourette (1857-1904) à La Salpêtrière. En 1892, il identifie une famille atteinte de tremblement essentiel héréditaire, dénomination qu'il introduit en premier dans la nosologie française après que cette pathologie ait déjà été identifiée en Italie et en Autriche.

Si l'usage des éponymes ne disparaît pas, celui de syndrome de Raymond-Cestan, au lieu de syndrome protubérantiel supérieur, continuera à évoquer le souvenir de la description d'un syndrome alterne par ce professeur bienveillant et chaleureux tant avec ses élèves et ses collègues qu'avec ses malades.

Le 1<sup>er</sup> novembre 1894, Fulgence Raymond prononce ces mots : « *ce n'est pas sans une profonde émotion que je prends possession de cette chaire. Les causes de cette émotion, vous les devinez sans peine. Elles tiennent d'abord, et surtout, au sentiment que j'ai de l'énormité de la tâche qui incombe au successeur de Charcot. Elles tiennent aussi aux souvenirs qui m'attachent à cet hospice, et à l'homme qui l'a illustré par son enseignement, par ses travaux, par ses vertus professionnelles* »<sup>1</sup>. Après plus d'un an d'intérim conduit par Édouard Brissaud (1852-1909), Raymond est élu par ses pairs à la chaire de Clinique des Maladies du Système nerveux. Bien qu'il se soit évertué, de toute son énergie, pendant treize ans, à justifier le choix de ses collègues à cette place prestigieuse, la postérité ne lui a accordé qu'un oubli dédaigneux. Qui était donc Fulgence Raymond ? Quels ont été ses travaux neurologiques ?



Fig. 2. Maison natale de Fulgence Raymond à Saint-Christophe sur le Nais en juillet 2019 (Photo OW).

### Les Origines

Son père, Créon Raymond (1814-1884), enfant déposé au tour d'abandon (ou boîte à bébé) de l'Hospice de Tours et sa mère, Justine Police (1820-1882) se marient le 29 juin 1841 à Saint-Christophe sur le Nais, en Indre et Loire. De condition modeste, ils sont tisserands ou cultivateurs, suivant les saisons. Comme une plaque en perpétue la mémoire, apposée sur le mur de sa maison natale à deux pas de la mairie (figure 2), Fulgence Raymond naît le 29 septembre 1844. Brillant élève, il commence en 1861, à dix-sept ans, ses études à l'École impériale vétérinaire de Maisons-Alfort, première école à délivrer depuis 1825 un diplôme de médecin-vétérinaire (et non de maréchal-vétérinaire comme d'autres écoles). L'examen d'entrée juge d'une connaissance correcte du français mais c'est la redoutable « *épreuve de forge* », témoignage de la place prépondérante accordée aux soins des chevaux, qui sélectionne les candidats jusqu'en 1865. Avec la reconnaissance peu à peu atteinte, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, du niveau scientifique nécessaire à ces études, le baccalauréat ne sera obligatoire à l'admission qu'à partir de 1893<sup>2</sup>. A la sortie de l'école en 1865, major de sa promotion, Raymond s'engage comme vétérinaire d'un régiment de cavalerie, puis exerce à l'École de cavalerie de Saumur. Excellent cavalier, l'équitation demeurera sa détente préférée « *celui-ci faisait notre admiration par sa virtuosité d'écuyer* » comme en a témoigné Albert Dastre

<sup>1</sup> Raymond F. Leçons sur les maladies du système nerveux (année 1894-1895). Paris : Octave Doin. 1896.

<sup>2</sup> Hubscher R. L'invention d'une profession : les vétérinaires au XIX<sup>e</sup> siècle. In : Revue d'histoire moderne et contemporaine 1996;43(4):686-708.

(1844-1917)<sup>3</sup>. Déçu de sa pratique à l'armée, il concourt avec réussite, en 1866, pour devenir chef de travaux d'anatomie et de physiologie à l'École de Maisons-Alfort. Il y enseigne l'anatomie de 1867 à 1869. En parallèle à cette activité, il prépare ses baccalauréats auxquels il est reçu en 1868. Pour son biographe, Henry Meige (1866-1940) « à force d'opiniâtreté, et grâce à une mémoire exceptionnelle, il remporta cette victoire, la plus méritoire peut-être de toute sa carrière »<sup>4</sup>. Il se marie le 26 mai 1868 avec Louise Rochut (1842-1872) et est bientôt père d'une fille. La tuberculose emporte la jeune maman le 24 septembre 1872. Ce drame et la déception procurée par son exercice de la médecine vétérinaire, mal reconnu et peu rémunérateur, le convainquent d'assouvir son rêve de devenir médecin. Il se remaria le 25 août 1887 avec Marie-Louise Lodoïska Moreau (1850-1945) dont il devient le troisième mari.

Il est nommé externe provisoire en 1870 avant d'être reçu second au concours de l'internat dès 1871. Après avoir été interne de Henri-Ferdinand Dolbeau (1830-1877) à l'hôpital Beaujon en 1872 qui le considère comme « *travailleur infatigable, l'un des meilleurs internes qu'on puisse trouver* », il s'instruit auprès de Joseph Marrotte (1808-1893) à la Pitié en 1873. Alfred Vulpian (1826-1887) l'apprécie, en 1874, comme « *un excellent interne, très zélé, très bon envers les malades* », délivrant les mêmes appréciations que Jean-Martin Charcot l'année suivante en 1875. Le directeur de La Salpêtrière ajoute alors, de façon vraiment inhabituelle, un long compliment : « *je retrouve M. Raymond que j'ai eu pour la première fois bienveillant pendant le siège à la Pitié (cf la commune de 1871), aussi esclave de son devoir que par le passé. Il est bon et humain avec nos administrées ; il est le médecin préféré de notre personnel qui lui laisse peu de loisirs ; son excellente influence se fait sentir sur ses collègues* » (figure 3). Honoré de la médaille d'or de l'internat en 1875, il passe sa première année supplémentaire auprès d'Adolphe Gubler (1821-1879) à Beaujon en 1876 : « *les succès de M. Raymond témoignent hautement de sa valeur scientifique. J'ajouterai seulement que M. Raymond est en même temps un clinicien dévoué avec ses malades et un homme de devoir ainsi qu'un galant homme* ». En 1877, pour sa deuxième année, il revient auprès de Vulpian mais n'achève pas son temps parce qu'il est nommé chef de clinique le 3 juillet 1877, à l'Hôtel-Dieu auprès de Germain Sée (1818-1896). Vulpian ajoute : « *a déjà toutes les qualités d'un chef de service* »<sup>5</sup>.



Fig. 3. Assis au centre Fulgence Raymond, interne en 1875 à La Salpêtrière. Assis à sa gauche, Charles Richet, futur Prix Nobel. Debout, au-dessus de son épaule droite, Paul Regnard (Collection OW).

<sup>3</sup> Fulgence Raymond. Discours d'hommages de G. Debove, G. Mesureur, J. Dejerine, H. Claude, D. Ducworth, A. Dastre, L Landouzy, A. Florand. Paris : Imprimerie Lahure. 1913.

<sup>4</sup> Meige H. Le Professeur F. Raymond (1844-1910). Nouvelle Iconographie de La Salpêtrière 1910;23:489-492.

<sup>5</sup> Archives AP-HP 774FOSS31. Service des archives de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 7, rue des Minimes, 75003 Paris.

### La carrière universitaire

Raymond échoue au concours de l'agrégation le 2 mai 1878 après avoir traité de la grippe et présenté une thèse sur les dyspepsies<sup>6</sup>. Malgré cela, il est nommé médecin du Bureau central, le 1<sup>er</sup> août 1878, dès son premier concours (médecin des Hôpitaux). Après avoir rédigé une seconde thèse « *de la puerpéralité* », Raymond est reçu à l'agrégation de médecine le 25 mars 1880<sup>7</sup>, au même concours qu'Alix Joffroy (1844-1908) et Louis Landouzy (1845-1917). Œuvre de compilation traitant d'histoire, de physiologie et de pathologies de la fin de grossesse, elle apparaît comme un tableau des connaissances acquises à l'époque sur les complications de l'accouchement et de ses suites<sup>8</sup>. D'abord médecin de l'Hospice des Incurables en 1880, il exerce à l'Hôpital Saint-Antoine à partir de 1884, puis à l'hôpital Lariboisière de 1890 jusqu'à son accession à la chaire de Clinique des Maladies du Système nerveux en 1894. Raymond enseigne l'anatomie pathologique à la Faculté en 1883 et 1884, puis assure un cours complémentaire de pathologie interne en 1887-1888.

Membre de la Société de Biologie en 1869, de la Société anatomique en 1873, de la Société médicale des Hôpitaux en 1875, Raymond est élu à l'Académie de Médecine en 1899 (figure 13), et fait docteur *honoris causa* de l'Université d'Oxford en 1908. Il est un des membres fondateurs de la Société de Neurologie de Paris en 1899 et la préside en 1901, après avoir participé à la rédaction des Archives de Neurologie, dès leur création en 1880. Chevalier de la Légion d'Honneur en 1890, officier en 1897, il est fait Commandeur en 1909.

Comme tous les médecins hospitaliers de l'époque, Raymond exerce aussi à son domicile d'abord au 21 rue de Rome, puis après 1880, au 156 boulevard Haussmann (Paris 8<sup>e</sup>), en voisinage immédiat de l'Hôtel particulier qu'Édouard André construit de 1869 à 1876, devenu aujourd'hui le Musée Jacquemart-André.



Fig. 4. Portrait de Fulgence Raymond en 1894 (Collection OW).

### La succession, l'enseignant

Pourquoi et comment Fulgence Raymond (figures 1 et 4) a-t-il été choisi pour succéder à Charcot ? Malgré les avertissements que la répétition des crises d'angine de poitrine représentait, la disparition brutale de Charcot, pendant un voyage d'agrément dans le Morvan, le 16 août 1893 est un choc et une surprise tant pour ses élèves que pour ses collègues de la Faculté de Médecine. Le prestige national et international, qu'il avait acquis, réclame un nom de successeur largement reconnu mais qui se révèle introuvable en quelques semaines. La première décision prise le 11 janvier 1894 par le conseil de la Faculté est de maintenir définitivement la Chaire de Clinique des Maladies du Système nerveux, créée, au départ, spécialement pour Charcot en 1881. Comme un pis-aller, un successeur par intérim est choisi pour l'année 1893-1894 en la personne de Brissaud, interne de Charcot en 1879,

<sup>6</sup> Raymond F. Des dyspepsies. Thèse d'agrégation. Paris : Octave Doin. 1878.

<sup>7</sup> Raymond F. De la Puerpéralité. Paris : Bureaux du Progrès Médical et A. Delahaye. 1880.

<sup>8</sup> Bitot P. Bibliographie : de la puerpéralité par F. Raymond. Le Progrès Médical 1881;9:451-452.

agrégé depuis 1886 et chef de service à l'hôpital Saint-Antoine, co-fondateur de La Revue Neurologique en 1893. Meige témoigne : « *on sait quelles brillantes leçons il y professa* ». Les échecs de Joseph Babiński (1857-1932) et de Georges Gilles de la Tourette (1857-1904) à l'agrégation de 1892 les exclut d'une possible nomination. Le conflit judiciaire et moral, qui a suivi cette épreuve, discrédite Charles Bouchard (1837-1915), président du jury. Bien qu'ancien très proche de Charcot, il a choisi une voie qui l'en a éloigné. Pierre Marie (1853-1940) se considère comme trop jeune avec fatalisme : « *concernant la succession de M. Charcot, comme pour chaque nomination à la Faculté, il n'y a pas beaucoup de place pour la surprise ; les professeurs sont rarement nommés pour une raison autre que l'ancienneté ou la camaraderie. Raymond était notre aîné, je n'ai même pas postulé ; ce que j'en dis : je n'ai été ni offensé ni surpris de quelque manière que ce soit* »<sup>9</sup>. Alix Joffroy (1844-1908) vient, grâce à l'entregent de Charcot, d'être nommé à la chaire des maladies mentales et de l'encéphale, le 6 juillet 1893. Une demande secrète de transfert entre les chaires aurait eu lieu, sans aboutir<sup>10</sup>. Finalement trois candidats déposent leur candidature : Brissaud, Jules Dejerine (1849-1917) et Raymond. Brissaud a pour lui d'avoir assuré l'intérim. Dejerine semble le plus qualifié mais il n'est pas ancien élève de Charcot. Le 15 mars 1894, le conseil des Professeurs de la Faculté vote et place en premier Raymond, devant Dejerine puis Brissaud « *selon les droits d'ancienneté qui prévalent à la Faculté de Médecine* » comme le confirme Meige. Que Raymond soit le plus ancien agrégé mais aussi qu'il ait été interne de Charcot vingt ans plus tôt, ont certainement été les éléments décisifs pour ce choix<sup>11</sup>. Dans sa leçon inaugurale, Raymond évoque les propos que Charcot lui aurait tenus : « *cinq jours avant sa mort, Charcot, dans la dernière entrevue que j'ai eue avec lui, me parla de quelques-uns de ses projets futurs, de l'avenir qu'il rêvait pour ceux de ses élèves qui lui tenaient le plus à cœur ; il me confia son désir de me voir prendre sa place, à côté de lui, à La Salpêtrière, et l'espoir qu'il avait de m'abandonner un jour sa succession. Cet espoir, connu des siens et partagé par eux, a pesé d'un grand poids dans ma destinée actuelle* »<sup>12</sup>. Raymond se met exactement dans les pas du maître : « *il est bien entendu que, fidèle à la tradition, je consacrerai nos entrevues du Mardi à la clinique extemporanée, à l'étude des cas les plus intéressants qui se présenteront à notre consultation externe. Les leçons du Vendredi seront réservées à l'étude dogmatique de la neuropathologie* »<sup>12</sup>.

Meige poursuit : « *succéder à Charcot dans cette chaire de La Salpêtrière dont le prestige était mondial, c'était assumer une tâche lourde et périlleuse. Autant par sa modestie que par ses libéralités, et par ses efforts laborieux continués sans défaillance, le professeur Raymond s'est évertué jusqu'à ses derniers jours à justifier le choix de ses collègues* »<sup>4</sup>. Mais il nuance son éloge pour évoquer l'enseignant : « *sans brillantes qualités oratoires, il avait cependant dans son discours de la chaleur et de la persuasion ; la simplicité même de son langage, comme aussi celle de ses écrits, ont certainement facilité aux débutants la compréhension de la neurologie [...]. Ayant moins d'autorité et plus de circonspection, il n'a pas tenté de professer une nosographie schématique, dans laquelle il faut le reconnaître, la précision n'est souvent qu'apparente. D'ailleurs, après l'absolutisme de Charcot, une réaction était inévitable [...]. Mais, si Charcot a pu pécher par excès de schématisation, on peut se demander si l'œuvre de son successeur ne sera pas jugée trop éclectique. Il s'est fait l'écho consciencieux de toutes les opinions, exposant les idées de chacun avec une impartialité louable, mais ne s'aventurant pas jamais à conclure. De là, un enseignement abondamment documenté, quelque peu flottant, où l'on peut puiser maints renseignements utiles, mais où l'absence de grandes lignes laisse transparaître une incertitude qui décourage un peu* »<sup>4</sup>.

## L'adieu

Grand fumeur, comme son maître Jean-Martin Charcot (1825-1893), Raymond souffre aussi d'une insuffisance aortique post-rhumatismale à partir de 1886. En 1899, il doit interrompre six mois ses activités, remplacé à la chaire par Georges Gilles de la Tourette (1857-1904). Il ressent les premières crises d'angine de poitrine au début 1910, fait un œdème aigu du poumon début septembre alors qu'il se repose dans son château de la Planche d'Andillé à Roches-Prémarie-Andillé, en Poitou. La récurrence du 28 septembre 1910 lui est fatale.

Le 6 juillet 1913, Madame Raymond et sa famille convient les médecins de La Salpêtrière à l'inauguration du médaillon figurant Fulgence Raymond, gravé par le médailleur Georges-Henri Prudhomme (1873-1947), scellé dans le mur de l'amphithéâtre de la Clinique des Maladies du système nerveux. Après un bref discours de son ami Georges Debove (1845-1920) au nom de l'Académie de Médecine, le directeur de La Salpêtrière, Gustave Mesureur (1847-1925) témoigne de la discrète générosité de Raymond : « *c'est à ses frais qu'il a fait construire le pavillon d'électrothérapie, il l'a doté d'appareils nombreux ; il a contribué encore à la réfection du laboratoire d'anatomie pathologique et, chaque année, il consacrait, sur ses deniers, une somme importante à l'entretien et au fonctionnement de tous les laboratoires de sa clinique* ». Suivent l'allocution de son ancien interne Henri Claude (1869-1945) et celle de Sir Dyce Duckworth (1840-1928), président du collège des Médecins de Londres. Puis Dastre, Landouzy et Antoine Florand (1857-1927) témoignent chacun de leur attachement au défunt<sup>3</sup>.

<sup>9</sup> Antall J, Kapronczay K, Vida T. La correspondance de Jean-Martin Charcot, Pierre Marie et Ernő Jendrassik. *Orvostörténeti közlemények (Communicationes de historia artis medicinae)* 1978;35:105-135.

<sup>10</sup> Tiberghien D. Entre Ball et Ballet, Alix Joffroy, 1844-1908 : sa vie, ses travaux. Thèse de médecine de Lille : 1995LIL2M015.

<sup>11</sup> Tatu L, Bogousslavsky J. The impossible succession of Charcot - the quest for a suitable heir. *Eur Neurol.* 2011;65(4):193-7.

<sup>12</sup> Raymond F. Clinique des maladies nerveuses, hospice de La Salpêtrière. Leçon d'ouverture. *Le Progrès Médical* 1894;20(47):399-407.



Fig. 5. Le buste de Fulgence Raymond inauguré le 5 octobre 1913 (Collection OW).

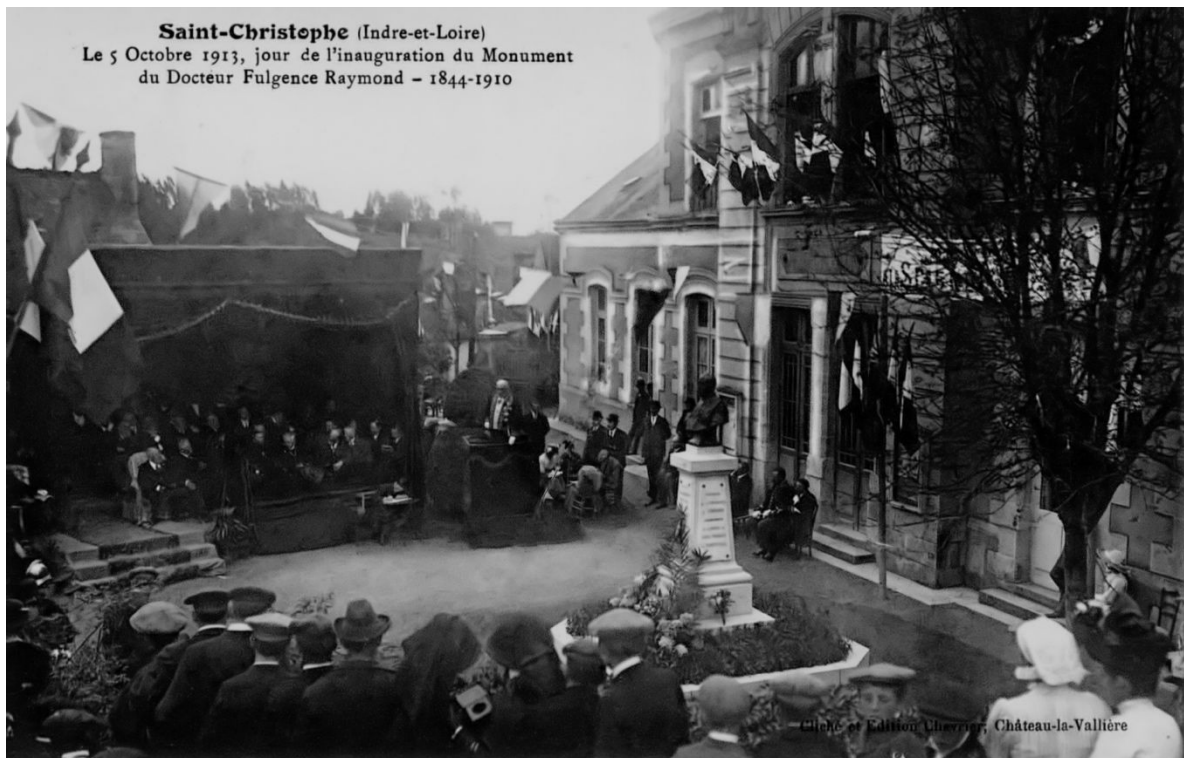


Fig. 6. Le discours de Raphaël Blanchard lors de l'inauguration du buste de Fulgence Raymond (Collection OW).

Érigé devant la Mairie de Saint-Christophe sur le Nais, là encore, aux frais de Madame Raymond, le buste en bronze de Fulgence Raymond est inauguré le 5 octobre 1913 sous la présidence de son collègue Raphaël Blanchard (1857-1919), lui-même natif de ce village, en présence d'une foule nombreuse composée autant de politiciens que de médecins<sup>13</sup>. Le buste, œuvre du sculpteur René-Pierre Bigot (1846-1912), sera fondu en 1942 par les autorités françaises de Vichy afin de satisfaire les demandes allemandes en métaux non ferreux (figures 5 et 6).

### La thèse de doctorat

Raymond soutient sa thèse le 23 mai 1876, présidée par Charcot assisté de Paul Chauffard (1823-1879), Bouchard et Théophile Anger (1836-1913). Son thème « *Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée, et les tremblements symptomatiques* » est inspiré par Charcot et Vulpian, en ces moments où l'étude de la distinction entre troubles sensitifs et moteurs organiques et hystériques tient une place importante dans les recherches de Charcot (figure 7). Après un rappel initial de l'anatomie cérébrale dans le but de lever des ambiguïtés de dénomination, Raymond tente d'élucider la physiopathologie des héli-chorées apparues secondairement à une hémiplegie d'origine vasculaire, tumorale, ou séquellaire de la naissance qu'il constate « *souvent associées à des hémianesthésies de cause cérébrale* ». Pour débiter il développe deux notions récemment acquises. D'abord ce qu'il nomme « *le système d'association* », c'est à dire « *les faisceaux blancs* » dont les lésions peuvent expliquer certains des troubles qu'il rapporte. Ensuite, il s'appuie sur « *la justesse des descriptions de M. Duret* », c'est à dire la description « *du mode de distribution du sang artériel* », territoire par territoire encéphalique, des artères carotides, du tronc cérébral et de leurs branches telle que l'a décrite Henry Duret (1849-1921)<sup>14</sup>.

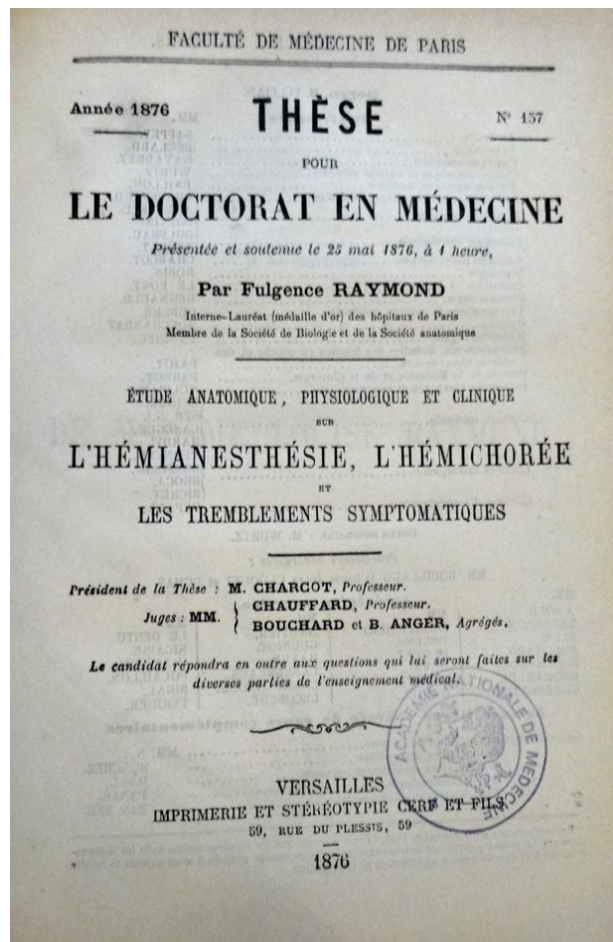


Fig. 7. Couverture de la thèse de Fulgence Raymond (© BIU Santé, Paris).

Usant de l'exemple de quarante-deux observations finement détaillées, Raymond donne les clefs cliniques permettant de distinguer les mouvements choréiques des tremblements, passant en revue leurs étiologies : post-hémiplegique vasculaire (le plus souvent hémorragiques), sclérose en plaques, saturnisme, maladie de Parkinson

<sup>13</sup> Dubreuil-Chambardel L. Inauguration du monument de Fulgence Raymond à Saint-Christophe le 5 octobre 1913. La Gazette médicale du Centre. 1913;18:227-234.

<sup>14</sup> Walusinski O, Courrivaud P. Henry Duret (1849-1921): a surgeon and forgotten neurologist. Eur Neurol. 2014;72(3-4):193-202.

ou hystérie. Raymond conclut sa thèse : « *l'hémi-chorée symptomatique a une très grande valeur au point de vue de la localisation du siège* » c'est à dire succède à une lésion d'une branche de l'artère cérébrale postérieure, occupant « *le faisceau qui, dans le pied de la couronne rayonnante se trouve en avant, en dehors des fibres sensibles, et qui se compose des masses blanches en rapport avec la partie postérieure de la couche optique* ». En 1874, la fonction des noyaux gris centraux est inconnue mais Raymond ne semble pas loin d'envisager, avec préséance, « *une disconnection* » de centres encore mystérieux, en réalité l'interruption d'une voie striato-thalamo-corticale. A noter que Raymond évoque des expériences de vivisection faites sur des chiens afin de tenter de provoquer des mouvements involontaires persistants, analogues à l'hémi-chorée symptomatique.

Sa thèse bénéficie d'une édition commerciale grâce au Progrès Médical et aux éditions Delahaye, enrichie de trois planches de dessins en couleurs (figure 8).

### De quelques publications parues avant l'accession à la chaire de Clinique des Maladies du Système Nerveux

Raymond a toujours énormément publié et il n'est pas possible de tout citer. Prenons quelques exemples. Dès son internat, Raymond rédige des observations de cas cliniques, le plus souvent en lien avec la neurologie, présentées à la Société de Biologie, ou au titre d'interne de Vulpian, pour La Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, la Gazette médicale de Paris ou le Progrès Médical. En 1879, Raymond élabore une recension de plus de deux cents observations ayant servi d'exemples pour illustrer, en un livre, l'enseignement clinique donné par Vulpian à l'hôpital de la Charité<sup>15</sup>. Il y aborde des pathologies variées, de toutes les disciplines, ajoutant commentaires et réflexions personnels sur la clinique et les arguments permettant d'établir un diagnostic, puis expose le traitement proposé, en détails. Leur lecture actuelle plonge dans un passé révolu, leur donnant valeur de témoignage historique mais sans le charme et la qualité littéraire des leçons d'Armand Trousseau (1801-1867)<sup>16</sup> ou celles de Charles Lasègue (1816-1883)<sup>17</sup>.

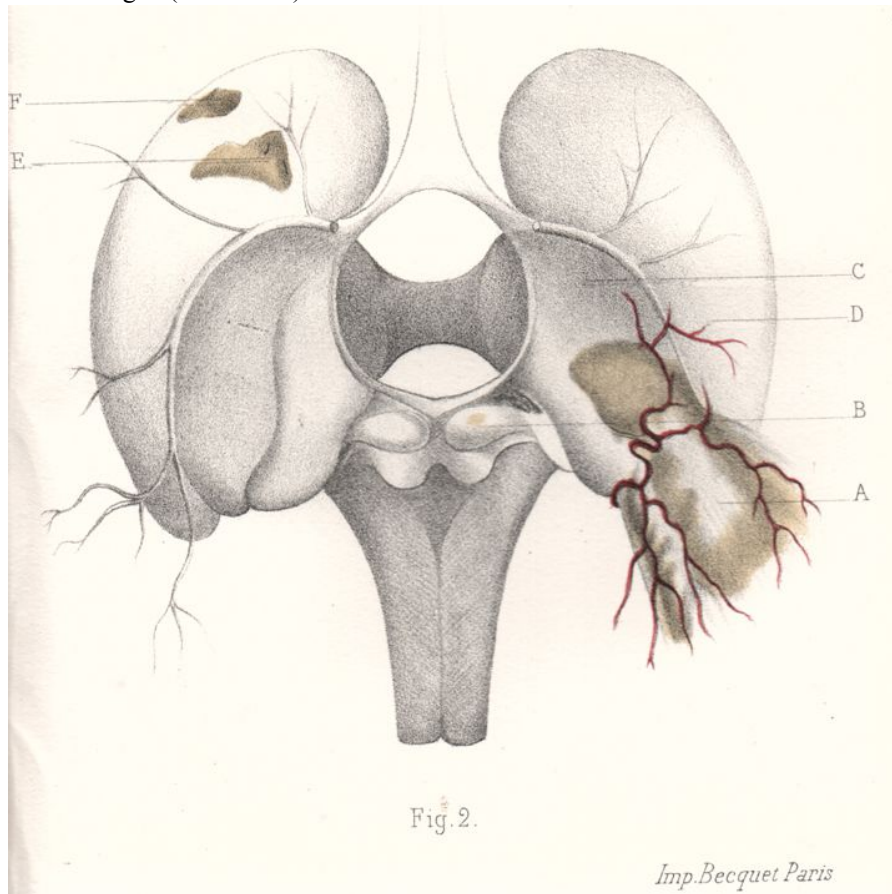


Fig. 8. « Foyer occreux » (A) cause de l'hémiplégie, B Tubercules quadrijumeaux, C Couches optiques, D Noyau caudé, E et F foyers anciens. (Collection OW).

Dans la Gazette médicale de Paris du 24 mai 1884, Raymond localise « *au tiers inférieur de la frontale ascendante, le centre des mouvements de la face* » à partir d'une série de cas cliniques de paralysie faciale

<sup>15</sup> Vulpian A. Clinique médicale de l'hôpital de la Charité. Considérations cliniques et observations par le Dr F. Raymond. Paris : O. Doin. 1879.

<sup>16</sup> Trousseau A. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris : JB. Baillière. 1873.

<sup>17</sup> Lasègue Ch. Études médicales. Paris : Asselin et Cie. 1884.



inférieure, isolée au départ de leur évolution, mais dont l'évolution mortelle a permis l'autopsie, d'où le titre de l'article « *sur l'origine corticale du facial inférieur* »<sup>18</sup>.

En 1886, Raymond se range à la théorie d'une origine infectieuse du tétanos, contrairement à la majorité des médecins d'alors<sup>19</sup>. En cette même année, paraît « *anatomie pathologique du système nerveux* »<sup>20</sup>. Raymond regroupe, là, les cours professés en 1883-1884, recueillis par Gabriel Arthaud (1858-?) et accompagnés des dessins de Paul Peugniez (1859-1943). Ce livre, destiné aux étudiants, est le premier du genre, consacré exclusivement à la description des désordres du tissu nerveux observés au microscope. Raymond choisit un plan d'exposition, non par pathologies, mais par localisations anatomiques : méninges, cortex (encéphalites et ramollissement), ganglions centraux, cervelet, bulbe, etc. Le livre est bien reçu à l'époque. Jules Comby (1853-1947) apprécie que Raymond ait « *vulgarisé, en simplifiant autant que possible sans nuire à la clarté du sujet* »<sup>21</sup> en introduisant des données nouvelles. Avouons que la lecture actuelle est rébarbative et frappe par la quasi absence de notion étiologique associée aux lésions décrites.

Raymond aborde la question de l'aphasie en 1890 : « *le lobule de l'insula et ses rapports avec l'aphasie* »<sup>22</sup>. Dans cette vaste revue, il énumère toutes les théories en vigueur depuis 1875, notamment les travaux de Charcot et ses élèves Albert Pitres (1848-1928) et Raphaël Lépine (1840-1919)<sup>23</sup>, et les thèses d'Alexis Legroux (1839-1894)<sup>24</sup>, Désiré-Antoine Bernard (1853-1887)<sup>25</sup> et Paul-Henry Clozel de Boyer (1852-1881)<sup>26</sup>. Il semble, car il ne conclut jamais de façon tranchée ses articles, se ranger à l'opinion exprimée par Dejerine faisant de l'aphasie par lésion de l'insula « *une aphasie de conductibilité* », c'est à dire secondaire à des lésions de voies d'association entre différents centres corticaux du langage.

Une publication de Raymond est tout à fait à part des autres et se doit d'être rappelée. En 1888, mandaté par le ministre de l'Instruction publique, Raymond, accompagné d'un élève russe venu compléter sa formation auprès de Charcot, Jakow Naumowicz Onanoff (1859-1892) qui lui sert de traducteur, part en Russie afin d'étudier comment les maladies du système nerveux y sont enseignées, dans différentes villes, mais aussi quelles sont les recherches alors menées par Wladimir von Bechterew (1857-1927), Grigory Rossolimo (1860-1928), et beaucoup d'autres. C'est après leur visite à Odessa qu'ils ramènent à Charcot l'article, méconnu jusque-là, paru en 1883<sup>27</sup> en russe dans le journal 'Vratsch' (le médecin) et traduit plus tard en anglais pour le journal 'Brain' en 1889<sup>28</sup> écrit par Osip Osipovich Motchutkowsky (ou Motchutkovsky 1845-1903) qui soulage ses patients atteints des terribles douleurs fulgurantes du tabes par « *suspension* ». Charcot confiera à son chef de clinique Georges Gilles de la Tourette (1857-1904) l'expérimentation de ce procédé dont les premiers succès apparents, et l'imprimatur charcotienne<sup>29</sup>, généraliseront la pratique en Europe pendant quelques années<sup>30</sup>.

En 1892, Raymond montre à ses élèves, au cours d'une leçon à l'Hôpital Lariboisière, un exemple de tremblement isolé, sans autre désordre neurologique, mais identifie par l'interrogatoire le caractère familial puisque sept frères et sœurs du malade sur neuf enfants tremblent à l'identique : « *le tremblement est manifestation héréditaire* » et « *se manifeste indépendamment de tout autre symptôme propre à faire soupçonner l'existence d'une lésion de l'appareil nerveux* »<sup>31</sup>. Il établit là la première description française du tremblement essentiel héréditaire, dénomination qu'il propose, après les publications de Pietro Buresi (1822-1883) de Sienne en 1874, Edoardo Maragliano (1849-1940) de Gêne en 1879 et Anton Nagy (1863-1935) de Gratz en 1890<sup>32</sup>.

## Les Leçons à La Salpêtrière

Toutes les leçons de clinique professées à la Chaire de Clinique des Maladies du Système nerveux par Raymond, à partir de 1894 jusqu'en 1910, forment de très gros volumes qui donnent l'impression d'une œuvre bien plus vaste que celle de Charcot. Ces leçons sont transcrites, la première année, par Achilles Souques (1860-

<sup>18</sup> Raymond F. Sur l'origine corticale du facial inférieur. Gazette médicale de Paris 1884;55(21):241-243 / (22):253-256.

<sup>19</sup> Raymond F. Étiologie du tétanos. Gazette médicale de Paris 1886;57(42):493-496.

<sup>20</sup> Raymond F. Anatomie pathologique du système nerveux ; cours complémentaire professé à la Faculté de Médecine de Paris 1883-1884. Paris : A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1886.

<sup>21</sup> Comby J. Bibliographie : anatomie pathologique de F. Raymond. Le Progrès Médical 1885;13:527-528.

<sup>22</sup> Raymond F. Le lobule de l'insula et ses rapports avec l'aphasie. Gazette des Hôpitaux civils et militaires 1890;63(71):649-655.

<sup>23</sup> Lépine R. De la localisation dans les maladies cérébrales. Thèse d'agrégation. Paris : imp. Pillot. 1875.

<sup>24</sup> Legroux A. De l'aphasie. Thèse d'agrégation soutenue le 18 mars 1875. Paris : A. Delahaye. 1875.

<sup>25</sup> Bernard DA. De l'aphasie et ses diverses formes. Thèse Paris n°85 : Goupy et Jourdan. 1885.

<sup>26</sup> Clozel de Boyer PH. Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux. Thèse Paris n°119. Versailles : imp. Cerf. 1879.

<sup>27</sup> Motchutkowsky OO. Application of suspension of patients to the treatment of some disorders of the spinal cord. Vratsch. 1883;17-21:258-325.

<sup>28</sup> Motchutkowsky OO. Treatment of certain diseases of the spinal cord by means suspension. Brain. 1889; 12(3): 326-345.

<sup>29</sup> Charcot, J. M. Du traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension suivant la méthode du Dr Motchutkowsky. Leçons du Mardi à La Salpêtrière. Leçon du 15 janvier 1889. Paris, Progrès Médical, Lecrosnier & Babé. 1889.

<sup>30</sup> Walusinski O. Georges Gilles de la Tourette, beyond the Eponym. New York: Oxford University Press. 2019.

<sup>31</sup> Raymond F. Sur le tremblement essentiel héréditaire. Le Bulletin médical 1892;6:205-209.

<sup>32</sup> Louis ED, Broussolle E, Goetz C, Krack P, Kaufmann P, Mazzoni P. Historical underpinnings of the term essential tremor in the late 19<sup>th</sup> century. Neurology 2008;71:856-859.

1944), interne de Charcot en 1890 et 1893 et Eugène Ricklin (1862-1935) qui assurera ultérieurement seul cette tâche jusqu'en 1910.

L'enseignement dispensé par Raymond est basé sur des présentations de cas cliniques suffisamment démonstratifs pour imprégner les mémoires. Puis vient une recension des hypothèses diagnostiques, suivie de rappels étiologiques et anatomiques. Fréquemment, aucune proposition thérapeutique n'est énoncée. Le discours prend la forme d'une conversation, propre aux digressions et à un certain bavardage. Voici sa propre ambition : « *partir d'un fait clinique, pour envisager les problèmes de pathologie nerveuse, tels qu'ils se présentent dans la réalité, en montrant combien souvent l'individualisme pathologique des malades s'harmonise mal avec les descriptions didactiques des maladies, produits d'une synthèse arbitraire ou prématurée* »<sup>33</sup>. Modestie et pessimisme pointent dans ce propos. Mais au final, qu'ont retiré ses auditeurs de son enseignement ? Le manque de synthèse et de hiérarchisation des signes et symptômes exposés, l'absence de toute donnée épidémiologique et d'incidence, devaient rendre la mémorisation complexe et partielle. De temps à autres, Raymond se livre à des réflexions personnelles d'aspect philosophique, comme par exemple quand il aborde « *l'hérédité en pathologie nerveuse* » : « *psychoses et névroses, laissez-moi une fois de plus, vous faire profession de foi. La neuropathologie et la psychiatrie sont deux branches d'un même tronc ; elles se complètent et s'éclairent mutuellement ; bien des problèmes de neuropathologie ne peuvent être résolus que par une connaissance approfondie de la psychiatrie et réciproquement* ». Il faut comprendre 'neurologie' quand il use du mot de 'neuropathologie'. Ce débat reste actuel.

Le premier tome de 1894<sup>34</sup> a une richesse particulière puisque 187 pages sont consacrés à une biographie de Charcot et à une exposition approfondie des travaux de ce dernier, mis en perspectives avec l'évolution des connaissances en Europe depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle. Témoignage de premier ordre d'histoire de la neurologie. Lire Raymond permet de reconnaître que Charcot avait fini par parfaitement admettre l'origine du traumatisme psychique comme étiologie des désordres d'allure neurologique signant l'hystérie : « *une obnubilation du moi, pour me servir d'un terme emprunté à Charcot, une dépression de la volonté et du jugement, qui réduit les facultés psychiques à l'état de réflecteur inerte* ». On comprend ainsi pourquoi Raymond a continué à collaborer avec Pierre Janet (1859-1947), en maintenant l'activité de son laboratoire de psychologie, au sein du service de La Salpêtrière, et en participant à l'écriture de leurs livres « *névroses et idées fixes* »<sup>35</sup> en 1898 et « *les obsessions et la psychasthénie* »<sup>36</sup> en 1903, livres réédités à de multiples reprises, et même encore un siècle plus tard. N'écrit-il pas, à propos de l'hystérie : « *Cette maladie étant, avant tout, une maladie psychique, le traitement psychique acquerra aux yeux de Charcot une importance prépondérante* ». Si de nombreux exégètes de Charcot avaient lu Raymond, que d'analyses fallacieuses auraient été épargnées !

Suivent des discussions concernant les paralysies radiculaires et du plexus brachial, des lésions médullaires (queue de cheval, syringomyélie, sclérose latérale amyotrophique, etc.). Retenons un long développement à propos de deux cas de paralysie pseudo-bulbaire, pathologie dont la réalité est encore discutée à l'époque. C'est l'occasion pour Raymond de présenter les hypothèses de Brissaud quant aux fonctions des noyaux gris centraux, encore largement méconnues à l'époque. André Halipré (1866-1956), élève de Brissaud et futur médecin des Hôpitaux de Rouen, expose cette théorie dans sa remarquable thèse, soutenue le 20 décembre 1894 : « *dans les ganglions centraux, sous le contrôle immédiat du cerveau, se créent les centres fonctionnels (centres d'habitude) destinés à décharger l'écorce grise d'une partie de sa tâche. Ces centres automatiques, placés entre les centres réflexes et les centres volontaires, agissent sous la direction de l'écorce ; ils reçoivent d'elle l'impulsion première, et transmettent l'acte coordonné aux cellules bulbaires* »<sup>37</sup>. On retrouve, quasi à l'identique, ce concept dans des recherches actuelles<sup>38</sup> et notamment quant aux tics du syndrome de Gilles de la Tourette<sup>39 40</sup>.

Le volume de l'année 1895-1896, s'ouvre par plusieurs leçons consacrées à « *la paralysie ascendante aiguë* » qui ont aussi été publiées en un fascicule autonome<sup>41</sup>. Pour qui veut connaître l'historique de l'individualisation de ce syndrome, depuis Octave Landry (1826-1865) et Guillaume-Benjamin Duchenne de Boulogne (1806-1875)<sup>42</sup>, mais aussi leurs prédécesseurs, lire Raymond apporte tous les éléments souhaitables. Raymond donne une description clinique précise des symptômes : « *des fourmillements et de l'engourdissement dans les nerfs préludent à une paralysie motrice à marche ascendante, généralisation de la paralysie aux quatre membres et à une partie du tronc en l'espace de trois jours* ». Il ne manque pas de noter la disparition des réflexes, les désordres

<sup>33</sup> Raymond F. Leçons sur les maladies du système nerveux (Année 1895-1896) Deuxième série. Paris : Octave Doin. 1897

<sup>34</sup> Raymond F. Leçons sur les maladies du système nerveux (Année 1894-1895) Première série. Paris : Octave Doin. 1896

<sup>35</sup> Janet P, Raymond F. Névroses et idées fixes. Paris : F. Alcan. 1898.

<sup>36</sup> Janet P, Raymond F. Les obsessions et la psychasthénie. Paris : F. Alcan. 1903.

<sup>37</sup> Halipré A. La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale. Thèse Paris n°1 : G. Steinheil. 1894.

<sup>38</sup> Smith KS, Graybiel AM. Habit formation coincides with shifts in reinforcement representations in the sensorimotor striatum. J Neurophysiol. 2016;115(3):1487-98.

<sup>39</sup> Delorme C, Salvador A, Valabrègue R, Roze E, Palminteri S, Vidailhet M, de Wit S, Robbins T, Hartmann A, Worbe Y. Enhanced habit formation in Gilles de la Tourette syndrome. Brain. 2016;139(Pt 2):605-15.

<sup>40</sup> Albin RL. Tourette syndrome: a disorder of the social decision-making network. Brain 2018;141:332-347.

<sup>41</sup> Raymond F. La paralysie ascendante aiguë dans ses rapports avec la poliomyélite antérieure et la polynévrite motrice. Paris : Georges Carré. 1896.

<sup>42</sup> Walusinski O. Pioneering the concepts of stereognosis and polyradiculoneuritis: Octave Landry (1826-1865). Eur Neurol. 2013;70(5-6):281-90.

du système nerveux végétatif culminant par le risque d'apnée fatale. Ne manque que l'analyse du liquide céphalo-spinal qui n'est pas alors entré dans la pratique. La discussion diagnostique s'étend sur la distinction clinique entre ce syndrome et la poliomyélite aiguë, dont l'origine infectieuse et contagieuse est déjà évoquée. Raymond discute ensuite des modifications d'aspect du corps cellulaire du neurone dans la corne antérieure. Il reconnaît la précession d'une maladie intestinale aiguë et suspecte le relargage de toxines bactériennes comme cause du syndrome<sup>33</sup>. L'évolution est généralement favorable qu'il espère hâter par « l'antiseptie intestinale », l'éther, la caféine, la strychnine et « des ventouses sèches ». Vingt ans plus tard, Pierre Marie (1853-1940) et Jean-Charles Chatelin (1884-1948)<sup>43</sup> d'une part, Georges Guillain (1876-1961), Alexandre Barré (1880-1967) et André Strohl (1887-1977)<sup>44</sup> d'autre part, ajouteront la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalorachidien comme clé diagnostique. Ce volume se continue avec d'autres formes de polynévrites, tuberculeuses, diphtériques, paludéennes, arsenicales, alcooliques, etc., mais aussi des cas de syringomyélie et de tabes. Pourtant, lorsque Guillain et Barré donnent leur description du « syndrome de névrite radiculaire avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire », en 1916, ni le nom de Landry ni celui de Raymond ne sont cités. Reconnaissons que cet article est rédigé sans commentaire, paraissant initialement sans importance pour les auteurs et qu'il figure à la fin du chapitre "Varia" de leur ouvrage "Travaux neurologiques de guerre", publié en 1920. Ce n'est qu'en 1936 que Guillain évoque de nouveau le syndrome auquel il doit sa renommée posthume<sup>45</sup>. La controverse sur l'antériorité de l'identification de cette pathologie a montré comment Guillain s'est opposé avec une fermeté inébranlable à reconnaître les travaux de Landry et Raymond comme les bases cliniques de la même pathologie.

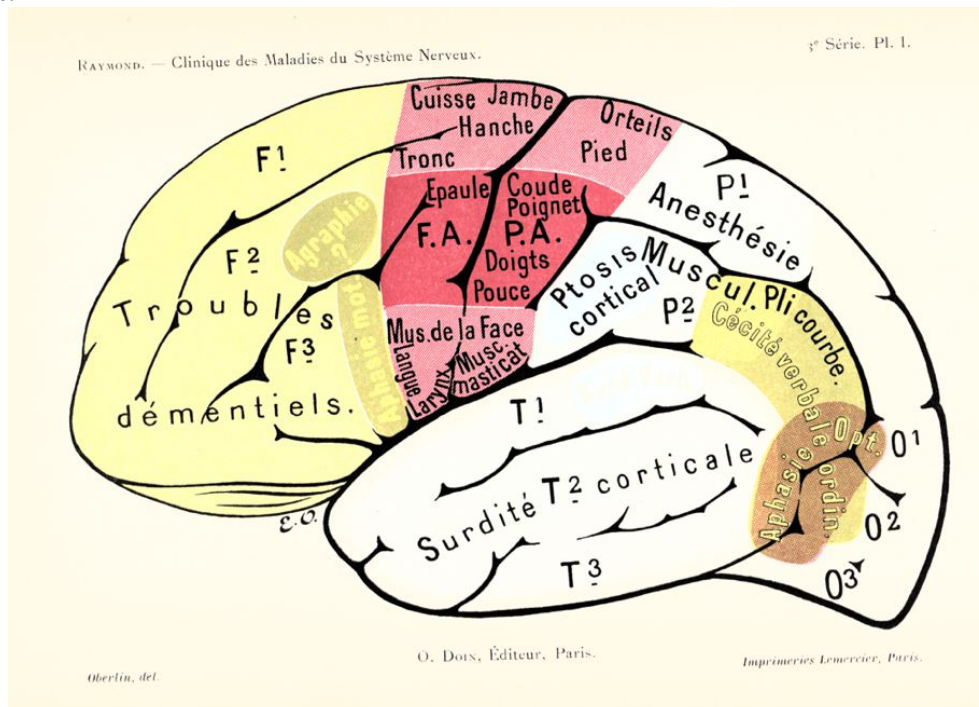


Fig. 9. La topographie des tumeurs cérébrales en fonction de critères cliniques (Collection OW).

Le volume de l'année 1896-1897<sup>46</sup>, de près de 800 pages, aborde la pathologie intracrânienne. Quinze leçons traitent des tumeurs cérébrales : « dans l'enfance et l'adolescence, le tubercule est de beaucoup la plus fréquente des variétés de tumeurs cérébrales, chez l'adulte, c'est le syphilome, et presque au même plan, le gliome et le sarcome qui l'emportent, comme fréquence ». Raymond consacre plusieurs leçons au diagnostic des tumeurs cérébrales, toujours porté à un stade évolué d'hypertension intracrânienne, parfois révélées par des crises épileptiques Bravais-Jacksoniennes. Les signes cliniques associent céphalées continues sévères, « abrutissement et torpeur intellectuelle » et l'œdème de la papille. Raymond disserte sur « les zones muettes » du lobe frontal, les désordres mentaux pour lesquels il use du terme anglais de « moral insanity ou perversion morale » afin d'évoquer les désinhibitions comportementales lui évoquant la démence. La sémiologie clinique proposée afin de déterminer la localisation tumorale reste imprécise et résumée sur un schéma en couleurs (figure 9). Il aborde « la chirurgie

<sup>43</sup> Marie P, Chatelin Ch. Note sur un syndrome de paralysie flasque plus ou moins généralisé avec abolition des réflexes, hyperalbuminose massive et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, évoluant spontanément vers la guérison et de nature indéterminée. Rev Neurol (Paris) 1916;29(11-12):564-565.

<sup>44</sup> Guillain G, Barré JA, Strohl A. Sur un syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire : remarques sur les caractères cliniques et graphiques des réflexes tendineux. Bull Mémoires Soc Med Hôpitaux Paris. 1916;40:1462-1470.

<sup>45</sup> Guillain G. Radiculoneuritis with acellular hyperalbuminosis of the cerebrospinal fluid. Arch Neurol Psychiatry. 1936; 36: 975-90.

<sup>46</sup> Raymond F. Leçons sur les maladies du système nerveux (Année 1896-1897) Troisième série. Paris : Octave Doin. 1898.

*des tumeurs de l'encéphale* », d'une grande modernité en cette période de ses débuts. Lutter contre les céphalées atroces et la cécité progressive en diminuant l'hypertension par la pratique de volets osseux demeure, le plus fréquemment, la seule chirurgie, uniquement à visée palliative et au pronostic sombre. Le rôle du neurologue est fondamental car l'exérèse d'une tumeur encapsulée nécessite une localisation tumorale préopératoire précise, afin d'indiquer la voie d'abord à l'opérateur, usant exclusivement de la sémiologie clinique : « *je considère l'absence de saillie de la dure-mère à la suite d'une résection crânienne comme suffisante pour éliminer l'hypothèse d'un néoplasme intracrânien, agissant pas compression de l'encéphale* », autrement dit, l'absence d'hypertension intracrânienne infirme le diagnostic de tumeur. Les autres leçons traitent de la maladie de Friedreich, du tabes, des sections médullaires traumatiques, des paralysies alternes type syndrome de Weber secondaires à des tuberculomes bulbo-protubérantiels. etc.

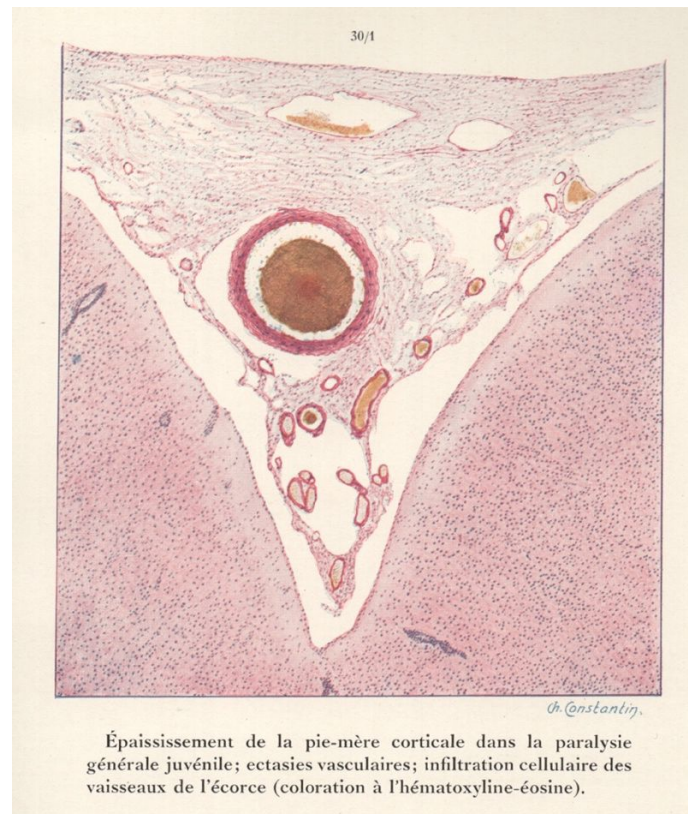


Fig. 10. Illustration en couleur du livre « *pathologie nerveuse* » en 1910.

Le volume de l'année 1897-1898<sup>47</sup> commence à nouveau par des cas de tumeurs cérébrales, avant d'évoquer le diagnostic différentiel entre sclérose en plaques et méningite tuberculeuse, le diagnostic différentiel entre saturnisme et syringomyélie, puis les ophtalmoplégies chez les tabétiques. Raymond disserte sur un de ses sujets de prédilection « *les rapports nosologiques des diverses variétés d'atrophie musculaire progressive* ». Son vaste catalogue l'amène à aborder de multiples pathologies neurologiques dont l'intérêt pédagogique était, sans doute, d'aider ses auditeurs à hiérarchiser leurs diagnostics différentiels. Après exposition d'un cas « *d'hallucinations du moignon* », d'un cas de myoclonies, plusieurs leçons décrivent les variétés de myxœdème, notamment l'hypothyroïdie congénitale. Le plus intéressant, historiquement, est l'exposé des modalités du traitement, alors tout récent, par des extraits thyroïdiens : « *la glande thyroïde est connue en termes de boucherie sous le nom de 'glande de cornet' [...]. Quand vous vous ferez livrer une glande thyroïde par un boucher, ne manquez pas de vous assurer qu'il n'y a pas erreur sur la marchandise. Souvent il arrive aux bouchers de se tromper inconsciemment, et de livrer des glandes salivaires, voire de simples ganglions lymphatiques [...]. Vous prescrirez des fragments crus, hachés mis sur du pain* ». Il conseille 2 à 12 g par jour, en augmentant progressivement. Suivent tous les effets secondaires en lien avec des surdosages et les difficultés pratiques rencontrées par la collaboration nécessaire avec un boucher plutôt qu'avec un pharmacien ! C'est aussi l'époque où Raymond se penche particulièrement sur les pathologies du cône terminal de la moelle.

Le volume de l'année 1898-1899<sup>48</sup> traite de sujets variés. Un cas d'épilepsie Bravais-Jacksonienne révèle une tumeur gliomateuse temporale que Raymond fait opérer, la mort survenant cinq mois plus tard. Plusieurs leçons consacrées à d'autres cas d'épilepsies partielles le conduisent à développer l'anatomie topographique des

<sup>47</sup> Raymond F. Leçons sur les maladies du système nerveux (Année 1897-1898) Quatrième série. Paris : Octave Doin. 1900

<sup>48</sup> Raymond F. Leçons sur les maladies du système nerveux (Année 1898-1899). Cinquième série. Paris : Octave Doin. 1901.

centres corticaux de la sensibilité. Une leçon originale aborde « *les équivalents psychiques de l'épilepsie* ». Des patients répètent des crises aiguës stéréotypées, brèves, faites de « *faim dévorante* », « *d'hallucinations érotiques* », d'équivalents d'orgasmes, de crises de peur panique avec « *sentiment de jamais vu* », de sensations de dépersonnalisation. Tous ces malades ont été aussi examinés par Pierre Janet. Souffraient-ils d'épilepsie temporale, d'épilepsie du lobe de l'insula ? Raymond affirme l'épilepsie et élimine « *une simulation de la folie* ». Raymond évoque ensuite ce que nous dénommons des kystes arachnoïdiens, kystes symptomatiques en raison de leur localisation intra et supra-sellaire avec compression des structures voisines. Il témoigne, ensuite, des difficultés quand seule la clinique existe pour différencier une atteinte du tronc cérébral par tumeur, tuberculose ou sclérose en plaques. Abordant trois cas de paralysie pseudo-bulbaire, Raymond donne comme signe différentiel entre ce type de paralysie et une paralysie bulbaire, l'existence de « *désordres psychiques* », c'est à dire le rire et le pleurer spasmodique, comme spécifique de l'atteinte corticale. A la suite, Raymond montre deux cas « *d'asthénie bulbaire* », donnant un tableau complet de la myasthénie, tel que Wilhelm Erb (1840-1921) l'a décrite en 1868<sup>49</sup>. Devant l'ignorance de la physiopathologie, il conseille de traiter par l'iodure de potassium et l'arsenic. Ce volume comprend encore plusieurs chapitres consacrés au tabes, la sclérose en plaques, la syringomyélie, le mal de Pott, la spondylose rhizomélique, la sclérodémie, ce qui indique un enseignement aux horizons très vastes.

Le volume de l'année 1900-1901<sup>50</sup>, aborde essentiellement la pathologie musculaire et les accidents vasculaires du tronc cérébral. Après une reprise de sa nosologie des amyotrophies, il enseigne, ici en conservant ses dénominations, l'atrophie de type Aran-Duchenne, la paralysie pseudo-hypertrophique, les atrophies progressives de type Leyden-Mœbius et type Zimmerlin, l'atrophie musculaire progressive de la forme juvénile d'Erb, l'atrophie de type Landouzy-Dejerine, l'atrophie de type Charcot-Marie, l'atrophie de type Werdnig-Hoffmann. Un chapitre est consacré à l'électrodiagnostic et l'électrothérapie des atrophies musculaires.

Ce n'est qu'en 1910, que Raymond publie un nouveau livre en changeant sa présentation car « *à l'heure actuelle, un livre uniquement composé d'une simple réunion de leçons cliniques ne répond plus au besoin de documentation précise et approfondie qui est devenu le nôtre* ». Ce véritable traité aborde les « *maladies familiales du système nerveux* », « *les processus toxi-infectieux* », les tumeurs cérébrales, la syphilis et la myasthénie. Le livre est illustré de photographies de pièces anatomiques et microscopiques en couleurs (figure 10), témoignage des rapides progrès de l'édition<sup>51</sup>. Certains chapitres sont des synthèses de l'état des connaissances en 1910, comme celui abordant les tumeurs du corps calleux révélées par des désordres mentaux, ou celui sur la maladie de Recklinghausen.

### **Fulgence Raymond et la presse neurologique**

Raymond dirige la partie neurologique du journal « *L'Encéphale* » dont le premier numéro paraît en 1906. Il y publie régulièrement des observations commentées en co-auteur avec certains de ses élèves, notamment Raymond Cestan (1872-1933)<sup>52</sup>, successivement interne, chef de clinique puis chef du laboratoire, Claudien Philippe (1866-1903), son chef de laboratoire d'anatomie pathologique, Louis Alquier (1875- ?) et Paul Lejonne (1872- ?). Il collabore aussi régulièrement à la Nouvelle Iconographie de La Salpêtrière. Ses articles correspondent fréquemment avec ses leçons et se retrouvent aussi dans les livres de ses leçons précédemment cités. Tous les grands périodiques de l'époque, comme le Progrès Médical, les Archives de Neurologie, La Revue Neurologique, mais aussi Les Archives de Médecine des Enfants et la Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie, profitent de ses très nombreux écrits ce qui témoigne de la notoriété dont il jouit alors. Raymond appartient aussi à la prestigieuse cohorte des fondateurs du journal, toujours publié, « *Epilepsia* », en 1909, comprenant Wladimir von Bechterew (1857-1927), Otto Binswanger (1852-1929), John Hughlings Jackson (1835-1911) et Heinrich Obersteiner (1847-1922). Il contribue au Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales par plusieurs notices, comme entre autres, 'traitement du tétanos', 'danse de Saint-Guy', 'embolie', 'thrombose', etc.

### **Le syndrome de Raymond-Cestan**

Fulgence Raymond n'a pas laissé son nom attaché à la description princeps d'une maladie neurologique à l'inverse de son maître Charcot et de ses successeurs Dejerine et Pierre Marie. Néanmoins un syndrome lui vaut un éponyme, le syndrome de Raymond-Cestan, appartenant à la famille des syndromes alternes, parfois appelé syndrome (de Foville) protubérantiel supérieur ou syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure<sup>53</sup>. La localisation protubérantielle explique « *ces symptômes croisés* », c'est à dire des symptômes homolatéraux : un syndrome hémicérébelleux pur et une paralysie des mouvements oculaires de latéralité ; des symptômes controlatéraux : une hémiplégié modérée, des mouvements involontaires choréo-athétosiques, des déficits de la sensibilité thermo-

<sup>49</sup> Erb W. Zur Kasuistik der Nerven und Muskelkrankheiten (Bleiparalyse und Accessoriuslähmung). Deutsches Archiv für klinische Medizin, Band IV, 1868.

<sup>50</sup> Raymond F. Leçons sur les maladies du système nerveux (Année 1900-1901). Sixième série. Paris : Octave Doin. 1903.

<sup>51</sup> Raymond F. Pathologie nerveuse. Paris : H. Delarue. 1910.

<sup>52</sup> Walusinski O. 1903 manuscript revisited: cerebral disturbances in multiple sclerosis by Raymond Cestan (1872-1933) and Claudien Philippe (1806-1903). Rev Neurol (Paris) 2015;171:333-340.

<sup>53</sup> Loeb C, Meyer JS. Strokes due to vertebral disease. Chapter III: Segmental Syndromes of the Brain Stem. Springfield, Illinois : Thomas. 1965.

algésique rappelant la syringomyélie<sup>54 55</sup>. En 1901, Raymond et Cestan publient dans la Revue Neurologique « *trois observations de paralysie des mouvements associés des globes oculaires* »<sup>56</sup>. Après un rappel de l'article d'Henri Parinaud (1844-1905) de 1883 « *paralysie des mouvements associés des yeux* »<sup>57</sup>, ils introduisent deux cas de « *paralysies des mouvements parallèles horizontaux* » associés à une hémiplégié sensitivomotrice dont l'étiologie est la présence d'un tuberculome de la protubérance. Faisant suite à cette communication à la Société de Neurologie de Paris en 1901, Raymond et Cestan publient dans la Gazette des Hôpitaux du 18 juillet 1903, un autre cas d'hémiplégié alterne. Là encore, un tuberculome, développé au niveau de la calotte protubérantielle, « *dans cet espace relativement vaste qui s'étend entre les noyaux de la troisième et de la sixième paire* », provoque « *un complexus symptomatique qui n'était ni le syndrome de Weber, ni le syndrome de Millard-Gubler* »<sup>58</sup>. En l'absence de paralysie faciale, « *on constate très nettement une paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires ; cette paralysie atteint les deux mouvements vers la droite et vers la gauche avec toutefois une prédominance fréquente sur l'un des côtés* » (figure 11). La convergence demeure normale ainsi que l'élévation ou l'abaissement des yeux, mais avec des secousses nystagmiformes. Les pupilles réagissent normalement à la lumière<sup>59</sup>.

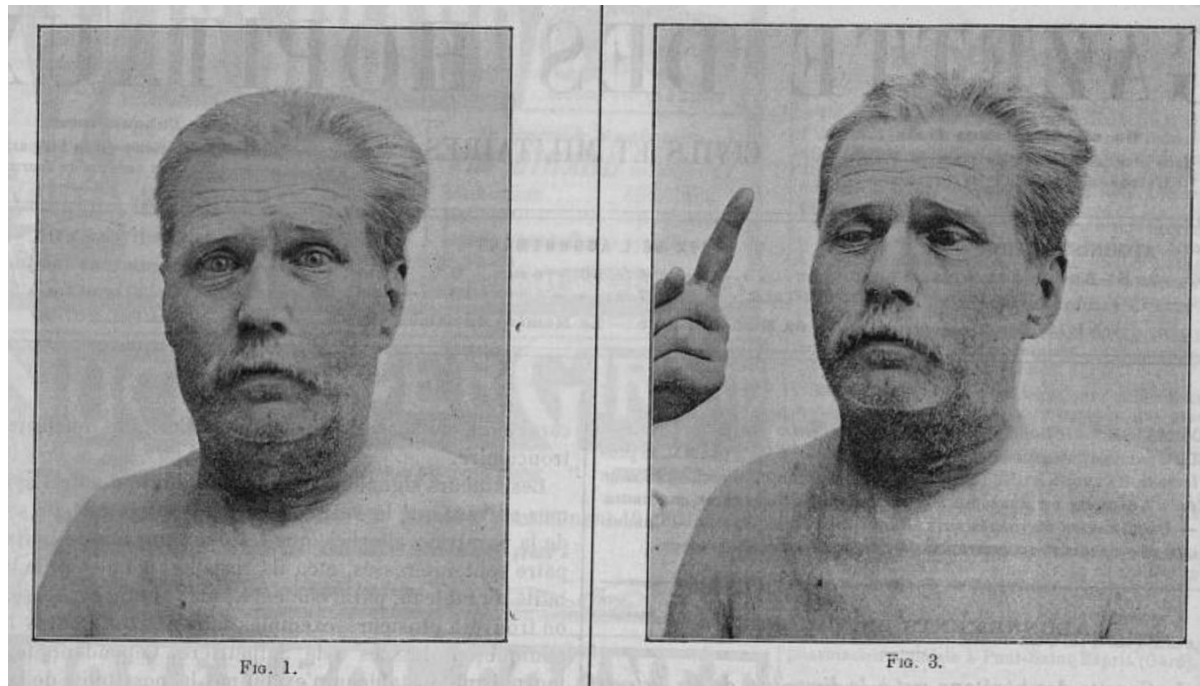


Fig. 11. Illustration de l'article de Raymond et Cestan en 1903 (© BIU Santé, Paris).

« *A ces troubles oculaires s'associe une hémiplégié sensitivomotrice qui siège du côté opposé à l'œil le plus atteint dans son mouvement associé d'abduction* ». Raymond et Cestan ajoutent à leur description l'observation « *d'un tremblement statique à grande oscillation de la main et du pied avec mouvement athétosiforme des doigts de la main ; ce tremblement s'exagère dans les mouvements volontaires ; enfin l'ataxie cinétique est augmentée par l'occlusion des yeux* ». Ayant aussi des désordres au membre inférieur, le malade présente « *le tableau caractéristique décrit par Babiński sous le nom d'asynergie cérébelleuse* »<sup>60</sup>. En plus, s'ajoutent des troubles sensitifs : « *paralysie alterne sensitive atteignant le trijumeau d'un côté, le bras et la jambe du côté opposé* ». Tous les modes de la sensibilité sont affectés suivant des degrés variables. Les patients atteints souffrent tous d'une tumeur tuberculeuse qui augmente peu à peu de volume, faisant évoluer le tableau clinique, puis conduit à l'issue fatale. S'en suit, après le compte rendu de l'examen histologique, une longue discussion d'anatomie fonctionnelle renvoyant aux apports de Babiński à la sémiologie cérébelleuse et du tronc cérébral<sup>61</sup>,

<sup>54</sup> De Recondo J. Sémiologie du système nerveux. Paris : Flammarion. 1995.

<sup>55</sup> Silverman IE, Liu GT, Volpe NJ, Galetta SL. The crossed paralyses. The original brain-stem syndromes of Millard-Gubler, Foville, Weber, and Raymond-Cestan. Arch Neurol 1995;52(6):635-8.

<sup>56</sup> Raymond F, Cestan R. Trois observations de paralysie des mouvements associés des globes oculaires. La Revue Neurologique 1901;9:70-77.

<sup>57</sup> Parinaud H. Paralysie des mouvements associés des yeux. Archives de Neurologie 1883;5(14):145-172.

<sup>58</sup> Walusinski O. Adolph Gubler (1821-1879) or Parisian Neurology outside La Salpêtrière in the Age of Jean-Martin Charcot. Rev Neurol (Paris). 2019, in press.

<sup>59</sup> Bogousslavsky J. Les syndromes oculomoteurs résultant d'une lésion mésencéphalique chez l'homme [Oculomotor syndromes resulting from mesencephalic lesions in man]. Rev Neurol (Paris). 1989;145(8-9):546-59.

<sup>60</sup> Babiński J. De l'équilibre volitionnel statique et de l'équilibre volitionnel cinétique (dissociation de ces deux modes de l'équilibre volitionnel, asynergie, catalepsie). Revue Neurologique 1902;10(10):474-475.

<sup>61</sup> Babiński J. Exposé des travaux scientifiques. Paris : Masson. 1913.

avant une revue de la littérature des différents syndromes alternes publiés. Raymond et Cestan tirent comme enseignement de leurs observations la probable existence « *de fibres d'union qui doivent emprunter les voies de la calotte, sans qu'il nous soit encore possible, malgré les très intéressants travaux de Pawlov (sic), d'établir le rôle exact dévolu à chaque faisceau* » afin de coordonner les mouvements de la tête et des yeux en association avec la motricité et l'équilibre du corps entier. Ils concluent : « *on peut donc décrire un syndrome de la calotte de la partie supérieure de la protubérance, ou syndrome protubérantiel supérieur qui a sa place à côté du syndrome de Weber ou syndrome pédonculaire, et du syndrome de Millard-Gubler ou syndrome protubérantiel inférieur* ». Si les noyaux oculomoteurs sont connus à l'époque, les voies qui les unissent ne sont que suspectées, notamment « *la bandelette longitudinale postérieure* ». Les systèmes unissant le cervelet, la substance réticulée, les labyrinthes et les voies vestibulaires aux noyaux oculomoteurs sont ignorées, ainsi que l'aire oculomotrice frontale et les aires oculomotrices occipito-pariétales<sup>62</sup>. Ce syndrome de Raymond-Cestan, rare, est actuellement presque toujours d'origine vasculaire. L'usage de cet éponyme a le mérite de garder vivant un des rares souvenirs de ce professeur de neurologie à La Salpêtrière au début du XX<sup>e</sup> siècle.

### Les paraplégies spastiques héréditaires

Les paraplégies spastiques héréditaires (HSP) sont des maladies rares mais l'objet de nombreuses recherches car leur origine génétique, actuellement encore en cours de démembrement, apporte une perspective de compréhension des liens unissant le génome et la physiopathologie cellulaire du neurone. Les mutations des gènes impliqués pourraient être responsables de dysfonctions cellulaires essentielles au maintien de l'homéostasie axonale : perméabilité de la membrane neuronale, formation du réticulum endoplasmique, physiologie des lysosomes et myélinisation etc.

Raymond s'est intéressé à ces maladies tout au long de sa carrière, proposant, avec clairvoyance en 1895, certaines théories actuellement discutées. Dix ans plus tôt, en 1885, il est l'auteur de l'entrée « *tabes spasmodique* » du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales<sup>63</sup>. Il admet d'emblée que « *cette dénomination prête à une confusion regrettable* » avec l'usage courant du mot *tabes* pour atteinte médullaire syphilitique. Raymond use de cette dénomination contestable parce ce que c'est celle utilisée par Charcot dans sa leçon de 1875. Peu avant ce dernier, Heinrich, Erb (1840-1921) d'Heidelberg avait utilisé une meilleure expression : « *paralysie spinale spastique* ». A partir de seize observations cliniques, Erb individualise une association symptomatique faite : « *d'une faiblesse croissante des membres inférieurs, envahissant plus tard les membres supérieurs [...]. Les phénomènes spasmodiques sont multiples et consistent en une rigidité plus ou moins prononcée des membres avec secousses spontanées, contractures toniques, passagères au début, accès de tremblements cloniques dans les membres inférieurs [...]. Leur démarche est incertaine et légèrement vacillante. La plante des pieds colle au sol et le malade traîne la jambe en marchant. Il n'avance d'ailleurs, qu'à petits pas, en tenant les jambes fortement serrées l'une contre l'autre. La pointe du pied se heurte contre le moindre obstacle [...]. Les réflexes tendineux ont presque toujours été trouvés exagérés* »<sup>64</sup>. L'évolution est lentement progressive. Pour Charcot, cette affection reconnaît « *un substratum organique indiscutable, une lésion anatomique plus ou moins profonde dont la moelle épinière est le siège. Il est certain également que cette lésion porte particulièrement son action sur les faisceaux spinaux latéraux* »<sup>65</sup>. Mais en 1875, faute d'avoir eu l'opportunité de réaliser un examen anatomo-pathologique, la prédiction de Charcot n'est pas démontrée. Fulgence Raymond demeure dubitatif devant quelques publications intervenues depuis cette date qui, dans leur majorité, ne décrivent pas la sclérose des cordons latéraux attendue, mais peuvent s'interpréter comme des cas de sclérose en plaques, « *de myélite diffuse* », de sclérose latérale amyotrophique, d'hystérie ou de paralysie spastique de l'enfance (maladie de Little).

En 1880, Adolf von Strümpell (1853-1925) publie la première observation de paraplégie spasmodique familiale touchant deux frères de la famille Gaum en Estonie. Chez l'aîné, la maladie débute vers 56 ans et évolue lentement<sup>66</sup>. Le cadet, touché vers 37 ans et développant une forme pure, meurt de tuberculose à 61 ans. Strümpell publie son autopsie en 1886 : moelle normale à l'œil nu, mais au microscope, en régions dorsale et lombaire « *sclérose combinée primitive des faisceaux pyramidaux, cérébelleux directs et de Goll* » en l'absence de toute

<sup>62</sup> Moncayo J, Bogousslavsky J. Vertebro-basilar syndromes causing oculo-motor disorders. *Curr Opin Neurol*. 2003;16(1):45-50.

<sup>63</sup> Dechambre A. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Tome XV – Sys-Tar. Paris : G. Masson et Asselin. 1885.

<sup>64</sup> Ricklin E, Erb H. De la paralysie spinale spastique (tabes spasmodique). *Gazette médicale de Paris* 1877;48(41):505-506

<sup>65</sup> Charcot JM, Bourneville DM. Du tabes dorsal spasmodique. *Le Progrès Médical* 1876;4(45):737-738 / (46):773-775 / (47):793-795.

<sup>66</sup> Strümpell A. Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1880;10:676-717.

anomalie cérébrale<sup>67</sup>. Strümpell compare son constat avec celui publié par Raymond en 1882<sup>68</sup>, d'une femme de 78 ans, souffrant d'une contracture des quatre membres avec exagération des réflexes tendineux, des douleurs névralgiques des membres inférieurs dont l'installation avait précédé les paralysies. L'anatomo-pathologie conclut à « une sclérose des cordons postérieurs et des cordons latéraux » alors que cliniquement les sensibilités étaient conservées. Raymond ne propose pas de diagnostic étiologique.

Raymond consacre sa leçon du 18 janvier 1895 au « *tabes spasmodique* », fidèle à l'appellation donnée par son maître, pour présenter à ses auditeurs « deux cas familiaux de paraplégie spasmodique infantile »<sup>69</sup>. Il puise largement dans la récente publication de son chef de clinique, Achilles Souques (1860-1944), dans la Revue Neurologique, pour l'évocation clinique des deux cas<sup>70</sup>. Tout à sa tâche d'enseignant qu'il affectionne, son propos a pour but essentiel d'aider à distinguer ce nouveau cadre nosographique, encore incertain à ses yeux, de la maladie de Little. Cette leçon lui sert aussi d'introduction à ses leçons suivantes abordant « *l'hérédité en pathologie nerveuse* ». En 1895, Raymond et Souques observent une famille dans laquelle deux sœurs sont affectées de paraplégies spastiques. Ils comparent leur recension à celles déjà publiées, de peu de crédit pour eux, car « *édifiées sur des erreurs diagnostic* » ! Leurs conjectures sur cette pathologie ont un certain caractère prémonitoire : « *on pourrait considérer la paraplégie spasmodique comme une maladie du protoneurone centrifuge [...]. Il est possible que la dégénération commence par la région lombaire, qu'elle gagne ensuite les régions dorsale et cervicale, qu'elle ait ainsi l'aspect d'une sclérose ascendante, moins accusée à la région cervicale qu'aux régions sous-jacentes, et qu'elle remonte plus ou moins haut suivant la résistance des fibres pyramidales, et l'ancienneté de la maladie* »<sup>71</sup>. Et d'ajouter « *une fragilité innée du protoneurone centrifuge qui commencerait à dégénérer par son extrémité spinale, c'est à dire par sa partie la moins bien nourrie, la plus débile [...]. Les fibres les plus longues seraient frappées les premières* ». Ils classent cette entité à côté de la maladie de Friedrich.



Fig. 12. Debout à gauche Henri Herbet (1873-1909), à droite Maurice Lorrain (1867-1956),  
Assis à gauche Raymond Cestan (1872-1933), à droite Paul Froussard (1870-1927) (Collection OW).

<sup>67</sup> Strümpell A. Über eine bestimmte Form der primären kombinierten Systemerkrankung des Rückenmarks. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1886;17:217-238.

<sup>68</sup> Raymond F. Sclérose des cordons postérieurs et des cordons latéraux, coexistant chez le même malade. Prédominance presque exclusive des symptômes spéciaux de la sclérose des cordons latéraux. Archives de Physiologie normale et pathologique 1882;14(10):457-463.

<sup>69</sup> Raymond F. Le syndrome tabes spasmodique, à propos de deux cas familiaux de paraplégie spasmodique infantile. In Leçons sur les maladies du système nerveux (année 1894-1895). Paris : O. Doin. 1896.

<sup>70</sup> Souques A. Contribution à l'étude de la forme familiale de la paraplégie spasmodique spinale. Rev Neurol (Paris) 1895;3(1):1-10.

<sup>71</sup> Raymond F, Souques A. Paraplégie spasmodique familiale. La Presse médicale 1896;4(90):585-587.



En 1897, Raymond a comme interne Maurice Lorrain (1867-1956) (Figure 12) à qui il propose comme sujet de thèse « *l'étude de la paraplégie spasmodique familiale* ». Il préside la soutenance le 3 mars 1898<sup>72</sup>. Cette thèse est la première synthèse de ce sujet, unissant la clinique, telle que Charcot et Erb l'avaient établie, et une démonstration de son caractère familial, grâce à la collation de vingt-neuf observations. « *Les lois de l'hérédité sont encore trop mystérieuses pour qu'il soit permis d'en esquisser une étude* ». En conséquence, Lorrain n'utilise pas le terme de maladie héréditaire mais de maladie familiale dont les caractéristiques sont d'après Léon-Charles Pauly (1870-1936) et Charles Bonne (1872- ?) : « *elle doit atteindre, sans changer de forme, plusieurs enfants d'une même génération, débiter à peu près au même âge chez tous les enfants de cette génération, être cliniquement indépendante de toute influence extérieure, d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine, ces divers caractères doivent constituer la règle et non l'exception* »<sup>73</sup>.

Après un résumé des publications antérieures dont il extrait vingt-trois observations de paraplégies spasmodiques, Lorrain en ajoute six personnelles, dont une de deux sœurs, recueillie à l'Hôpital Saint-Antoine par Georges Gilles de la Tourette (1857-1904). Il ne propose qu'une seule étiologie, l'hérédité. Filles et garçons peuvent être touchés, le début des troubles se situant le plus fréquemment entre 8 et 15 ans. Un traumatisme ou une maladie infectieuse semblent être des facteurs d'aggravation notables mais des difficultés motrices les précédaient.

Lorrain détaille la clinique en insistant sur le varus équin des pieds, l'absence de déficit sensitif, d'incoordination, de troubles de la parole, de troubles sphinctériens, de troubles trophiques, de dégradation intellectuelle. L'évolution est très lente avec des périodes de rémission. Il distingue deux formes : « *l'une répondant au tabes spasmodique ; l'autre répondant à la sclérose en plaques* », c'est à dire la forme pure de paraplégie spastique ou la forme « *plus* » actuelle. Il rappelle en détails les résultats de l'autopsie du patient de Strümpell avant d'exposer celle qu'il a réalisée avec l'aide de Claudien Philippe (1866-1903) : « *les lésions existent dans toute la hauteur de la moelle épinière, depuis le cône terminal jusqu'au bulbe. Ces lésions prédominent nettement au niveau de la substance blanche (cordons antéro-latéraux, cordons postérieurs) ; elles consistent en taches scléreuses plus ou moins étendues* ». Il donne le détail des colorations utilisées afin d'accentuer les détails : « *foyer nodulaire peu scléreux : là certains tubes nerveux présentent souvent une gaine dilatée, avec myéline peu abondante et faiblement colorée en jaune par le picro-carmin ; le cylindraxe est petit, mal coloré, souvent situé en périphérie de la gaine...* ». Lorrain reconnaît, à son dépit, ne pas pouvoir apporter de preuves anatomo-pathologiques nouvelles. Le syndrome de Strümpell-Lorrain doit donc beaucoup à l'intérêt persévérant de Raymond. Doutant en 1885 de la réalité de la paralysie spasmodique, comme entité autonome nouvellement distinguée, l'intérêt qu'il porte aux maladies familiales l'amène, en 1898, à encourager Lorrain à approfondir son individualisation clinique.

---

<sup>72</sup> Lorrain M. Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale. Thèse Paris n°216 : G. Steinheil. 1898.

<sup>73</sup> Pauly, Bonne. Maladie familiale à symptômes cérébello-médullaires. Revue de Médecine 1897 :201-216.

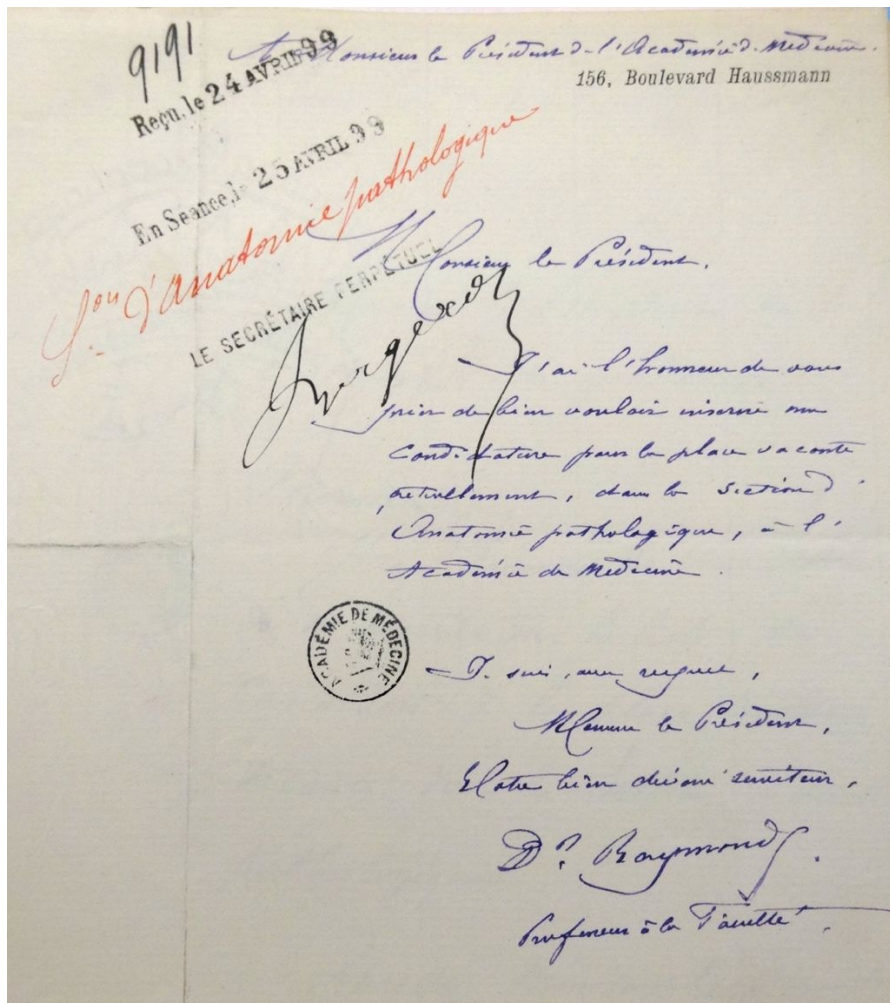


Fig. 13. Acte de candidature à l'académie de Médecine en 1899 (© Académie nationale de Médecine, Paris).

### En conclusion

Parcourir l'œuvre laissée par Fulgence Raymond, c'est d'abord être impressionné par le nombre de ses publications abordant tous les champs de la neurologie, tant clinique qu'anatomopathologique, et un peu ceux de la psychiatrie<sup>74</sup>. Les 126 pages de ses « *Titres et travaux scientifiques* » de 1893 en témoignent déjà, s'étendant alors à toutes les branches de la médecine<sup>75</sup>.

Son but principal est d'enseigner, de transmettre (figures 14 et 15). A cette fin, chacune de ses leçons, chacun de ses articles, collationnent une grande richesse d'observations de malades, toutes confrontées à toutes les publications alors disponibles, françaises et étrangères, donnant au lecteur actuel une impression de fouillis touffus indigeste. Le manque de synthèse, d'une vue d'ensemble structurée, ne semble pas avoir amoindri son audience et le succès de son entreprise pédagogique. Pierre Maurel (1862- ?) a laissé un témoignage d'un cours vécu : « *On sent que le maître se donne tout entier à son rôle de professeur, tient à être en communication avec son auditoire, à le sentir comprendre et s'intéresser, à le tenir en haleine et à le faire vibrer à l'unisson. Il y déploie toute son ardeur et se dépense sans compter* »<sup>76</sup>.

Trois de ses élèves se sont particulièrement distingués, Jean Athanase Sicard (1872-1929), auteur des premières anesthésies rachidiennes et instigateur de l'opacification par le Lipiodol, Henri Claude devenu titulaire de la chaire des maladies mentales et du cerveau à Sainte-Anne de 1922 à 1939 et Georges Guillain.

Raymond choisit de garder Paul Richer à la tête du laboratoire de la clinique des Maladies du système nerveux que ce dernier quittera en 1902 en vue d'enseigner à l'École nationale des Beaux-Arts. Richer mettra à sa disposition des statues à visée pédagogiques, la plus connue étant « *la Parkinsonienne* » en 1895, élaborée à la demande de Charcot qui ne l'a jamais vue.

Pierre Janet reste auprès de Raymond le collaborateur précieux qu'il était auprès de Charcot. Raymond lui ouvre une consultation psychothérapie à La Salpêtrière, puis le soutient pour qu'il soit nommé à la Chaire de Psychologie expérimentale de la Sorbonne. Janet y développe son concept de traumatisme psychique comme cause

<sup>74</sup> Satran R. Fulgence Raymond, the successor of Charcot. Bull. New York Acad. Med. 1974;50(8):931-942.

<sup>75</sup> Raymond F. Titres et travaux scientifiques. Paris : A. Davy. 1893.

<sup>76</sup> Maurel P. Les Professeurs de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris. Paris : G. Steinhel. 1907

de l'hystérie à une époque où les neurologues et les aliénistes s'accordent encore à reconnaître dans l'hérédité et la « *dégénération* » l'origine de cette névrose. Raymond et Janet signent ensemble deux livres, témoignages de leurs idées communes en psychologie : « *Névroses et idées fixes* » en 1898 and « *les obsessions et la psychasthénie* » en 1903.

Bien qu'il soit impossible d'analyser tous les articles publiés par Raymond, les thèmes qu'ils abordent montrent l'étendue de son savoir : la syringomyélie, la myasthénie, l'atrophie musculaire progressive, les infections du système nerveux, les tumeurs cérébrales. Quant au tabes spasmodique, Raymond a constamment plaidé pour en faire un syndrome appartenant aux infections syphilitiques du système nerveux, concept en totale opposition à celui défendu par son maître révérend, Jean-Martin Charcot.

Tous ces exemples montrent combien Raymond a su maintenir au plus haut la renommée de l'École neurologique de La Salpêtrière. Reconnu par ses contemporains comme le tout à fait digne successeur de Charcot, a pâti, pour lui aussi passer à la postérité, de la célébrité universelle, toujours actuelle, de son maître et prédécesseur. Les quelques exemples de ses travaux présentés ici témoignent de l'injustice de l'avoir négligé. Très imbu de son devoir de professeur, il s'est consacré avec passion à cette tâche des plus honorable mais ingrate pour la notoriété posthume. Fêru d'anatomo-pathologie, excellent clinicien, Raymond a révélé à de nombreuses reprises, exemplifiées par celles proposées ci-dessus, sa prémonition des étiologies envisageables des maladies qu'il étudiait. D'autres plus connus n'ont pas eu ce don.

Jules Dejerine (1849-1917) a su peindre la personnalité de Raymond dans l'hommage qu'il lui a rendu : « *il nous a offert l'exemple réconfortant d'un homme arrivé, qui dans sa longue carrière ignore toujours les rivalités mesquines, l'envie malveillante. Au cours de sa carrière, dans ses travaux scientifiques, il put rencontrer des contradicteurs ou des rivaux. Personnellement, il n'eut que des amis* »<sup>3</sup>.

La référence en biographies de neurologues célèbres, « *The Founders of Neurology* », honore Fulgence Raymond dans l'édition de 1953<sup>77</sup> mais l'oublie dans la dernière édition, publiée en 1970<sup>78</sup>. Le psychiatre américain, Lothar B. Kalinowsky (1899-1892), auteur de la notice de 1953, rapporte l'éloge rendu par Guillaïn à son maître : : « *J'ai été l'interne de Raymond, je suis devenu son chef de clinique, j'ai vécu dans son intimité, je puis affirmer qu'il fut un grand neurologue, un professeur d'une rare conscience, un clinicien d'un rare mérite* ».

---

<sup>77</sup> Kalinowsky LB. Fulgence Raymond (1844-1910). In: Haymaker W, Baer KA. The Founders of neurology, one hundred and thirty-three biographical sketches prepared for the fourth International neurological congress in Paris, September 5-10 1949. Springfield: CC. Thomas. 1953

<sup>78</sup> Haymaker W, Schiller F. The Founders of neurology: One hundred and forty-six biographical sketches by eighty-eight authors. Springfield: CC. Thomas. 1970.



Fig. 14. Tableau de Fulgence Raymond en robe professorale conservée dans la salle du Conseil à la Mairie de Saint-Christophe sur le Nais.  
(Photo OW, juillet 2019).

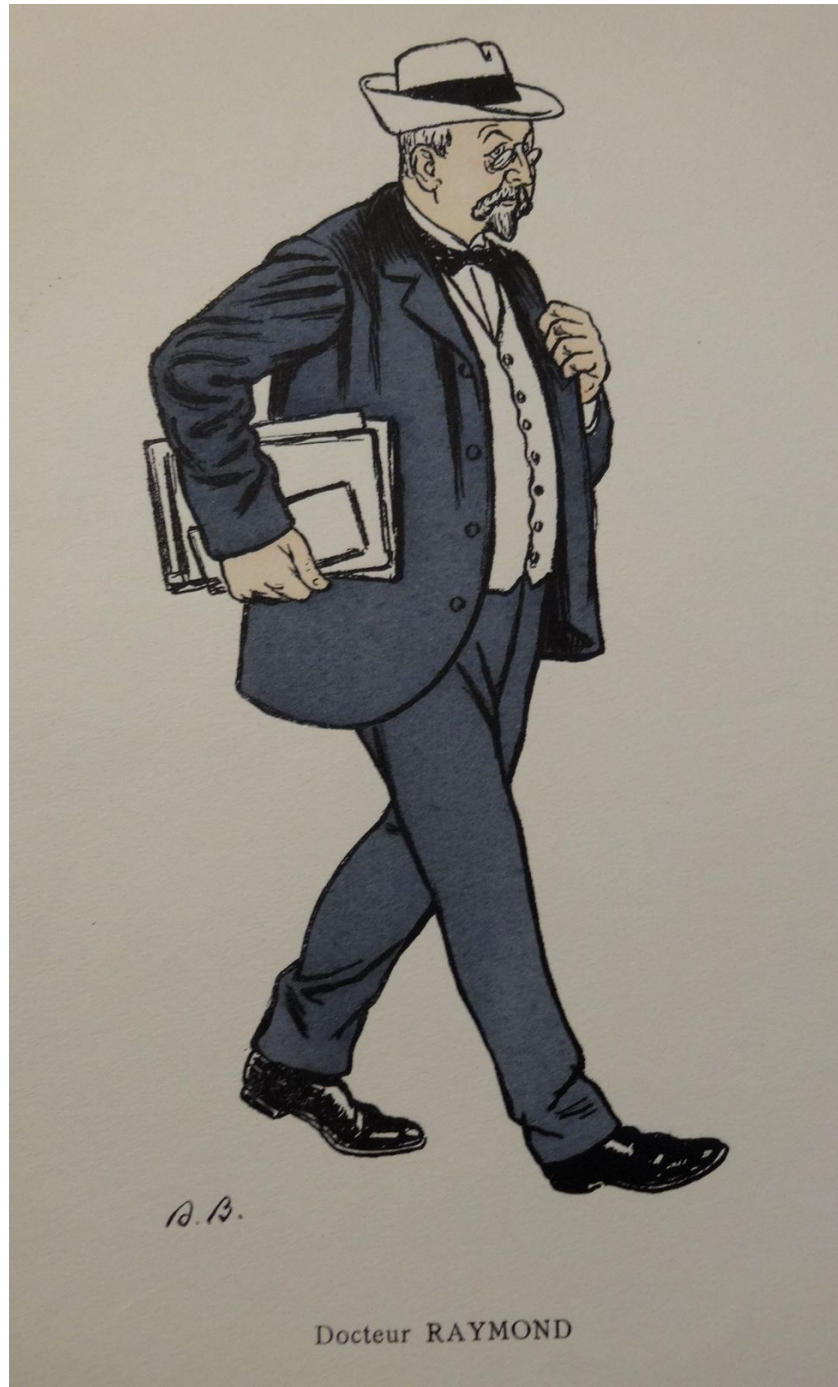


Fig. 15. Caricature de Fulgence Raymond (© Académie nationale de Médecine, Paris).

Tous mes remerciements à Emmanuel Broussolle, Jacques Poirier et Hubert Déchy pour leurs relectures, suggestions et corrections.