



ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE
DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique
des
maladies mentales
à la Faculté de médecine
de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie
de médecine
Médecin de l'Asile clinique
(Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique
des maladies
du système nerveux
à la Faculté de médecine
de Paris.

Rédacteur en chef: **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction: **J.-B. CHARCOT** et **G. GUINON**

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. BABINSKI, BALLEZ, BLANCHARD (R.),
BLIN (E.), BLOQ, BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.),
CAMUSET, CATSARAS, CHABBERT, CHARPENTIER, CHRISTIAN, DEBOYE (M.),
DENY, DUTIL, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, FRANCOIS, GARNIER (S.),
GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, P. JANET, KERAVAL (P.),
LANDOUZY, MARIE, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NOIR,
PIERRET, PITRES, POPOFF, REGNARD (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH,
ROTH (W.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SÉRIEUX, SOLLIER,
SOUQUES, SOCRY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIÈRE (E.),
VOISIN (J.), P. YVON.

Tome XXVII. — 1894.

Avec 28 figures et 2 planches dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL
44, rue des Carmes.

1894

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX,

PARALYSIE GÉNÉRALE, MÉNINGO-MYÉLITE VASCULAIRE DIFFUSE
ET LÉSIONS SYPHILITIKES DES VAISSEAUX;Par M. le docteur F. RAYMOND, professeur agrégé,
Médecin de la Salpêtrière.

Le rôle considérable que la syphilis joue dans la pathologie du système nerveux n'est bien connu que depuis peu ; après avoir décrit les formations nettement syphilitiques, les gomme et les infiltrations gommeuses des méninges et de la substance nerveuse, on en est arrivé à soupçonner, puis à démontrer l'influence de cette infection sur le développement de deux maladies bien autrement fréquentes de l'axe médullo-cérébral, le tabes et la paralysie générale.

Mais, sur ce point, l'étude statistique et clinique a devancé de beaucoup l'étude anatomique, et la difficulté de rapporter à la syphilis les processus histologiques de ces deux maladies a été un des principaux arguments que les auteurs ont fait valoir contre leur nature syphilitique.

Le but que je me propose, dans ce travail, est de chercher par quelle voie on pourra arriver à la solution de ce problème, pour la paralysie générale au moins, car pour le tabes la tâche est actuellement beaucoup trop compliquée. Je voudrais essayer de montrer, par des exemples bien probants, que le

substratum anatomique de la paralysie générale, évoluant chez des syphilitiques, est bien la méningo-encéphalite vasculaire diffuse, et que ce processus présente des rapports intimes avec d'autres lésions que l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître comme certainement syphilitiques, quoiqu'elles n'aient pas, à proprement parler, les caractères classiques du syphilome.

Nous connaissons actuellement deux formes de myélites, ou plutôt de méningo-myélites syphilitiques : l'une est caractérisée par la présence de gomes méningées ou médullaires — c'est la moins commune —, l'autre consiste en une infiltration des méninges et des parois vasculaires par de très nombreuses cellules dont les noyaux arrondis sont avides de matières colorantes. Ces deux processus ne diffèrent en réalité l'un de l'autre que par l'intensité et la localisation : dans un cas les éléments embryonnaires ne se développent qu'en certains points, mais avec une abondance extrême, dans l'autre les mêmes éléments prolifèrent bien moins activement, mais sur une étendue beaucoup plus considérable. La preuve qu'il n'y a pas entre ces deux formes des différences fondamentales, est dans ce fait qu'elles se combinent souvent entre elles pour former des myélites à la fois gommeuses et diffuses.

C'est la forme diffuse que MM. Gilbert et Lion désignent sous le nom de *méningo-myélite diffuse embryonnaire*, à cause de l'aspect des cellules infiltrantes. Ces auteurs en ont parfaitement mis en évidence la nature syphilitique en montrant qu'elle peut se développer à une période très précoce de l'infection, à une période, par conséquent, où le lien causal saute bien mieux aux yeux que lorsqu'il s'agit d'une syphilis ancienne.

Rien n'est variable comme la marche et l'évolution de ces lésions médullaires ; au point de vue clinique le tableau change du tout au tout suivant que la lésion est diffuse ou localisée, qu'elle évolue lentement ou rapidement, qu'elle prédomine en tel point ou en tel autre, que les gros vaisseaux sont pris ou indemnes, suivant, enfin, que les éléments nobles résistent avec plus ou moins de vigueur aux assauts que leur livrent les lésions vasculaires. Cette méningo-myélite peut garder des années son apparence embryonnaire ; elle est alors très lente, très régulièrement étendue à tous les faisceaux de la moelle, et, si les cellules nerveuses souffrent de la circulation déficiente des liquides nourriciers, on peut la voir évo-

luer sous les allures cliniques d'une atrophie musculaire progressive : c'est un fait de ce genre que j'ai communiqué en 1892 à la Société médicale des hôpitaux. Elle peut aussi aboutir à un processus scléreux, qui est en quelque sorte une guérison, une cicatrice, et c'est ainsi que se forment, suivant toute vraisemblance, les formes *scléreuses* et *scléro-gommeuses*. Enfin lorsque la lésion des gros vaisseaux nourriciers de la moelle, artères ou veines, prend une importance prépondérante, il peut se former des *foyers de ramollissement*, par thrombose.

Ce qui est établi pour la moelle est loin de l'être aussi bien pour le cerveau ; nous connaissons parfaitement la méningo-encéphalite gommeuse, mais lorsqu'il s'agit de parler d'une *méningo-encéphalite diffuse embryonnaire*, on éprouve un sentiment de crainte, bien justifiée d'ailleurs, parce qu'on met le pied dans les questions si controversées de l'origine syphilitique de la paralysie générale des aliénés et de la nature de son processus anatomique. Rumpf, dans son beau livre sur les affections syphilitiques du système nerveux, compare bien les lésions de l'écorce cérébrale, dans un cas de paralysie générale, à celles de la syphilis médullaire, il déclare bien qu'il considère cette lésion comme un type de tissu de granulation (*Granulations-geschwulst*), mais son opinion ne paraît pas avoir été suffisamment remarquée ; d'ailleurs les arguments qu'il donne ne sont pas assez convaincants.

Pour ma part, je crois que la paralysie générale est neuf fois sur dix d'origine syphilitique et que son substratum anatomique, je parle de la paralysie générale vraie, est une inflammation interstitielle chronique qui a son point de départ dans les capillaires du cerveau et plus particulièrement de l'écorce cérébrale. Cette lésion est-elle différente anatomiquement suivant qu'elle est syphilitique ou non ? je n'en sais rien, n'ayant eu à étudier jusqu'à présent que des faits où l'origine syphilitique ne faisait pas de doute ; en tout cas, si l'on se reporte aux examens histologiques qui ont été publiés, on voit que, quelle que soit l'étiologie invoquée, on rencontre, pour ainsi dire, toujours les mêmes lésions embryonnaires des vaisseaux.

Les trois observations avec autopsie que je vais rapporter, et surtout la première, me paraissent propres à éclaircir un peu la question et à montrer que, dans les cas syphilitiques, la lésion de la paralysie générale est une lésion histologique-

ment syphilitique ; qu'elle est à la gomme méningo-encéphalique ce que la méningo-myélite embryonnaire est à la méningo-myélite gommeuse et que, par conséquent, entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale syphilitique, il existe vraisemblablement des intermédiaires plus nombreux qu'on ne le croit actuellement. Ceci est vrai pour les cas de paralysie générale syphilitique, qui forment, d'après les statistiques bien faites (Régis), les 9/10 des cas de paralysie générale ; pour les autres, si réellement elles ne se distinguent en rien des premières au microscope, il faudra admettre que d'autres infections peuvent donner une lésion vasculaire diffuse que nous ne pouvons pas différencier actuellement de celle de la syphilis. D'ailleurs n'est-on pas embarrassé à chaque instant pour décider, à l'aide du microscope, si telle lésion est syphilitique, tuberculeuse ou simplement inflammatoire ? Enfin il ne faut pas oublier que des lésions toutes différentes de l'encéphalite interstitielle peuvent donner naissance à un tableau clinique qui ressemble d'une façon frappante à celui de la paralysie générale. (Cas de Mendel, *Berl. klin. Woch.*, 1883, etc.)

L'OBSERVATION I est celle d'une femme qui est morte dans mon service d'une attaque épileptiforme causée vraisemblablement par une hémorrhagie de la base du cerveau. Elle présentait les signes manifestes d'une paralysie générale au début et, de plus, des manifestations tabétiques que l'autopsie a montré être en rapport avec une méningo-myélite embryonnaire diffuse. Ce qui en fait le principal intérêt, c'est que la signature de la syphilis se trouvait dans certaines lésions des gros vaisseaux du cerveau et de la moelle.

L'OBSERVATION II a déjà été publiée, à un autre point de vue, par mon élève Nageotte (*Thèse de Paris*, 1893) ; l'examen histologique, qui n'avait pas pu être achevé dans tous ses détails à cette époque, a révélé une très curieuse combinaison de paralysie générale, de tabes légitime et d'une méningo-myélite diffuse embryonnaire surajoutée ; chose bien remarquable, la myélite, au lieu d'être étendue à tous les faisceaux de la moelle, comme c'est l'habitude, se cantonnait presque exclusivement dans les cordons postérieurs, lieu de moindre résistance de par la lésion tabétique qui les occupait auparavant, ou qui s'était développée simultanément.

L'OBSERVATION III concerne un homme atteint autrefois

d'une myélite transverse syphilitique de la région dorsale supérieure ; cette lésion, qui avait passé à la sclérose, présente des détails histologiques intéressants ; mais ce qui fait surtout l'importance de cette observation, c'est la présence dans le cerveau d'une lésion vasculaire diffuse, peu avancée, avec intégrité absolue de l'élément nerveux, or le malade n'avait présenté, en fait de symptômes cérébraux, que trois attaques d'aphasie transitoire ; ce n'était pas un paralytique général, mais son cerveau était atteint d'une inflammation vasculaire qui ne différait en rien de celle que l'on rencontre dans la paralysie générale ; il ne manquait que la participation de l'élément noble pour produire les accidents mentaux. Ce fait me semble bien propre à prouver que ce sont les vaisseaux qui commencent le processus dans la paralysie générale syphilitique, puisqu'il montre leur lésion isolée, alors que quelques prodromes lointains avaient encore seuls annoncé l'affection cérébrale.

A ces trois observations complètes, avec autopsie, je joindrai le résumé de deux autres observations purement cliniques, qui sont intéressantes au point de vue de la marche et de l'évolution de certains accidents de syphilis cérébrale.

OBSERVATION I. — *Syphilis datant de quatorze ans. — Céphalalgie. — Attaque apoplectiforme. — Paralysie du nerf moteur oculaire commun droit. — Tremblement de la langue ; trouble de la parole. — Perte de la mémoire, démence. — Douleurs fulgurantes des membres et douleurs en ceinture. — Démarche incertaine. — Abolition du réflexe patellaire gauche, diminution du réflexe droit. — Attaques épileptiformes subintrantes, mort dans le coma. — Autopsie : méningo-encéphalite diffuse ; méningo-myélite embryonnaire ; névrite interstitielle du nerf moteur oculaire commun droit à son émergence, entraînant une dégénérescence descendante de toutes les fibres de ce nerf. — Lésions spécifiques des artères de la base du cerveau. — Gommès microscopiques des veines ayant déterminé une hémorragie méningée à la base du cerveau. — Foyers d'œdème localisé dans l'écorce cérébrale.*

Voir. Delphine, âgée de quarante-cinq ans, ménagère, entre le 12 novembre 1892 à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 20.

La malade est de petite taille, assez grasse ; la paupière droite est tombante ; la face, congestionnée, porte une impression d'égarément et de souffrance profonde ; l'attitude est affaissée, la démarche peu sûre. Venue à la consultation des yeux, cette femme m'est adressée et je la reçois dans mon service.

En interrogeant la malade, on s'aperçoit bientôt que ses réponses sont loin d'être nettes et précises; sa mémoire a subi une atteinte évidente. Ses antécédents héréditaires ne paraissent rien présenter d'intéressant. Dans sa jeunesse elle a eu plusieurs maladies sur lesquelles elle s'explique fort mal; plus tard elle semble avoir mené une vie aventureuse; actuellement elle est isolée, sans parents, sans appui, et ses deux enfants, âgés de huit et dix ans, sont envoyés au dépôt. Il y a quatorze ans, ayant contracté la syphilis (plaques muqueuses, céphalalgie, perte des cheveux, éruption de boutons), elle se soumit à un traitement mercuriel pendant quelques mois seulement.

L'affection actuelle a débuté au mois d'août de cette année, par une sensation de fatigue, de courbature généralisée; bientôt après survinrent des douleurs vagues dans les membres, des douleurs en ceinture et une céphalalgie très intense, presque continuelle. Cet état ne l'empêcha pas de vaquer plus ou moins à ses occupations jusque vers le milieu du mois de septembre. A cette époque elle eut une attaque apoplectiforme sur laquelle elle ne peut donner que des renseignements très confus; ce qui est certain, c'est qu'elle est restée plusieurs heures sans connaissance; la perte de la mémoire que la malade présente, et dont elle se rend assez bien compte, daterait de cet accident. Depuis ce moment elle a vécu à peu près sans rien faire, soignée et aidée par des voisines.

Vers la fin d'octobre la paupière de l'œil droit tomba, en même temps que survenaient dans la région hypogastrique et dans les membres inférieurs des douleurs qui avaient les caractères de douleurs fulgurantes.

Actuellement la malade souffre beaucoup de la tête; la douleur occupe principalement les régions sus-orbitaires et les tempes, elle est à peu près continue, avec des périodes d'exacerbation accentuées surtout vers le soir.

La paupière droite est complètement tombante: quand on la soulève, on aperçoit le globe oculaire dévié en dehors avec la pupille dilatée (paralysie de la troisième paire); la pupille droite, moyennement dilatée, est insensible à la lumière.

La parole est un peu embarrassée, avec quelques faux pas. Les mots difficiles sont prononcés avec une certaine hésitation; les lèvres tremblent, ainsi que la langue, pendant la parole. Les réponses sont lentes, la mémoire est défectueuse sur bien des points; ainsi il est impossible d'obtenir des détails sur la façon dont elle a passé les derniers jours. Pourtant la malade calcule encore assez correctement.

Le réflexe rotulien gauche est aboli; le droit persiste encore, quoique diminué. Il n'y a pas d'atrophie musculaire ni de paralysie des membres. Les doigts sont animés d'un tremblement manifeste; la marche est peu assurée, sans qu'il y ait d'ataxie à

proprement parler; la station debout, les yeux fermés, est très difficile.

La sensibilité est bien conservée partout; les masses musculaires, particulièrement celles des mollets, sont un peu douloureuses à la pression; la malade accuse encore une sensation de constriction thoracique et des douleurs erratiques dans les membres.

La langue est blanchâtre, l'appétit peu vif; il n'y a pas de fièvre.

Traitement : frictions mercurielles et iodure de potassium à doses rapidement croissantes (de 3 à 12 grammes).

Le 16 novembre à 11 heures du matin, pendant le repas, la malade est prise brusquement d'une attaque épileptiforme: elle se renverse sur son oreiller, sa face grimace et devient bleue, ses membres se raidissent dans l'extension par des contractions toniques violentes, sans clonus. Au bout de quelques minutes survient une détente, marquée surtout sur le côté gauche du corps.

Cette période de calme est bientôt suivie d'une nouvelle crise plus violente que la première et ayant comme elle un caractère exclusivement tonique; la langue est projetée hors de la bouche et il se fait une abondante sécrétion de sueur sur toute la face; les lèvres se recouvrent d'écume mêlée de sang. Une émission involontaire d'urine et de matières fécales se produit. La malade est en réalité en état de mal et subit une série d'attaques subintrantes qui se prolongent jusque vers une heure de l'après-midi. A ce moment la contracture cède presque complètement; il ne reste un peu de raideur que dans le bras droit. La respiration devient plus calme, mais la malade reste insensible à tout ce qui l'entoure. T. 37°,2 le matin, 38°,3 le soir.

Le 17 novembre, à 5 heures et demie du matin, la malade entre de nouveau en état de mal et n'en sort que vers 2 heures de l'après-midi; les attaques recommencent à 5 heures pour durer toute la nuit. T. 38°,9 le matin, 40°,5 le soir.

Le 18 novembre au matin on trouve la malade dans le coma; la température est de 41°; les spasmes toniques s'espacent de plus en plus. Le bras et la jambe gauches sont très fortement contractés en extension, les poings fermés; le côté droit au contraire est plus flasque: c'est l'inverse de ce qui s'est produit après la première attaque. La face est pâle, avec des lèvres bleuâtres; la langue porte des traces de morsures. La pupille droite est en mydriase (paralyse de la troisième paire); la pupille gauche est en myosis très prononcé. La malade regarde à gauche; la commissure labiale gauche est attirée en dehors et en haut.

La malade meurt dans la soirée sans être sortie du coma. T. 41°,6.

AUTOPSIE faite trente-six heures après la mort. Les parois osseuses du canal rachidien ne présentent rien d'anormal. A la partie postérieure de la moelle, dans la moitié inférieure de la région dorsale,

et dans la région lombaire supérieure, on aperçoit un épanchement sanguin sous-arachnoïdien, rougeâtre, très peu abondant et limité assez exactement à l'espace situé entre les émergences des racines postérieures.

La moelle ne présente pas d'autre lésion macroscopique appréciable, sauf une congestion très marquée des veines de la pie-mère. Les racines rachidiennes antérieures, sans avoir perdu leur coloration nacrée, présentent au doigt une dureté insolite, surtout vers le point où elle vont traverser la dure-mère.

La boîte crânienne est saine; lorsqu'on incise la dure-mère, on tombe sur les circonvolutions aplaties, comprimées et sèches, le liquide céphalo-rachidien ayant disparu complètement; cet état montre que le cerveau était comprimé. La dure-mère est saine; la pie-mère et l'arachnoïde paraissent minces à la convexité; pourtant les sillons sont marqués par des lignes blanchâtres. De chaque côté on aperçoit une large ecchymose sous-arachnoïdienne qui semble partir de l'origine de la scissure de Sylvius et qui remonte jusque vers le milieu de la face convexe des hémisphères, en s'atténuant graduellement.

Le cerveau étant enlevé avec le bulbe, on voit que toute la région basilaire est le siège d'un vaste épanchement sanguin sous-arachnoïdien, d'où émerge la tige pituitaire. En avant cet épanchement s'arrête au chiasma des nerfs optiques; en dehors il s'étend dans les fosses de Sylvius; en arrière il s'avance sur la moitié antérieure de la protubérance et il contourne les pédoncules cérébraux pour arriver jusqu'à la face supérieure du cervelet. Cet épanchement, de couleur rougeâtre, forme un caillot qui mesure environ un centimètre et demi d'épaisseur au niveau de l'espace interpédonculaire. Les nerfs de la troisième et de la quatrième paire en émergent.

L'épendyme du quatrième ventricule est épaissi et granuleux; celui des ventricules latéraux et du troisième ventricule l'est également, mais à un degré moindre.

Les méninges molles adhèrent à la substance cérébrale et en arrachent des lambeaux lors de la décortication, de telle sorte qu'il reste une surface ulcérée. Les ulcérations sont abondantes surtout en avant, le long de la scissure interhémisphérique et sur l'écorce de la face convexe du lobe frontal; elles sont plus rares sur le reste du lobe frontal: on n'en voit presque pas sur les lobes temporaux et pariétaux; quant au lobe occipital, il paraît sain. Les circonvolutions ne sont pas atrophiées, mais leur consistance est très molle; peut-être faut-il mettre cette altération sur le compte de la putréfaction.

Sur la coupe des hémisphères on ne remarque aucune lésion autre qu'un piqueté congestif très accentué. Les ventricules ne sont pas dilatés.

Les poumons sont le siège d'un œdème congestif intense, avec un foyer de broncho-pneumonie à la base droite. Le cœur est flasque ; il pèse 370 grammes. Les reins paraissent sains ; ils pèsent ensemble 300 grammes. Le foie est gras, la rate normale. L'utérus et les annexes sont englobés dans des fausses membranes épaisses et anciennes.

Examen histologique. — Les centres nerveux et les nerfs périphériques ont été étudiés à l'aide des méthodes usuelles. De très nombreuses coupes ont été pratiquées dans les différentes parties de l'écorce, dans le bulbe et dans la moelle ; la région de l'aqueduc de Sylvius a fourni dans toute sa hauteur des coupes sériees ; les nerfs et les muscles des deux orbites ont été dissociés et coupés séparément après fixation dans l'acide osmique.

Toute cette étude a permis de conclure que :

1° Le cerveau presque tout entier est le siège de cette *méningo-encéphalite vasculaire diffuse*, qui est la lésion de paralysie générale légitime ;

2° Cette lésion vasculaire s'étend en outre à tout le reste de l'axe nerveux, en constituant dans la moelle une *méningo-myélite diffuse* qui répond de tout point à la *méningo-myélite diffuse embryonnaire* de MM. Gilbert et Lion ;

3° Les gros vaisseaux de la base du cerveau et des méninges rachidiennes sont le siège, veines et artères, de *lésions nodulaires caractéristiques de la syphilis* ; la phlébite est la cause de l'hémorragie méningée ;

4° L'ophtalmoplégie est causée par une *infiltration embryonnaire diffuse du nerf moteur oculaire commun droit*, au niveau de son émergence, qui amène la dégénérescence de toutes les fibres périphériques de ce nerf.

Cerveau. — L'écorce cérébrale est le siège d'une lésion vasculaire diffuse, qui se continue d'ailleurs dans la substance blanche sous-jacente, mais à un moindre degré. Cette lésion est constituée par une accumulation de cellules à noyaux arrondis dans la paroi et la gaine lymphatique, pour les vaisseaux de calibre, dans la gaine lymphatique seule pour les capillaires gros ou petits ; les noyaux longitudinaux de l'endothélium se voient partout intacts et la lumière est libre ; de même les noyaux transversaux des vaisseaux de calibre, qui appartiennent aux cellules musculaires, sont respectés malgré la présence des cellules embryonnaires infiltrantes.

Ces cellules appartiennent au tissu mésodermique ; ce sont des cellules fixes, qui n'ont nullement le noyau des leucocytes ; elles sont réparties par petits groupes irréguliers sur l'adventice des capillaires, faisant saillie dans la substance cérébrale et donnant par places l'aspect de grappes. Les capillaires les plus volumineux sont les plus atteints, surtout dans la région des cellules pyrami-

dales, aussi dans les préparations colorées à l'hématoxyline et examinées à un faible grossissement, voit-on ces vaisseaux dessiner un

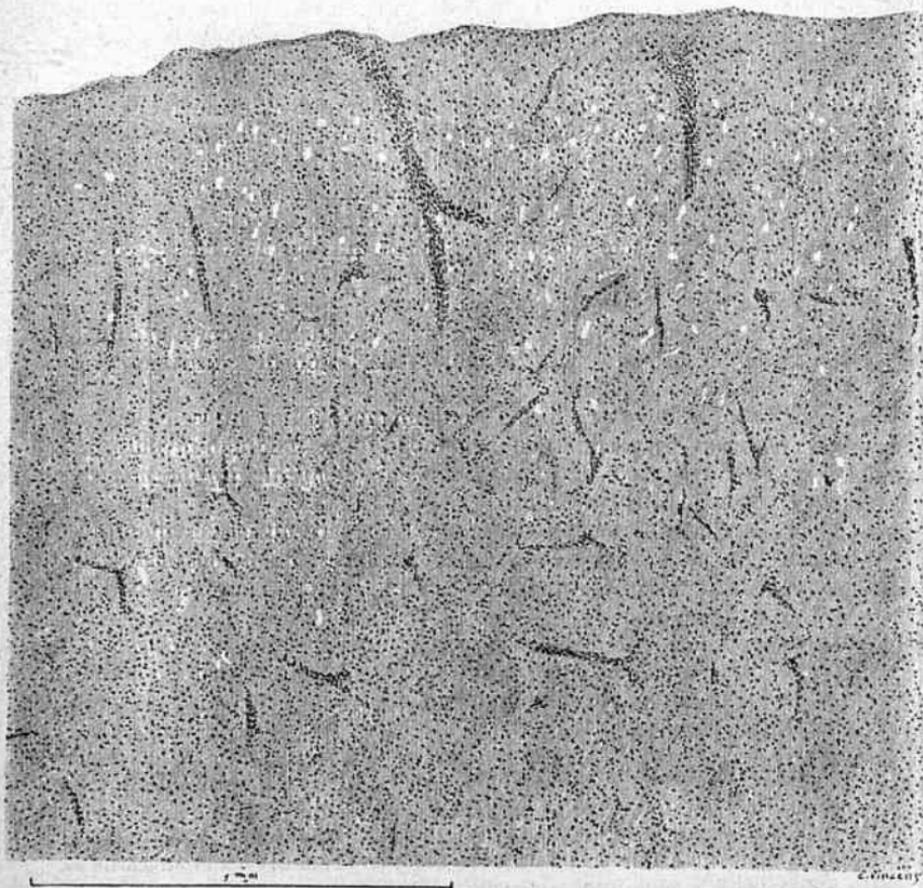


Fig. 1.

OBSERVATION I. — *Ecorce prise à la convexité du lobe frontal.* — Lésions des vaisseaux, dont les parois sont surchargées de noyaux; légère hémorragie dans la gaine des deux vaisseaux les plus volumineux. *Hématoxyline de Delafield.* (Obj. 1, oc. 1 Verick.)

réseau irrégulier, à mailles assez larges, de lignes violettes formées d'un fin pointillé.

En un mot c'est la lésion typique que l'on rencontre dans la paralysie générale légitime.

La lésion n'est pas très avancée, quoique parfaitement nette. aussi la névroglie n'a-t-elle pas pris une part bien marquée au

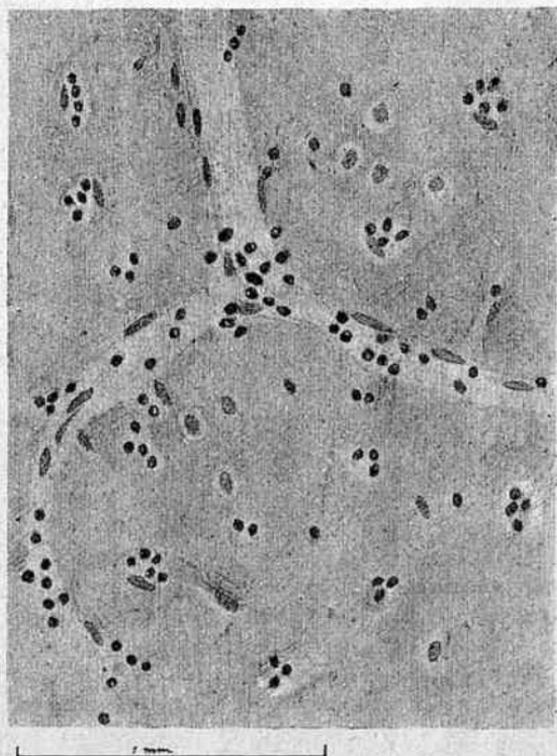


Fig. 2. — Un capillaire fin pris dans la coupe représentée sur la figure précédente; altération, encore peu avancée, caractérisée par l'accumulation de noyaux arrondis dans la gaine adventive; les noyaux allongés de l'endothélium sont sains; les petits amas de noyaux situés à côté du capillaire appartiennent à d'autres capillaires coupés en travers; les noyaux des cellules de la névroglie sont plus volumineux et plus pâles. (Obj. 7, oc. 1 Vérick.)

processus pathologique; il n'y a encore que peu de cellules araignées.

Les éléments nerveux cellulaires n'ont pas non plus souffert d'une façon appréciable; peut-être leurs noyaux se colorent-ils un peu mieux qu'à l'état sain, ainsi qu'on le voit dans la paralysie générale. Quant aux fibres tangentiellles, elles paraissent avoir disparu dans une assez large mesure, mais en ce point je ne puis être affir-

matif, car le cadavre était un peu putréfié au moment de l'autopsie et, d'une façon générale, toutes les fibres à myéline du cerveau,

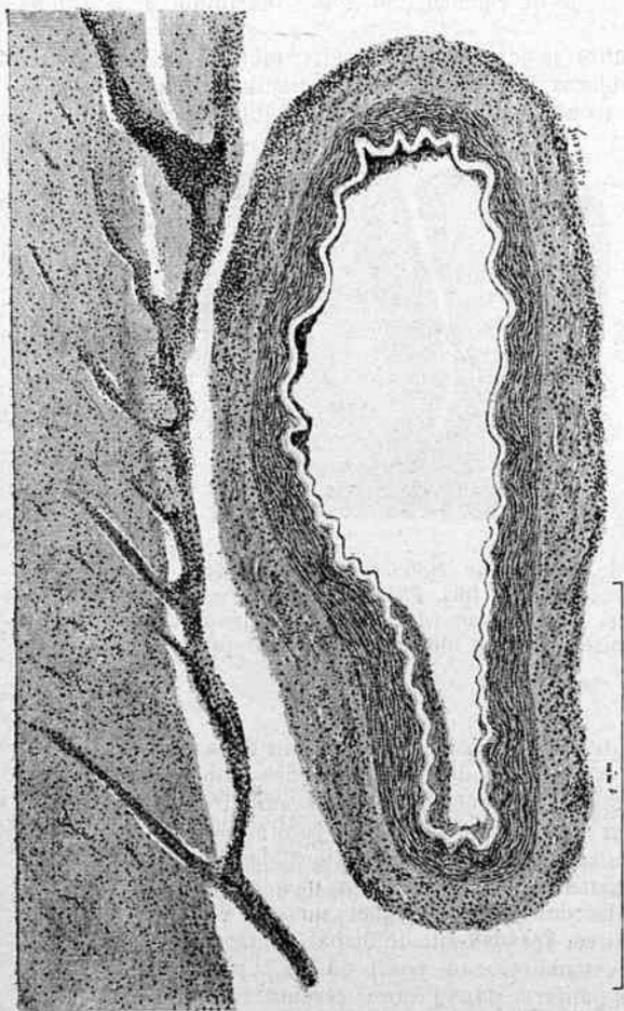


Fig. 3. — Coupe de l'artère cérébrale postérieure, avec un fragment d'écorce du lobe temporal (fente de Bichat). Méningite caractérisée par l'abondance des cellules embryonnaires; l'altération se propage aux vaisseaux qui partent de la pie-mère; l'un de ceux-ci, à droite, porte à son origine une gomme miliaire. Périartérite avec une tendance à la formation nodulaire; plaque d'endartérite oblitérante, à gauche. Hématoxyline de Delafield, éosine. (Obj. 1, oc. 1 Véric.)

colorées par la méthode de Pal, présentent des altérations cadavériques assez accentuées; il n'a pas été fait de préparation à l'état frais par la méthode d'Exner à l'acide osmique.

Cette lésion d'inflammation interstitielle diffuse n'est pas spéciale à l'écorce cérébrale; on la retrouve dans toutes les autre-

parties du cerveau et, plus accusée encore, dans la protubérance, le bulbe et la moelle où nous la retrouverons tout à l'heure. Dans l'écorce cérébrale elle est à son maximum dans tout le lobe frontal, aussi bien à droite qu'à gauche, et à son maximum dans le lobe occipital.

A l'encéphalite se joint une méningite, moins accusée dans les régions supérieures du cerveau et en particulier sur la partie convexe du lobe frontal, où pourtant l'encéphalite est avancée, plus

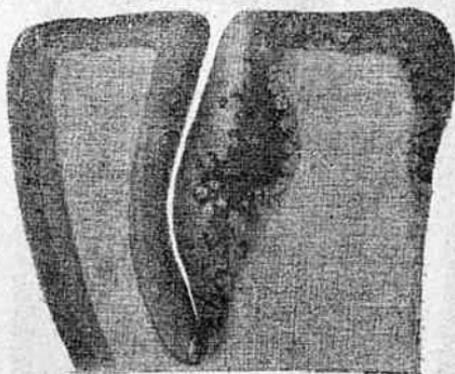


Fig. 4. — *Circonvolutions motrices gauches*, prises à leur région moyenne, grossies deux fois. Foyers d'œdème localisé. La frontale ascendante est à droite; son écorce, dans la scissure de Rolando, est coupée au voisinage d'une inflexion, ce qui fait qu'elle est plus large à ce niveau.

intense au contraire à la base et aux environs de la fente de Bichat. La pie-mère est infiltrée de cellules rondes embryonnaires, qui, vers la base, se disposent en nodules miliaires, au fond des sillons; aucun de ces nodules embryonnaires ne présente de traces de caséification, pourtant ils portent bien le caractère infectieux et, en l'absence de tuberculose, on ne peut guère les rapporter qu'à la syphilis: encore un pas, et nous aurions de véritables gommés miliaires. Vers la fente de Bichat, on trouve de semblables nodules, périvasculaires, au point où les capillaires quittent la méninge pour pénétrer dans l'écorce cérébrale.

En résumé le cerveau est atteint de méningo-encéphalite vasculaire diffuse; le processus méningé, tout en étant de même nature que le processus encéphalique, en est jusqu'à un certain point indépendant par sa localisation; on pourrait déjà presque affirmer la syphilis à l'aspect des lésions méningées. Les éléments cellulaires nerveux et névrogliaux ne participent guère au processus inflam-

matoire. C'est la lésion que jusqu'ici j'ai rencontrée dans tous les cerveaux de paralytiques généraux, que j'ai eu l'occasion d'étudier, sauf qu'ici la participation de la méninge est plus considérable qu'elle ne l'est le plus souvent.

A cette lésion profonde, déjà ancienne, à évolution progressive, se surajoute par places une lésion beaucoup plus superficielle évi-

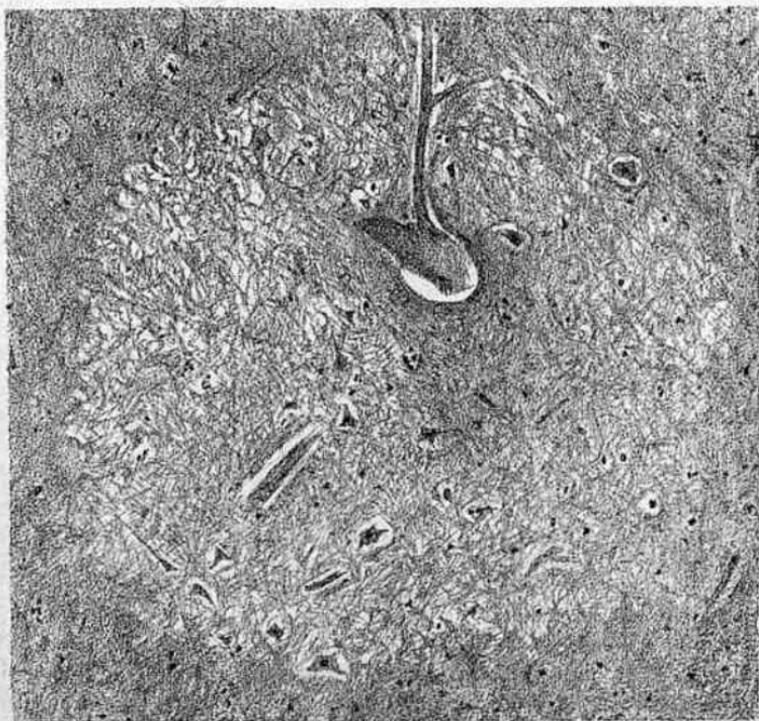


Fig. 5. — Un des foyers d'œdème de la figure précédente vu à un fort grossissement. Dilatation des gaines vasculaires et des espaces péri-cellulaires; situation péri-vasculaire du foyer. Carmin. (Obj. 3, oc. 4 Véric.)

demment récente et transitoire, qui a certainement joué un grand rôle dans les phénomènes ultimes d'épilepsie qui ont emporté la malade. Dans certaines circonvolutions, à l'œil nu, on voit des taches claires, arrondies, plus ou moins confluentes, situées dans des points où le tissu environnant prend une teinte un peu plus foncée que dans les régions où cette lésion n'existe pas; ces taches, visibles sur le cerveau avant toute préparation, sont exac-

tement limitées à l'écorce, elles mesurent de 1 à 2 millimètres de diamètre. A un faible grossissement on voit qu'elles présentent toutes à leur centre un vaisseau assez volumineux et que leurs limites répondent assez bien à celles de l'aire de ce vaisseau. A un plus fort grossissement, la substance fondamentale du cerveau laisse voir en ces points le réticulum névroglie bien plus nettement qu'ailleurs ; la substance interstitielle amorphe semble en avoir été chassée par un liquide qui en distend les mailles ; au contraire à la périphérie la substance semble condensée. Ce qui prouve bien qu'il s'agit là de foyers d'œdème localisé, c'est que dans ces points les gaines lymphatiques vasculaires et les espaces péricellulaires sont fortement dilatés ; d'ailleurs ce n'est pas une lésion bien ancienne, ni bien profonde, car les éléments cellulaires et les fibres à myéline n'ont pas subi encore d'altérations.

Ces taches n'existent pas du tout dans les circonvolutions de la région motrice gauche, mais elles sont extrêmement nombreuses dans la région motrice droite (les spasmes ont prédominé dans le côté gauche pendant les dernières heures de la vie de la malade, au contraire, ils avaient prédominé à droite, au début des accidents). Il en existe aussi beaucoup dans le lobe frontal gauche, mais il n'y en a que quelques-unes dans le lobe frontal droit, et dans le lobe occipital gauche ; le lobe occipital droit en contient à peine.

On trouve également des taches semblables, très exactement limitées à la couche moléculaire de l'écorce du cervelet et disposées sous forme de houppes assez régulièrement espacées.

Pédoncules cérébraux, protubérance et bulbe. — Les lésions des vaisseaux de tout calibre sont exactement semblables à celles du cerveau, mais beaucoup plus intenses. Pourtant il n'y a aucune lésion des éléments nerveux : les cellules des noyaux gris et les fibres des divers faisceaux sont complètement intacts. Les noyaux multiples des nerfs moteurs oculaires communs ont été étudiés avec un soin tout particulier à l'aide de coupes sériées de toute la hauteur de l'aqueduc de Sylvius, colorées les unes à l'hématoxyline avec éosine, les autres au carmin, d'autres enfin par le procédé de Weigert-Pal ; les altérations rencontrées dans ces noyaux sont exclusivement vasculaires ; elles sont exactement les mêmes d'un côté comme de l'autre, et par conséquent ne peuvent être invoquées pour expliquer la paralysie du nerf moteur oculaire commun droit. Au contraire, les lésions méningées et radiculaires en rendent parfaitement compte.

Les lésions de la pie-mère et des gros vaisseaux de la base sont considérables ; les premières sont de même nature que celles que nous avons décrites plus haut, elles consistent en une infiltration embryonnaire périvasculaire ; quant aux lésions des gros vaisseaux, je les décrirai plus loin.

L'infiltration méningée se continue dans le nerf de la troisième paire droit à son origine ; sur les coupes colorées à l'hématoxyline, ce nerf est remarquable par la quantité de cellules embryonnaires

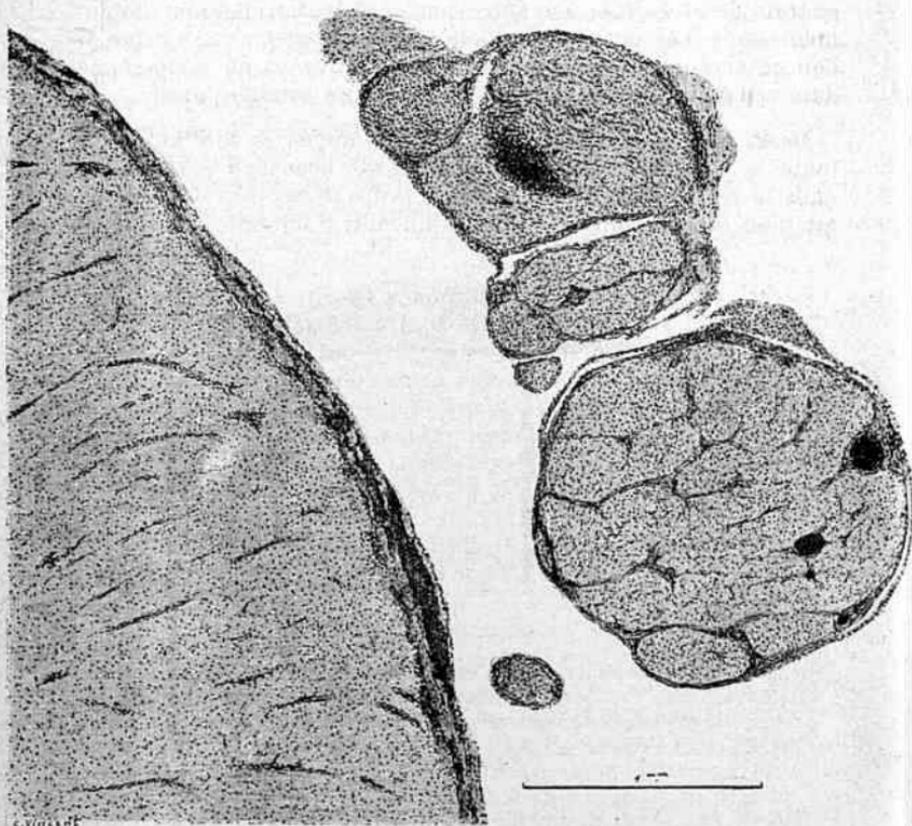


Fig. 6 — Méninge et racine antérieure (5^e cervicale). — Accumulation énorme de noyaux dans la pie-mère, où ils forment de larges taches ; infiltration de la racine, dont le fascicule supérieur contient une petite gomme ; lésion des vaisseaux de la moelle. Hématoxyline de Delafield, éosine. (Obj. 0, oc. 1 Véric.)

qu'il contient ; les septa conjonctifs, qui le subdivisent en fascicules, en sont bourrés et on distingue même par places la formation de petits nodules. Le nerf gauche au contraire est à peu près indemne.

Sur les dissociations des deux nerfs en question, ainsi que de

toutes leurs branches orbitaires, des nerfs de la quatrième et de la sixième paire, on constate que seul le nerf moteur oculaire commun droit est altéré : toutes ses fibres sont en voie de dégénérescence wallérienne et la myéline, fragmentée en grosses boules, est en train de se résorber. Les autres nerfs des deux orbites sont absolument sains. Les muscles de l'œil ont peu réagi ; c'est à peine si l'on observe une légère multiplication des noyaux du sarcolemme dans ceux qui dépendent du moteur oculaire commun droit.

Moelle. — La lésion vasculaire et méningée se continue dans toute la moelle, mais avec une intensité beaucoup plus grande dans le renflement cervical. Elle se propage aux racines qui sont atteintes de radiculite et de périradiculite ; sur une racine anté-

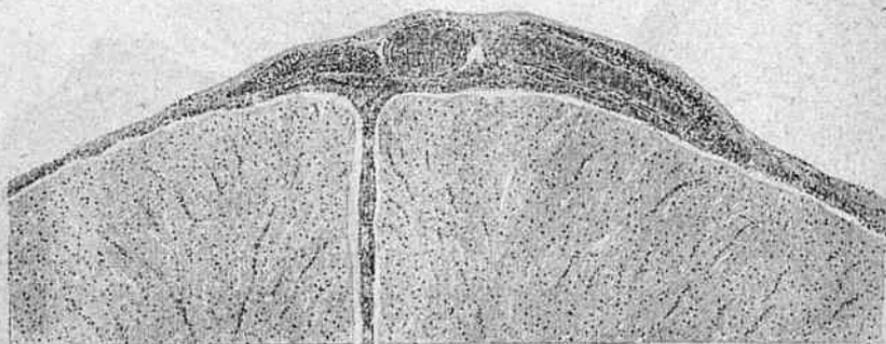


Fig. 7. — *Sillon antérieur de la moelle (région dorsale supérieure) ; la lésion veineuse l'emporte de beaucoup sur la lésion artérielle, qui est exclusivement limitée à l'adventive. Hématoxyline de Delafield, éosine. (Obj. 0°, oc. 1 Véric.)*

rieure de la région cervicale, on aperçoit même un petit nodule gommeux. La lésion méningée prend aussi, dans certains endroits, et particulièrement autour des racines postérieures, un aspect un peu nodulaire.

La névroglie n'a, pour ainsi dire, pas proliféré, mais toute la moelle est comme imbibée d'un exsudat amorphe, qui écarte les tubes les uns des autres et se colore fortement par le carmin ; cet exsudat masque presque complètement les fibrilles de la névroglie ; il est tellement abondant dans la substance grise qu'il en cache presque tous les détails sur les coupes colorées au carmin.

Les éléments nerveux de la moelle ont en vérité peu souffert ; les cellules se colorent fort bien et ont de beaux prolongements ; peut-être leur protoplasma est-il un peu granuleux. Sur les coupes

colorées par le procédé de Pal on ne constate aucune dégénérescence systématique; les coupes ont seulement une coloration moins intense que d'habitude et un peu marbrée, ce qui tient surtout à la présence de l'exsudat signalé plus haut.

Il n'en est pas de même pour les racines qui, tant les antérieures que les postérieures, ont subi une altération évidente de leurs tubes: la gaine de myéline est irrégulière, se colore par le carmin et les cylindres d'axe sont en partie déformés; pourtant il ne paraît pas en manquer beaucoup.

Lésions des gros vaisseaux. — C'est ici que nous allons trouver les lésions les plus typiques au point de vue de la syphilis; on

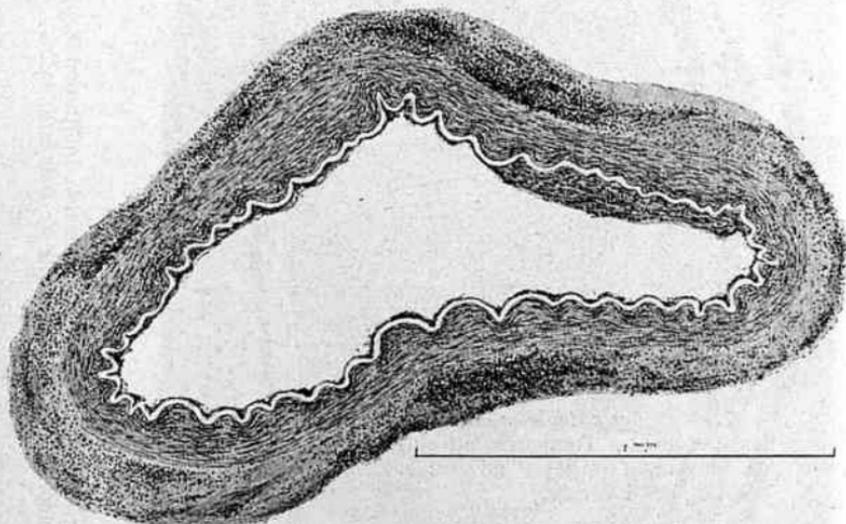


Fig. 8. — Artère cérébrale postérieure. Péri-artérite nodulaire; une plaque d'endartérite oblitérante à droite. Hématoxyline de Delafield, éosine. (Obj. 1, oc. 1 Vérick.)

peut même dire que ce sont les seules qui aient un caractère indiscutablement spécifique, dans l'état actuel de nos connaissances. Ces lésions portent sur les artères, et plus encore sur les veines, de la base du cerveau et de la pie-mère rachidienne.

Toutes les artères de la base du cerveau présentent des plaques d'endartérite oblitérante qui répondent absolument à la description de Heubner; mais ces plaques sont peu épaisses et peu étendues; elles sont presque exclusivement fibreuses, avec des cellules plates et peu de cellules rondes; elles ne contiennent pas de capillaires.

La membrane élastique interne et la tunique musculaire sont par-

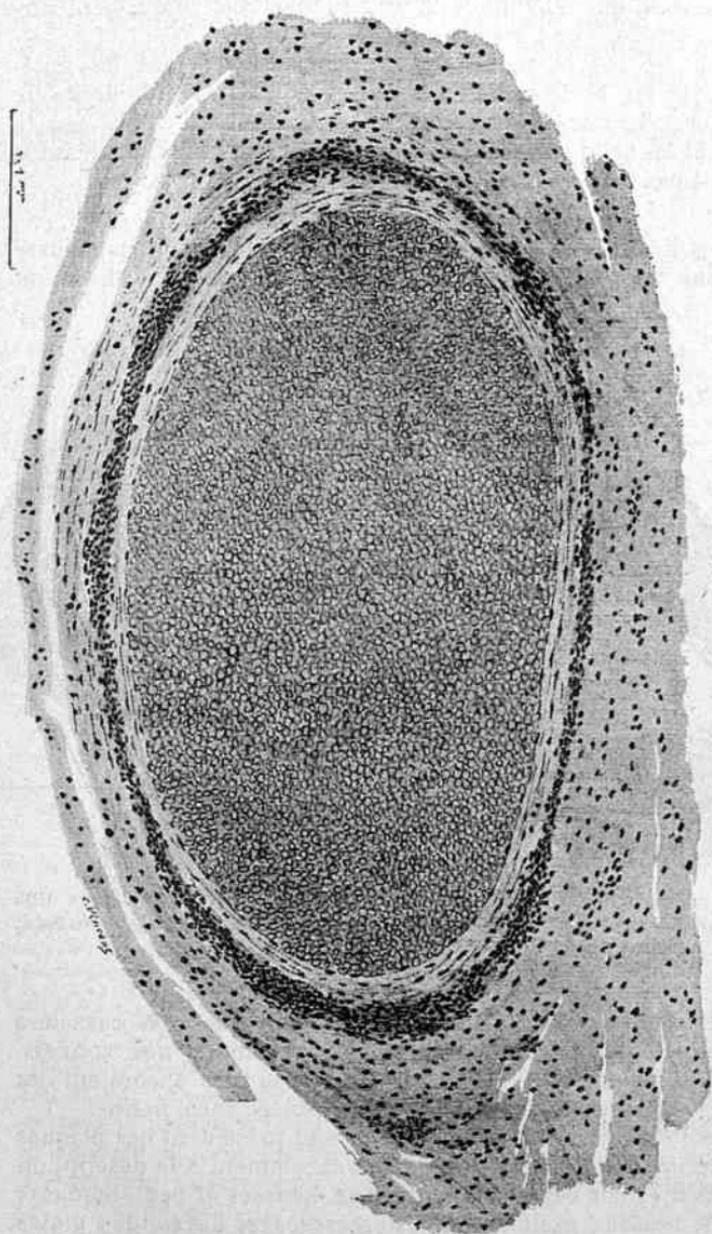


Fig. 9.

Une veine postérieure de la mère postérieure (région dorsale). Infiltration régulière de la tunique musculoco-conjunctive; intégrité de l'endothélium. Hématocryline de Delafield, éosine. (Obj. 3, oc. 4 Véricq.)

out intactes. Les altérations les plus considérables portent sur la

lunique celluleuse qui est épaissie et infiltrée de cellules embryonnaires; ces cellules sont en réalité disposées autour des capillaires nourriciers; tantôt elles sont éparses, tantôt au contraire elles se groupent en petits nodules au nombre de 1, 2, 3 sur une coupe. Il n'y a d'ailleurs aucune trace de caséification. Il s'agit donc d'une périartérite intense qui, par places, est très nettement nodulaire; c'est la première étape d'un processus gommeux; quant à l'endarterite, elle a tous les caractères d'une sclérose banale, secondaire

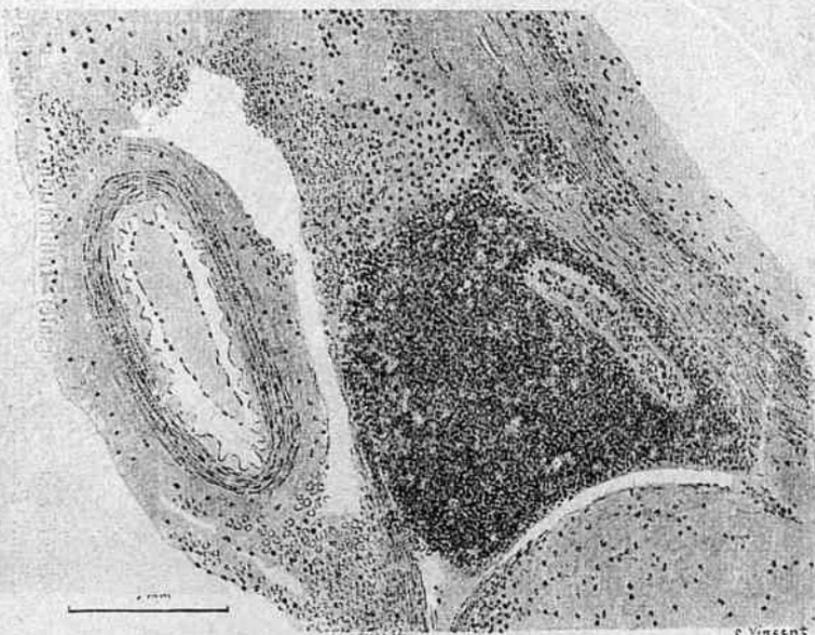


Fig. 10. — Une veine postérieure de la pie-mère rachidienne (région dorsale inférieure). L'infiltration de la paroi, qui était régulière dans la veine représentée par la fig. précédente, forme ici un nodule latéral, une gomme qui comprime la veine; légère hémorragie interstitielle provenant de la veine; au-dessous on voit la racine postérieure, à gauche une artère saine. Hématoxyline de Delafield, éosine. (Obj. 3, oc. 1 Véric.)

aux lésions de la tunique nourricière; elle est encore peu avancée. Dans les artères de la pie-mère rachidienne, la périartérite est bien plus légère et plus diffuse; l'endarterite n'existe pas encore.

Le caractère spécifique est encore bien plus net, s'il est possible, dans les veines, qui sont la source des hémorragies méningées

de la base du cerveau et de la région dorso-lombaire postérieure de la moelle. Ici nous voyons sur certaines veines une infiltration intense de la paroi, régulièrement disposée sous forme de couronne; la tunique interne est intacte, ainsi que l'endothélium; dans l'infiltration on distingue encore quelques noyaux allongés

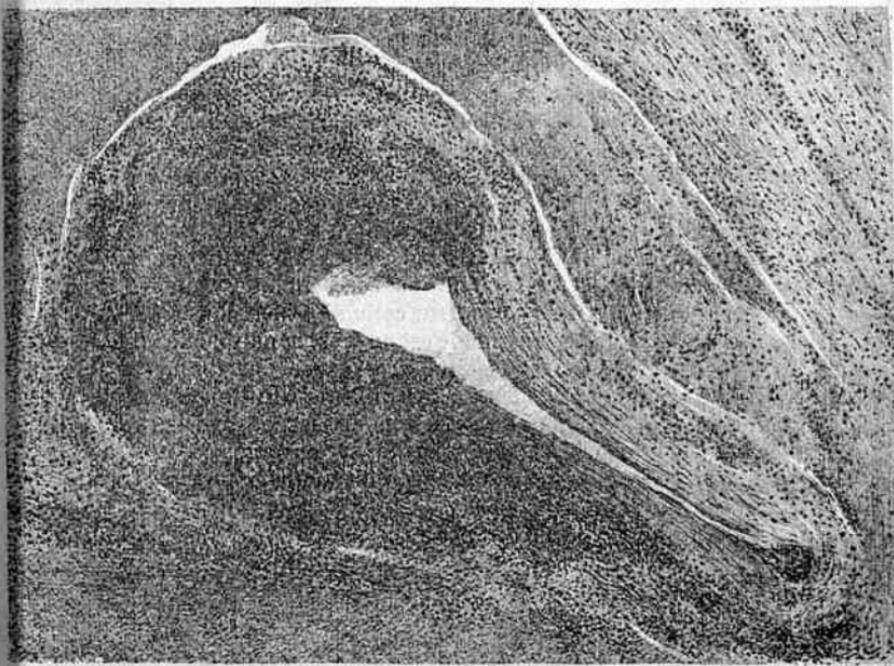


Fig. 11. — Veine de la pie-mère au niveau de l'émergence du nerf moteur oculaire commun droit; gomme de la paroi; le sang filtre à travers les éléments embryonnaires altérés et forme l'hémorragie méningée de la base, au milieu de laquelle la veine se trouve. Le moteur oculaire commun occupe tout l'angle supérieur droit. Hématoxyline de Delafield, éosine. (Obj. 1, oc. 3 Véric.)

qui appartiennent à des fibres lisses; la veine est distendue par le sang. Mais en d'autres points l'infiltration, au lieu d'être régulièrement étendue à toute la périphérie de la veine, se concentre en un point pour former un gros nodule embryonnaire, aussi volumineux que la veine elle-même, dont la lumière est aplatie; au centre de ce nodule les éléments se colorent moins bien qu'à la périphérie: c'est la caséification qui commence et cette lésion n'est autre chose qu'une *gomme miliaire*. Sur quelques veines la

tunique interne est envahie, détruite, et alors le sang fuse à travers des éléments embryonnaires, plus ou moins dégénérés, de la gomme, pour produire l'hémorragie méningée. Ce processus est bien visible surtout à la base du cerveau, où une veine volumineuse a ainsi donné naissance à l'hémorragie considérable qui occupe la région.

La lésion des veines l'emporte de beaucoup en intensité sur celle des artères, à la base du cerveau comme à la surface de la moelle. Chose remarquable, elle est à peu près indépendante de la lésion des méninges et des capillaires; ainsi c'est vers la partie inférieure de la région dorsale et dans la région lombaire en arrière, que les lésions veineuses sont les plus marquées, dans la moelle, tandis que la méningo-myélite est à son maximum dans la région dorsale. Il s'agit pourtant bien évidemment d'un seul et même processus morbide.

L'hémorragie de la pie-mère rachidienne est très peu abondante et constituée exclusivement par des globules rouges, très bien conservés, infiltrés dans le tissu cellulaire lâche de la région. A la base du cerveau l'hémorragie est en très grande partie récente et formée de globules rouges inaltérés, avec des filaments de fibrine; mais il y a aussi des parties plus anciennes où les globules rouges sont détruits et où on voit des leucocytes chargés de granulations pigmentaires. Enfin je dois mentionner la présence de concrétions sanguines récentes qui oblitèrent en partie le tronc basilaire.

Les nerfs périphériques cutanés de la main et du pied ne présentent que des lésions peu marquées.

OBSERVATION II. — *Chancre de la couronne du gland à vingt-sept ou vingt-huit ans. — Diplopie transitoire en décembre 1890. — Sensation de fatigue et quelques douleurs fulgurantes dans les jambes en octobre 1891. — Paraplégie transitoire. — Troubles urinaires. — Perte de la mémoire. — Tremblement intense des lèvres et de la langue. — Démence sans délire. — Pupilles punctiformes. — Signe de Romberg. Abolition des réflexes. Mort dans un accès d'excitation mégalo-maniaque. — Autopsie : méningo-encéphalite vasculaire diffuse. — Myélite à corps granuleux des cordons postérieurs, résultant de la superposition d'une dégénérescence tabétique systématisée et d'une myélite embryonnaire.*

A..., quarante-deux ans, représentant de commerce pour les vins, entre le 21 juin 1892 dans mon service à l'hôpital Lariboisière salle J. Boulay, n° 24 bis.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort asthmatique, à

l'âge de cinquante-quatre ans ; il était chauve et son caractère était assez emporté. Sa mère est encore bien portante, pas nerveuse. Il a une sœur qui a été opérée d'une tumeur au sein. Un oncle paternel divaguait un peu, lorsque le malade l'a vu, il y a une vingtaine d'années.

Antécédents personnels. — Chancre de la couronne du gland vers l'âge de vingt-sept ou vingt-huit ans ; ce chancre a été soigné par l'homœopathie et ne s'est pas accompagné d'accidents secondaires, au dire du malade ; il n'en reste actuellement pas de trace. De plus, le malade a eu deux blennorrhagies et une orchite.

Il nie l'alcoolisme, malgré sa profession ; il ne buvait pas, dit-il, parce qu'il ne faisait que la clientèle bourgeoise.

Histoire de la maladie. — En décembre 1890, il est pris de diplopie et va consulter M. de Wecker qui diagnostique une paralysie du droit externe droit et lui fait, pendant cinq ou six mois, des injections de sublimé aux fesses. Au bout de neuf mois la paralysie avait complètement disparu.

Vers le mois d'octobre 1891, il éprouve une sensation de fatigue dans les jambes et sa marche devient incorrecte ; en même temps, à peu près, il lui semble qu'il perd un peu la mémoire ; il a surtout une certaine peine à trouver des expressions dont, auparavant, il se servait couramment. Bientôt les troubles de la marche empirent tellement qu'il est obligé de donner le bras à deux personnes. Il entre à la Charité. Au bout d'un mois il se produit une amélioration considérable et il peut, de nouveau, marcher seul. A son entrée à l'hôpital, il a eu de la difficulté à uriner ; quelquefois, la nuit, il s'est mouillé. Depuis neuf mois il y a anaphrodisie complète.

Etat actuel. — Le malade est chauve, grisonnant et paraît plus vieux que son âge ; néanmoins il a bonne mine et un certain embonpoint. Sa physionomie exprime le calme et l'nébétude.

Sa démarche est hésitante et mal assurée plutôt que franchement ataxique ; mais aussitôt qu'on lui fait fermer les yeux, les pieds joints, il se met à vaciller et il tomberait si on ne le retenait. D'ailleurs il est très facile de se convaincre qu'il a perdu en grande partie le sens musculaire dans ses membres inférieurs et, à un bien moindre degré, dans ses membres supérieurs. Les réflexes sont abolis.

La sensibilité n'est pas notablement émoussée. Le malade ressent parfois des douleurs fulgurantes dans les cuisses ; ces douleurs ont débuté en 1894, un peu avant l'incoordination motrice, mais elles ont toujours été faibles, le malade y attache fort peu d'importance et il faut attirer son attention sur ce point pour qu'il en parle. Les pupilles sont égales, punctiformes et immobiles.

Lorsque le malade parle, tous les muscles de la face sont animés

d'un tremblement intense, particulièrement ceux des lèvres; la langue est tirée avec peine et présente des secousses fibrillaires des plus marquées. La parole est lente, hésitante, un peu scandée et interrompue par de nombreux achoppements.

Au point de vue mental on observe un affaissement général de l'intelligence; le raisonnement est encore assez correct, mais il est lent et pénible. La mémoire des choses anciennes est peu atteinte, ainsi le malade donne bien les renseignements qui précèdent et calcule correctement; ce dont il se plaint surtout, c'est d'oublier les petits détails de la vie habituelle et d'avoir perdu la faculté de se servir couramment d'une foule d'expressions: les mots lui viennent difficilement; voulant dire, par exemple, que son oncle était tisserand, le mot lui échappe et il est obligé de faire le geste du tisserand pour se faire comprendre.

D'ailleurs il est doux, poli, soigneux de ses affaires; il cause assez raisonnablement avec ses voisins, mais reste volontiers dans son coin. Jamais il n'a eu d'idée délirante quelconque. Il lui semble qu'il est en voie d'amélioration depuis quelque temps.

Dans le courant des mois de juillet, août et septembre, l'état du malade ne change guère; néanmoins il est incontestable que l'affection progresse; la marche devient de plus en plus maladroite, l'intelligence s'affaïsse lentement.

Dans le mois d'octobre, ce mouvement de descente s'accroît légèrement; le malade, qui avait eu bon appétit jusqu'alors, commence à manger moins volontiers, il maigrit, souvent il tombe en marchant; sa parole devient plus indistincte; il dort mal et rôde souvent dans la salle pendant la nuit.

Le 23 octobre, il veut se lever le matin, mais il a l'air tout égaré; il cherche longtemps son pantalon avant de le trouver et met un temps infini pour l'enfiler; allant aux cabinets, il tombe deux fois dans le trajet. Dans le courant de la journée il ne peut pas tenir en place; il erre dans la salle avec un air hébété; il ne veut pas manger; sa parole est beaucoup plus altérée que les jours précédents; par moments on a peine à le comprendre.

Le 30 au matin, il se fâche contre l'infirmier et entre dans une violente colère; pendant la visite il est en état d'agitation maniaque, tout tremblant, et il bredouille quelques phrases incompréhensibles qui ont trait à l'objet de sa colère. Dès lors l'agitation va croissant: il ne reste pas une minute tranquille, se lève, se recouche, essaie vingt fois de faire son lit et passe sa journée à arranger ses couvertures. Il marmotte encore quelques mots dépourvus de sens, mais ne parle à personne.

Le 6 novembre, à la visite, on le trouve en proie à un accès violent de délire mégalo-maniaque, le premier qu'il ait présenté. Il est dans un état d'agitation et de tremblement difficile à décrire; il cause avec la plus grande volubilité, mais sa parole est tellement

bredouillée qu'on a de la peine à la comprendre. Il raconte qu'il vient de se guérir, que sa maladie lui est remontée dans le cerveau, qu'elle lui a donné la faculté de tout dire et de très bien chanter : « Je chante parfaitement, dit-il, tout le monde veut m'entendre..., je chante de toutes les manières possibles..., je chante avec une voix gracieuse (il parle avec affectation)..., avec une voix forte (il hausse la voix)..., avec une voix terrible (il fronce les sourcils et fait des gestes violents)..., je peux crier tant que je veux (et il pousse en effet des vociférations très bruyantes)..., je suis un artiste incomparable..., etc. »

Les pupilles sont punctiformes ; les réflexes sont abolis.

Le 7 le malade ne peut plus quitter son lit ; il est beaucoup plus calme ; il parle encore de son talent de chanteur, mais posément ; sa parole est d'ailleurs aussi peu intelligible que la veille. Dans la soirée il s'affaisse et cesse de parler.

Le 8 le malade est dans un état comateux ; la langue est sèche ; il n'y a pas de paralysie appréciable. T. 39°3.

Mort le 9 novembre 1892 à une heure du matin, deux ans environ après le début de l'affection médullaire et treize mois après les premiers symptômes psychiques.

Autopsie. — Cadavre amaigri, pas d'escharres ni d'atrophie musculaire. La calotte crânienne est normale ; la dure-mère est le siège d'une congestion veineuse marquée.

Les méninges molles sont blanchâtres, œdémateuses à la convexité. Après la décortication les circonvolutions paraissent grêles, surtout dans la région antérieure ; la surface du cerveau est couverte d'ulcérations caractéristiques plus abondantes à gauche qu'à droite ; elles prédominent dans les régions antérieures.

Les ventricules sont dilatés ; l'épendyme qui recouvre la couche optique est légèrement dépoli ; celui du quatrième ventricule est très finement et très régulièrement granuleux. Les artères de la base sont saines. On ne trouve aucune lésion sur la coupe des hémisphères.

La moelle ne paraît pas diminuée de volume ; elle est flasque. L'arachnoïde est épaissie et blanchâtre, surtout en arrière ; elle porte en bas quelques plaques d'arachnitis calcaire. Les racines postérieures sont un peu grisâtres dans la région lombaire. Sur la coupe les cordons postérieurs paraissent très légèrement grisâtres ; plus tard, après durcissement, la lésion est devenue parfaitement visible à l'œil nu.

Les poumons sont sains et libres d'adhérences ; ils sont seulement un peu œdémateux.

Le cœur est assez gros et un peu gras.

Le foie est brunâtre, granulé sur la coupe et son tissu crie un peu sous le couteau. Le pouce n'y entre qu'avec difficulté ; son volume est d'ailleurs normal. L'examen histologique a montré que

cette légère dureté du foie est en rapport avec une cirrhose porte encore peu avancée; de plus il existe une lésion cellulaire très étendue et manifestement récente: les cellules hépatiques, dans des territoires très larges, sont troubles et leur noyau ne se colore plus; les territoires ainsi lésés sont distribués très irrégulièrement par rapport aux espaces portes et sus-hépatiques; ils sont plus étendus que les territoires où les cellules ne sont pas altérées.

Les reins pèsent ensemble 300 grammes; la substance rénale est légèrement réduite. L'un d'eux porte sur sa convexité une cicatrice qui a sur la coupe une forme triangulaire et qui va jusqu'au bassin. L'autre présente à sa partie supérieure une dépression arrondie, large comme une pièce de 5 francs, à bords nets, à fond lisse; sur une coupe le tissu rénal est scléreux à cet endroit et mesure à peine 1 centimètre. La décortication des reins est facile. Au microscope les reins présentent deux sortes de lésions: 1° une altération *scléro-gommeuse* ancienne, limitée aux deux points déprimés; 2° une dégénérescence récente de l'épithélium des tubes contournés dans toute la substance corticale des deux reins. Cette lésion cellulaire se caractérise par l'état granuleux et par l'absence de noyau visible; elle est identique à celle du foie. Cette double dégénérescence parenchymateuse, qui fermait la porte à tous les poisons de l'organisme, et qui, par conséquent n'était pas compatible avec la vie, peut prêter à discussion; est-elle la conséquence de l'élimination de déchets organiques trop abondants pendant la période d'agitation maniaque qui a terminé la vie, ou bien au contraire est-elle la cause de cette excitation, les poisons organiques retenus ayant porté leur action sur le cerveau déjà malade et prêt à délirer? Je pencherais plutôt pour la seconde hypothèse.

La rate est normale.

Examen histologique à l'état frais. — On trouve à peine quelques très rares corps granuleux dans les cordons antéro-latéraux; mais dans les cordons postérieurs, du haut en bas, on en trouve une quantité énorme; ces cordons contiennent aussi quelques corps amyloïdes.

Dans le cerveau les cellules nerveuses sont toutes fortement pigmentées et leur protoplasma est très finement granuleux ainsi que leurs prolongements, ce qui leur donne un aspect trouble.

Les vaisseaux présentent les lésions habituelles; on aperçoit beaucoup de capillaires complètement sains, dont quelques-uns portent des pointes d'accroissement parfaitement nettes.

Examen après durcissement. Moelle. — Les cordons postérieurs sont du haut en bas le siège d'une dégénérescence avancée; mais même dans les zones les plus malades les tubes forment un pointillé très régulier; il n'y a nulle part d'affaissement.

Dans la partie inférieure du renflement lombaire, on observe

une sclérose fort intense, à en juger par la teinte que prennent les cordons postérieurs sur les coupes colorées par la méthode de Pal. La zone malade a une forme triangulaire : elle est limitée en avant et en dehors par la zone marginale de Westphal qui est parfaitement intacte ; en dedans par le centre ovale de Flechsig, qui est déjà

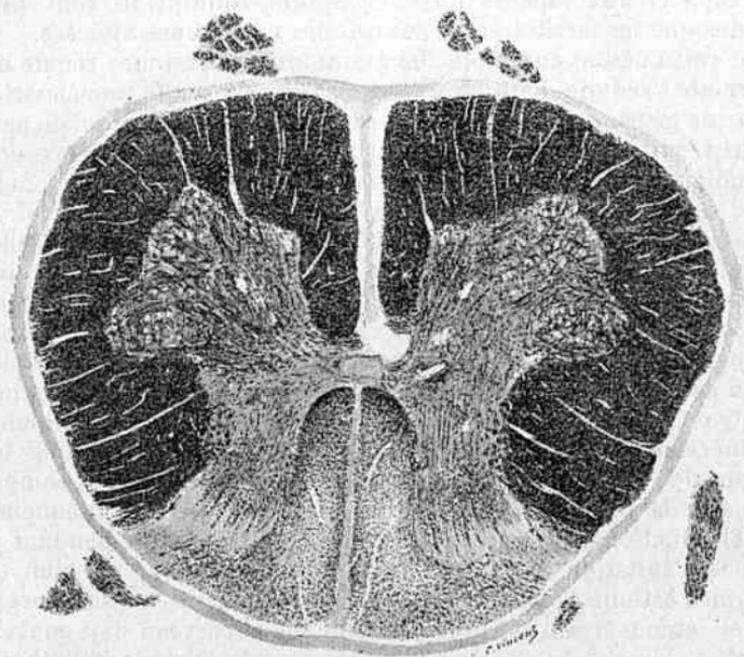


Fig. 12.

OBSERVATION II. — *Moelle lombaire* ; sclérose des zones radicales et des zones de Lissauer ; intégrité relative des champs postéro-externes, du centre ovale et surtout des zones marginales de Westphal. *Coloration de Pal.*

un peu plus pâle que la zone de Westphal ; enfin en arrière par les champs postéro-externes qui, quoique malades eux-mêmes, tranchent nettement sur la région primitivement atteinte. Les zones de Lissauer sont également dégénérées.

Dans la moitié supérieure du renflement lombaire la zone marginale de Westphal s'amincit, mais les champs postéro-externes deviennent plus foncés, de telle sorte qu'ils tranchent encore mieux que plus bas sur la zone malade.

Dans la région dorsale les cordons postérieurs sont pris d'une façon uniforme dans toute leur largeur ; c'est à peine si une mince bordure un peu plus foncée marque la zone de Westphal. Les colonnes de Clarke présentent une tache claire à leur centre.

Dans la région cervicale les cordons de Goll sont pâles, surtout dans leur partie postérieure; en avant il reste sur leurs bords une mince zone légèrement plus foncée.

En dehors des cordons de Goll on trouve une bande rectiligne plus malade, qui s'étend de la commissure à la périphérie, où elle

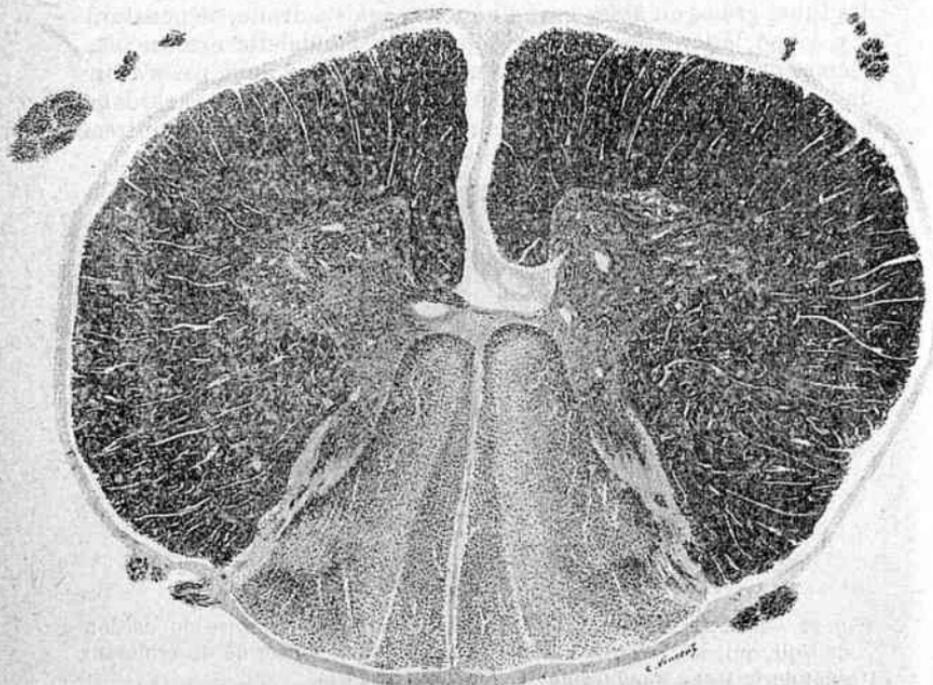


Fig. 13. — Moelle cervicale; sclérose des cordons de Goll, des faisceaux de Burdach et d'une bandelette qui leur est intermédiaire; intégrité relative des champs postéro-externes et de la zone de Westphal. Coloration de Pal.

diffuse un peu en dehors, et qui répond à la dégénérescence plus intense de la région dorsale. Enfin, plus en dehors, on aperçoit une zone dégénérée curviligne, dont l'extrémité antérieure se confond presque avec la bande précédente; cette zone, qui correspond exactement à la bandelette externe, est moins malade que le cordon de Goll, surtout à droite. D'ailleurs dans toute la hauteur de la moelle la lésion est plus avancée à gauche qu'à droite.

Enfin dans le bulbe, on voit la dégénérescence de cordon de Goll s'épuiser dans le noyau grêle et celle du faisceau de Burdach former autour du noyau cunéiforme un croissant qui finit

par disparaître progressivement à mesure que l'on remonte.

Les racines postérieures présentent des lésions assez avancées en bas; à la région dorsale elles sont irrégulièrement atteintes : les unes sont complètement détruites, les autres à peu près saines.

A la région cervicale les racines postérieures contiennent à gauche des tubes grêles en assez grand nombre, mais à droite, où pourtant il y a une lésion très avancée déjà de la bandelette externe, les racines paraissent absolument saines. Il ne semble donc pas y avoir un rapport exact entre les lésions des racines et celles des cordons postérieurs, les unes étant beaucoup plus avancées que les autres.

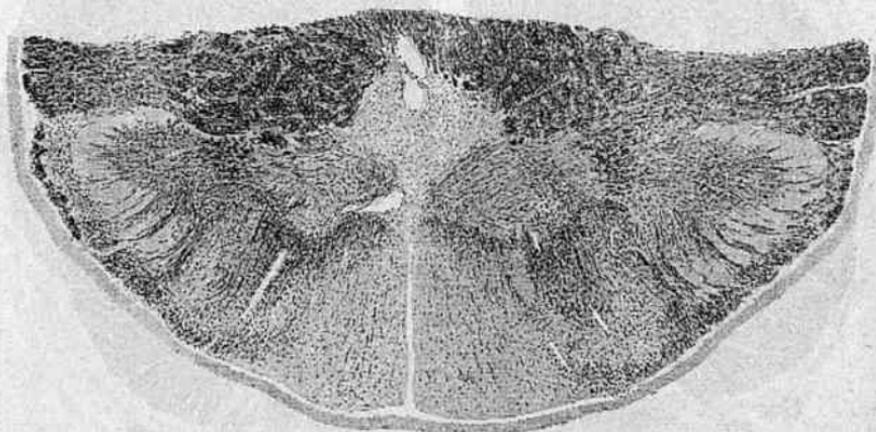


Fig. 14. — Coupe de la région inférieure du bulbe; sclérose du cordon de Goll, qui, ici, aboutit à son noyau; sclérose en forme de croissant dans le faisceau cunéiforme. Coloration de Pal.

Je dois ajouter que ces constatations ont été faites d'abord sur les coupes de moelle et vérifiées ensuite sur des dissociations des racines fixées dans la liqueur de Müller; l'acide osmique n'a pas été employé.

A un fort grossissement les cordons postérieurs présentent encore un grand nombre de tubes, régulièrement espacés; ces tubes sains sont séparés les uns des autres par un tissu fibrillaire qui contient de très nombreux corps granuleux, encore visibles dans la glycérine.

Les vaisseaux des cordons postérieurs sont entourés d'un manchon de corps granuleux. Sur les coupes colorées à l'hématoxyline les noyaux sont très abondants dans ce tissu : les vaisseaux en sont couverts; sur les coupes bien transversales on voit que parmi ces noyaux arrondis, les uns appartiennent aux corps granuleux tandis

que les autres appartiennent à la paroi vasculaire elle-même. Les vaisseaux ainsi lésés ne sont pas les capillaires les plus fins, mais les artérioles qui suivent le sillon postérieur, celles qui pénètrent dans les cordons postérieurs et leurs premières ramifications; de telle sorte qu'à un faible grossissement on aperçoit, sur les coupes colorées à l'hématoxyline, un réseau à larges mailles de vaisseaux malades, limité exactement aux cordons postérieurs. Cette lésion diffère tout à fait de celle que l'on rencontre habituellement dans le

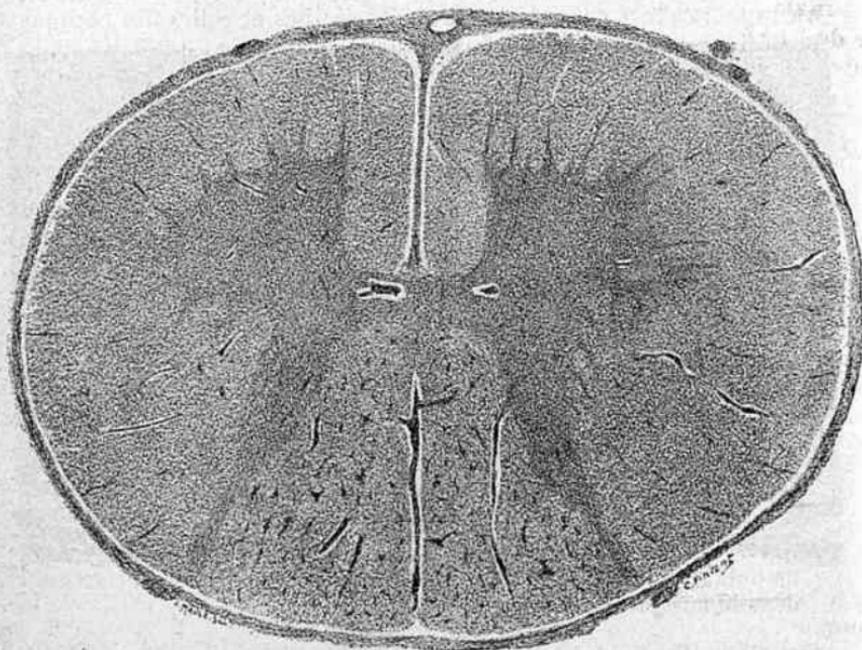


Fig. 15. — Moelle cervicale; lésions vasculaires dans les faisceaux postérieurs (les noyaux des cellules sont seuls visibles, de sorte que la teinte foncée des vaisseaux est due surtout à l'infiltration de leurs parois). Hématoxyline de Delafield, éosine.

tabes, où les parois vasculaires sont épaissies, hyalines, sclérosées; elle ressemble au contraire absolument aux lésions vasculaires du cerveau dans la paralysie générale et de la moelle dans la méningomyélite embryonnaire syphilitique; elle affecte une certaine indépendance vis-à-vis de la lésion tabétique à laquelle elle se superpose, car elle a son maximum dans le renflement cervical, tandis que la dégénérescence systématique est plus avancée dans la région dorsale.

Il n'y a que très peu de méningite comparativement à l'intensité

du processus de myélite vasculaire; cette méningite consiste en une infiltration assez discrète de la pie-mère par des cellules embryonnaires et, chose remarquable, elle ne prédomine nullement dans le segment postérieur de la moelle.

Enfin, bien qu'au premier abord la lésion vasculaire semble limitée aux cordons postérieurs, en examinant plus attentivement on voit que les vaisseaux des autres cordons sont altérés également : les uns sont un peu sclérosés et entourés de fibrilles névrogliques, comme on l'observe souvent dans les moelles qui ont une lésion

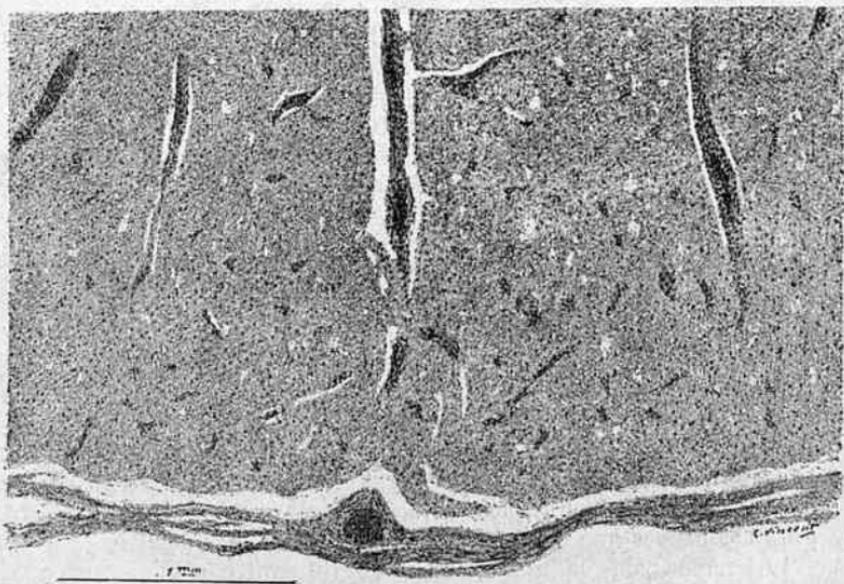


Fig. 16. — Une partie de la coupe représentée par la figure précédente vue à un plus fort grossissement, pour montrer les lésions des petits, vaisseaux. (Obj. 0, oc. 1 Véric.)

quelconque en un autre point; mais les autres présentent très nettement une infiltration embryonnaire, qui est une ébauche de ce que l'on voit dans les cordons postérieurs.

Il n'y a pas de lésion appréciable des cellules ganglionnaires.

Cerveau. — On trouve les lésions vasculaires caractéristiques de la paralysie générale dans toutes les régions de l'écorce, sauf dans les sillons de la partie moyenne de la région motrice. A ce niveau en effet, et le fait est remarquable à plus d'un point de vue, tandis que la superficie est atteinte d'inflammation interstitielle, les portions de l'écorce qui sont cachées dans les sillons sont absolument saines,

sauf un peu de congestion; la lésion s'arrête presque brusquement à l'angle qui sépare les deux surfaces.

Cette disposition permet d'étudier d'une façon plus certaine les altérations concomitantes des autres éléments de l'écorce: c'est ainsi que dans la zone malade les cellules sont incontestablement moins nombreuses que dans la zone saine; de plus on sait qu'à l'état normal les noyaux des cellules ganglionnaires se colorent d'une façon beaucoup moins intense que les autres par l'hématoxyline; et ici dans la zone saine il en est ainsi, tandis que dans la zone malade, comme d'ailleurs toujours chez les paralytiques, les noyaux des cellules ganglionnaires se colorent très bien. Cette circonstance semble indiquer une activité plus grande ou bien des qualités physiques différentes du protoplasma qui les entoure. L'augmentation du nombre des noyaux de la névroglie est également beaucoup plus frappante par la comparaison des deux régions. Enfin tandis que le réseau des fibres à myéline superficielles est absolument normal dans la zone saine, il est très altéré dans la zone malade.

Si l'on compare entre elles les différentes régions au point de vue des lésions vasculaires et des lésions des fibres à myéline, on trouve que les unes et les autres sont à leur maximum dans le gyrus rectus; que la lésion vasculaire diminue un peu dans le reste du lobe frontal et dans le pied des circonvolutions motrices, la lésion nerveuse restant très considérable; que, dans les circonvolutions motrices à leur partie moyenne, les lésions vasculaires et nerveuses sont nulles dans les sillons, assez avancées à la superficie, surtout la première; enfin que dans le lobe occipital les lésions vasculaires sont à leur minimum, les lésions des fibres tangentielles étant plus accentuées que dans la région motrice à la superficie.

Les noyaux des cellules de la névroglie sont très abondants; on trouve un grand nombre de cellules araignées à la superficie surtout, enfin les fibrilles névrogliales sont beaucoup plus visibles qu'à l'état normal.

Nerfs périphériques. — Les collatéraux du médus sont remarquablement sains. Les nerfs cutanés du dos du pied sont très altérés; sur un fascicule nerveux on aperçoit cinq à six fibres intactes, plusieurs fibres grêles et une ou deux fibres avec la myéline en boule; le tout repose sur un fond de gaines vides. (A suivre.)

L'IDIOTIE ET L'IMBÉCILLITÉ AU POINT DE VUE NOSOGRAPHIQUE ;

Par Paul SOLLIER,

Chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté.

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'idiotie depuis le commencement du siècle, tant en France qu'à l'étranger considèrent l'idiotie et l'imbécillité comme deux degrés d'une seule et même affection. Qu'ils se placent exclusivement au point de vue symptomatique, comme le plus grand nombre, qu'ils cherchent à introduire dans la classification de l'idiotie la notion d'étiologie, comme M. Morselli, ou qu'ils se basent sur l'anatomie pathologique, comme M. Bourneville, ils n'admettent pas moins tous l'identité de l'idiotie et de l'imbécillité, quel que soit le nombre de degrés qu'ils distinguent entre ces deux termes extrêmes au point de vue clinique.

Tout en me conformant à cet usage dans mon livre sur la *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*¹, j'étais si frappé de la différence fondamentale existant entre ces deux types de malades, que toute cette étude n'est qu'un long parallèle des deux, qui sous tous les rapports se trouvent en complète opposition psychique. Un seul caractère commun les réunit c'est que leur intelligence est inférieure à la normale. J'essayais de montrer en même temps que la différence entre l'idiot et l'imbécile n'était pas seulement psychologique, mais encore sociale. Si l'idiot doit être considéré comme un individu infirme incapable de vivre par lui-même dans la société et si l'épithète d'*extra-social* lui convient pour cette raison, celle d'*anti-social* doit être appliquée à l'imbécile, individu qui n'est pas seulement incapable et inutile, mais encore malfaisant et dangereux pour la société dans laquelle il vit.

Mon intention aujourd'hui est d'insister sur cette différence radicale, en m'appuyant sur la clinique et l'anatomie pathologique.

¹ In *Bibl. de philosophie contemporaine*. F. Aican, Paris, 1891. — Traduit en allemand, par P. Brie, avec une préface du professeur Pelman, Hambourg, 1891. — Traduit en polonais, par Goldbaum. Varsovie, 1893.

La confusion qui règne à cet égard provient en réalité d'une terminologie défectueuse. Idiotie et imbécillité, quand on ne considère que le côté intellectuel signifient en effet faiblesse intellectuelle plus ou moins marquée. Cette faiblesse intellectuelle est un symptôme qu'on a eu le tort de regarder comme une maladie. Tout au plus serait-ce un symptôme caractéristique. Mais ce n'est pas même autant. En fait l'idiotie n'est pas plus une maladie que la démence. Il fut aussi une époque où on se contentait de ce terme de démence, comme on se contente aujourd'hui de celui d'idiotie. La seule différence qu'il y ait entre la démence et l'idiotie c'est que le premier terme s'applique à une intelligence qui s'affaiblit et disparaît, tandis que le second s'applique à une intelligence qui n'apparaît pas ou est arrêtée dans son développement.

Si nous comparons les lésions cérébrales capables d'entraîner la démence à celles qu'on rencontre dans l'idiotie, nous en trouvons beaucoup de semblables : le ramollissement et l'hémorragie cérébrale, la méningo-encéphalite, la sclérose cérébrale, la pachyméningite, les tumeurs, etc. Survenant chez l'adulte elles entraînent la démence, chez l'enfant l'idiotie. Si marquée que soit la démence chez le premier, si importante que soit sa place parmi les autres symptômes, se contentera-t-on du diagnostic de démence? Ira-t-on dire, comme pour l'idiotie, que la démence est complète, incomplète ou légère? Non assurément. Pourquoi donc se contenter du diagnostic d'idiotie lorsque ces mêmes lésions se produisent chez un enfant? L'idiotie, c'est-à-dire l'insuffisance intellectuelle n'est qu'un symptôme secondaire, comme la démence chez l'adulte. La maladie véritable c'est l'hémorragie ou le ramollissement cérébral, c'est la méningo-encéphalite, etc. Pourquoi confondre sous la même rubrique des affections absolument différentes?

La seule raison c'est qu'il est beaucoup plus difficile de rattacher l'idiotie à la lésion cérébrale qui l'a produite, que la démence. Il est beaucoup plus facile de diagnostiquer la lésion qui produit une forme spéciale d'aphasie que de déterminer la lésion qui entraîne l'absence de parole chez un enfant. Si son cerveau a été frappé dans la zone de la mémoire auditive des mots, il y aura le même mutisme que s'il a été atteint dans le centre de la mémoire motrice des mots. Il est évidemment beaucoup plus facile de constater la disparition de phénomènes qui ont existé que l'absence de phénomènes qui n'ont jamais

existé. Chez l'adulte on a ordinairement des renseignements sur les conditions dans lesquelles la démence est apparue ; chez l'enfant la maladie est souvent d'origine intra-utérine ou s'est produite à un âge où les manifestations étaient trop vagues pour fournir une indication de quelque valeur. C'est à la suite de convulsions le plus souvent, c'est-à-dire d'un phénomène qui ne peut être rattaché à rien de bien déterminé, qu'on observe l'idiotie. Si ce symptôme frappe plus l'attention qu'aucun autre c'est que ses conséquences sont de la plus haute gravité. Mais en réalité il n'a ni plus ni moins d'importance que les autres troubles qu'on observe concurremment avec le non-développement de l'intelligence, tels que le gâtisme, l'incapacité ou le retard de la marche, les tics, les paralysies ou contractures.

Mais si sérieuse que soit cette difficulté du diagnostic de l'affection cérébrale dont un des symptômes est l'idiotie, difficulté que je suis le premier à reconnaître et sur laquelle j'ai insisté dans mon étude sur la psychologie de l'idiot, ce n'est pas en intervertissant l'ordre des choses, en faisant d'un symptôme secondaire la maladie fondamentale, et en reléguant au second plan les autres manifestations de la lésion causale, que l'on arrivera à éclaircir la pathologie cérébrale infantile. Il est aussi étrange de qualifier de la même épithète d'idiots deux enfants atteints, l'un de méningo-encéphalite et l'autre de porencéphalie, qu'il le serait d'appliquer le seul diagnostic de déments à un paralytique général et à un hémiplégique avec ramollissement cérébral.

L'idiotie n'est donc pas une maladie, mais un symptôme.

L'imbécillité est-elle un degré plus léger de ce symptôme ou constitue-t-elle une maladie spéciale, c'est ce que veux maintenant établir. Je dois dire dès maintenant que je considère l'imbécillité comme n'ayant aucun point de commun avec ce qu'on est convenu d'appeler idiotie. J'ai déjà montré¹, et je ne veux pas y revenir ici, les profondes différences qui séparent ces deux états au point de vue psychologique et social. Sous le rapport clinique et anatomo-pathologique la distinction n'est pas moins nette.

Pour s'en convaincre il suffit de prendre comme je l'ai fait, d'une part les enfants qualifiés d'idiots, de l'autre ceux qualifiés d'imbéciles, ces qualifications étant simplement faites au

¹ Psychologie de l'idiot et de l'imbécile.

point de vue pathologique, et ces deux catégories de sujets correspondant à la description que j'en ai donnée d'après les observations des auteurs et les miennes propres. On est immédiatement frappé d'une chose, c'est du grand nombre d'infirmités physiques dont sont frappés les idiots : strabisme, cécité, surdité, aphasie, hémiplegie, contractures, paraplégie, tics, arrêts de développement, etc., etc., tandis que les imbéciles n'en présentent pour ainsi dire pas ou n'ont que des stigmates de dégénérescence physique plus ou moins marqués, et ordinairement un développement physique normal, si même il n'est pas, comme cela arrive souvent, au-dessus de la moyenne. Cette différence dans le développement général, dans la vitalité des deux catégories de malades, est corroborée par la mortalité.

Sur vingt et un malades morts en 1892 dans le service de M. Bourneville, nous ne relevons pas un seul imbécile. Il y avait un seul épileptique simple ; les vingt autres étaient des idiots. En 1891, sur vingt-deux malades morts, il y avait trois épileptiques, seize idiots et trois imbéciles seulement. Et encore un de ces derniers ne mérite-t-il pas l'épithète d'imbécile, car il était atteint d'hémiplegie cérébrale. En examinant ainsi la statistique des décès qui se produisent depuis douze ans dans le service des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre, on constate que, les épileptiques mis à part, la mortalité des idiots est considérablement supérieure à celle des imbéciles. Ce fait nous montre qu'il existe au point de vue de la vitalité des uns et des autres une différence marquée.

Cette différence s'observe encore dans l'âge auquel meurent ces malades. Tandis que les décès se produisent généralement au-dessous de douze ou treize ans pour les idiots, ils n'arrivent guère qu'après seize ans chez les imbéciles. Tandis que beaucoup d'idiots meurent de consommation, comme les déments, ne mourant pas mais plutôt cessant de vivre suivant une expression de M. Ball, ou à de complications tenant au mauvais fonctionnement de leur organisme, les imbéciles succombent à des affections intercurrentes quelconques.

La durée de la vie des idiots se rapproche singulièrement de la survie des déments à leurs lésions cérébrales, tandis que la moyenne de la vie des imbéciles ne paraît pas différer de celle des gens normaux.

On trouve l'explication toute naturelle de ces faits dans l'examen anatomo-pathologique des centres nerveux de ces deux

types de malades. *Tous les idiots en effet présentent des lésions cérébrales, tandis que les imbéciles n'en offrent pas.* Telle est la conclusion à laquelle m'ont conduit les recherches que j'ai faites à cet égard au musée de Bicêtre où M. Bourneville a conservé près de trois cent cinquante cerveaux d'idiots, d'imbéciles et d'épileptiques.

M. Bourneville et M. Morselli, les deux seuls auteurs qui aient cherché à faire une classification plus précise des formes de l'idiotie avaient mis, implicitement en quelque sorte, ce fait en évidence. Le premier, en effet, rattache toutes ces formes à une lésion spéciale du cerveau. Il ressort de l'examen de sa classification que l'idiotie est toujours symptomatique d'une affection organique des centres nerveux. Quant à l'imbécillité elle est complètement passée sous silence. Le second distingue l'idiotisme endémique ou crétinisme, et l'idiotisme proprement dit, et l'imbécillité. Il subdivise l'idiotisme proprement dit suivant qu'il est congénital, hydrocéphalique, microcéphalique, paralytique, convulsif, traumatique, suivant en somme les symptômes d'ordre cérébral dont il s'accompagne, tandis que l'imbécillité n'est subdivisée qu'au point de vue de son degré en complète, incomplète et fatuité simple. Autant ces auteurs ont été frappés des lésions cérébrales rencontrées dans l'idiotie, autant celles de l'imbécillité leur ont échappé. Il y a à cela une excellente raison, c'est qu'on n'en trouve pas chez les vrais imbéciles.

Je dis chez les vrais imbéciles, c'est-à-dire chez ceux qui répondent à la description classique du type, pour lesquels aucun clinicien n'hésiterait entre l'idiotie même légère et l'imbécillité. Mais il existe des cas où le diagnostic peut être embarrassant, c'est lorsqu'il n'existe ou n'a existé à aucun moment des troubles dépendant manifestement d'une lésion cérébrale. Il y a aussi les cas d'épilepsie avec faiblesse intellectuelle. Tantôt c'est l'épilepsie qui a empêché le développement intellectuel et amène la déchéance mentale; il s'agit là de démence véritable plutôt que d'idiotie ou d'imbécillité. Tantôt l'épilepsie survient au même titre que des contractures, que des paralysies, que l'idiotie; il s'agit alors d'idiotie ordinaire conséquence de lésions cérébrales. Tantôt enfin l'épilepsie s'accompagne de l'état mental qui lui est propre, et on ne saurait dire qu'il s'agisse d'imbécillité. En aucun cas donc l'épilepsie n'entraîne ce qu'on entend par imbécillité proprement dite.

L'imbécillité nous apparaît donc comme une affection mentale due probablement à un trouble fonctionnel mais non à une lésion organique des centres nerveux. Elle constitue le degré le plus inférieur de la débilité mentale, dont elle se rapproche absolument au point de vue psychologique. Elle rentre dans le cadre des psychopathies dégénératives, où elle forme un type à part.

L'idiotie au contraire n'est pas une entité morbide; ce n'est qu'un symptôme d'une affection organique des centres nerveux survenue dans l'enfance et n'empruntant ses caractères spéciaux qu'à cette circonstance étiologique.

Je crois donc devoir poser en conclusion que l'idiotie et l'imbécillité sont deux choses absolument distinctes, tant au point de vue psychologique et social qu'au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Jusqu'à ce qu'on ait appris à diagnostiquer les affections cérébrales de l'enfance entraînant de l'idiotie, il faut réserver l'épithète d'idiots aux sujets chez lesquels les troubles intellectuels s'accompagnent de troubles du développement physique général, de troubles moteurs ou sensoriels (cécité, surdi-mutité, etc.), ou, lorsque l'idiotie s'est développée à la suite d'une affection cérébrale soit primitive, soit survenue à titre de complication au cours d'une maladie quelconque. Si faible que soit l'insuffisance intellectuelle dans ces cas on en peut lui appliquer la qualification d'imbécillité, qui doit être réservée aux cas de débilité mentale assez marquée pour empêcher les sujets de remplir leur rôle social soit vis-à-vis d'eux-mêmes, soit vis-à-vis des autres¹.

¹ Les *Archives* laissant toute liberté aux auteurs, au point de vue de leurs opinions scientifiques, nous aurions pu nous dispenser de toute remarque. Cependant, dans le cas particulier, nous croyons nécessaire de faire des réserves. (B.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. DE LA CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES; par P.-J. MÆBIUS. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., III, 1892.)

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le tableau de l'auteur.

			<i>Exemples :</i>
			Tuberculose du système nerveux (méningite — tumeurs — névrite — psychose). Syphilis du système nerveux (méningite — gommés). Intoxication par le pus (méningite — abcès). Affections puerpérales. Poliomyélite aiguë. Tétanos. Tétanie. Chorée de Sydenham.
		1°	
		Infections proprement dites.	
	a.	Toxines.	
		2°	
		Maladies consécutives à des infections	(Paralysies diphthériques et autres. Tabes et paralysie générale progressive.
I	Produites par des poisons.		
Maladies exogènes.		b. Poisons dans le sens étroit du mot.	{ Alcoolisme. { Saturnisme.
	Produites par des actions mécaniques :	Alcoolisme, saturnisme.	
	Par surexcitation.	{ Affaiblissement nerveux. { Névroses du surmenage (professionnelles)	
	Aures formes d'un autre genre.		
			<i>Syndromes :</i>
II	Degrés de dégénérescence :		Hystérie et autres névroses.
Maladies endogènes.	Instabilité.		Mélancolie — manie — folie systématique — formes intermittentes — folies dégénératives au sens étroit du mot. — Démence primitive.
	Débilité mentale.		Dystrophie musculaire progressive — myotonie — maladie de Friedreich.
	Idiotie.		
			P. KERAVAL.

II. REMARQUES SUR LA « SUJÉTION DES SEXES » ET LE MASOCHISME ; par Dr KRAFFT EBING. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, X, 2-3.)

Remarquable étude psychologique de mise au point. A lire en entier.
P. K.

III. NOTE SUR L'ÉLONGATION DES NERFS DANS L'HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE AVEC ÉPILEPSIE; par Ch. FÉRÉ et SCHMIDT. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1893.)

Il résulte de ce travail que, contrairement à une assertion de Benedikt, l'élongation des nerfs dans l'hémiplégie spasmodique infantile avec épilepsie peut se trouver indiquée par les douleurs qui règnent quelquefois dans les membres contracturés, cette opération n'est d'aucune utilité au point de vue des mouvements athétosiques, ni au point de vue des attaques convulsives qui peuvent même devenir plus fréquentes. G. D.

IV. SUR LES TROUBLES SENSITIFS CONSIDÉRÉS SPÉCIALEMENT DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA DOULEUR DES MALADIES VISCÉRALES; par HENRY HEAD. (*Brain*, I-II, 1893, p. 1 à 130.)

Dans ce long mémoire, qui lui a servi de thèse, l'auteur examine la distribution des troubles sensitifs, dans les différents modes de la sensibilité, dans les affections viscérales, en ce qui regarde seulement les organes situés au-dessous des clavicules, laissant pour un mémoire ultérieur leur étude dans les maladies du cou et de la tête. De nombreuses observations, accompagnées de schémas multiples, ont amené l'auteur à reconnaître que les zones douloureuses remarquées dans les affections viscérales et même dans un grand nombre de maladies générales, correspondent pour certaines aux mêmes zones que l'herpès zoster en ce qui regarde les nerfs cutanés et moteurs et pour d'autres à la distribution des fibres sympathiques, ce qui lui a permis d'établir des schémas de la topographie de ces derniers. P. S.

V. DES TROUBLES DE LA PAROLE PASSAGERS DANS LA PARALYSIE PROGRESSIVE; par W. KÖNIG. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 1, 2.)

Il y a des cas dans lesquels, pendant le stade prodromique de la paralysie générale, il se produit des attaques d'aphasie ataxique passagères, parfois accompagnées d'hémiplégie droite incomplète, également rapidement passagères, c'est-à-dire d'hémi-parésie insignifiante ou de sensations toutes spéciales dans une moitié du corps. Ces attaques peuvent se répéter à des intervalles déterminés, et ce n'est que progressivement par jours et par années qu'apparaissent les signes évidents de la paralysie générale. Deux observations. P. K.

VI. DEUX CAUSES DE PARALYSIE CONGÉNITALE DES MUSCLES DES YEUX; par L. BACH. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., IV., 1893.)

Observation I.—Blépharoptose congénitale, bilatérale incomplète. Innervation incomplète des deux oculo-moteurs externes. Même flac-

cidité des muscles de la face. Anomalies morphologiques du squelette de la face. Pas d'anomalies anatomiques.

Observation II. — Idiotie. Blépharoptose congénitale, bilatérale incomplète, avec épicanthus et blépharophimosis. Ici sorte de malformation. P. K.

VII. LA FOLIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA LOI; par le D^r NORTON MANNING.

Depuis l'affaire Mac Naughten, la loi pose en principe qu'un accusé sera reconnu irresponsable quand atteint d'aliénation mentale.

1^o Il ne sait pas quel acte il commet;

2^o Il ne sait pas s'il fait bien ou mal.

Cela ne suffit pas; car l'accusé, tout en sachant ce qu'il fait, et sachant qu'il fait mal, peut être sous l'empire d'une impulsion irrésistible. Il faudrait donc poser au jury une troisième question :

L'accusé pouvait-il s'empêcher d'agir comme il l'a fait ?

Le progrès qui s'impose est même d'enlever au jury le droit de déclarer l'accusé responsable ou non.

Le jury prononcerait sur la question de fait :

L'accusé a-t-il ou n'a-t-il pas commis le crime ?

Les juges, assistés de médecins légistes, ajouteraient :

L'accusé était responsable ou irresponsable de ses actes.

Dans quel cas de folie le malade est-il irresponsable ?

Personne ne met en doute l'irresponsabilité dans les cas d'accès de manie aiguë ou subaiguë, de paralysie générale, de mélancolie, dans les actes violents et irréfléchis des idiots ou dans les actions automatiques des épileptiques.

On est indécis pour les trois cas suivants : 1^o la folie avec illusions et hallucinations; 2^o la folie avec débilité mentale; 3^o la folie impulsive. Dans le premier cas, l'auteur tient le malade irresponsable : l'hallucination ne va pas sans un désordre général du cerveau. Aussi l'accusé n'aurait-il pas agi dans le sens de son hallucination qu'il serait irresponsable quand même.

Dans le second cas, le malade, raisonnable dans les actes ordinaires de la vie, est sujet à des passions bestiales qui peuvent le pousser au crime. Son cas se reconnaît à ses antécédents et aux stigmates physiques. Il peut être irresponsable, mais il peut aussi, agir avec pleine volonté.

Dans le troisième cas, le médecin est embarrassé. Il ne doit se déterminer pour l'irresponsabilité qu'après avoir réuni des preuves convaincantes et pouvoir exposer clairement ses arguments au jury.

(*American journal of insanity*, 1893.)

E. B.

VIII. UN CAS DE FOLIE POST-CHOLÉRIQUE A FORME DE CONFUSION MENTALE PRIMITIVE; par le D^r SÉGLAS.

L'auteur rapporte l'observation, des plus instructives, d'une ma-

lade atteinte depuis trois jours d'accidents cholériformes et chez qui surviennent brusquement des troubles délirants. Au point de vue psychique les symptômes morbides qui ont fait une apparition subite, se sont caractérisés, pendant toute la durée de l'affection (cinq mois) par un état de confusion mentale, de chaos qui consistait dans la perte de l'activité volontaire de l'intelligence, dans un trouble profond de l'exercice volontaire des opérations intellectuelles, troubles de l'attention, de la perception, de la mémoire, de la volonté, déterminant un état d'égarément très particulier, avec perte de notion du temps, du lieu.

A côté de ce défaut de toutes les opérations de synthèse mentale existe un désordre profond dans les idées, dans les actes qui ne sont plus que des associations ou des réactions involontaires et automatiques : ainsi se produisent des idées délirantes mobiles, inconstantes, ayant tout l'aspect d'une rêvasserie parlée, des hallucinations au début, des rapports impulsifs, des mouvements automatiques avec alternatives irrégulières d'excitation et de dépression.

Le ton émotionnel est la plupart du temps indifférent, sauf quelques moments d'anxiété. Du côté physique, amaigrissement rapide et accentué, gâtisme intermittent, suspension des règles.

M. Séglas, après avoir discuté pour les éliminer, les diagnostics de manie aiguë, de mélancolie, de paranoïa aiguë, montre en rappelant dans ces principales lignes l'histoire de la confusion mentale primitive que c'est bien à ce diagnostic qu'il faut s'arrêter dans le cas présent.

En présence des conditions étiologiques particulières de l'affection post-cholérique, il y avait lieu de se demander s'il ne s'agissait pas là d'une psychose infectieuse, résultant de l'imprégnation, de l'inhibition temporaire des cellules cérébrales par les agents toxiques. Aussi M. Séglas a-t-il tenu compte de ces indications particulières dans le traitement physique, en pratiquant l'antisepsie gastro-intestinale, tout en cherchant à régulariser l'exercice des différentes fonctions de l'économie et à relever la nutrition par un régime alimentaire et une thérapeutique appropriés.

Mais si le traitement physique est nécessaire à cause des caractères de véritable maladie que revêt la confusion mentale primitive, il ne faut pas non plus négliger le traitement moral : quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales, interroger les malades, fixer leur attention ; ces malades qui se réveillent, il faut les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire. Cette gymnastique intellectuelle répétée chaque jour, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première : c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement. Une question se pose

encore dans ces conditions : celle de l'internement. Sans aller avec certains auteurs jusqu'à le proscrire absolument, dans des cas analogues, on ne doit y recourir qu'à la dernière extrémité lorsqu'il est impossible autrement d'entourer les malades des soins et de la surveillance nécessaires, car l'internement, le changement de milieu ne peuvent qu'augmenter la désorientation, la confusion mentale qui font le fonds de la maladie. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.)

IX. LA FOLIE A DEUX, SES DIVERSES FORMES CLINIQUES;

par le Dr L. ARNAUD.

Mettant à profit trois observations des plus intéressantes, l'auteur recherche jusqu'à quel point et dans quelles conditions le délire d'un aliéné peut se transmettre à un sujet regardé jusque-là comme sain d'esprit.

Au point de vue clinique on peut considérer trois formes de folie à deux :

1° La *folie imposée*, celle qui répond au type Lasègue-Falret ; ici un seul aliéné, sujet actif, impose son délire à un être moralement plus faible, qui l'accepte passivement. Le plus souvent, l'influence morbide ne va pas jusqu'à rendre le second sujet franchement aliéné. Dans certains cas, cependant, il le devient, jusqu'à l'hallucination inclusivement. (Obs. I.)

C'est dans cette forme que la séparation des deux malades s'impose et qu'elle donne les meilleurs résultats.

2° La *folie simultanée*, type Régis : deux prédisposés, placés dans les mêmes conditions, délirent en même temps sous de communes influences.

L'influence de l'un des malades sur l'autre est négligeable, chacun d'eux se trouvant dans des conditions de *prédisposition* de milieu et de *moment* suffisantes pour provoquer le développement de la folie. (Obs. II.)

La séparation, dans les faits de cet ordre, n'a pas d'action curative spéciale, mais elle est utile encore, en ce sens qu'elle diminue l'éréthisme cérébral et la tendance aux actes dangereux ou délicieux.

3° La *folie communiquée* véritable : un aliéné communique son délire à un être qui partage sa vie, et qui, après une résistance plus ou moins longue, devient aliéné à son tour.

La communication va toujours, dans cette forme, jusqu'à l'aliénation confirmée, comme dans la folie simultanée, la séparation ne met pas fin au délire du sujet passif ; ce délire continue à se développer suivant sa nature propre.

La folie imposée et la folie communiquée ne se distinguent que par l'intensité de la transmission et par la persistance, après la

séparation, du délire chez le second malade ; du reste, ces deux types sont rapprochés par des formes intermédiaires.

Dans le développement de toutes les formes de folie à deux, on retrouve trois conditions communes : 1° une certaine prédisposition chez les deux malades ; — 2° une intimité prolongée et absolue échappant à toute influence extérieure ; — 3° la vraisemblance du délire, au moins au début.

Cette dernière condition explique ce fait, que la plupart des cas publiés de folie à deux, appartiennent au délire de persécution, car c'est celui qui présente le plus de vraisemblance et de logique, celui qui heurte le moins les idées reçues. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

X. LA CAUSE DU « LIBRO DEL COMANDO ». CAS DE FOLIE A CINQ ;
par le D^r René SÉMELAIGNE.

L'auteur rapporte l'étrange procès qui s'est déroulé l'an dernier en Italie et terminé d'une façon si inattendue. Cinq individus, dont deux frères, comparaissaient en janvier 1892, devant le Tribunal de Pavulo, province de Modène. Ils étaient accusés d'avoir pénétré, masqués et armés, en la maison d'un nommé Franchini, dans le but de s'emparer du *libro del comando*, ouvrage magique soi-disant possédé par ledit Franchini et avec lequel ce dernier avait opéré des prodiges.

Le docteur Attilio Cionini, entendu comme expert, ayant affirmé que les cinq inculpés, examinés par lui, ne jouissaient pas de leur raison, le tribunal les déclara irresponsables et les renvoya des fins de la plainte, en constatant que leur état actuel n'exigeait pas l'internement.

Le ministère public en appela de cette sentence et l'affaire fut portée devant la cour d'appel de Modène. Le professeur Tamburini avait, dans l'intervalle, examiné trois des inculpés et conclu à la folie.

Mais la Cour n'autorisa pas les experts à déposer à l'audience, et, déclarant les accusés coupables de menaces, prévues et punies, les condamna chacun à soixante-quinze jours de réclusion. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

XI. CONTRIBUTION A L'ÉTILOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ; par
TH. KAES. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 5.)

Abstraction faite des causes morales, l'élément étiologique le plus important, c'est l'ivrognerie ; puis, vient l'hérédité. La syphilis n'arrive qu'en troisième ligne ; après elle, le tabes. Les autres causes nocives, telles que les blessures céphaliques, les maladies aiguës, etc., occupent un rang inférieur, quant au nombre du moins. Et cependant ma statistique permet d'attribuer une cause

définie aux trois quarts de mes observations. Il faut maintenant dresser une statistique plus étendue qui comprenne, à côté des grands asiles, les nombreux asiles privés, les cliniques et les petits asiles de l'Etat. C'est ce que nous allons faire. P. K.

XII. SUITE DE L'OBSERVATION DE POLYURIE CHEZ UNE ALIÉNÉE; par WIEDEMEISTER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Cette malade a eu un nouvel accès de fin janvier 1893 au 21 février de la même année. Elle a uriné de 2,000 centimètres cubes à 1,700. Urine acide, pesant 1,026 et contenant :

Acide urique.	6,445	au lieu de	0,50	à l'état normal.
Urée.	34,238	—	30,	„ —
Acide phosphorique. .	3,428	—	3,	„ —
Acide sulfurique . . .	3,672	—	2,	„ —
Chlorures	7,014	—	13,	„ —

Traitement. Bains de siège, galvanisation sous-occipale pendant 5 minutes chaque jour. P. K.

XIII. ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DE LA FOLIE EN COMMUN (FOLIE A DEUX); par VAN DEVENTER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., IV, 1893.)

L'auteur met en relief l'importance, dans l'espèce, de l'organisation du cerveau (tares, prédispositions connues) qui permet de dire qu'il y a une folie par identité de construction, par uniformité du plan psychique. La suggestion joue également un rôle, chez les sujets prédisposés naturellement. Il est d'ailleurs rare d'observer l'équivalence complète du degré de psychoses transmises. Enfin il faut faire la part de traumatisme psychique, de l'émotivité qui frappe simultanément dans un milieu donné (folie endémique ou épidémique). La thérapeutique suggestive est celle qui réussit le mieux quand on a séparé les sujets. P. K.

XIV. REMARQUES SUR LES APPAREILS PROTECTEURS ADOPTÉS PAR LES FOUS SYSTÉMATIQUES ET L'INFLUENCE PSYCHIQUE DES HALLUCINATIONS; par A. MERCKLIN. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., IV, 1893.)

Les délirants chroniques inventent des appareils, des espèces de fétiches pour les préserver de leurs ennemis. L'invention de ces appareils soi-disant préservateurs, prend sa source dans les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale à la dernière période de la maladie, quand on n'occupe pas leur activité. En tout cas le port de ces appareils diminue réellement leurs hallucinations pénibles, par auto-suggestion, du moins passagèrement. Et il n'y a pas toujours lieu de s'en féliciter, car il est de ces inventions nuisibles, dangereuses pour les malades; exemple, les ceintures que s'appliquent, en les serrant à l'excès, les hypochondriaques,

c'est une surveillance à exercer. Mieux vaut les distraire par le travail méthodique. P. K.

XV. MUTISME VÉSANIQUE SURVENANT PAR ACCÈS ET SOUS L'INFLUENCE D'UN ÉTAT HALLUCINATOIRE DU CENTRE VERBAL PSYCHO-MOTEUR ; par le D^r PIERACCINI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. I, 1893.)

Observation d'une malade atteinte de délire des persécutions avec hallucinations verbales psycho-motrices et accès de mutisme. Une fois cet accès de mutisme terminé, la malade interrogée à ce propos répond que dans cet état, elle ne peut parler parce que dans le temps qu'elle pense à ce qu'elle voudrait dire, les mots lui échappent sans bruit par la bouche avant qu'elle n'ait eu le temps de les prononcer à haute voix, ce qu'elle regarde comme l'effet du magnétisme. Son mutisme semble donc avoir son origine première dans les hallucinations verbales motrices, par suite du mécanisme même de ces hallucinations et non par leur contenu comme dans certains cas d'hallucinations impératives. Par la suite, l'interprétation délirante donnée par la malade au phénomène hallucinatoire, établit le mutisme d'une façon définitive. Dans nos travaux antérieurs sur les hallucinations motrices et les troubles du langage, chez les aliénés nous avons nous-mêmes montré la part que peuvent prendre les hallucinations motrices dans la production du mutisme vésanique.

J. SEGLAS.

XVI. UN CAS D'ANTIPYRINOMANIE ; par le CAPPELETTI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. I, 1893.)

XVII. MÉLANCOLIE ANXIEUSE AVEC DÉLIRE DES NÉGATIONS ; par les D^{rs} SÉGLAS et SOURDILLE.

L'observation, rapportée tout au long par les auteurs, a trait à une maladie atteinte de mélancolie anxieuse, mais chez qui le délire se distingue de celui qu'on observe chez les mélancoliques ordinaires par un certain nombre de particularités cliniques mises en relief par Cotard, sous le nom de délire des négations, et que M. Régis propose justement de désigner du nom « syndrome de Cotard¹ ». Ces symptômes sont l'anxiété, les idées de damnation, les idées de négation, les idées d'immortalité, la tendance au suicide, les troubles de la sensibilité.

D'autre part, l'évolution du délire a très nettement montré cette progression ascendante sur laquelle Cotard a tant insisté, allant de l'hypocondrie morale simple au délire le plus excessif.

En effet, les troubles intellectuels ont commencé en septembre

¹ L'intention est bonne; mais nous voyons avec peine cette manie moderne de remplacer par des noms propres des dénominations précises, indiquant de quoi il s'agit. (B.)

1891, sous forme de mélancolie simple, sans délire; puis le délire mélancolique ordinaire de culpabilité, de ruine... s'est montré presque un an plus tard, en août 1892; et ce n'est qu'en octobre que sont apparues les idées spéciales, constituant, à proprement parler, le délire de négation, qui ne s'est ainsi révélé qu'à une période déjà avancée de la maladie; à l'heure actuelle, la malade en est à formuler les conceptions pseudo-mégalo-maniaques, groupées par Cotard sous l'étiquette de délire d'énormité: « le monde s'est effondré le 28 avril 1892; il y a de cela des siècles, des millions, des milliards, des centaines de milliards de siècles. Depuis ce moment, tout le monde est mort, la terre ne produit plus rien; les personnes qui l'entourent sont toutes mortes. Elles ne ressemblent pas, il est vrai, à de vrais morts; ils ont l'air de gens vivants, et cependant ils sont morts. C'est pour elle que tous les morts travaillent et souffrent... il n'y a plus qu'elle de vivante; il n'y a plus personne sur terre... les arbres sont bien des arbres, mais ils ne sont plus comme avant, ils sont morts. — Des jours? il n'y en a plus, plus d'années, plus de siècles. Quant à elle, elle ne mourra jamais! Dieu la punira à un moment donné dans des proportions énormes et formidables... » (*Ann. médico-psych.*, 1893.) E. B.

XVIII. CONTRIBUTION A L'ÉTILOGIE DE LA FOLIE PUERPÉRALE;
par le D^r IDANOF.

L'auteur s'est proposé pour objet de montrer la relation intime qui existe entre les couches et les troubles psychiques qui surviennent fréquemment après, c'est-à-dire que tous les cas observés rentrent dans la catégorie des psychoses puerpérales proprement dites, à l'exclusion des psychoses qui surviennent chez les femmes pendant la grossesse ou l'allaitement.

Après un exposé succinct des diverses opinions touchant le mécanisme qui régit l'appareil des troubles psychiques chez la femme qui vient d'accoucher, l'auteur passe en revue les cinquante-trois cas de psychose puerpérale qu'il a réunis.

Ces cas ont présenté des causes variées qui peuvent se diviser en deux groupes: 1^o causes prédisposantes; 2^o causes déterminantes.

En dehors des couches elles-mêmes, on trouve, dans la première catégorie: a, l'hérédité constatée dans les 56 p. 100 des cas; — b, l'influence compliquée de la première grossesse et des premières couches. — Comparée à celle des couches suivantes, l'influence des premières couches s'observe dans 45 p. 100 des cas de psychose puerpérale. Parmi les causes déterminantes, l'infection doit être placée au premier rang. En effet, 70 p. 100 des cas appartiennent à l'infection; dans 66 p. 100, le foyer de l'infection semble avoir été la matrice, et dans 4 p. 100 les reins.

La seconde place après l'infection appartient aux émotions men-

tales, car dans 26 p. 100 des cas de psychose puerpérale, c'est à elles seules qu'il a fallu recourir pour expliquer le mécanisme du développement de la maladie. De plus, dans 26 p. 100 des cas, on a constaté leur rôle à titre secondaire. L'auteur est persuadé que ce facteur des troubles psychiques, auquel certains auteurs n'attribuent qu'un rôle secondaire, n'est pas moins important que l'infection elle-même : il est probable que dans beaucoup de cas, lorsque la femme est affectée de quelque maladie septique puerpérale, les fortes émotions mentales favorisent l'action toxique de la sepsine sur le cerveau. (*Annales médico-psychol.*, 1893.) E. B.

XIX. STATISTIQUES DE LA FOLIE DANS NEW-SOUTH-WALES (AUSTRALIE), CONSIDÉRÉES PAR RAPPORT AU RECENSEMENT DE 1891 ; par le D^r CHISHOLM ROSS.

L'auteur donne un tableau de la proportion des fous à la population totale dans la Nouvelle-Galles du Sud, l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande pour les années 1881, 1890 et 1891. La proportion des aliénés diminue dans la Nouvelle-Galles du Sud et augmente dans le Royaume-Uni, surtout en Irlande. Causes : en Irlande, émigration continue de la population saine ; dans la Nouvelle-Galles, au contraire, comme dans les pays neufs, il y a peu de misères, peu d'agglomération dans les grandes villes ; l'Australien est naturellement calme, peu passionné, d'où la décroissance de la folie.

La proportion des femmes aliénées est plus forte que celle des hommes dans tous les pays ; c'est le contraire à la Nouvelle-Galles du Sud, où la proportion est de 2,35 p. 100 au lieu de 3,44 p. 100 (Royaume-Uni).

Causes dans le Royaume-Uni : 1° Les crises physiologiques de la femme (règles, grossesse, accouchement) ; 2° la femme folle est moins sujette à la paralysie générale, aux accidents des organes urinaires, et vit plus longtemps dans les asiles.

Causes dans la Nouvelle-Galles du Sud : 1° La population mâle dépasse en nombre la population féminine ; 2° les difficultés et les épreuves de la vie coloniale retombent surtout sur l'homme (défrichage, travail des mines, fièvre des grandes entreprises).

Il est à remarquer que la proportion des femmes aliénées tend à augmenter.

L'auteur indique ensuite dans un grand tableau la proportion des aliénés de chacune des nationalités habitant la Nouvelle-Galles du Sud en 1881 et en 1891. Les Irlandais et les Français sont de beaucoup les plus nombreux, ensuite viennent les Allemands et les Chinois.

Si l'on considère l'âge des aliénés, on voit que la folie se développe peu jusqu'à vingt ans (3 p. 100). Elle est de 15 p. 100 de 20 à 30 ans, de 23 p. 100 de 30 à 50 ans, dans le fort de la lutte pour la vie et décroît rapidement après 50 ans.

Quant à la condition sociale, la statistique montre que les célibataires aliénés sont les plus nombreux, puis les veufs et enfin les gens mariés. Une dernière statistique s'occupe de la religion ; les protestants et les catholiques donnent le plus grand nombre de malades ; les juifs et les mahométans, au contraire, donnent une infime proportion d'aliénés. (*American journal of insanity*, 1893.)

XX. PSYCHOPATHIE SEXUELLE

A. JALOUSIE MORBIDE ; par Dimitri STEFANOWSKI, de Iaroslavl (lu au Congrès de Jurisprudence Médicale de Chigago, 93).

La jalousie est intimement liée à l'instinct sexuel dont elle est le corollaire. Mais ce sentiment est des plus complexes, et avec la civilisation, ses formes multiples sont devenues infiniment variées. Toutefois on les peut ramener à trois : la jalousie amicale, ce que P. Bourget appelle jalousie des sens ; la jalousie morale ou jalousie de cœur, jalousie des cérébraux antérieurs pourrait-on dire avec M. Magnan, par opposition aux spinaux susceptibles de jalousie amicale seulement ; enfin la jalousie sociale ou conjugale, dans laquelle l'élément sexuel cède de plus en plus la place à la vanité personnelle et à l'amour-propre du jaloux. En fait, les trois éléments sont généralement combinés.

Selon le sexe, la jalousie dépend encore de l'époque et du milieu social. C'est ainsi que pour la femme des races polygames, ce sentiment paraît singulièrement atténué.

M. Stefanowski, après avoir signalé l'importance de la question au point de vue médico-légal dans notre société, en raison des crimes passionnels issus de la jalousie parfois morbide, divise son étude en deux grandes portions : dans l'une il classe les anesthésiques et paresthésiques de la jalousie, dans l'autre les hyperesthésiques.

Dans les anesthésiques de la jalousie rentrent certains onanistes, et ces perversis sexuels qui, loin de se réserver la possession exclusive de l'objet aimé, en recherchent le partage pour se procurer une excitation sexuelle d'un nouveau genre ; c'est la mixoscopie de Suétone, une des perversions décrites par Moll avec la polymixie.

Comme paresthésique, l'auteur cite ces cas curieux de jalousie platonique, relevant de la dégénérescence mentale comme tous les cas de ce genre et où le patient, détaché de tout désir charnel, se complait à assister au bonheur d'un rival qu'il englobe même dans la sympathie vouée à la femme.

Au sujet des hyperesthésiques, l'auteur rappelle le chapitre de la *Folie Jalousie* de Trélat et le livre de Dorez ; il cite quelques cas empruntés à MM. Rouillard et S. Laurent, et signale avec Lancereaux et K. Ebing, l'étiologie alcoolique fréquente de ces

tendances morbides à la jalousie. Considérant avec Paulhan et Féré que tout sentiment prend son origine dans un état organique spécial, l'auteur voit dans toute jalousie normale ou pathologique une sorte de phénomène d'arrêt d'irradiations psychiques affectives. Meynert, Owsiannikoff et Diltmar ont montré qu'à toute peine correspond un état de spasme vaso-moteur avec suspension d'irradiations nerveuses, ainsi s'explique d'après M. Stéfanowski certaines obsessions jalouses angoissantes et insurmontables, aboutissant parfois à des réactions impulsives criminelles irrésistibles.

Il cite même un cas des plus intéressants de crime par jalousie en quelque sorte rétrospective. (*The Alienist and Neurologist*, n° 3, juillet 1893.) A. MARIE.

B. MANIE TRANSITOIRE; par SALEM PACE et MIRAGLIA.
(*Il Pisani Gazetta Sicula.*)

C'est le cas d'un impulsif à caractères dégénéralifs très nets, ayant assassiné une ancienne maîtresse rencontrée inopinément dans une procession, plusieurs années après cessation de tous rapports, alors qu'il était lui-même marié et père de famille. C'est encore un cas de jalousie morbide rétrospective. (*The Alienist and Neurologist*, n° 3, juillet 1893.) A. M.

C. ETUDE MÉDICO-LÉGALE SUR JOSÉPHINE MATTISON SMITH;
par ED. MANN, de New-York.

C'est un type de dégénérée criminelle onaniste hallucinée et délirante, coupable du meurtre d'un jeune homme dont elle se disait jalouse et condamnée par les tribunaux américains (de même que le précédent par les tribunaux italiens). Dans le cas rapporté par M. Mann, l'internement s'imposa peu après le jugement. (*The Alienist and Neurologist*, n° 3, juillet 1893.) A. M.

D. ÉROTISME MORBIDE; par le D^r HUGHES, de Saint-Louis.

Notant avec Esquirol le mélange fréquent du mysticisme et de l'érotisme, l'auteur signale le caractère atavique de certaines observations érotiques qui furent publiquement endémiques à certaines époques historiques, telle par exemple la mixoscopie des jeux floraux dans les arènes romaines du temps de Caton, les mujérados des Indiens Pueblos, décrits par Hammond, rappelant à la fois les Scythes Enares d'Hérodote et les sanglantes fantaisies des pédérastes antiques, Néron, Héliogabale et l'Africain.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs cas d'aberrations sexuelles, l'une d'un clergyman, l'autre d'un gentleman, tous deux suicidés pour échapper à l'obsession irrésistible.

Suivent deux cas de saphisme : l'un, l'affaire Freda et Alia

Mitchell, a eu en Amérique un certain retentissement à la suite du meurtre d'une des jeunes filles par l'autre, traduite pour ce fait en justice, puis internée.

Ces faits tirent un intérêt d'actualité spéciale de deux récents procès européens, touchant des unions entre femmes en Angleterre et en Belgique.

L'auteur rappelle les études sur le même sujet, faites en France par Moreau, Tardieu, Marc, P. Duchâtel et Legrand du Saulle, Marandon, Cullerre; à l'étranger par Mantegazza, Moll, Kiernas, Kraushold, Casper, Tarnowsky, K. Ebing, etc.

Il termine en citant une série d'observations de perversités ou perversités sexuels avec autopsies, d'après Workman. A. M.

E. — Dans un numéro précédent, le D^r Hughes a rapporté plusieurs cas de troubles mentaux et nerveux consécutifs à l'atrophie ou à l'extirpation chirurgicale des testicules. (Janvier 1893). A. M.

F. — Signalons aussi dans ce même numéro une observation curieuse d'onanisme musculaire, rapportée par STEFANOWSKI. L'exercice du trapèze et la suspension par les bras provoquaient l'orgasme vénérien chez l'enfant. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 93). A. M.

XXI. ETUDE HISTORIQUE SUR CHRISTINE DE SUÈDE; par DE SARLO.

L'auteur cherche à établir, d'après des documents de l'époque, un diagnostic de l'état mental de cette reine dont il attribue l'abdication, l'abjuration et les démêlés excentriques avec le pape, à un état neuropathique relevant de l'hystérie. On sait qu'après une vie sexuelle des plus accidentées, Christine versa dans le cabalisme, la nécromancie et le mysticisme érotique dont le satanisme contemporain offrait de si fréquents exemples. (*The Alienist and Neurologist*, juillet 1893.) D^r A. MARIE.

XXII. INFLUENCE DES MALADIES ACCIDENTELLES SUR LA MARCHÉ DE LA FOLIE; par le D^r CAUGER. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

Observation d'un malade ayant présenté un accès de manie furieuse qui disparut à la suite d'une pleurésie consécutive à l'influenza. J. S.

XXIII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HALLUCINATIONS VERBALES PSYCHOMOTRICES; par le D^r PIERACCINI. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

Etude très complète avec deux nouvelles observations très détaillées et reproduisant la plupart des vues que nous avons émises nous-même dans différents travaux. L'auteur insiste avec juste

raison sur la distinction entre les hallucinations verbales motrices pures ou mixtes, et sur le caractère sensorio-moteur des hallucinations en général. J. S.

XXIV. UN CAS D'HELMINTHIASE INTESTINALE ET DE CONSTIPATION EN RAPPORT AVEC UN ACCÈS MANIAQUE; par le D^r FRONDA. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

XXV. LES DISCOURS DES ALIÉNÉS; par le professeur VENTURI. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

XXVI. SUR LES RAPPORTS DE LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE ET DES ÉTATS PSYCHOPATHIQUES TRANSITOIRES; par le D^r MINGAZZINI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. II-III, 1893.)

De l'examen symptomatique de quatre observations rapportées par l'auteur, il résulte que la migraine ophthalmique a précédé dans un cas un raptus homicide, dans un autre, un état anxieux hallucinatoire, dans le troisième elle se termine fréquemment par une crise stéréotypée d'hallucinations visuelles, et dans le quatrième, où manquent les phénomènes oculaires, elle se résout en impulsions suicides. Les caractères communs à tous ces états sont, d'un côté, la rapidité d'évolution, et de l'autre l'amnésie complète ou de la période délirante, ou même de celle qui suit. Cette amnésie, jointe au rétrécissement du champ visuel avec incisions périphériques, pourrait faire songer à la nature épileptoïde de ces phénomènes. Mais l'auteur fait remarquer que tous ces symptômes, y compris la migraine ophthalmique peuvent se rencontrer aussi en dehors de l'épilepsie, et je pense qu'il n'y a pas lieu d'invoquer des mécanismes différents, suivant que la migraine ophthalmique et les troubles intellectuels transitoires se présentent chez un individu non épileptique ou comme épisode chez un épileptique. Les troubles psychiques transitoires accompagnent la migraine ophthalmique lorsqu'elle dépasse en durée ou en intensité les limites ordinaires, c'est-à-dire quand le spasme artériel est plus intense qu'à l'ordinaire ou s'étend à un territoire plus vaste de l'écorce. J. S.

XXVII. LES ALTÉRATIONS DE LA RESPIRATION CHEZ LES ALIÉNÉS; par le D^r ROSSI. (*Rev. sp. di fren.*, fasc. 11-11, 1893.)

On rencontre souvent dans les maladies mentales des altérations des mouvements respiratoires par le seul fait des modifications fonctionnelles de la sphère psychique. Ces altérations ne peuvent être rapportées qu'à deux symptômes, et selon que l'un ou l'autre prédomine, se résument en une hyper ou hypoactivité de la fonction respiratoire. Dans les formes dépressives, lorsqu'à la diminution de l'activité psychique s'associent des troubles graves de la

sphère sensitive, le tracé respiratoire présente des caractères particuliers qu'on peut rapporter au sentiment d'anxiété, et revêtant leur plus haut degré dans la mélancolie anxieuse. Dans l'émotivité qui accompagne souvent les états de dépression psychique, on note un véritable tremblement émotif des muscles respiratoires facile à distinguer des tremblements de diverse nature. Chez les paralytiques, outre les altérations qui sont en rapport avec l'altération psychique fonctionnelle, le tracé de la respiration offre de spécial, peut-être dans chaque cas et dès le commencement de la maladie, un tremblement caractéristique, sur la valeur diagnostique duquel il n'est pas encore prudent d'émettre une assertion quelconque.

J. S.

XXVIII. LE STYLE DES PARANOÏAQUES ÉROTIQUES AU POINT DE VUE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE; par le D^r FERRARI. (*Riv. sp. si fren.*, fasc. II-III, 1893.)

L'involution, l'excentricité, l'obscurité et en général toutes les anomalies du style, de la syntaxe et de l'orthographe qui rappellent les phrases ou le style d'époques déjà passées de longtemps et qui par suite peuvent être considérées comme de simples retours ataviques, doivent être marqués au compte de la condition fondamentale dégénérative chez qui les emploie. Chez tous les dégénérés, cette obscurité spéciale et voulue d'un style témoigne d'une exaltation particulière des sentiments religieux et érotiques, et chez les aliénés, de tels écrits peuvent être un nouvel élément confirmatif du diagnostic de paranoïa érotique ou religieuse.

J. S.

XXIX. MORPHINOPHAGIE. — MORPHINISME ET DIATHÈSE; par le D^r PICHON.

Après avoir signalé la terminaison par de véritables délires classés (deux paralysies générales et une lypémanie anxieuse) de trois cas d'intoxication chronique par la morphine, chez des sujets non prédisposés, l'auteur rapporte deux cas absolument anormaux dans l'histoire du morphinisme chronique.

Le premier cas concerne un homme de trente-cinq ans, syphilitique depuis six ans, morphinomane depuis cinq : l'intérêt de cette observation réside précisément dans les rapports, dans le contre-coup réciproque qu'eurent, l'une sur l'autre, la syphilis et l'intoxication morphinique. — Malgré des soins de propreté rigoureux et même antiseptiques, toutes les piqûres sans exception, depuis huit mois, provoquaient l'apparition d'un abcès, en sorte que, malgré le petit nombre de piqûres quotidiennes, toute la surface cutanée était le siège de collections purulentes confluentes, dont les caractères dermatologiques étaient de ceux du rupia et du pemphigus syphilitiques. L'état d'intoxication morphinique s'était compliquée d'un facteur morbide puissant, la diathèse syphilitique. Ces deux

facteurs avaient en quelque sorte préparé au maximum l'organisme débilité du malade, et en avaient fait un excellent milieu de culture, éminemment prédisposé à réagir sous la plus petite influence traumatique qui, dans l'espèce, avait été la piqûre légère d'une aiguille de Pravaz et à l'introduction sous la peau d'une certaine quantité de liquide, pour former une variété bizarre d'éruptions cutanées, due à la fois au morphinisme et à la syphilis, les éruptions morphino-syphilitiques.

Le second cas est surtout intéressant, quant au *modus faciendi* de l'intoxication, non signalé encore. Le malade en question absorbe, depuis quinze ans, la dose quotidienne de 50 centigrammes de chlorhydrate de morphine, ce qui n'a rien de bien extraordinaire. Mais ce qui fait la singularité du cas, c'est que M. X... n'a jamais pris une seule injection hypodermique de cet alcaloïde. — Depuis quatorze ans, il absorbe cette dose journalière par voie d'ingestion stomacale. En un mot, c'est un morphinophage dans toute la force de terme, car jamais non plus il n'a pris son poison sous forme de solution.

L'état de besoin paraît bien plus tenace encore dans ce *modus faciendi* que dans le morphinisme classique; le moindre retard dans l'ingestion des doses, la plus petite diminution, provoquaient, en effet, de l'énerverment et des troubles diarrhéiques plus ou moins graves.

De plus, du côté des organes principaux, l'auteur a constaté des troubles fonctionnels bien plus accentués et plus graves que dans l'intoxication classique par voie hypodermique: constipation opiniâtre avec coliques extrêmement douloureuses et débâcles; troubles dyspeptiques variés avec, dans l'intervalle des repas, de véritables accès de gastralgie des plus violents, cessant avec une nouvelle ingestion du poison; enfin, du côté des reins, albuminurie grave, remontant à une date déjà éloignée. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.)

E. B.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. ALLÉGATIONS DE FOLIE DANS LES AFFAIRES CRIMINELLES; par SPRINGTHORPE et MULLEN.

On a longtemps professé la théorie qu'un criminel ne pouvait être excusé pour cause de folie, si ce n'est lorsque cette folie le faisait ressembler à une bête. Les progrès de la médecine aliéniste ont fait aujourd'hui avancer la question.

Parmi les décisions prises à propos de l'affaire Mc. Naughten, la plus importante était celle-ci : un homme sujet à des hallucinations, mais autrement sain d'esprit, doit être traité comme si ces hallucinations étaient des faits réels et sa conduite jugée en conséquence. C'est-à-dire que si un homme croit qu'on lui doit cinq francs on l'excusera d'essayer par tous les moyens rationnels et légaux de rentrer en possession de son argent.

C'est une grave erreur : comment un homme qui est fou pour certaines choses jouirait-il pour toutes les autres d'une raison parfaite ?

Une autre erreur fut commise par les juges dans ce cas de Mc Naughten : ils établirent que c'est l'action qui prouve la folie. Non, une action folle en apparence peut être commise sous l'influence momentanée d'une passion alors que la personne est parfaitement saine d'esprit.

Aspect légal de la question : La loi définit la folie « une manière de se conduire » et non « une maladie du corps ou de l'esprit ». La loi punit les actes, non les causes des actes ; la société se protège et son seul moyen de protection est de punir les actes qui lui portent préjudice.

Comment déterminer si le criminel a obéi à une impulsion irrésistible ou à une impulsion à laquelle il n'a pu résister ? Le jury doit dans ce cas décider sur le rapport des médecins.

Pour ce qui concerne l'alcoolisme ou l'ivresse, l'homme qui, volontairement, s'est mis dans un état où il peut à son insu commettre des crimes, doit être considéré comme responsable.

Aspect médical de la question : Il est faux de juger la folie d'après la conduite, comme le fait la loi.

Il est faux de dire : un homme sain d'esprit agit de telle façon l'accusé a agi de cette façon, donc il est sain d'esprit. Il faut d'autres moyens pour juger un homme fou ou raisonnable.

En somme, on ne peut pas établir *a priori* de moyens de reconnaître la folie et par suite la responsabilité. Il est absurde, injuste, d'établir une législation qui prévoit les cas où l'accusé sera déclaré responsable ou irresponsable ; c'est au médecin seul à se prononcer.

Procédure légale : Pour que le témoignage du médecin ait du poids, il faut que le médecin-expert soit reconnu compétent. Le meilleur moyen serait d'avoir un certain nombre de médecins assermentés, assesseurs légaux des juges et prononçant dans tous les cas.

Conclusion : La folie doit être considérée par la loi, non pas comme le résultat de la conduite, mais comme une maladie du cerveau. C'est au jury de décider d'après le témoignage du médecin.

On poserait au jury les deux questions :

1° L'accusé a-t-il la maladie du cerveau qui est la folie ?

2° Le crime est-il le résultat de cette maladie?

Ces questions sont simples; les difficultés naîtraient seulement des complications particulières à chaque cas. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

II. RELATIONS ANTHROPOLOGICO - BIOLOGIQUES ENTRE LE CRIME ET LA FOLIE CHEZ LA FEMME; par P. NÖCKE. (*Alleg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 5.)

Il existe, chez l'homme, une prédisposition congénitale individuelle à l'explosion des psychoses ou à la criminalité; mais il faut, pour qu'il devienne criminel ou fou, qu'intervienne un second élément. Cet élément il le puise dans les conditions sociales qui doivent agir comme causes déterminantes. Si celles-ci n'interviennent pas, l'individu restera un criminel latent; c'est le hasard qui décidera plus ou moins, s'il fera banqueroute morale ou physique. P. K.

III. L'ÉTHIQUE APPLIQUÉE A LA CRIMINOLOGIE; par Arthur MACDONALD. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1891.)

Après quelques considérations sur le mal envisagé en soi, et sur ses divers degrés, dont le plus élevé est le crime, l'auteur constate que la liberté humaine est trop discutable pour servir de base à la criminalité, et que, en éthique générale et sociale, l'idée du mal dépend du danger que l'on peut faire courir ou du tort que l'on peut causer à l'humanité par pensée, par sentiment, par volonté ou par action, au point de vue moral, intellectuel, physique ou pécuniaire. Reste à savoir quels sont ces pensées, ces sentiments, etc., et par quelle méthode on peut arriver à les déterminer. La méthode scientifique est seule efficace, mais elle n'est pas applicable à tous les cas: aussi ne doit-on pas s'interdire d'avoir recours, au besoin, à des méthodes moins précises. Le rôle actuel de l'éthique pratique est d'établir spécialement les phénomènes observés dans les différentes modalités pathologiques de l'humanité, et d'en tirer, s'il se peut, des conséquences. La criminologie est à ce point de vue particulièrement utile, car, en un certain sens, on peut dire que le crime est une expérimentation faite sur l'humanité. Enfin les relations de la criminologie et de la sociologie deviennent chaque jour plus étroites. R. M. C.

IV. POINTS DE REPÈRE POUR ÉTABLIR L'IDENTITÉ DES CRIMINELS (*Bertillonage*) ET LEUR VALEUR PRATIQUE POUR LA CRIMINOLOGIE; par G. BUSCHAN. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., III, 1892.)

Elogieuse description de la méthode. P. K.

V. L'IMPORTANCE DE LA MENSTRUATION DANS LA RECHERCHE DE L'IRRESPONSABILITÉ MENTALE; par DE KRAFFT-EBING. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, X, 2 et 3.)

1° L'intégrité psychique de la femme pendant qu'elle a ses règles est une question qu'il est utile de se poser au point de vue médico-légal; — 2° Il paraît opportun d'établir chez une détenue si l'acte incriminé a coïncidé avec la période menstruelle. Et sous ce nom de période, nous comprenons non pas seulement les jours pendant lesquels a lieu l'écoulement sanguin, mais ceux qui le précèdent et ceux qui le suivent; — 3° Il y a lieu de conseiller un examen mental, quand le fait incriminé coïncide avec cette période; cet examen est indispensable quand les anamnestiques révèlent une tare névropathique ou l'existence de troubles psychiques pendant les périodes menstruelles antérieures, ou quand le fait lui-même, dans son espèce, décèle des charges frappantes; — 4° Lorsqu'il est évident que le processus menstruel exerce une influence puissante sur la vie mentale d'un sujet, il faut, même quand on ne constate pas de folie menstruelle, faire bénéficier l'accusée, en ce qui concerne l'application de la peine, des circonstances atténuantes; — 5° Quand le délit ou le crime a, chez une débile, coïncidé avec l'époque de la menstruation, il faut la déclarer irresponsable, car il y a lieu de penser que l'acte tient à une impulsivité passionnelle; — 6° Mais les individus qui, pour cause de trouble psychique menstruel bénéficieraient d'une ordonnance de non-lieu, devront être considérés comme extrêmement dangereux et seront soumis, à l'époque de leurs règles, à une minutieuse surveillance. Le mieux est de les confier à un asile d'aliénés où ils trouveront les soins convenables et bien souvent la guérison de cette déséquilibration menstruelle. Douze observations.

P. KERAVAL.

VI. LA CAUSE DU « LIBRO DEL COMANDO »; par le Dr A. CIONINI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. III-IV, 1892.)

VII. ETUDES ULTÉRIEURES SUR LES PRÉVENUS DE LA CAUSE DU « LIBRO DEL COMANDO »; par le professeur A. TAMBURINI. (*Ibid.*)

C'est une étude médico-légale sur un cas très curieux de *paranoïa à cinq*, chez cinq individus accusés de menaces de mort à main armée, après s'être introduits en armes et masqués chez un de leurs voisins dans le but de s'emparer d'un écrit magique « Libro del comando » dont ils le croyaient possesseur et à l'aide duquel ils étaient convaincus de pouvoir faire des miracles, découvrir des trésors, etc. Sur les conclusions des experts, le tribunal de Parvullo renvoya les prévenus des fins de l'accusation comme n'étant pas sains d'esprit. Mais le ministère public crut devoir en

appeler de cette sentence du tribunal et la cause fut reportée devant la Cour d'appel de Modène, qui n'admit pas que les experts fussent cités à l'audience, permit à peine aux avocats de discuter en leur coupant la parole à un moment donné et, dans sa sentence, déclara les accusés coupables des menaces prévues par le Code pénal, les condamnant chacun à soixante-quinze jours de réclusion.

J. SÉGLAS.

VIII. L'ÉTUDE DU CRIMINEL; par HAVELOCK ELLIS. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1890.)

Passant en revue les divers travaux qui durant ces dernières années ont été consacrés à l'étude du criminel et de l'étiologie du crime, et rendant pleine justice aux recherches importantes, bien que souvent divergentes, de l'Ecole française et de l'Ecole italienne d'anthropologie criminelle, l'auteur signale le mouvement, très général et très puissant, qui entraîne les savants de tous pays à s'occuper actuellement de ces graves et difficiles questions : il constate donc avec un vif regret que l'Angleterre, depuis une quinzaine d'années, est demeurée étrangère à ce mouvement, si étrangère qu'elle paraît presque n'en pas avoir conscience; il exprime le vœu de la voir à cet égard regagner le temps perdu et marcher du même pas que tous les autres pays civilisés; car, dit-il en terminant, « on n'insistera jamais assez sur l'importance de semblables études, qui, outre leur intérêt scientifique propre, ouvrent de nouveaux horizons, et influent à la fois sur des réformes légales et sur beaucoup de questions fondamentales de la vie sociale. »

R. M.-C.

IX. LA FOLIE INVOQUÉE DEVANT LES TRIBUNAUX; par Geo.-H. SAVAGE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1891.)

Il est difficile de suivre M. Geo.-H. Savage dans les considérations qu'il développe sur le rôle et l'attitude des médecins experts en matière d'aliénation mentale devant les tribunaux, sur l'usage ou l'abus que font les avocats de la folie invoquée comme excuse ou comme cause de non responsabilité : la différence de procédure devant les tribunaux anglais et devant les tribunaux français enlèverait, pour le lecteur, beaucoup de son mérite pratique à un travail qui contient pourtant de très judicieuses considérations et de sages règles de conduite. Ce que l'auteur a surtout voulu démontrer c'est que les experts ont des devoirs précis, dont ils ne doivent s'écarter ni dans un sens ni dans l'autre, que les méthodes d'expertise en matière d'aliénation mentale, devant les tribunaux criminels, sont par trop primitives, et qu'il y aurait lieu d'y apporter d'utiles modifications.

R. M.-C.

X. UN CAS D'ASTASIE-ABASIE HYSTÉRIQUE PLAIDANT EN DOMMAGES-INTÉRÊTS AVEC REMARQUES SUR LA NATURE DE CETTE AFFECTION ET SUR LE TEMPÉRAMENT HYSTÉRIQUE; par L. BREMER, H.-D. (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, janvier 1893.)

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf qui fut atteinte d'astasia abasia, affection dont le point de départ aurait été d'après elle l'arrêt brusque de l'ascenseur d'une maison de nouveautés de New-York où elle se trouvait. Elle plaida alors en dommages-intérêts contre cette maison. L'expert se basant sur les antécédents de la malade et sur les symptômes en présence prouve le diagnostic d'hystérie et la malade perd son procès. L'auteur après avoir raconté cette observation avec tous ses détails entre dans quelques considérations sur les agents provocateurs de l'hystérie et sur la tendance au mensonge des malades atteintes de cette affection pour le simple plaisir de mentir ou pour se faire remarquer. A l'appui de son dire il cite nombreux exemples et entre autres le procès bien connu de La Roncière le Noury. J.-B. CHARCOT.

XI. IRRESPONSABILITÉ DES ALIÉNÉS D'APRÈS LA LOI FRANÇAISE;
par le D^r Victor PARANT.

L'aliéné est irresponsable. Mais que faut-il entendre par aliéné? On ne peut pas juger de l'aliénation mentale par les actes de l'intelligence : on la reconnaît à des désordres physiques. Certains malades ont parfaitement conscience de commettre un crime, au moment où ils le commettent, mais ils ne peuvent pas résister à l'impulsion qui les y entraîne. La faculté de distinguer le bien du mal, la logique dans les raisonnements, le bon sens dans le langage, ne sont pas incompatibles avec la folie.

La loi française est conçue de façon à prévoir tous les cas de folie. Article 64 du Code pénal : « Il n'y a pas crime ou délit quand l'accusé était en état d'aliénation mentale au moment de l'exécution de l'acte ou quand il était sous l'empire d'une force à laquelle il n'était pas capable de résister. » Cette loi s'applique aux cas où l'intelligence conserve jusqu'à un certain point ses manifestations extérieures.

L'accusé peut avoir la notion exacte des objets environnants, distinguer le bien et le mal, préméditer ses actes, etc., il suffit que la présence d'une maladie mentale ait été constatée pour qu'il soit reconnu irresponsable. La volonté peut être sous la domination d'une idée fixe, à laquelle il ne peut pas résister, et qui ne trouble pas autrement ses facultés mentales.

Pour que la loi fût complète et s'appliquât à tous les cas, il faudrait qu'elle prévît le cas d'impuissance ou d'inertie de la volonté.

Quant aux individus, qui ne sont ni fous ni tout à fait sains

d'esprit, la loi ne peut pas préjuger s'ils doivent être responsables ou non. Ils ne peuvent que bénéficier des circonstances atténuantes.

En Angleterre, on déclare un accusé responsable s'il peut discerner le bien du mal. La justice est conduite ainsi à de grosses erreurs. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

XII. GUÉRISONS HEUREUSES DE LA FOLIE ; par le D^r P.-M. WISE.

D'après Tuke et le D^r Thurnam, cinq malades sur onze meurent sans guérison, et des six qui guérissent, deux seulement restent en bonne santé; les quatre autres retombent, dont trois meurent fous.

Ces chiffres, dit l'auteur, sont exacts; mais la plupart des rechutes sont dues : 1^o soit à une convalescence écourtée; 2^o soit à la réapparition des causes qui ont déterminé la première attaque.

En effet, on laisse souvent les malades quitter l'asile trop tôt pour des considérations de famille. Souvent aussi, quand ils se retrouvent au milieu des difficultés de la vie, les raisons qui les ont rendus fous reparaissent et produisent les mêmes désordres.

L'auteur conseille donc : 1^o De prolonger dans les asiles la période de convalescence; 2^o De créer des maisons spéciales pour recevoir les convalescents et leur éviter une rechute.

Il cite comme maisons de ce genre l'institution des Sœurs de Saint-Vincent de Paul et l'Asile-Ouvroir de Grenelle en France; l'association « pour les secours des femmes convalescentes » en Angleterre. (*American journal of insanity*, 1893¹.) E. B.

XIII. RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR UN CAS D'HOMICIDE-SUICIDE ; par le D^r AMADEL. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. II-III, 1893.)

XXIV. RAPPORT MÉDICO-LÉGAL A L'OCCASION DE LACÉRATION D'UN TESTAMENT ; LYPÉMANIE AVEC DÉLIRE DE RUINE ; par le professeur TAMBARINI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. II-III, 1893.)

XXV. LE CRIME A DEUX ; par le D^r P. MOREAU (de Tours).

Un certain nombre des attentats commis contre les personnes ou les propriétés reconnaissent pour auteur deux individus qui semblent avoir fait association pour exécuter le crime qu'ils avaient conçu.

Un examen superficiel démontre souvent que, de ces deux individus, il y en a un plus intelligent qui impose sa volonté et ses idées à un second individu plus borné, essentiellement passif, véritable cire molle qui garde l'empreinte qu'on y dépose : ce dernier présente le plus souvent de l'hérédité morbide.²

¹ L'auteur aurait pu citer un grand nombre d'autres institutions de patronage, tant en France qu'à l'étranger. On peut consulter à cet égard notre rapport au Conseil supérieur de l'Assistance sur la *Création de Sociétés de patronage pour les aliénés guéris*. (B.)

² Nous avons cité des exemples de ce genre dans nos *Comptes rendus de Bicêtre*. (B.)

L'étiologie et la marche du « crime à deux » sont les mêmes que celles du type de folie à deux décrit par Lasègue et Falret, et auquel on a donné le nom de *folie imposée* : ici, un seul aliéné, sujet actif, impose son délire à un être, moralement plus faible, qui l'accepte passivement.

Au point de vue légal, les auteurs de ces crimes sont tous deux coupables, mais la responsabilité doit être plus grande pour l'instigateur du crime que pour le sujet qui, se trouvant dans un état d'infériorité intellectuelle manifeste, n'a été qu'un instrument aveugle du crime.

Quelquefois, au lieu d'être le fait de la suggestion, le crime à deux peut résulter simplement d'une contagion, d'une imitation, mais bien nette est la ligne de démarcation entre ceux qui agissent par suggestion et ceux qui succombent à la loi de l'imitation. En effet, alors que chez les premiers il faut que l'idée, une fois inculquée, germe, prenne corps à l'instar de l'implantation de l'idée fixe; chez les seconds, les imitateurs, il y a pour ainsi dire instantanéité impulsive, réveillant brusquement des idées jusqu'alors endormies. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 27 novembre 1893. — PRÉSIDENCE DE M. CHRISTIAN.

Elections. — M. VALLON, rapporteur de la Commission chargée d'examiner les titres des sept candidats se présentant pour les quatre places déclarées vacantes, conclut ainsi : MM. 1^o Febvre, 2^o Sérieux, 3^o Klippel et Pactet (ex æquo), 4^o Jeannet.

LE PRÉSIDENT, après dépouillement du scrutin, proclame élus MM. Febvre (28 voix), Klippel (22 voix), Sérieux (21 voix), Pactet (19 voix).

Observation d'un exhibitioniste probablement épileptique. — M. GARNIER demande l'avis sur le cas suivant dont la conclusion médico-légal l'a fort embarrassé : Il s'agit d'un individu qui s'est fait arrêter à cinq reprises différentes au moment où il montrait en public ses organes génitaux. Comme, au moment de

l'instruction, il prétendait n'avoir gardé aucun souvenir de l'acte qui lui était reproché, M. Garnier fut commis par le juge instructeur pour déterminer sa responsabilité. Devant le médecin légiste, cet individu a affirmé ne pas se souvenir ni de l'acte commis, ni de son arrestation. Il prétendait en outre, ce qui était vrai, que son père avait été aliéné. Enfin, il invoquait le dire de sa mère, qui, à certains moments, le trouvait bizarre. M. Garnier, se basant sur la perte du souvenir alléguée, concluait dans son rapport à la possibilité d'un état vertigineux sous l'influence duquel le malade aurait pu accomplir des actes inconscients. Mais comme ces conclusions étaient vagues, le président du tribunal a fait appeler l'expert pour les développer. M. Garnier, en face du peu de consistance des dires du prévenu, dont la véracité n'avait pas été péremptoirement démontrée, n'a pu formuler qu'une opinion dubitative dont l'accusé a bénéficié. C'est alors que s'est produit un incident assez inattendu : Le président s'est demandé ce qu'allait devenir cet individu. « Si l'acte qu'il accomplit en découvrant devant des enfants ses organes génitaux échappe à sa volonté, nous devons l'acquitter ; mais ses impulsions le ramèneront devant nous et le tribunal aura de nouveau à résoudre le même problème. D'un autre côté, ajoutait-il, nous ne pouvons séquestrer dans un asile, sans son assentiment, un citoyen dont la folie n'est pas démontrée. » Il n'y avait qu'un moyen de sortir de l'impasse, c'était de demander au prévenu d'entrer volontairement dans un asile. C'est ce qui fut fait. Le prévenu a préféré l'Asile clinique à la prison.

M. CHARPENTIER. Je comprends très bien les scrupules de M. Garnier, mais je crains que ses conclusions, même hésitantes, ne soient pleines de graves conséquences : en effet, quand dorénavant un exhibitionniste viendra nous dire qu'il ne se rappelle rien, que son père était fou et que sa mère le trouvait bizarre, nous devons, devant le précédent de M. Garnier, l'envoyer dans un asile. D'ailleurs, la solution du tribunal n'en est pas une : en effet, l'individu sortira de l'asile d'autant plus vite qu'il y est entré volontairement, et le problème à résoudre sera le même.

M. GARNIER. C'est précisément en raison du doute qui germait dans mon esprit, que j'ai formulé des conclusions dubitatives, et si j'ai communiqué l'observation, c'est à cause de la terminaison de l'affaire et des difficultés qu'elle présentait pour l'expert.

M. A. VOISIN rapporte l'histoire d'un compositeur de musique, auteur de plusieurs opéras comiques, qui, à différentes reprises, a montré dans de grands diners ses organes génitaux. C'était un épileptique. J'ai pu, de même, sauver de la correctionnelle un peintre qui accomplissait les mêmes actes pendant ses vertiges.

Séance du 11 décembre 1893. — PRÉSIDENTE DE M. CHRISTIAN.

Elections. — M. MOREAU (de Tours) est élu vice-président pour l'année 1894. Les autres membres du bureau sont réélus par acclamation.

Lésions organiques du cœur non soupçonnées pendant la vie. — M. CHRISTIAN. J'ai observé récemment dans mon service deux faits assez intéressants pour que je vous en entretienne un instant. Ce sont deux cas de lésions organiques du cœur trouvées à l'autopsie, et non soupçonnées pendant la vie. Le premier se rapporte à un dément entré à Charenton en 1890, après avoir passé cinq ans à Bicêtre. A première vue, j'avais pris le malade pour un idiot; il en avait tout l'habitus extérieur; il était atteint d'une perforation congénitale de la voûte palatine, opérée sans succès par Jobert de Lamballe et Nélaton. Il avait une difformité presque monstrueuse du nez, enfin il était réduit à une existence absolument végétative. Mais il n'avait pas toujours été dans cet état, puisque pendant plusieurs années il avait rempli les fonctions de clerc d'avoué. Pendant les trois ans que M... a passés dans la maison, je n'ai eu aucune particularité à relever chez lui. Tout au plus, avais-je remarqué vers l'automne de 1893, qu'il maigrissait: il avait les jambes enflées, présentait une teinte asphyxique des téguments; mais l'appétit et le sommeil étaient conservés.

Le 21 octobre, à la visite du matin, on me le signale comme ayant eu des vomissements pendant la nuit; je le trouve pâle, fatigué; je le fais mettre au lit, en lui prescrivant une tasse de thé au rhum. Il se trouva si bien remis que dans la journée il put recevoir la visite de sa sœur et manger de bon appétit les friandises qu'elle lui avait apportées. On le coucha de bonne heure. Le lendemain il fut trouvé mort dans son lit et déjà froid. Il n'avait pas proféré une plainte, ni fait le moindre mouvement.

A l'autopsie, infiltration tuberculeuse des poumons; le péricarde renferme une quantité de sang liquide dont la quantité peut être évaluée à la contenance d'un grand verre à boire. Sa face interne est tapissée de fausses membranes épaisses, bien organisées, évidemment anciennes. Pas d'altération du cerveau ni des méninges. En résumé, la lésion capitale chez ce malade est une *péricardite hémorragique*, affection certainement rare; je ne me souviens pas de l'avoir rencontrée plus de deux ou trois fois. Les fausses membranes s'étaient développées d'une façon insidieuse; rien n'avait pu faire soupçonner leur existence pendant la vie. Elles étaient parsemées de foyers hémorragiques d'âges différents. La mort subite a sans doute été provoquée par la compression du cœur due à l'hémorrhagie ultime.

Quelques jours après je faisais l'autopsie d'un paralytique général âgé de cinquante-quatre ans, depuis cinq ans dans mon service et

arrivé à la période ultime de marasme paralytique. Il mourut subitement en essayant de se lever de son fauteuil.

Je trouvais chez lui, outre les lésions caractéristique de la paralyse générale, une symphyse presque complète du péricarde. Il existait entre la séreuse et la base du cœur des adhérences intimes, tellement fortes qu'on enlève avec elle des lambeaux du tissu musculaire. Ces adhérences n'occupent que la base et la partie moyenne du cœur. La pointe est libre.

Je signalerai encore une autre particularité ancienne : dans l'intervalle entre la quatrième et la cinquième côte, du côté gauche, nous trouvons enkystée entre les deux muscles intercostaux, une balle de revolver de fort calibre. Cette balle était là depuis plus de cinq ans, le malade avait fait, au début de son affection, une tentative de suicide. Cette balle n'avait pas atteint le tissu cardiaque.

Tels sont les faits sur lesquels j'ai voulu attirer un instant votre attention : ce sont des lésions graves et étendues du cœur qui ont pu exister pendant longtemps, pendant des années sans que jamais aucun trouble fonctionnel en ait fait soupçonner l'existence.

Il ne serait peut-être pas sans intérêt de relever les faits de ce genre chez les aliénés, on en trouverait certainement de fort anciens. Je ne crois pas d'ailleurs qu'il existe un rapport direct entre l'altération du cœur et la maladie mentale ; il en serait autrement dans les cas d'affections du cœur aiguës. Dans celles-ci des recherches ont été faites déjà anciennement : je ne rappellerai que celles de Samerotte (de Lunéville) en 1844¹, d'Aubanel, et quelques observations éparses dans les Recueils d'aliénation mentale.

M. CHARPENTIER. — Comme l'a fait remarquer, avec intention, M. Christian, son malade n'était pas un idiot ; il y aurait lieu de se demander s'il ne s'agissait pas de démence précoce, et s'il n'y avait pas de lésions cérébrales capables d'expliquer cet état dementiel. Quant à la péricardite hémorragique, elle constitue une lésion rare que, pour ma part, je n'ai pas encore eu l'occasion de constater chez les aliénés.

M. CHRISTIAN n'a constaté aucune lésion cérébrale macroscopique.

MARCEL BRIAND.

¹ *Ann. médico-psychol.*, 1844.

BIBLIOGRAPHIE.

- I. *Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique*; par Ch. VALLON, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, prix Civrieux, 1892), in-4° de 104 pages. Masson, éditeur, 1894.

Il est, en pathologie mentale, peu de questions plus intéressantes au point de vue du diagnostic, plus importantes au point de vue du pronostic, que celle des pseudo-paralysies générales. Ajoutons qu'il n'en existe guère aussi qui aient été l'objet d'opinions plus contradictoires. Dans son mémoire, M. Vallon défend la thèse de la non-existence en tant qu'entités morbides des pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique, et base son opinion à la fois sur les observations antérieurement publiées qu'il soumet à une critique approfondie, et sur les cas qu'il lui a été donné d'étudier personnellement. Les opinions des auteurs sont classées sous les deux chefs suivants : 1° le saturnisme peut produire la paralysie générale vraie : il y a une paralysie générale d'origine saturnine; 2° le saturnisme est incapable de produire la paralysie générale; il peut seulement en emprunter le masque, en présenter quelques symptômes (*pseudo-paralysie générale saturnine*). De l'étude des caractères particuliers invoqués par les partisans de cette dernière forme il ressort que ni les symptômes, ni la marche, ni le pronostic, ni l'anatomie pathologique ne permettent de la décrire comme une entité morbide.

Les symptômes donnés comme caractéristiques peuvent se diviser en deux catégories : les uns, particuliers à la pseudo-paralysie générale saturnine, ne sont que des signes de l'intoxication : ils sont le cachet d'origine de la maladie, mais n'en font pas partie intégrante; les autres sont communs à la pseudo-paralysie et à la paralysie générale vraie.

La pseudo-paralysie saturnine n'est que la période intermédiaire au saturnisme et à la méningo-encéphalite; elle ne constitue pas une maladie méritant une dénomination particulière, et le nom qu'on lui a donné ne peut que créer des confusions.

La critique à laquelle sont soumises ces observations, antérieurement publiées, montre avec évidence que ces observations, très peu nombreuses et très incomplètes d'ailleurs, sont loin d'être concluantes, et qu'elles sont passibles d'une interprétation bien différente. Les partisans des pseudo-paralysies établissent en réalité

leur diagnostic sur ce fait que l'affection s'est arrêtée dans sa marche. L'auteur répond que les malades ont été perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital et que rien ne prouve qu'ils ne soient pas devenus plus tard de véritables paralytiques généraux; il pense qu'il s'agit là, le plus souvent, de cas de rémission comme on en observe dans la paralysie générale ordinaire. M. Vallon rapporte, en outre, à l'appui de sa thèse, deux observations de saturnins qui auraient pu, à un moment donné, être considérés comme des pseudo-paralytiques, mais qui n'en ont pas moins abouti à la paralysie générale vraie et à la mort. La pseudo-paralysie saturnine n'est qu'une phase dans l'évolution du saturnisme vers la paralysie générale, mais le processus n'est pas fatalement continu et progressif, d'où la possibilité de rémissions plus ou moins durables.

Pour l'alcoolisme, certains auteurs ont émis la même théorie, justiciable des mêmes critiques : l'alcoolisme, a-t-on affirmé, ne produit pas la paralysie générale vraie, mais seulement une forme fruste de la méningo-encéphalite, une *pseudo-paralysie générale alcoolique*. Celle-ci se distinguerait de la paralysie générale vraie par les antécédents, le mode de début, les symptômes, la marche, le pronostic, les lésions anatomiques. En réalité, aucun de ces caractères différentiels n'a la signification qu'on a voulu leur donner. Les antécédents ne présentent rien de particulier; le mode de début, par des ictus apoplectiformes ou épileptiformes est loin d'être l'attribut des seuls pseudo-paralytiques : le faciès, les troubles pupillaires, les paralysies partielles, l'aspect des conceptions délirantes n'ont, quoi qu'on en ait dit, rien de caractéristique. La marche nettement régressive ou la guérison de la pseudo-paralysie alcoolique, et par suite son pronostic favorable, en seraient les principaux signes différentiels, la paralysie générale vraie tendant toujours vers la mort. Mais on sait qu'en réalité, il existe des rémissions plus ou moins complètes dans cette dernière forme; d'autre part, la pseudo-paralysie alcoolique peut se terminer par la mort. Si l'on observe souvent des régressions, c'est que le processus anatomique de la paralysie générale ne s'organise qu'après une série de poussées congestives. La pseudo-paralysie alcoolique n'est donc qu'une phase de transition entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale; M. Vallon rappelle, à ce propos, les observations de M. Magnan sur le même sujet et rapporte un cas personnel des plus concluants. (Premier internement pour délire alcoolique avec symptômes de paralysie générale. — Sortie par amélioration. — Quatre mois plus tard, deuxième internement pour paralysie générale. — Autopsie.)

En dehors des observations insérées dans le corps du mémoire, le lecteur y trouve annexés les cas antérieurement publiés par les auteurs comme pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique

et les faits, personnels ou autres, dans lesquels l'affection cérébrale, après avoir présenté l'aspect d'une pseudo-paralysie générale alcoolique, a définitivement pris les caractères de la vraie paralysie générale.

M. Vallon pense que la théorie des pseudo-paralysies générales doit être attribuée aux dogmes qui ont eu longtemps cours sur l'incurabilité et la marche fatalement progressive de la méningo-encéphalite : le caractère primordial des pseudo-paralysies était, en effet, la curabilité. Mais la plupart des faits publiés comme des cas de pseudo-paralysie générale guérie, ne sont que des observations incomplètes, le malade amélioré ayant été perdu de vue; d'autre part, on sait que la paralysie générale vraie peut s'arrêter dans ses premières périodes. Les pseudo-paralysies générales ne sont donc que des périodes de transition entre le saturnisme ou l'alcoolisme et la paralysie générale; les guérisons de pseudo-paralysie générale ne sont que des cas de rémission ou de guérison de paralysie générale vraie.

Le mémoire de M. Vallon donne sous une forme concise et claire l'exposé critique d'une question très controversée, il apporte à sa solution des documents cliniques importants; il est de ceux qui instruisent et intéressent.

Paul SÉRIEX.

II. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des enfants de Bicêtre pour 1892 (volume XIII, 1893); par BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. DAURIAC, FERRIER et NOIR, internes du service. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez Félix Alcan, éditeurs.

Ce volume, comme ses aînés, comprend une foule de renseignements importants et d'observations intéressantes. — Grâce à une persévérance remarquable et au dévouement de ses collaborateurs, MM. Dauriac, Ferrier et Noir, internes du service, M. Bourneville a pu ajouter aux faits nombreux déjà publiés une page de plus, et, non moins heureuse, à la série de recherches qu'il publie depuis treize années sur les divers sujets qui font l'objet de cette publication.

Suivant une coutume qui, malheureusement, est plus familière à l'Angleterre qu'à la France, ce volume donne en quelque sorte le résumé des événements importants d'un service de neuropathologie pendant l'année 1892.

La première partie du volume traite surtout des améliorations réalisées dans le service au point de vue des diverses questions qui intéressent à la fois l'éducation morale et physique des enfants arriérés ou idiots pour lesquels la thérapeutique purement médicale semble en quelque sorte désarmée.

Cependant, en lisant l'exposé méthodique des résultats obtenus, et grâce aux documents nombreux qui s'y trouvent renfermés,

cette première étude, doublement intéressante tant au point de vue administratif qu'au point de vue pathologique, fait qu'on arrive bien vite à se convaincre que de nombreux progrès sont réalisables dans cette voie, et que sans aspirer à donner à des cerveaux imparfaits une intelligence complète et parfaite, on doit néanmoins s'attacher à parfaire leur éducation dans les limites du possible, et le possible est plus vaste qu'on ne le pense d'ordinaire.

Malgré les difficultés signalées dans le rapport du D^r Bourneville, l'éducation des enfants atteints d'affections cérébrales est un problème sur lequel doit se porter l'attention non seulement des médecins aliénistes et neurologistes, mais de tous les praticiens.

Bien que l'intérêt qui s'attache à cette première question traitée dans le début du volume soit très grand, il faut cependant, surtout en ce qui concerne les médecins, considérer comme la partie sans contredit la plus attrayante de l'ouvrage la partie clinique, qui, sous forme de recueil d'observations, renferme des documents de la plus haute valeur sur diverses questions à l'ordre du jour.

L'histoire des scléroses cérébrales et des encéphalites de l'enfance est encore trop récente pour qu'il ne soit pas inutile d'apporter à cette question tous les documents précis qu'il est possible de recueillir. A cet égard, les observations de l'année 1892 comprennent toutes une série de types cliniques, les plus intéressants, depuis l'idiotie méningitique jusqu'aux scléroses atrophiques les mieux caractérisées.

La marche, l'évolution de ces divers types cliniques sont étudiées avec le plus grand soin à l'aide de figures, de tableaux, de dessins anatomo-pathologiques.

Comme recueil de faits, ces observations, qu'il serait superflu d'analyser en détail, représentent le meilleur type des recherches, destinées à éclaircir le domaine encore obscur de la pathologie nerveuse, dans lequel, jusqu'à présent, la rhétorique semble l'avoir emporté sur l'esprit d'observation et sur l'anatomie pathologique.

Sans analyser par le menu, nous signalerons, parmi les observations les plus intéressantes :

1^o Une première observation d'imbécillité avec hémiplégié et athétose symptomatiques d'atrophie cérébrale avec tableaux de la taille, du poids, avec mensurations crâniennes. Suivie pendant dix ans, cette observation est précieuse comme document.

2^o Une observation de porencéphalie vraie, très instructive au point de vue des lésions trouvées à l'autopsie ;

3^o Une observation très étudiée d'idiotie, avec tics multiples et documents nombreux sur les tics chez les idiots et une étude sur la valeur trop exagérée de l'opération de la craniectomie, dont la vogue éphémère ne se justifiait guère.

Avec de semblables éléments, le volume de 1892 n'aura pas

moins de succès que ceux qui l'ont précédé et servira à asseoir sur des bases moins incertaines la pathologie et l'anatomie pathologique des affections cérébrales d'origine congénitale.

D^r G. ARTHAUD.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. LE NOUVEL HÔPITAL D'ALIÉNÉS DE BOSTON;

par le D^r Th. W. FISHER.

L'hôpital d'aliénés de Boston a été commencé en 1837 et ouvert en 1839; il pouvait contenir 240 malades. En 1881, on résolut de le transformer en y introduisant les améliorations modernes. L'article du docteur Fisher est consacré presque entièrement à relater les additions successives apportées à la construction primitive et ne se compose que de chiffres et de plans. La conclusion est la suivante: l'hôpital de Boston est construit d'après le système des pavillons séparés comme celui de Villejuif en France. Il se compose de quatre bâtiments séparés les uns des autres par une distance de 80 mètres et reliés par des corridors à un étage.

Des chalets sont construits en dehors pour les cas de manie aiguë, pour l'infirmerie et les convalescents. La tendance des nouvelles constructions est d'imiter cette disposition. Il en résulte que l'extérieur a un bel et pittoresque aspect. (*American journal of insanity*, 1893).

E. BLIN.

II. PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS EN PRUSSE; par B. ASCHER. (*Centralbl. Nervenheilk.* N. F. III, 1892.)

1^o Créer un rouage central préposé à l'assistance des aliénés en Prusse, qui soit composé d'un directeur d'asiles expérimenté, d'un haut fonctionnaire de l'administration, d'un conseil technique. Par ce bureau passeront tous les rapports (article 2) et tous les plans prévoyant la construction de nouveaux asiles ou les transformations des anciens. Il surveillera les dépenses ordonnancées par les bureaux de bienfaisance et verra si elles suffisent aux besoins des aliénés. Il stimulera des créations utiles à l'assistance de ces malheureux. Il se préoccupera tout particulièrement de déterminer le mode d'entretien et d'assistance des criminels aliénés et des aliénés criminels.

2° Il inspectera tous les asiles d'aliénés de la monarchie prussienne, tous les cinq ans pour les asiles publics, tous les ans, au moins une fois, pour les asiles privés. L'inspection des asiles privés incombe, au lieu et place des membres du bureau central en question, au conseil médical du gouvernement; mais ceux-ci devront en effectuer une eux-mêmes tous les cinq ans. Les asiles publics devront chaque année envoyer un rapport détaillé au bureau central.

3° Il faut simplifier le plus possible les pratiques d'admission. Il faut exiger à l'entrée du malade le certificat d'un médecin assermenté qui conclue à la nécessité de l'admission dans un asile d'aliénés. Outre les fonctionnaires de la police et de la justice, sont autorisés à requérir l'admission dans un asile : les époux, les parents, le tuteur, le tribunal préposé à la tutelle, l'assistance publique.

4° Toute admission d'un aliéné doit être signalée au procureur impérial. L'interdiction d'un malade placé dans un asile public n'est pas obligatoire; celle d'un aliéné placé dans un asile privé est indispensable dès qu'il est tenu pour incurable ou quand on n'en peut espérer la guérison dans le délai d'une période à déterminer.

P. K.

Qu'il s'agisse de l'Angleterre ou de l'Allemagne, l'administration supérieure prend grand soin d'exiger chaque année un rapport sur tous les asiles publics. En Angleterre, les commissaires publient un rapport annuel sur l'ensemble de tous les asiles. En France, ce n'est que très difficilement que les médecins directeurs obtiennent des conseils généraux et des préfets les moyens de publier leurs rapports annuels; ceux qui le font sont l'exception.

Le ministère de l'Intérieur se soucie fort médiocrement de se renseigner et de renseigner les Chambres et le public sur le fonctionnement des asiles d'aliénés. Très modestement, il se contente du rapport des inspecteurs généraux de 1874. Ni la presse, ni les députés, qui protestent contre la loi de 1838, n'ont eu jusqu'à présent l'idée de se joindre à nous pour réclamer ces documents si nécessaires.

B.

III. RÉFORME DANS LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS; par le D^r HACK-TUKE.

Dans un discours prononcé à l'occasion du centenaire, célébrant la réforme survenue dans le traitement des aliénés, le D^r Tuke rappelle les mesures violentes et barbares employées au siècle dernier. Il cite l'exemple de Philippe Pinel, à l'exemple duquel les mesures de douceur sont universellement adoptées aujourd'hui, et ont remplacé la force brutale. Le progrès scientifique a institué pour les aliénés un traitement à la fois moral et physique.

(*American Journal of Insanity.*)

E. B.

IV. LES ASILES DESTINÉS A GUÉRIR L'IVROGNERIE EN SUISSE ET EN ALLEMAGNE; par A. TILKOWSKI. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 12.)

Description très intéressante des asiles d'Ellikon (Zurich); Nüchterne (Berne); Pilgerhütte (Bâle); du groupe Lintorf (près Düsseldorf); des trois établissements Friedrichshutte, Wilhelmshutte et Eichhoffens Bielfeld (Westphalie).

Caractères communs. — 1° Principe de l'internement et de la sortie volontaires; 2° exclusion des aliénés, des imbéciles, des épileptiques; 3° dans l'asile abstinence complète de boissons alcooliques pour tous, y compris le personnel supérieur; 4° travail forcé; 5° grande libéralité pour le paiement; 6° aucun buveur n'aura d'argent sur lui, ne fréquentera les auberges, ne sortira sans permission.

Maintenant, il y a lieu de se demander si l'installation de tels établissements doit être laissée à la direction exclusive des prêtres; s'il ne faut pas une loi imposant la séquestration des buveurs; s'il ne convient pas de soumettre au même séjour aliénés et dystomanes.

Dans la basse Autriche, on penche pour la direction médicale réglementant l'assistance spirituelle parce que le médecin est seul capable de surveiller méthodiquement de tels pensionnaires et de leur dispenser un traitement psychologique; il y a lieu de ne pas mêler aux buveurs les délinquants et les aliénés. Tout le reste est admissible. Les asiles allemands enregistrent 25 p. 100 de guérisons définitives. L'asile d'Ellikon, dirigé par un comité ayant pour président Forel, enregistre 35 p. 100; ici les sortants sont affiliés à des sociétés de tempérance. P. K.

V. QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS DANGEREUX; par le D^r E. CHAMBARD.

Dans une observation aussi intéressante que complète, M. Chambard rapporte l'histoire d'un malade atteint de délire des persécutions avec idées de satisfaction et même de grandeur. Ce malade, ombrageux, irascible, violent, réagit volontiers contre ses ennemis imaginaires et contre lui-même ainsi qu'en témoignent un double attentat et les menues violences auxquelles il s'est livré.

Malgré l'attentat commis sur un de ses camarades, ce malade, tout en étant un persécuté dangereux, très dangereux même, que de longs tourments ont rendu agressif, n'est pas un véritable persécuté persécuteur.

De même P... n'est pas un délirant chronique mais un esprit faible, déséquilibré, entaché de prédisposition héréditaire, atteint, sous l'influence de circonstances occasionnelles, de délire des persécutions ultérieurement compliqué d'idées de grandeurs; et comme le malade, en dépit de la faiblesse originelle de son caractère et de son défaut de jugement, n'est ni un illettré, ni un imbé-

cile, ce délire s'est bientôt rapproché, par sa systématisation et sa logique évolutive, de celui des délirants chroniques.

A propos des difficultés qu'il eut pour reconstituer l'histoire de P..., l'auteur insiste avec raison sur la nécessité d'instituer une méthode d'instruction spéciale pour les aliénés, sujet déjà traité par lui, du reste.

De plus, si l'on conçoit que l'autorité laisse aux familles le soin de pourvoir à l'internement des aliénés inoffensifs, l'administration ne devrait pas compter sur elles quand il s'agit d'aliénés dangereux dont le passé devrait lui être connu et attendre, pour s'assurer de la personne des insensés, qu'ils aient causé des malheurs souvent irréparables.

Cette lacune actuellement existante sera comblée le jour où dans chaque canton ou chaque arrondissement existera une commission d'hygiène rétribuée, c'est-à-dire astreinte à un service sérieux et régulier, composée d'hommes compétents et soustraits aux influences locales, auxquels on pourra joindre l'aliéniste le plus proche : il conviendrait de comprendre dans les attributions de cette commission la recherche, l'examen et le signalement à l'autorité préfectorale des aliénés dangereux.

Placée en dehors et au-dessus des questions de partis et désintéressée de la gestion financière des communes, cette commission aurait, outre sa compétence, une liberté d'action qu'un homme du pays, dépendant du suffrage de ses concitoyens, ne saurait posséder au même degré.

Le projet de loi sénatorial, adopté sur ce point, presque sans modification, par le conseil supérieur de l'Assistance publique, dispose que les inculpés renvoyés de l'instruction pour cause d'irresponsabilité, seraient internés dans un asile et n'en sortiraient qu'en vertu d'arrêt judiciaire; encore leur sortie provisoire, conditionnelle, serait-elle soumise à des mesures de surveillance et toujours révocable.

Mais à cela doit-on borner l'intervention de la justice dans le placement des aliénés dangereux et même des aliénés en général? ne conviendrait-il pas que l'autorité judiciaire intervînt dans le placement et dans le maintien de tous les aliénés quels qu'ils soient? Cette grave question a été et est encore des plus controversées et l'importante réforme qui s'y rattache, admise par le projet sénatorial dont elle est un des points fondamentaux, a été repoussée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Après avoir critiqué les nombreuses objections faites à l'intervention des magistrats dans le placement et le maintien des aliénés, l'auteur estime que si l'intervention de la justice n'est pas justifiée par la nécessité de réprimer des abus qui sont tout imaginaires dans les asiles publics et peuvent être réprimés dans les autres, si tant est qu'ils s'y produisent, par d'autres moyens, elle

ne laisse pas cependant que d'être légitime et de se recommander par de nombreux avantages.

Aussi cette intervention, M. Chambard la réclame, non qu'il la croie, au fond, nécessaire, mais parce qu'elle est impérieusement commandée par les principes les plus élémentaires et cependant les plus élevés et les plus généreux du Droit, parce qu'elle peut seule rassurer l'opinion publique légitimement, bien qu'à tort alarmée. Et, en se plaçant à un point de vue plus personnel au médecin aliéniste, il la réclame encore parce que, sans voir ce que ce dernier y perdra en autorité, il voit bien ce qu'il y gagnera en sécurité, en dignité et en indépendance. (*Annales médico-psycholog.* 1893.)

E. B.

VI. DE L'HOSPITALISATION DES ÉPILEPTIQUES; par le Dr MARANDON DE MONTYEL.

La question de l'hospitalisation des épileptiques est partout à l'ordre du jour; mais alors qu'il n'existe pas, chez nous, un seul asile public spécialement destiné à ces infortunés, l'Allemagne possédait, en 1889, dix-neuf hospices pour les épileptiques; l'Angleterre et la Suisse, trois; la Hollande, deux; l'Italie et l'Amérique du Nord, un.

Les grands problèmes primordiaux que soulève l'assistance des épileptiques sont au nombre de quatre : 1° la distinction des épileptiques en simples et aliénés; — 2° la création d'asiles spéciaux ou de simples annexes aux asiles existants; 3° l'hospitalisation commune ou distincte des enfants ou des adultes; — 4° le genre d'établissement le mieux approprié au traitement de l'épilepsie.

I. — La vieille distinction des épileptiques en simples et aliénés est de plus en plus abandonnée, avec raison, des aliénistes. L'épilepsie existe-t-elle? telle est l'unique diagnostic à formuler. Si oui, le malade mérite d'être hospitalisé, quel que soit son état mental, selon lequel il sera placé dans telle ou telle section de l'établissement. Ce n'est pas à dire qu'il faille hospitaliser tous les épileptiques : l'assistance mixte qui en hospitalise un certain nombre pendant les périodes graves de leur affection et assiste les autres par des secours à domicile et par une consultation, est celle qui paraît préférable en ce sens que, par ce moyen, le plus grand nombre est secouru sans qu'il soit besoin de recourir à des installations considérables et coûteuses.

II. — La séparation des épileptiques d'avec les autres malades s'impose : ils ne seront convenablement secourus que s'ils ont des établissements à eux; alors seulement la névrose sera traitée, et traitée avantageusement dès son apparition. Les asiles spéciaux devront être aux parents d'un très facile accès; s'ils ne remplissent pas cette condition, ils ne rendront pas les services qu'on attend

d'eux. Comment la réaliser? Tout d'abord en ne construisant que de petits établissements, contenant juste le nombre de lits nécessaires à leur bon fonctionnement : deux, ou, tout au plus, trois départements limitrophes, en s'entendant, arriveraient, sans sacrifices trop onéreux, à fonder un asile spécial de quatre à six cents lits au maximum.

III. — Vu la profonde perversion morale que traîne l'épilepsie à sa suite, il est impossible de soigner en commun les enfants et les adultes. L'idéal serait de créer de toutes pièces pour les enfants, comme l'a entrepris la Seine, un établissement spécial; mais les ressources restreintes des départements ne leur permettront que difficilement une pareille dépense. Le maximum à leur demander sera d'annexer à l'asile spécial un pavillon exclusivement destiné aux enfants, et dans lequel ces derniers seront instruits, en même temps qu'on leur apprendra un métier qui leur permettra de gagner leur vie ¹.

IV. — L'expérience réalisée à l'étranger permet de dire sans hésitation que l'asile spécial pour épileptiques doit être une colonie agricole et industrielle annexée à un établissement de traitement. Le travail agricole est, en effet, et sans conteste, le meilleur et le plus actif des adjuvants au traitement de l'épilepsie. (*Annales médico-psychol.*, 1893.) E. B.

VARIA

L'ALCOOLISME A NEW-YORK ET LA CLASSIFICATION DES IVROGNES; par le D^r Charles DANA.

Dans ces trois dernières années, l'auteur a publié dans plusieurs journaux de médecine les cas d'alcoolisme qu'il a eu l'occasion de traiter à l'hôpital Bellevue. D'une statistique comprenant 579 cas,

¹ Nous croyons qu'il faut se décider de suite à créer des *asiles inter-départementaux*, pour les enfants idiots et épileptiques, et non des *quartiers* spéciaux dans les asiles. Le nombre de ces petits malades n'est pas moindre de cinquante mille pour toute la France. On s'en apercevra vite dès qu'on aura institué quelques quartiers dans des départements où les préfets comprendront — ce qui est loin d'être — en quoi consiste réellement l'assistance *républicaine*. Et comme les asiles ne devront pas avoir plus de 3 à 500 malades au plus, pour être bien dirigés, il s'ensuit qu'un jour viendra où chaque département devra avoir son asile. B.

il est arrivé au résultat suivant, concernant la condition, l'âge, la religion et la mortalité de ces malades.

Condition sociale : mariés 72, célibataires 147, veufs 33, inconnus 16. — *Age* : 15 à 20 : 11; 20 à 25 : 32; 25 à 30 : 68; 30 à 40 : 233; 40 à 50 : 155; 50 à 60 : 71; 60 à 70 : 16; 70 à 80 : 8; 82 : 1. — *Race* : l'élément irlandais était surtout prépondérant. — *Religion* : le nombre des Hébreux était de beaucoup le plus faible, pas un sur 3.000 cas.

Mortalité : 35 morts sur 579 cas, c'est-à-dire une mortalité de 6 pour 100 environ; 20 morts étaient imputables au *delirium tremens*, les autres à la pneumonie et à la méningite.

S'occupant, dans la dernière partie de l'article, des types d'ivrogne; il conclut à la classification suivante adoptée par M. Legrain dans un article sur la Dypsomanie, publié dans le *Dictionnaire de médecine psychologique* de Tuke :

1° Ivrognerie périodique causée par la passion de la boisson; l'alcool joue ici un rôle secondaire, la principale cause étant une impulsion pathologique;

2° Ivrognerie périodique causée par des causes morales (tristesse, malheurs) qui forcent les malades à chercher des stimulants;

3° Ivrognerie habituelle et continue chez les individus privés de sens moral et d'équilibre mental;

4° *Mania a potu*. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

DISCOURS DU PRÉSIDENT DEVANT L'ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE AMÉRICAINE; par le D^r J.-B. ANDREWS.

Ce discours résume les progrès accomplis dans le traitement de la folie (construction d'hôpitaux, progrès de la thérapeutique, de la chirurgie). Les recherches microscopiques ont fait connaître les tissus normaux et pathologiques; la découverte des localisations cérébrales a éclairé le diagnostic. Dans le domaine de la thérapeutique, les hypnotiques sont venus en aide au médecin aliéniste et la chirurgie, dans nombre de cas, a pu guérir l'état mental des malades. L'auteur termine son discours en indiquant les progrès qui restent à accomplir : développer l'étude de l'aliénation dans les écoles médicales; améliorer la condition des employés des asiles. (*American Journal of Insanity*, 1893.) E. B.

CONCOURS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE.

PREMIÈRE QUESTION. — Etude clinique des maladies mentales transitoires ou permanentes, consécutives aux maladies infectieuses et aux délabrements organiques, à l'exclusion de la syphilis. L'auteur insistera spécialement sur leur pathogénie.

DEUXIÈME QUESTION. — Le traitement rationnel de la folie basée sur les indications étiologiques.

TROISIÈME QUESTION. — Cette question relative à la pathologie mentale ou nerveuse est laissée au choix de l'auteur.

Conditions du concours. — 1° Le concours est international; 2° Les mémoires pourront être présentés en français, en néerlandais, en allemand, en anglais ou en italien. Toutefois, les concurrents étrangers seront tenus de faire accompagner leurs mémoires d'un résumé et de la traduction de leurs conclusions en langue française; 3° Le montant des prix affectés au concours s'élève à 500 francs; il pourra être alloué au lauréat dans sa totalité ou en partie; 4° Le concurrent étranger, proclamé lauréat, devra, pour permettre la publication de son travail dans le *Bulletin de la Société*, en faire la traduction française à ses frais. Il lui sera loisible de faire publier son œuvre dans sa langue maternelle au moment où elle paraîtra dans la publication de la Société; 5° Le mémoire envoyé au concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués, doivent porter la même épigraphe. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique.

Lorsque la Société n'accorde qu'une mention honorable à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Les mémoires doivent être adressés avant le 31 décembre 1895, francs de port, au secrétaire, le Dr Jul. Morel, médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand.

LES ÉCOLES DE GARDIENS EN SAXE.

Il existe en Saxe deux écoles de l'Etat, ayant pour but la création de gardiens pour les asiles d'aliénés. A l'asile de Hochweitzschen, on instruit les gardiens; à celui de Hubertusburg, il y a une école pour les gardiennes. Les élèves y occupent des bâtiments spéciaux; ils appartiennent aux différentes classes de la Société. On y rencontre des enfants de pasteurs protestants, d'instituteurs, d'employés, etc. L'instruction est à la fois médicale et religieuse, c'est-à-dire confiée au médecin de l'asile et à l'aumônier.

Les élèves reçoivent d'abord pendant trois mois une instruction élémentaire; ils commencent alors un stage de six mois pendant lequel ils reçoivent un enseignement théorique et pratique. S'ils passent cette période avec succès, ils sont nommés assistants et sont autorisés à continuer leurs études qui ne se terminent qu'au bout de deux ans. Leur diplôme est légalisé par le Ministre et leur est distribué solennellement à la chapelle de l'asile.

Les nouveaux diplômés font alors partie du corps des gardiens; ils reçoivent un uniforme et un traitement fixes; après un certain nombre d'années de service, ils ont droit à la pension.

Ils ne peuvent se marier sans autorisation préalable du Ministre.

Ces écoles existent déjà depuis trois ans. Déjà 803 élèves ont été inscrits : 546 ont été nommés assistants ou gardiens ; 252 ont été renvoyés, ayant été déclarés inaptes au service des aliénés.

Le prix de l'entretien pour les indigents y est de 350 francs par an. (*Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, décembre 1893.) — Nous rappellerons que sur notre proposition, le Conseil général de la Seine a créé une école départementale d'infirmiers et d'infirmières, annexée à l'Asile clinique. Elle a été inaugurée le 14 février 1882, par notre ami Ch. Floquet, alors préfet de la Seine.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SESSION DE CLERMONT-FERRAND EN 1894.

Le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se réunira à Clermont-Ferrand, en 1894, du lundi 6 août au samedi 11. Le Congrès discutera spécialement les questions suivantes :

1° *Pathologie mentale* : des rapports de l'hystérie et de la folie. Rapporteur : M. Gilbert BALLET, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; — 2° *Pathologie nerveuse* : des névrites périphériques. Rapporteur : M. P. MARIE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; — 3° *Législation et administration* : de l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques. — Rapporteur : M. LADAME, privat-docent de l'Université de Genève (Suisse). Les rapports sur ces questions seront adressés en temps utile aux adhérents. Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières.

Les personnes qui se proposent de participer aux travaux du Congrès de Clermont-Ferrand sont priées d'adresser leur adhésion et leur cotisation à M. le Dr P. Hospital, médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie-de-l'Assomption, sis à Clermont-Ferrand, avenue de l'Observatoire, 6 et 10, ou rue Sainte-Claire, 54, et de vouloir bien faire connaître le plus tôt possible le titre de leurs communications, ou leur intention de prendre part à la discussion des questions générales indiquées ci-dessus. — Le montant de la cotisation est de 20 francs.

SOUSCRIPTION

POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.

Dans deux réunions, les anciens internes de M. CHARCOT ont constitué un *Comité* chargé d'étudier les voies et moyens pour élever un monument à la mémoire de notre illustre

Maitre. Nous donnerons dans notre prochain numéro la composition de ce Comité. Le *Progrès médical* a ouvert une souscription dont nous donnons les deux premières listes. Nous faisons appel aux lecteurs des *Archives de Neurologie* pour contribuer à honorer le Maitre de la Neurologie. Les noms des souscripteurs seront publiés et dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de Neurologie*.

PREMIÈRE LISTE.

Le <i>Progrès médical</i>	100 fr.
Les <i>Archives de Neurologie</i>	100 »
D ^r Bourneville	100 »
D ^r Marcel Baudouin.	20 »
H. Durand.	10 »
D ^r Cherchevsky.	200 »
D ^r Stembo.	20 »
Yvon	100 »
Anonyme	400 »
D ^r Malassez.	20 »
D ^r Kœnig	20 »
D ^r Cornet	5 »
D ^r Noir	5 »
D ^r Pilliet	5 »
D ^r Edwards-Pilliet	5 »
D ^r Keller	200 »
D ^r Chabbert	20 »
J. Allioli.	30 »
D ^r L. Cruet	5 »
D ^r Sollier	20 »
Total.	<u>4,385 fr.</u>

DEUXIÈME LISTE.

M. le D ^r Raymond (de Limoges).	20 fr.
M. le P ^r Grasset (de Montpellier).	100 »
M. Dauriac, interne des hôpitaux.	5 »
M. Le Bas, directeur Salpêtrière, membre du Comité	100 »
Personnel de l'hospice de la Salpêtrière (1 ^{re} souscrip.)	365 05
Total de la deuxième liste.	590 05
Report de la première liste	4,385 »
Total général.	<u>4,975 05</u>

Le Conseil général de la Seine vient de mettre une somme de 500 francs à la disposition du Comité constitué en vue d'élever un

monument à la mémoire du P^r CHARCOT. — Le Conseil municipal, dans sa séance du 28 décembre, a également voté une subvention de 1.000 francs dans le même but.

FAITS DIVERS.

ASILE CLINIQUE (Sainte-Anne). — *Maladies nerveuses et mentales.* — M. MAGNAN : Amphithéâtre de l'Admission, les mardis et vendredis, à 10 heures. Les conférences du mardi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur les *délires systématisés dans les diverses psychoses.*

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le professeur JOFFROY. Amphithéâtre de l'asile Clinique, les mercredis et samedis, à 9 heures trois quarts. — Les samedis : Leçons à l'amphithéâtre. Les mercredis : Interrogatoire des malades. Un cours élémentaire de médecine mentale en quinze leçons sera fait par M. le D^r Pactet, chef de clinique. On est prié de s'inscrire à l'Asile clinique.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Pathologie mentale et nerveuse.* — M. GILBERT BALLET a repris ses leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse, à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 3 décembre, à 10 heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure, pendant les mois de décembre et de janvier.

INSPECTION DES ALIÉNÉS. — M. Oscar THIMUS, docteur en médecine à Dolhain-Limbour, est nommé membre du Comité permanent d'inspection d'aliénés et des asiles provisoires et de passage de l'arrondissement de Verviers (Belgique).

ATTENTAT D'UN ALIÉNÉ CONTRE UN MÉDECIN. — M. le professeur et doyen MAIRET, de Montpellier, médecin en chef de l'asile des aliénés, faisait sa visite le 16 novembre dernier quand, tout à coup, un fou, armé d'un morceau de bois taillé en pointe, se précipita sur lui et lui porta un coup sur la joue droite, au-dessus de la lèvre inférieure. Le bois a perforé la joue. Le sang a jailli en abondance. Le professeur a été ramené à son domicile. On nous assure que M. MAIRET est tout à fait rétabli, ce dont tout le monde se félicitera avec nous.

ASILE POUR LE TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES A PARIS. — Le Conseil général de la Seine, dans une de ses dernières séances, a renvoyé à la commission compétente une proposition de M. le D^r Dubois tendant à la création d'un asile pour le traitement des alcooliques, lesquels encombrant les asiles d'aliénés. Cette mesure s'appliquerait, en particulier, aux malades dont la guérison est possible. Il s'agit là d'une question intéressante. Malheureusement, les ressources du département de la Seine étant limitées, avant de la résoudre, il doit créer les cinq ou six asiles, au moins, qui lui sont nécessaires pour hospitaliser les malheureux aliénés qu'il transfère en province, loin de leurs parents et de leurs amis.

Georges GUINON et J.-B. CHARCOT.

HOUDAILLE (C.). — *Les nouveaux hypnotiques*. Etude expérimentale et critique. Volume in-8° de 240 pages. Prix : 5 fr.

LEFERT (P.). — *La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris*. Volume in-12 cartonné de 285 pages. Prix : 4 fr.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1^{er} JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du 25 janvier. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE

LA MÉSONEURITE NODULEUSE;

Par C. VANLAIR,

Professeur à l'Université de Liège.

Dans un travail publié en 1881, Renault¹ a décrit avec la plus exacte minutie un appareil lymphatique tout particulier situé entre la gaine lamelleuse et le faisceau nerveux proprement dit, enveloppant ce dernier comme d'un manchon continu. Rudimentaire chez l'homme et le chien, cet appareil — que l'auteur considère comme appartenant à la structure normale des nerfs — acquiert son complet développement chez le cheval et l'âne, où il occupe les gros tronc nerveux des extrémités.

Il se compose essentiellement d'une charpente réticulaire formée de fibrilles conjonctives et de membranes fenêtrées très délicates recouvertes d'un endothélium discontinu. D'habitude, sur un côté du névricule, le réseau se renfle en une masse *fusiforme* dont la face externe s'adosse au périnèvre et dont la face interne se trouve logée dans une encoche longitudinale du faisceau. Les mailles du treillis sont remplies d'un liquide hyalin, coagulable, qui n'est sans doute autre chose

¹ Renault. — *Recherches sur quelques points particuliers de l'histologie des nerfs*, I. La gaine lamelleuse et le système hyalin intra-vaginal. (*Arch. de physiol. norm. et path.* 2^e série, t. VIII, 1881, p. 161. — *Traité d'histologie pratique*; 2^e fascicule. Lyon, 1893.)

que de la lymphe, mais de la lymphe dépourvue de globules. Dans ce liquide flottent des éléments caractéristiques à noyaux étrangement contournés et dont la masse protoplasmique claire, réfringente, non granuleuse, à peine colorée par l'éosine, forme des expansions ou plutôt des renflements multiples séparés par des plis disposés eux-mêmes de la façon la plus bizarre et donnant au corps cellulaire une apparence *corolli-forme*.

Le tissu composant les fuseaux diffère quelque peu de celui qui constitue la masse fondamentale du système. On y voit les trabécules s'étaler en forme de cloisons et les espaces stéréométriques intertrabéculaires se métamorphoser en de véritables loges. De réticulé qu'il était, ce tissu devient ainsi nettement *alvéolaire*. Ordinairement, au milieu de chaque loge se trouve nichée une des cellules précédemment décrites.

Enfin, au sein même des fuseaux, dans leur partie ventrale, il se produit une condensation plus accentuée encore qui donne naissance à des formations très particulières. Celles-ci sont constituées par de petites tiges transparentes, d'aspect homogène, résultant de la stratification avec fonte hyaline du tissu connectif à faisceaux grêles dont se compose la paroi des alvéoles. A leur centre on distingue une grosse cellule godronnée qui cette fois ne flotte plus dans le liquide, mais se montre comme emprisonnée dans une masse de consistance gélatineuse. Les lames concentriques les plus internes ont souvent leurs intervalles également occupés par des cellules vésiculeuses mais déjà contournées en croissant; plus extérieurement et surtout entre les stratus tout à fait périphériques, il n'existe plus que des séries de cellules aplaties.

Sur les coupes perpendiculaires à l'axe des névricules, les tigelles en question apparaissent comme des cercles, des ellipses ou des anneaux fondus les uns dans les autres suivant que la tige est formée d'un seul alvéole stratifié ou de plusieurs d'entre eux groupés en une même masse. Les sections longitudinales montrent que le centre de chaque système alvéolaire primitif se trouve constitué par une série de cellules godronnées disposées les unes au-dessus des autres. Le tout est relié par des *mesos* filiformes à la gaine lamelleuse d'une part, à l'endonèvre de l'autre, ces deux systèmes restant néanmoins parfaitement distincts du foyer.

Les trois modalités histologiques de l'appareil de Renaut se trouvent unies, comme on le voit, par des relations intimes. C'est en effet aux dépens du réticulum conjonctif que se développent les fuseaux, et c'est dans la partie renflée du fuseau que naît la tigelle centrale : tout cela par une condensation progressive — accompagnée en certains points d'une métamorphose hyaline — des filaments ou des faisceaux circonscrivant les espaces lymphatiques primitifs.

Renaut a désigné sous le nom de *système hyalin intravaginal* l'appareil pris dans son ensemble et imposé celui de *cellules godronnées* aux éléments suspendus dans le liquide. Il considère celles-ci comme des cellules endothéliales gonflées et détachées de leur substratum conjonctif ; le système tout entier représente pour lui une adaptation particulière du tissu connectif qui aurait pour but de soustraire la substance nerveuse à une pression exagérée et d'amortir les chocs auxquels elle est constamment exposée¹.

La dénomination imaginée par Renaut ayant été l'objet de diverses critiques, je propose d'appliquer désormais à ce sys-

¹ Deux mémoires relatifs au même sujet, l'un de J. Kopp, l'autre de Langhans, ont paru en 1892 dans les *Archives de Virchow*. Le premier de ces mémoires s'occupe même exclusivement de l'appareil de Renaut et surtout des cellules si caractéristiques que l'on y rencontre. Il est intitulé : *Veränderungen im Nervensystem besonders in den peripherischen Nerven des Hundes nach Exstirpation der Schilddrüse*. — Le second, celui de Langhans, a pour titre : *Ueber Veränderungen in den peripherischen Nerven bei Kachexia thyreopriva des Menschen und Affen, sowie bei Kretinismus*. Comme on le voit, les observations de Kopp ont été faites sur des sujets éthyroïdés et celles de Langhans se rapportent en outre à des goitreux.

Ni dans l'une ni dans l'autre de ces publications il n'est fait mention des résultats de Renaut. Cette omission — assurément involontaire — a déjà été signalée par Fr. Schultze dans une note intitulée : *Ueber circumscribte Bindegewebshyperplasien oder Bindegewebsspindeln (Nodules hyalins de Renaut) in den peripherischen Nerven des Menschen*. (*Virchow's Archiv*, Bd. 129, 1892, S. 170.) Il importait néanmoins d'insister encore ici sur ce détail bibliographique, car il pourrait avoir comme conséquence éventuelle d'enlever à l'auteur français son droit de priorité. — Ce rappel est d'autant plus opportun que Kopp attribue expressément à Langhans la découverte des cellules godronnées et que ce dernier semble également la considérer comme sienne ; il a même proposé pour ces éléments une appellation nouvelle : mais le terme qu'il a choisi, celui de cellules vésiculeuses simples ou multiloculaires (*ein- und mehrkammerige Blasen zellen*) est à la fois moins simple et moins précis que la dénomination si topique de Renaut.

tème un nom nouveau : celui de *mesoneurium* ou *mésonevre*. Je sais qu'en thèse générale il convient de ne pas introduire dans les sciences anatomiques des expressions possédant déjà leur équivalent dans la terminologie usuelle. Mais, dans le cas présent, cette innovation me semble justifiée par la nécessité d'établir une concordance étymologique entre les termes applicables à des formations de même ordre. Aujourd'hui que l'on a définitivement accepté comme classiques les désignations — introduites par Key et Retzius — d'*epineurium*, de *périneurium* et d'*endoneurium* pour distinguer les différents systèmes de la charpente conjonctive des nerfs, il m'a paru que le néologisme en question se trouvait tout indiqué, attendu que la couche de Renaut occupe en réalité une position intermédiaire entre le périnèvre et la masse endoneuriale du faisceau nerveux. J'ajouterai qu'un vocable univoque tel que celui-ci se prête beaucoup plus aisément aux exigences de la nomenclature nosologique. Quant aux formations fusiformes et à leurs noyaux vitreux, il convient de les désigner respectivement, d'après Renaut, sous le nom de *fuseaux alvéolaires* et de *nodules hyalins*.

Renaut est assurément dans le vrai quand il considère comme appartenant à la structure *normale* du nerf, chez les solipèdes, l'ensemble des formes mésoneuriales qu'il a décrites. Mais on rencontre *accidentellement*, chez d'autres animaux et chez l'homme, un tissu offrant la même composition histologique que le système de Renaut, se localisant exactement aussi entre le périnèvre et la masse nerveuse, mais distribuée cette fois en une série de foyers échelonnés sur le trajet du nerf et séparés souvent par de longs intervalles. Dans ces conditions, la présence d'un pareil tissu constitue déjà un fait *anormal*. Et s'il vient s'ajouter à cela des modifications profondes dans la structure et l'agencement desdits foyers, ou bien encore si la cause de leur apparition réside manifestement dans un trouble organique général ou local, le phénomène prend alors un caractère véritablement *pathologique*.

Jusqu'à présent ces formations accidentelles n'ont reçu aucune dénomination spéciale, car on ne peut considérer comme telle le terme très vague d'*hyperplasie circonscrite du tissu conjonctif des nerfs* adopté par Trzebinski. Les expressions : *foyers fusiformes*, *fuseaux solides*, *fuseaux con-*

jonctifs employés successivement par Langhans et par Schultze n'indiquent guère autre chose que la configuration habituelle des pièces mésoneuriales ; elles ont en outre l'inconvénient d'assimiler d'une manière trop complète les produits accidentels aux formations normales. A ce double point de vue, le terme de *corpuscules de Renaut* également proposé par Schultze est plus défectueux encore. Tout récemment, Blocq et Marinesco¹ ont dénommé *système tubulaire des nerfs* une aberration histologique qui fait évidemment partie du groupe mésoneurial : mais cette appellation ne saurait être généralisée attendu que l'altération décrite par eux ne représente qu'une des variétés du groupe en question.

Il existe donc là une lacune terminologique qu'il était opportun de combler. Le terme concret de *mésoneurite noduleuse*, que je désirerais voir appliquer aux formations dont il s'agit, me paraît rappeler d'une façon suffisamment explicite l'ensemble de leurs caractères : à savoir leur localisation constante dans l'espace mésoneurial, leur origine vraisemblablement phlegmasique et finalement l'aspect oncoïdal que revêtent les nodules élémentaires.

I.

Varaglia² est, semble-t-il, premier histologiste qui ait constaté chez l'homme l'existence des foyers mésoneuriaux ; il les a rencontrés dans les faisceaux du facial. Mais c'est à Fr. Schultze³ que l'on doit la première description détaillée de ces curieuses productions observées par lui dans le plexus brachial d'un amyotrophique. Plusieurs auteurs, notamment

¹ Blocq et Marinesco. — *Sur un système tubulaire spécial des nerfs. Société de biologie, séance du 16 juillet 1892. — Sur un cas de myopathie primitive progressive du type Landouzy, avec autopsie. (Arch. de neurologie, t. XXV, 1894, p. 189.)*

² *Neurologisches Centralblatt*, 1885, p. 471.

³ Fr. Schultze. — *Ueb. den mit Hypertrophie verbundenen progressiven Muskelschwund und ähnliche krankheitsformen (in : Klinisches und Anatomisches über die Siringomyelie). (Zeitschrift f. Kl. Med. Bd. 13. Heft 6, S. 543.)*

Oppenheim et Siemerling¹, Stadelmann², Trzebinski³, les ont également retrouvées dans les branches du plexus brachial. Enfin, Rosenheim⁴, Langhans⁵ et d'autres les ont vu se développer plus particulièrement dans le sciatique. D'après Langhans, on peut même constater quelque chose d'analogue dans les rameaux du sympathique. Mais c'est en réalité sur les nerfs des membres que ces foyers — à l'exemple des masses condensées de Renaut — apparaissent avec le plus de fréquence.

Les animaux chez lesquels on a rencontré les productions accidentelles du mésonèvre sont le singe (Langhans) et le chien (Kopp et moi-même).

Dans la liste des cas où s'est manifestée cette anomalie, on trouve mentionnés les états morbides les plus divers, depuis la tuberculose pulmonaire jusqu'à l'acromégalie (Trzebinski), depuis la syringomyélie (F. Schultze) jusqu'à la polyneurite aiguë (Rosenheim), depuis l'ataxie (Oppenheim-Siemerling) et la myopathie primitive (Blocq-Marinesco) jusqu'à la paralysie alcoolique (Rakhmaninoff). Parmi ces affections les troubles neuropathiques et myélopathiques sont, comme l'indique l'énumération précédente, ceux qui occupent le premier rang. Cela ne veut pas dire néanmoins que la lésion mésonéuriale y soit plus commune qu'ailleurs. Il paraît en effet assez naturel qu'on l'ait plus particulièrement signalée chez des sujets où l'examen microscopique des nerfs est pour ainsi dire de règle. Toutefois, si l'on s'en rapporte aux données de Langhans, on serait tenté d'admettre qu'il existe au moins un état pathologique déterminé créant une prédisposition toute spéciale à ce genre de formations. Je veux parler de la *cachexie strumiprive* où l'apparition des foyers mésonéuriaux — rudimentaires ou non — serait un fait constant, et cela aussi bien chez l'animal

¹ Oppenheim u. Siemerling. — Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenerkrankung. *Arch. f. Psychiatrie*, Bd. XVIII, 1887, S. 98.

² Stadelmann. — Ueb. einen eigenthümlichen mikroskopischen Befund in dem Plexus brachialis bei einer Neuritis in Folge von Typhus abdominalis. *Neurolog. Centralbl.*, 1887, n° 17, S. 385.

³ Trzebinski. — Ueb. circumscribte Bindegewebshyperplasien in den peripherischen Nerven, besonders in dem Plexus brachialis. Thèse de Dorpat, 1888.

⁴ Rosenheim. — Zur Kenntniss der acuten infectiösen Neuritis. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1887, S. 793 u. 799.)

⁵ Langhans. — *Op. cit.*

que chez l'homme. C'est également chez des sujets éthyroïdés que Kopp a observé le développement anormal du système de Renaut.

En présence de l'extrême variété des cas pathologiques où l'on a pu noter la présence des fuseaux fibroïdes, on doit se demander si ces productions ne sont pas également susceptibles de se développer dans un organisme sain. Il y a lieu, me semble-il, de répondre affirmativement à cette question. Blocq et Marinesco les ont en effet rencontrées sur le nerf radial d'un individu atteint de myopathie primitive, mais dont le système nerveux central et périphérique n'offrait aucune anomalie. D'autre part, les recherches de Trzebinski ont démontré leur existence éventuelle chez des sujets ayant succombé à une mort violente. J'ai moi-même eu l'occasion de les observer, par cas fortuit, chez un chien dont la santé générale ne laissait rien à désirer. La lésion occupait ici les faisceaux névriculaires du poplité externe, un peu au-dessus du point où le nerf contourne le col du péroné. A la vérité cet animal avait subi longtemps auparavant, à droite et à gauche, une division partielle du sciatique ; mais la névrotomie avait porté exclusivement sur le poplité interne et c'est seulement le péronier — épargné par la section — qui présentait l'altération mésoneuriale. Celle-ci ne se montrait d'ailleurs que du côté gauche et n'occupait qu'un segment très circonscrit du cordon nerveux.

A mon grand regret, les nerfs autres que le sciatique n'ont pu être examinés, l'animal ayant été sacrifié depuis quelque temps déjà lorsque j'ai découvert la lésion du péronier. — Il convient d'ajouter que cette dernière doit être tout à fait exceptionnelle chez le chien, car sur une trentaine de sujets dont les sciatiques ont été microtomisés en vue d'autres recherches, il ne m'a pas été donné de la constater une seconde fois. Il ne m'a pas été permis non plus de soumettre la partie malade à des sections longitudinales, le nerf étant déjà débité en coupes transversales quand les foyers mésoneuriaux me sont apparus. Pour le même motif, je n'ai pu recourir à des réactifs colorants autres que le carmin boracique, employé après fixation dans un liquide analogue à la solution de Flemming.

Bien que mon étude soit restée par là même forcément incomplète, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'en con-

signer ici les résultats. J'ai pu m'assurer en effet qu'il existait, dans le court segment dont j'ai fait l'analyse, des formations de structure très diverse et dont quelques-unes n'ont pas encore été décrites, soit qu'elles aient échappé à l'observation, soit plutôt parce qu'elles faisaient réellement défaut dans les nerfs examinés. J'ai constaté en second lieu que, malgré cette excessive variété, certaines dispositions texturales mentionnées ailleurs ne se rencontraient jamais ici. C'est ainsi, par exemple, que pas une seule fois je n'ai rencontré d'éléments assimilables aux cellules vésiculeuses dont Langhans a si souvent noté la présence chez ses strumiprivés et ses crétins. Je me suis convaincu en outre qu'il n'était nullement impossible, en dépit de toutes ces dissemblances, de ramener les végétations mésoneuriales à deux types nettement définis et reconnaissant chacun une origine différente.

II.

Le premier de ces types est essentiellement constitué par des formations *noduleuses* proprement dites. Parfois le foyer tout entier se trouve représenté par un seul nodule (PL. I, fig. 11; PL. II, fig. 19), lequel apparaît alors sous la forme d'un petit bloc isolé (PL. II, fig. 18) semblable à celui dont Joffroy et Achard¹ ont donné le dessin.

Mais le plus souvent la pièce mésoneuriale se montre composée d'un certain nombre de nodules assez étroitement juxtaposés et dont l'agglomération constitue, avec le tissu stromatique qui les entoure, un foyer relativement volumineux. Sur les coupes transversales la bordure interne de l'amas nodulaire est ordinairement très irrégulière (PL. I, fig. 1, fig. 3). Sur les coupes longitudinales, il présente au contraire une configuration fusiforme. La forme du fuseau reste géométriquement imparfaite en ce sens que le *profil* de la figure n'offre pas une symétrie complète. La gaine lamelleuse résiste en effet à la pression excentrique de la masse adventive, tandis que le fuseau se renfle librement aux dépens du tissu nerveux qu'il déprime en proportion de son volume. En d'autres termes, le

¹ Joffroy et Achard. — *Un cas de maladie de Morvan avec autopsie.* (Archives de méd. expér., 1890, p. 540.)

foyer possède une face dorsale rectiligne et une face ventrale assez régulièrement courbe.

Ces foyers occupent d'ordinaire l'espace mésoneurial (PL. I, *fig. 1, fig. 3*). Beaucoup plus rarement ils se rencontrent dans l'intérieur même du faisceau; ils affectent alors la forme d'îlots accolés à ces grandes cloisons dont la présence annonce la division prochaine du névricule et qui ne sont autre chose, en fait, que des gaines lamelleuses encore rudimentaires.

Leurs dimensions sont généralement restreintes; jamais en effet ils n'embrassent qu'une faible portion de la circonférence du névricule et leur longueur moyenne peut être évaluée à un demi-centimètre. — D'autre part, ils n'apparaissent que de distance en distance sur le trajet du nerf¹, et de préférence sur les collatéraux encore renfermés dans une gaine épineuriale commune. Enfin, chose remarquable, ils s'établissent à peu près constamment, comme les foyers alvéolaires de Renaut, sur un seul côté de ces faisceaux: celui qui regarde la surface extérieure du funicule nerveux (PL. I, *fig. 1*).

Considéré isolément, chacun des nodules élémentaires présente la composition histologique suivante :

D'ordinaire la région centrale du nodule est occupée par un corps sphéroïdal, d'apparence solide, fortement coloré, réfringent, absolument amorphe, que l'on prendrait au premier abord pour un bloc de matière amyloïde et dont les contours sont tantôt très nets, tantôt assez diffus (PL. I, *fig. 8, a; fig. 9, b; fig. 10, a*; PL. II, *fig. 18, b; fig. 19, c*). Dans certains cas, son diamètre dépasse à peine celui d'une cellule endothéliale (PL. I, *fig. 8, a*; PL. II, *fig. 18, c*); d'autres fois il forme presque à lui seul toute la masse du nodule (PL. I, *fig. 6, b* et *fig. 9, b*).

Autour de cette sphérule hyaline — qui parfois affecte une position légèrement latérale — se disposent en séries concentriques des fibres et des lamelles très fines pressées les unes contre les autres, enveloppant ainsi le corps central d'une coque épaisse et compacte. Généralement, vers les parties internes, la striation est uniforme et régulière, tandis qu'à la périphérie la substance fibreuse offre une stratification moins nette en même temps qu'une structure plus grossière. Il est aussi des cas où la masse tout entière prend un aspect

¹ Langhans a trouvé parfois des intervalles de 22 centimètres entre deux foyers appartenant au même nerf.

tourbillonnant. Au milieu de ce tissu fibroïde et disséminés dans toute l'épaisseur de la couche reposent des noyaux tantôt rares, tantôt nombreux, privés en apparence de toute enveloppe protoplasmique, le plus souvent aplatis dans le sens des striés, parfois coupant ces dernières d'un trait transversal ou oblique.

Il n'est pas rare de voir les éléments nucléiformes s'accumuler tout en acquérant des dimensions plus considérables, dans la zone la plus extérieure, au moins du côté où le nodule vient en contact avec la masse nerveuse du faisceau (PL. I, fig. 3, g; PL. II, fig. 12, n).

A cause de la ténuité du tissu dont elle se compose, la masse enveloppante apparaît comme une sorte d'*area lucida* contrastant par sa transparence avec la teinte sombre du corpuscule central.

Enfin, pour achever la constitution du foyer, un tissu conjonctif relativement lâche (PL. I, fig. 3, e) vient combler les intervalles des nodules non contigus, ainsi que les espaces latéraux restés libres entre le conglomerat noduleux d'une part, le périnèvre et le faisceau nerveux de l'autre. Ce tissu revêt le même aspect réticulaire que celui du manchon péri-neurial primitif (PL. I, fig. 4, m).

En plus du schéma que je viens de décrire, il existe des formes *aberrantes* assez nombreuses mais ressortissant toutes au même type.

Une première *variété* se distingue par la qualité du *corpus central*. Au lieu d'une substance amorphe on rencontre ici tantôt une cellule unique (PL. I, fig. 9, a; PL. II, fig. 12, a, fig. 24), tantôt deux ou trois cellules globuleuses (PL. II, fig. 12, a', fig. 22, c) munies d'un superbe noyau et d'une couche protoplasmique granuleuse très apparente. Ces corpuscules cellulaires, qui représentent évidemment des éléments endothéliaux tuméfiés, se trouvent logés dans une cavité minuscule. Cette cavité elle-même est creusée dans la masse fibreuse (PL. I, fig. 5, c; fig. 9, a), ou dans l'intérieur même du bloc hyalin (PL. II, fig. 12, a; fig. 13, fig. 17.)

Trzebinski dit avoir observé parfois, à la place du globe hyalin central, un corpuscule « *celluliforme* » uni — ou pluri-nucléé; mais cette particularité n'a été notée par lui que dans quelques cas isolés, tandis qu'elle s'est présentée à mon observation presque aussi fréquemment que la formation typique.

Je dois ajouter que des éléments cellulaires analogues aux précédents, mais moins volumineux, moins renflés et moins denses se rencontrent parfois dans l'épaisseur même, et non plus au centre de la coque, dont la masse se comporte alors par rapport à eux comme un substrat indifférent (PL. II, *fig. 12, b*; *fig. 19, d*).

On peut voir aussi, sur certaines préparations, un beau *noyau* sphérique, oblong ou claviforme très foncé remplacer la cellule centrale (PL. I, *fig. 3, b*; *fig. 5, a, a*; *fig. 6, a*; *fig. 7, a*; *fig. 11, n*). Il importe toutefois de ne pas confondre avec un pareil noyau d'autres éléments nucléiformes dont la position centrale n'est qu'apparente : ceux, par exemple, qui occupent des espaces confluentaires réduits pour ainsi dire à l'état virtuel par la fusion plus ou moins complète de plusieurs nodules élémentaires (PL. I, *fig. 6, b*).

Enfin, il est assez commun de rencontrer, sur les coupes transversales, des tubérosités fibreuses au centre desquelles on ne distingue aucune formation particulière. Tout au plus observe-t-on, en ce point, une condensation plus grande du tissu. Il est bien évident que cette apparence peut se produire par le seul fait que la section du corps fibreux a porté sur la région péricentrale. Je pense cependant qu'on ne saurait contester leur réalité, car il m'est arrivé plus d'une fois de voir persister de cette image sur toutes les coupes équatoriales du nodule. Quant aux cellules corolliformes que Renaut, Kopp et Langhans ont si souvent rencontrées au milieu des globes stratifiés, j'ai dit déjà qu'aucune de mes préparations n'en laissait apercevoir le moindre vestige.

Mais ce n'est pas seulement sur la région centrale du lobule que portent les variations morphologiques du premier type. A la masse véritablement solide qui constitue la coque fibreuse se substitue parfois un tissu d'une laxité remarquable. Ici les fibres et les lamelles, tout en conservant leur extrême ténuité et leur arrangement concentrique, s'écartent les unes des autres de manière à laisser entre elles des espaces circulaires remplis d'une substance hyaline claire, à peine colorée, qui sans doute à l'état frais est absolument liquide. Ces espaces sont traversés de-ci de-là par des tractus ou des cloisons d'une minceur excessive, et le long des stries concentriques on retrouve les noyaux déjà mentionnés. Cette dernière forme, qui ne s'est montrée que rarement dans mes préparations,

constitue pour Langhans la représentation *paradigmique* des productions mésoneuriales.

Qu'il s'agisse d'un nodule isolé ou de conglomerats noduleux, les foyers du premier type sont toujours reliés au périnèvre d'une part, au faisceau nerveux de l'autre, tantôt par un pur réticulum, tantôt par un système nettement alvéolaire. Avec ses tractus partant de la face profonde de la gaine et de la surface du faisceau pour aller se fixer à la périphérie du foyer noduleux, l'appareil mésoneuritique tout entier peut se comparer à une toile d'araignée tendue horizontalement sous les yeux de l'observateur (Pl. I, fig. 8). L'analogie devient surtout frappante quand il s'agit d'un foyer unilobulaire et que la structure du nodule répond à la forme bulbeuse de Langhans.

Sur le trajet des trabécules et des cloisons qui constituent l'appareil de soutènement se disposent de rares noyaux appartenant manifestement à des plaques endothéliales. Les cavités sont vides ou renferment des cellules globuleuses semblables aux éléments centraux des nodules. Ici encore je n'ai jamais eu l'occasion de noter la présence des cellules godronnées. Au milieu de ce tissu, et toujours en dehors des foyers proprement dits, se dessinent les coupes des vaisseaux qui tantôt conservent leur intégrité et tantôt deviennent le siège de certaines anomalies. Parmi ces dernières, je n'ai guère à signaler, en ce qui concerne mes propres observations, qu'une ampleur inusitée des capillaires, une turgescence excessive de la couche endothéliale des artérioles et beaucoup plus rarement un épaississement scléreux de l'adventice.

Telles sont les formes que l'on peut rapporter au premier type, lequel — ainsi qu'on l'a vu — comprend des variétés assez nombreuses différenciées par les caractères morphologiques de la partie centrale ou de la masse enveloppante du nodule. Je propose de désigner sous le terme de *mésoneurite noduleuse proprement dite* le processus dont elles dérivent et d'appliquer aux produits eux-mêmes le nom de *foyers mésoneuritiques*, attendu qu'ils se développent manifestement aux dépens du réticulum de Renaut.

III.

Au *second type*, qui reconnaît une origine différente, correspond également une tout autre organisation.

On ne rencontre plus ici les corps sphéroïdaux que je viens de décrire, avec leur centre nettement particularisé et leurs stries minces et concentriques séparées ou non par des espaces lymphatiques circulaires. Les foyers dont il est maintenant question (PL. II, *fig.* 21) apparaissent sur les coupes perpendiculaires à l'axe du faisceau — quand il s'agit de formations simples et typiques — comme des aires translucides, un peu moins colorées que la gaine périneuriale, transversalement oblongues, dont le contour externe largement sessile se moule exactement sur la face profonde de la gaine et dont le bord interne ne proëmine que faiblement vers l'intérieur du névricule. Entre ce bord interne et le faisceau nerveux on ne constate pour ainsi dire jamais l'existence d'un *méso* réticulaire. La couche profonde du foyer confine immédiatement à la masse nerveuse, mais il n'en existe pas moins une démarcation très nette entre les deux substances.

Les plaques dont je viens de parler se composent de lamelles épaisses, solides, étroitement juxtaposées comme les lamelles périneuriales elles-mêmes. De ces stratus membraneux, les plus externes sont exactement parallèles à la gaine et dessinent en conséquence un arc de cercle à convexité peu accusée; les plus internes ont au contraire leur convexité tournée vers l'axe du névricule et la courbure en est généralement plus accentuée; enfin l'espace compris entre ces deux couches est occupé par des lamelles à peu près rectilignes. La masse tout entière est parsemée de noyaux aplatis dirigés dans le sens des stries. — Sur les sections longitudinales, qu'il soit simple ou composé, le foyer affecte une configuration fusiforme très régulière dans le premier cas, plus confuse dans le second.

Mais ce qui caractérise plus spécialement encore ces foyers, c'est la présence d'une quantité de *vacuoles* (PL. II, *fig.* 21, *v, v, v*) creusées entre les lamelles. On dirait qu'en certains points, toujours très circonscrits, une petite collection de liquide est venue décoller les membranes de manière à créer entre elles des espaces minuscules, tantôt ovalaires, tantôt claviformes, tantôt assez irréguliers, dont le plan principal est presque constamment parallèle à la direction des lames. D'habitude ces lacunes sont très étroites dans les couches périphériques; on les voit au contraire s'élargir tout en prenant une forme plus circulaire à mesure qu'elles pénètrent dans la profondeur du

foyer. Souvent même c'est une de ces cavités (PL. II, *fig.* 27), plus volumineuse que les autres, ou bien deux ou trois d'entre elles réunies en groupe (PL. II, *fig.* 20), qui constituent le centre de la formation lamelleuse. Parfois encore, mais tout à fait exceptionnellement, la cavité centrale est la seule que l'on rencontre dans toute la masse (PL. II, *fig.* 14, *v*). Quand, au contraire, les logettes en question sont très nombreuses, elles communiquent à la coupe un aspect véritablement cribiforme (PL. II, *fig.* 21).

On pourrait s'imaginer à première vue qu'il s'agit là tout simplement de vides produits par l'énucléation accidentelle d'un élément cellulaire. Mais il n'en est nullement ainsi. Le nombre souvent considérable de ces alvéoles, leurs dimensions régulièrement décroissantes du centre à la périphérie, la présence assez fréquente d'un noyau étroitement appliqué contre la paroi, l'absence constante de cellules ou de noyaux libres à côté de l'espace vide, enfin le fait que ces cavités s'observent à peu près exclusivement dans les foyers du second type, forment des motifs plus que suffisants pour éloigner l'idée d'un produit artificiel. Ajoutons qu'ici l'on a bien affaire à des alvéoles proprement dits et non pas à un système tubulaire, car d'une coupe à l'autre on les voit changer de forme et disparaître.

Cette organisation *lacunaire*, qui n'a été signalée jusqu'à présent par aucun auteur, s'est présentée dans presque tous les foyers lamelleux que j'ai eu l'occasion d'examiner. Quelques-uns seulement offraient une structure tout à fait massive, à l'instar de ceux dont Langhans a donné une très exacte description et qu'il a rencontrés chez des singes éthéroïdés.

Qu'ils soient constitués par une masse compacte ou poreuse, tous ces foyers se distinguent des formations noduleuses par l'exiguïté relative de leurs dimensions. Etant donné que leur structure rappelle à s'y méprendre celle de la gaine lamelleuse, qu'à la face externe de la plaque il existe une véritable continuité de tissu entre la gaine et le foyer, que du côté du faisceau nerveux on ne constate au contraire l'interposition d'aucun reticulum mésoneurial, il y a lieu de les considérer comme une dépendance directe et exclusive du périmèvre. Il conviendrait dès lors de les désigner sous le nom de *foyers périneurétiques*.

IV.

A côté des modalités typiques ou aberrantes qui viennent d'être mentionnées, il s'en rencontre d'autres difficiles à classer dans l'un quelconque de ces groupes. Je veux parler des formes *intermédiaires* et des formes *composites*.

Parmi les *premières*, on doit signaler tout d'abord des foyers noduleux où les couches fibroïdes s'épaississent déjà en lamelles plus ou moins compactes (PL. II, *fig.* 18 et 19). D'autres formations périneuritiques tendent vers la configuration noduleuse (PL. II, *fig.* 20) et souvent alors elles possèdent un groupe alvéolaire pour centre (PL. II, *fig.* 20). Parfois aussi certains systèmes vacuolaires affectent un aspect sphéroïdal et reposent dans la masse mésoneuriale commune (PL. I, *fig.* 3, *a*). En d'autres cas encore, c'est un nodule fibreux (PL. I, *fig.* 5, *b, b*) ou bien une masse hyaline (PL. II, *fig.* 23) qui se creusent d'alvéoles centraux. Enfin, par une dérogation à la règle, on peut avoir des fuseaux périneuritiques dont les deux extrémités plongent en quelque sorte dans un tissu réticulo-alvéolaire et qui se trouvent en outre reliés au faisceau nerveux par une couche du même tissu.

Quant aux productions *composites*, elles sont représentées par l'agrégation d'un certain nombre de foyers élémentaires d'*ordre différent*. On rencontrera, par exemple, dans une seule et même image, des formations appartenant à l'un ou l'autre type ou bien à l'une ou l'autre des variétés du même type (PL. I, *fig.* 3, PL. II, *fig.* 12, 25, 26, 27).

Si multiples que soient les aspects réalisés par ces différentes combinaisons, il est cependant des formes — décrites par d'autres auteurs — que je n'ai jamais observées sur mes préparations. Tel est le cas entre autres pour les foyers rudimentaires que Trzebinski a représentés dans la figure 1 de sa thèse et qui se trouvent constitués par des champs nucléaires à disposition concentrique et occupant non plus l'espace mésoneurial, mais l'intérieur même du faisceau nerveux. Nulle part non plus, ainsi que je l'ai fait remarquer déjà, il ne m'a été donné de rencontrer ni dans le stroma mésoneurial, ni dans l'épaisseur, les foyers des cellules godronnées de Renaut. Enfin, hormis peut-être en un seul point, je n'ai constaté

l'existence de ces formations cylindroïdes foncées, entourées d'une zone claire non protoplasmique et situées au centre des foyers élémentaires, que Blocq et Marinesco ont rencontrées dans toutes leurs préparations et que Langhans a également aperçues sur quelques-unes de ses coupes (*fig. 18 et 19 de la planche XI* annexée à son travail).

Je me hâte d'ajouter que ces constatations négatives n'infirmement en rien la valeur objective des observations précédentes. On doit seulement en inférer que le processus mésoneuritique se comporte de façon diverse suivant les circonstances et qu'il peut même se particulariser au point d'exclure, dans un cas donné, tel ou tel genre de formation.

V.

Ceci nous conduit à examiner les hypothèses relatives à l'*histogénèse* des foyers mésoneuriaux.

F. Schultze avait supposé naguère que l'altération très fréquemment observée des vaisseaux contenus dans le périnèvre et les cloisons intranévrulaires constituent le point de départ des productions foculaires. Mais on a démontré ultérieurement l'indépendance des deux processus et Schultze lui-même a depuis longtemps renoncé à sa première interprétation.

Sans entrer à cet égard dans de longs développements, Langhans exprime l'idée que le corps homogène central de son foyer typique serait le produit d'une sorte de fonte dégénérative des fibrilles conjonctives unie à une modification spéciale de la lymphe remplissant leurs intervalles. Se basant sur l'action des matières colorantes, il se refuse à voir dans cette substance des dépôts de mucine, ni même de cette matière colloïde qui remplit normalement les vésicules du corps thyroïde; elle se rapprocherait davantage des masses colloïdes pâles qui se forment dans le stroma même de cette glande¹. Quant à ses *Blasenzellen*, autrement dit les cellules godronnées de Renaut, elles ne seraient autre chose que des cellules endothéliales œdématisées. Pour ce qui concerne l'ensemble des

¹ Trzebinski ne se prononce pas davantage sur la nature de cette substance; il dit seulement s'être assuré que, malgré son apparence, elle ne présente aucune analogie chimique avec la matière amyloïde.

masses foculaires qu'il a décrites, il leur attribue une provenance exclusivement *endoneuriale* : le périnèvre ne remplirait, d'après lui, qu'un rôle absolument passif dans la genèse de ces productions.

De toutes ces interprétations il n'en est aucune qui me paraisse satisfaisante. Les centres hyalins des foyers noduleux sont bien plutôt des masses consistantes que des dépôts mucinoïdes ; et la métamorphose dont elles sont le produit appartient vraisemblablement au groupe mal défini de ces dégénérescences *vitreuses* dont un exemple nous est fourni par l'obsolescence de la zone centrale du tubercule. — De leur côté, les cellules vésiculeuses doivent être considérées comme des formations d'ordre physiologique qui ne présentent ici d'anormal que leur hétérotopie.

Il n'est pas possible non plus d'accepter les vues de Langhans en ce qui regarde la *provenance* des foyers. Ce que l'on sait déjà de leurs relations histologiques, joint à d'autres considérations complémentaires que l'on trouvera plus loin, tendent à démontrer que de tous les tissus névriculaires, c'est précisément l'endonèvre qui prend la part la moins active à leur développement.

L'explication mécanique de Rakhmaninoff¹ ne résiste pas davantage au contrôle des faits. La condition efficiente du processus résiderait d'après lui dans une atrophie dégénérative des fibres nerveuses. La disparition, ou tout au moins la diminution de volume de ces éléments, amènerait entre le périnèvre et le faisceau nerveux la formation d'un vide que tendrait à combler l'hyperplasie du tissu vésiculaire de Renaut. — Mais l'auteur ne tient pas compte de ce fait que les foyers n'apparaissent jamais sur tout le pourtour du névricule, et que leur structure ne reproduit pas exactement celle du système mésoneurial primitif ; on peut en outre objecter à sa manière de voir que les productions dont il s'agit ont été observées par Langhans, Trzebinski et moi-même sur des nerfs exempts de toute dégénérescence.

L'hypothèse à la fois la plus originale et la plus récente est celle de Blocq et Marinesco. Eux aussi font jouer un rôle actif aux fibres nerveuses dans la production des foyers ; mais

¹ Rakhmaninoff. — *Contribution à la névrite périphérique*. (Revue de médecine, 1892, p. 321.)

ce rôle est tout différent de celui que leur attribue Rakhmanoff. Ils voient en effet dans le corps réfringent central un restant de cylindraxe et considèrent en conséquence la formation mésoneuriale comme un appareil *tubulaire* dont l'élément cylindraxial remplirait la lumière et dont la paroi serait constituée par des lames fibrillaires rangées concentriquement autour de lui. Voici, au surplus, sous une forme abrégée, la description qu'ils en donnent. Sur les coupes transversales, l'axe du foyer est occupé par un corps pseudo-cellulaire, relativement volumineux (20-25 μ), généralement arrondi, à contours simples, doubles ou triples. Dans son intérieur se montrent un ou plusieurs corpuscules chromatiques que l'on prendrait au premier abord pour des noyaux, mais qui sont en réalité des coupes de cylindraxes. Il n'existe en effet entre la paroi de la pseudo-cellule et les corps chromatiques aucune apparence de protoplasme; les granulations qui s'observent fréquemment autour d'eux sont simplement des granulations de myéline. Parfois le contour du corps central se plisse de telle façon que celui-ci se trouve divisé en un certain nombre de loges rayonnant autour de la masse chromatique: le corpuscule prend alors un aspect corolliforme. — Sur les coupes longitudinales on peut apercevoir dans certaines préparations des fibres nerveuses altérées, mais encore reconnaissables aux fragments de cylindraxe et aux granules myéliniques qu'elles renferment.

Dans l'opinion des auteurs, l'élément essentiel du foyer ne serait autre chose que des tubes nerveux profondément atteints, et leur paroi devrait être considérée comme une gaine lamelleuse modifiée. Quant aux figures corolliformes, elles résulteraient simplement du plissement de la gaine conjonctive du tube nerveux.

Outre qu'il ne s'agirait guère de révoquer en doute l'exactitude d'un fait recueilli par d'aussi habiles histologistes, on peut invoquer à l'appui de leurs observations certaines données fournies par Trzebinski et par Langhans. Le premier de ces auteurs dit en effet avoir rencontré — mais une fois seulement — une fibre nerveuse coupée en travers au centre même d'un de ses foyers. Le second mentionne également la présence éventuelle de cylindraxes parfaitement reconnaissables dans l'intérieur des masses mésoneuriales. Ces cylindraxes privés de gaine myélinique, mais étroitement enveloppés d'un système concen-

trique à stries très délicates, apparaissent ordinairement en nombre multiple dans le voisinage du périnèvre; parfois même ils constituent à eux seuls, avec leur gaine spéciale, la plus grande masse du foyer (fig. 19 et 20 de Langhans). Moi-même j'ai observé, dans une de mes préparations, des images analogues à celles qu'a représentées Langhans.

Pendant il est permis de se demander si, dans certains cas au moins, les éléments nerveux dont on a noté la présence n'ont pas été accidentellement incorporés dans la formation nouvelle. Que l'on examine entre autres les figures de Langhans, et l'on pourra se convaincre que les foyers neurogènes y sont plutôt des productions accessoires simplement annexées aux grands foyers qui, eux, reconnaissent bien évidemment une autre origine.

D'autre part, Blocq et Marinesco parlent d'images *corolli-formes* qui, d'après eux, seraient dues au froncement de la gaine de Schwann : ne se peut-il pas que, pour quelques-unes d'entre elles, il y ait eu confusion avec les cellules godronnées de Renaut généralement si répandues dans les productions mésoneuriales et qui bien certainement n'ont rien à faire avec le tissu nerveux?

Même sans tenir compte de ces restrictions, on doit considérer comme exceptionnel, du moins jusqu'à nouvel ordre, le cas de Blocq et Marinesco. L'hypothèse neurogénique ne saurait en effet s'accorder ni avec l'aspect ordinaire des blocs hyalins, ni avec la présence des noyaux, des cellules ou des vacuoles remplissant éventuellement l'office de corps central, ni avec la forme ordinairement noduleuse des foyers mésoneuristiques élémentaires, ni enfin avec la démarcation si nette qui établit une sorte de barrière entre la formation hyperplasique et la surface du faisceau.

Que l'on compare d'ailleurs le dessin de ces auteurs avec d'autres figures, et l'on s'apercevra que leurs « aires claires » s'écartent très sensiblement des formes habituelles. Plusieurs d'entre elles sont si largement enveloppées de tissu nerveux qu'elles prennent une apparence insulaire ou péninsulaire. Presque toutes aussi sont régulièrement oblongues.

Quel est donc le *tissu* aux dépens duquel se développent les foyers, et quel est le *mécanisme* de leur évolution? Pour répondre à cette question, il importe de distinguer l'un de

l'autre les deux types morphologiques que j'ai précédemment établis, car ils reconnaissent en réalité une origine différente.

Le premier de ces types, le type franchement *noduleux*, dérive bien certainement du système mésoneurial. Sous sa forme la plus simple, telle qu'elle se montre chez l'homme et le chien, ce système se compose uniquement de mésos rares et délicats allant de la face externe du faisceau nerveux à la face profonde du périnévre. Dans l'appareil de Renault, cette organisation se complique de plus en plus. En même temps que l'espace mésoneurial s'élargit, on voit apparaître d'abord le réticulum conjonctif avec ses cellules endothéliales et godronnées ; puis les fuseaux alvéolaires ; puis enfin, dans l'intérieur de ces derniers, les nodules hyalins proprement dits. Tous ces états — sans exception — se retrouvent dans les formations accidentelles. Les descriptions de Kopp ne font même que reproduire trait pour trait ces différents aspects structuraux. Mais pour la plupart des foyers *pathologiques*, il s'établit des dispositions nouvelles qui modifient sensiblement l'organisation primitive. Tantôt l'anomalie porte uniquement sur la masse centrale qui prend ici d'habitude un développement considérable. Tantôt ce sont les cellules corolliformes qui disparaissent pour faire place à des corps protoplasmiques globuleux, comme si les cellules endothéliales s'arrêtaient au stade précurseur de l'involution vitreuse. Tantôt encore les foyers noduleux composés se différencient du type normal par l'hétérogénéité de leurs nodules et l'irrégularité de leur forme. Il se produit enfin, dans certaines circonstances, une atrophie relative des fibres nerveuses corticales par suite de la compression exercée sur elles par la masse adventive (PL. II, fig. 16 c. c.). Mais aussi bien dans un cas que dans l'autre, le processus se caractérise essentiellement par une *condensation hyperplastique progressive et circonscrite de la masse fibreuse* autour d'un ou de plusieurs points que l'on pourrait assimiler à des centres de cristallisation. Etant donné qu'au voisinage de ces points, la suractivité plastique des éléments endothéliaux tend sans cesse à développer sur place des couches nouvelles et que, d'autre part, la structure primitive du tissu est nettement trabéculaire, on verra bientôt le réseau passer à l'état de système alvéolaire ; puis, la paroi des loges s'épaississant à son tour, il se formera autour de la cavité une série de membranes emboîtées les unes dans les autres.

Qu'il s'établisse à ce moment une sorte d'équilibre stable entre la résistance du contenu (lymphe ou cellule) et la pression de la coque, et celle-ci ira en augmentant de volume sans oblitérer la cavité. Que cet équilibre vienne au contraire à se rompre, et la substance centrale disparaîtra par résorption. Si l'hyperplasie se poursuit alors dans les régions moyennes et superficielles, les couches profondes rangées autour d'un centre virtuel subiront une compression croissante; elles seront privées par là même de leurs éléments nutritifs et finiront, après s'être amincies et tassées à l'excès, par tomber en obsolescence.

Lorsque cette condensation s'effectue d'une façon tout à fait méthodique, elle aboutit à la formation des foyers modèles de Renaut et de Kopp. Mais quand ce processus s'écarte de sa régularité paradigmatique, on le voit donner naissance à des formes tourmentées, inégales, hétérogènes qui présentent en un mot les traits caractéristiques d'une production morbide.

Le second type (*type lamello-lacunaire*) procède non plus de mésonèvre, mais de la *gaine périneuriale*. Il suffit de se reporter à la description que j'en ai donnée pour se convaincre de la réalité de cette origine. L'évolution histogénique est ici beaucoup moins compliquée que pour les foyers noduleux: il s'agit en effet d'une simple apposition de couches nouvelles sur la face interne du périnèvre. En fait, la présence des vacuoles constitue la seule différence essentielle qui sépare la production morbide de la formation normale. Cette alvéolisation peut s'expliquer rationnellement par un défaut local de résistance des lamelles adventives qui se laissent alors distendre par la pression latérale de la lymphe. Le concentrisme qui s'observe parfois autour d'une vacuole centrale a sans doute la même raison d'être que celui des nodules élémentaires.

VI.

Mais si nous voyons nettement le résultat de ce travail hyperplastique dans nos deux espèces de foyers, il est plus malaisé d'en déterminer la cause.

Renaut — qui n'a vu d'ailleurs que les formations normales — explique la présence de ses produits mésoneuriaux par des

nécessités fonctionnelles. D'après lui, l'appareil sous-vaginal serait une simple modalité d'un système mésodermique — le tissu fibro-hyalin — extrêmement développé chez les invertébrés supérieurs, les mollusques entre autres, dont ils forment pour ainsi dire le squelette. En principe, ce tissu ne devrait plus se rencontrer chez les vertébrés ; mais on l'y retrouve cependant, çà et là, autour de certains organes qui réclament une protection particulière : les nerfs des solipèdes, par exemple, où l'appareil fibro-hyalin forme un véritable manchon autour du faisceau nerveux. Les fuseaux surtout contribueraient à atténuer la brusquerie des chocs auxquels les cordons nerveux des membres sont continuellement exposés. Rien de plus naturel, si cette hypothèse est exacte, que de voir le tissu protecteur s'accumuler de préférence vers la face superficielle des névri- cules, sur laquelle portent plus directement les violences extérieures.

Cette relation topographique entre la vulnérabilité des nerfs et l'hyperplasie mésoneuriale se manifeste encore dans d'autres circonstances. Des observations de Renaut il résulte en effet que les nerfs le plus sujets aux tiraillements et aux pressions sont précisément ceux où l'hyperplasie en question atteint son plus haut développement. C'est ainsi que le système hyalin se trouve particulièrement renforcé au niveau des points où les nerfs s'engagent dans de puissantes masses contractiles dont le jeu déplace et comprime sans cesse les faisceaux nerveux. Si chez l'homme et le chien, comparés aux solipèdes, le système mésoneurial n'existe pour ainsi dire qu'à l'état virtuel, la cause en est dans la moindre énergie des contractions musculaires. — Un autre fait également signalé par Renaut vient encore à l'appui de sa thèse : à savoir la localisation plus spéciale des fuseaux dans les portions minces, rubanées des troncs nerveux, lesquelles subiraient trop directement sans cela l'effet des pressions exercées sur elles. C'est enfin, d'après lui, pour le même motif que chez l'homme les nerfs collatéraux des doigts possèdent un système mésoneurial relativement développé.

L'ensemble de ces arguments démontre assurément qu'il existe une corrélation entre la vulnérabilité du faisceau nerveux et la situation topographique des foyers. Mais ceci ne permet point d'affirmer que le besoin d'une protection efficace constitue la cause primordiale de cette distribution, notam-

ment de l'orientation unilatérale des foyers. En fait, l'explication d'ailleurs très séduisante de Renault repose sur une base purement téléologique, et je pense qu'au lieu de rechercher le *pourquoi* de cette curieuse localisation, il est plus conforme aux principes de la biologie moderne de se demander *comment* elle a pu s'établir. Voici, dans ce nouvel ordre d'idées, de quelle façon il conviendrait d'interpréter le phénomène.

Bien que dans les névricules normaux l'enveloppe périneurale paraisse étroitement appliquée contre le faisceau nerveux, on sait qu'entre la face profonde de la gaine et la substance nerveuse il existe un espace très exigü, mais parfaitement réel, traversé seulement par quelques trabécules délicates. Toute injure venant de l'extérieur, telle par exemple qu'un frottement exagéré, devra modifier brusquement et violemment les rapports établis entre les deux systèmes : il se produira un glissement rude — qu'on me pardonne cette antilogie — de la gaine lamelleuse sur la face extérieure du faisceau nerveux relativement immobile. Que ce déplacement s'opère avec une énergie inaccoutumée, qu'il vienne en outre à se renouveler fréquemment et il en résultera inévitablement un certain degré d'irritation dans les milieux sur lesquels s'exerce son action. Les tissus réagiront ici comme ils le font d'habitude vis-à-vis d'un trauma souvent réitéré, c'est-à-dire que l'activité plastique de leurs éléments cellulaires en sera notablement augmentée. D'une part, la gaine tendra à s'épaissir par l'apposition de couches adventives sur sa face profonde, et de l'autre le tissu endoneurial de la zone corticale du faisceau deviendra le siège d'une hyperplasie plus ou moins considérable. Mais ce sont surtout les filaments grêles interposés aux deux plans qui ressentiront les effets du traumatisme. Non seulement on les verra subir une multiplication croissante, mais encore ils iront en s'élargissant de plus en plus jusqu'à former de véritables travées et même des cloisons membraneuses circonscrivant des cavités alvéolaires. Ainsi se trouveront constitués les foyers de Renault. Et comme le côté des névricules tourné vers la surface du membre est celui qui offre de plus de prise au trauma, c'est également en ce point que l'on constatera les susdites altérations.

Si l'on admet cette filiation, il faudra attribuer aux foyers méseuraux, même à ceux que l'on rencontre sur les nerfs des solipèdes, une origine accidentelle. On devra les consi-

dérer comme des productions primitivement morbides qui par leur passage à travers une série de générations — toutes soumises aux mêmes irritations locales — revêtraient à la longue le caractère permanent et héréditaire des formations normales.

Supposons maintenant chez certains individus une vulnérabilité excessive, innée ou acquise, de l'appareil périfasciculaire, ou bien encore l'intervention d'un traumatisme plus violent ou plus souvent répété, et les foyers prendront alors des dimensions plus considérables, un aspect extérieur moins typique, une composition plus hétérogène. Les foyers réguliers de tantôt feront place à ces conglomerats volumineux, informes, de structure très complexe, que j'ai rencontrés, par exemple, sur le poplité de mon chien. — Ici il ne peut même plus être question d'une adaptation fonctionnelle : loin de servir à la protection du nerf, les formations nouvelles s'opposent à l'accomplissement de sa mission en troublant la régularité des échanges. Cette action nocive va même parfois jusqu'à déterminer un certain degré d'atrophie dans les tubes nerveux en rapport avec le foyer mésoneurial. Encore moins pourrait-on comprendre l'utilité des plaques périneurétiques.

S'il est vraisemblable que les formations *isolées* trouvent leur origine dans une irritation mécanique, on n'oserait affirmer qu'il en soit de même pour les foyers secondaires qui forment comme un front de bandière sur un des côtés du système constitué par l'ensemble des névricules. Ces *séries unilatérales* semblent plutôt résulter purement et simplement de la *segmentation* de la masse primitive. Le phénomène s'explique aisément en effet par la systématisation transversale qu'affectent généralement les groupes névriculaires des extrémités. Pour ne parler que du sciatique, on voit les deux poplités se placer invariablement, lors de la bifurcation du tronc, l'un à droite et l'autre à gauche de l'axe primitif du nerf. Les branches périphériques opèrent leurs divisions dans le même sens au moment de se répandre dans le pied. Cette expansion transversale provient évidemment de ce fait que le tronc se divise et se subdivise suivant un plan antéro-postérieur¹. Or, on sait que les foyers composés méso- et périneurétiques affectent sur la coupe

¹ La figure insérée dans le travail de Blocq et Marinesco, représentant le système névriculaire du médian, nous fournit un exemple très caractéristique de l'uniformité du plan suivant lequel s'effectue cette diérèse.

une direction presque toujours transversale. Toutes les fois donc qu'une émission nouvelle viendra à se produire et que la plaque se trouvera située sur la ligne de partage, les mamelons secondaires présenteront nécessairement la même orientation que la tumeur initiale. Et comme, d'autre part, la masse génératrice transmet son activité hyperplastique aux formations dérivées, on verra chacune de ces dernières acquérir peu à peu une importance égale à celle du foyer primitif.

Pourquoi maintenant les foyers du mésonèvre — primitifs ou secondaires — affectent-ils telle forme plutôt que telle autre, c'est là une question à laquelle on ne saurait actuellement répondre d'une manière satisfaisante. Il semble cependant exister une certaine corrélation entre la structure du foyer et la date de sa naissance. En effet, les formations décrites dans le travail de Kopp sont complètement assimilables à celles de Renaut, tandis que les foyers de Langhans offraient pour la plupart un aspect polymorphe et une structure beaucoup plus compliquée. Or, les nerfs examinés par Kopp appartenaient à des animaux fraîchement éthyroïdés, alors qu'au contraire les observations de Langhans ont porté sur des hommes et des singes opérés depuis plusieurs mois et même depuis plusieurs années.

Il convient d'ajouter toutefois que Langhans n'a pas remarqué de différence bien sensible entre un sujet strumiprivé depuis quatre ans et un autre qui l'était seulement depuis six mois et demi. Si donc la date de l'opération exerce une influence sur la qualité des produits, cette influence ne se manifesterait que dans la période qui suit d'assez près l'extirpation de la glande. — L'espèce à laquelle appartient l'animal doit être considérée comme indifférente, car j'ai trouvé chez mon chien des formes identiques à celles que Trzebinski a rencontrées chez l'homme et d'autres aussi que Langhans n'a guère observées que chez le singe.

VII.

Le chapitre de l'histogénie resterait incomplet si l'on n'essayait de déterminer avec quelque précision la place qu'il convient d'assigner dans le cadre nosologique aux formations mésonéuriales.

Pour les foyers typiques de Renaut, l'hyperplasie dont ils dérivent peut être rapportée à une stimulation quasi physiologique. Mais les conglomerats irréguliers, hétérogènes qui se présentent comme des lésions accidentelles semblent plutôt appartenir au groupe des processus *phlegmasiques*. On ne peut nier en effet qu'il n'existe une ressemblance manifeste entre la sclérose inflammatoire, notamment celle qui aboutit à la formation des petits fibromes péritonitiques, et la constitution des nodules élémentaires. L'analogie est plus frappante encore pour les renflements périneurétiques. Il y a lieu de faire observer en outre que les productions dont il s'agit s'accompagnent pour ainsi dire constamment d'altérations inflammatoires dans les tissus circonvoisins. Je citerai entre autres l'épaississement général de la gaine lamelleuse, la multiplication de ses éléments endothéliaux, l'hyperplasie fibreuse de l'adventice des vaisseaux, la condensation sclérotique de la couche corticale de l'endonèvre, la richesse nucléaire tout à fait exceptionnelle de cette couche, enfin l'hypertrophie qui souvent atteint la masse tout entière du tissu conjonctif intra-fasciculaire.

En ce qui concerne mes propres observations, j'ai eu l'occasion de noter un fait assez particulier qui me semble plaider en faveur de la qualité phlegmasique du processus. Les foyers du poplité externe apparaissaient, comme je l'ai dit, au-dessous de la section du poplité interne. Mais les plus élevés d'entre eux se trouvaient assez rapprochés de ce point, et l'on constatait à leur niveau et du côté où ils siégeaient non seulement une tuméfaction diffuse de la gaine, mais encore l'existence anormale autour de cette gaine d'un manchon conjonctif épineurial volumineux, entièrement dépourvu de cellules adipeuses. Or, cette double altération compte parmi celles que l'on rencontre invariablement sur les névricules sectionnés au voisinage du point de division et dont l'origine phlegmasique ne saurait être révoquée en doute.

De différents côtés on a agité la question de savoir si et dans quelles limites les produits méso-neuriaux pouvaient enrayer les fonctions du nerf. Autrement dit, sont-ils ou non susceptibles de provoquer des troubles morbides appréciables ?

Si l'on s'en tient exclusivement aux observations cliniques, on inclinera vers la négative, attendu que jusqu'à présent

l'on n'a relevé dans le domaine des nerfs intéressés *aucune perturbation fonctionnelle*. Kopp déclare catégoriquement que ces désordres nerveux de la cachexie strumiprive n'ont rien à faire avec les productions mésoneuriales qui la précèdent ou l'accompagnent. J'ai pu me convaincre moi-même qu'il n'était survenu chez mon chien, alors déjà que son poplité devait être entrepris, aucune espèce de trouble sensitif ou moteur¹.

Il serait étrange cependant qu'une altération tellement prononcée, développée au contact immédiat d'un tissu aussi impressionnable, ne compromit en rien la conductibilité des éléments nerveux. Seulement, pour savoir positivement à quoi s'en tenir à ce sujet, il faudrait, comme le dit Trzebinski, recueillir et noter tout d'abord chez un très grand nombre de malades, — en y mettant beaucoup de méthode et de soin — jusqu'aux plus légers troubles nerveux qui viendraient à se manifester d'une façon quelque peu permanente, puis de rechercher éventuellement sur les cadavres de ces mêmes individus s'il existe ou non dans les nerfs une lésion mésoneuriale. Malheureusement, l'application de ce procédé se heurte à des difficultés pratiques à peu près insurmontables. Peut-être réussirait-on mieux en usant de la méthode expérimentale : en soumettant, par exemple, la surface des nerfs à des irritations mécaniques régulièrement ordonnées. Toujours est-il qu'à l'heure présente, on ne pourrait émettre ici que de pures hypothèses : comme celle par exemple de F. Schultze qui a songé à la possibilité d'un rapport entre le processus mésoneuritique et le syndrome désigné par lui sous le nom d'*acroparesthésie*.

VIII.

Des faits histologiques que j'ai rapportés et de la comparaison de ces faits avec les données recueillies déjà par d'autres observateurs on peut tirer les *conclusions* suivantes :

1° L'hyperplasie mésoneuriale accidentelle se manifeste sous deux formes typiques : la forme *noduleuse* et la forme *lamelleuse*.

La première est constituée, sous son aspect le plus élémen-

¹ Le but que je m'étais proposé d'atteindre par la section du poplité interne impliquait précisément une exploration attentive et presque journalière de l'état fonctionnel du membre.

taire, par une masse conjonctive sphéroïdale, nucléée, à couches concentriques pressées les unes contre les autres ou séparées par des espaces lymphatiques, et dont le centre est occupé par des formations diverses. Tantôt le corps central est représenté par un bloc consistant, foncé, absolument amorphe, à contours nets ou diffus et provenant vraisemblablement d'une dégénérescence spéciale de la matière conjonctive; tantôt il se trouve formé par une ou plusieurs cellules endothéliales turgides et granuleuses, ou bien aussi par un corpuscule d'apparence nucléaire.

En sus des formations qui viennent d'être énumérées, les seules qu'il m'ait été donné d'observer, il faut citer encore, parmi les figures centrales, les *cellules godronnées* de Renaut rencontrées par Kopp et Langhans et les tubes nerveux segmentés de Blocq et Marinesco, lesquels à vrai dire font plutôt partie d'un système cylindroïde.

Les nodules eux-mêmes sont le résultat d'une hyperplasie endogénique de l'appareil mésoneurial primitif. Lorsque le travail s'accomplit d'une façon méthodique, les produits auxquels il donne naissance restent pour ainsi dire sur la limite qui sépare les formations normales des formations morbides. Mais si la condensation hypertrophique du tissu s'opère dans un ordre irrégulier de manière à engendrer des foyers inégaux, informes, d'aspect varié et de structure complexe, ceux-ci prennent alors un caractère nettement *pathologique*. Il s'agit sans doute, dans cette dernière occurrence, d'une *inflammation chronique systématisée* atteignant spécialement l'appareil mésoneurial. De là le nom de *mésoneurite proprement dite* ou *mésoneurite noduleuse* sous lequel je propose de désigner ces curieuses altérations.

Le *second* type est construit sur un modèle plus simple. Ici les nodules sont remplacés par des espèces de *plaques* plus ou moins proéminentes appliquées contre la face profonde du périnèvre et essentiellement composées de lamelles épaisses analogues à celle de la gaine. Entre les lamelles on distingue de petits espaces disséminés qui ne sont autre chose que des vacuoles remplies de liquide. Ces formations lamello-lacunaires dépendent *uniquement* du périnèvre et peuvent revendiquer, avec plus de titres encore que les produits noduleux, une origine inflammatoire. Elles méritent donc bien le nom de *périneurite hyperplastique*.

2° Indépendamment de ces formes bien tranchées, il s'en rencontre d'autres à caractères moins constants et moins nettement définis. Ces dernières modalités histologiques peuvent se ranger en deux groupes : formations *intermédiaires* ou mixtes, et formations *composites*. Elles n'offrent d'ailleurs qu'un intérêt secondaire.

3° Dans certains cas, tous les foyers remplissant l'espace mésoneurial affectent dans leur structure une assez grande uniformité ; il arrive même parfois que telles ou telles variétés en sont absolument exclues. Mais en d'autres circonstances on trouve au contraire au même niveau et non loin les uns des autres des foyers appartenant aux deux types et présentant les aspects les plus divers.

4° Les conditions *étiologiques* de la mésopérineurite sont encore indéterminées. Non seulement on ignore à peu près complètement les raisons qui spécialisent la qualité structurale des foyers, mais on ne sait pour ainsi dire rien des circonstances qui en favorisent le développement. La seule relation étiologique que l'on ait pu établir jusqu'ici est celle de l'état strumiprive avec la généralisation des produits mésoneuriaux.

5° Au point de vue purement *doctrinal*, il y a lieu de considérer l'anomalie mésoneuriale comme ayant sa cause première dans l'*irritation mécanique*.

6° Quant aux conséquences *cliniques* de la mésopérineurite, elles sont actuellement inconnues.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

Fig. 1. — 1/70. Groupe névriculaire composant le poplité externe au niveau de la partie moyenne du segment malade.

Tous les névricules — sauf deux (les plus petits) — sont plus ou moins fortement atteints et tous les foyers à l'exception d'un seul présentent la même orientation. Le côté qu'ils occupent est tourné vers la surface du membre. Le grand névricule de gauche, en voie de division, se comporte relativement à la position des foyers comme s'il était formé par la juxtaposition de deux faisceaux complètement individualisés.

Fig. 2. — 1/70. Deux gros névricules constituant le tronc du poplité externe au niveau du point où débute la lésion, c'est-à-dire à la partie

tout à fait supérieure du segment affecté. Tous deux offrent déjà en plusieurs points une couche mésoneuriale (*m, m, m*) bien distincte, laquelle est surtout développée dans le petit faisceau (A) annexé au névricule de gauche : elle forme là un anneau complet autour de la masse nerveuse. — On remarque en outre que partout la gaine péri neuriale est plus épaisse du côté malade que de l'autre.

Fig. 3. — 1/500. Grand foyer composite appartenant au type mésoneuritique et occupant la région moyenne d'un fuseau. — En *a* un système alvéolaire. En *b*, un groupe de foyers élémentaires avec des éléments nucléaires comme corpuscules centraux. En *c*, un nodule à vacuole cloisonnée centrale. En *d*, la masse centrale est formée par un corps vitreux sectionné obliquement; le foyer lui-même se montre enveloppé de toutes parts, mais surtout du côté du faisceau nerveux, par une zone alvéolaire. — Le stroma interfasciculaire est presque uniquement constitué par un réseau lâche (*e*) fortement nucléé surtout au voisinage du faisceau nerveux (*g*), représentant une des formes diffuses du tissu mésoneurial. En *f*, des cellules entourées déjà de couches condensées et formant avec celles-ci des petits nodules rudimentaires.

La démarcation entre la couche foculaire et l'endonèvre est ici presque partout nettement accusée. La gaine lamelleuse (*l*) est intacte.
v, v, v, Vaisseaux.

Fig. 4. — 1/500. Le reticulum mésoneurial (*m*) avant la formation du foyer. Plusieurs mailles du réseau renferment de belles cellules endothéliales granuleuses (*c*).

Fig. 5. — 1/150. Un petit foyer mésoneuritique composite. *a a*, petits nodules à centre nucléaire; *bb*, formations périvacuolaires; *c*, formation péricellulaire.

Fig. 6. — 1/200. Foyers mésoneuritiques à centre nucléaire; *a*, foyer simple; *b*, foyer composé.

Fig. 7. — 1/300. En *a*, un nodule mésoneuritique dont la masse centrale est formée par un gros noyau entouré d'une zone vitreuse. En *b*, le reticulum initial avec ses cellules granuleuses.

Fig. 8. — 1/250. Un nodule mésoneuritique « en toile d'araignée » avec bloc vitreux central (*a*).

Fig. 9. — 1/250. Petit foyer mésoneuritique composé à centre cellulaire (*a*) et hyalin (*b*).

Fig. 10. — 1/200. Nodule à structure tourbillonnante avec bloc central vitreux (*a*) fortement nucléé.

Fig. 11. — 1/200. Un nodule mésoneuritique à noyau claviforme central (*n*) enveloppé d'une couche vitreuse (*v*). En *m*, reticulum mésoneurial.

PLANCHE II.

Fig. 12. — 1/450. Conglomérat mésoneuritique composite comprenant deux grands foyers. L'un (A) se subdivise lui-même en trois nodules à centre demi-vitreux, demi-cellulaire (*a, a'*) et nucléaire (*n'*). L'autre (B), beaucoup plus volumineux et pour ainsi dire irréductible, est unique-

ment constitué par du tissu fibreux condensé; le corps même du foyer ne renferme que peu de noyaux, mais la zone périphérique, surtout à gauche (*n*), est assez nettement nucléée. — La masse nerveuse est partout séparée du foyer par une ligne de démarcation très nette (*d, d*), due à la condensation de l'endonèvre dans la couche superficielle du faisceau.

En *b* deux cellules indifférentes.

Fig. 13. — 1/300. Un beau nodule mésoneuritique cellulo-vitreux développé pour ainsi dire à même dans le reticulum primitif.

Fig. 14. — 1/300. Un foyer demi-mésoneuritique, demi-périneuritique, formé autour d'une vacuole centrale (*v*) à paroi nucléée et à contenu grossièrement granuleux (lympe coagulée ou détritux cellulaire ?).

Fig. 15. — 1/500. Un petit faisceau nerveux aplati (*f*) pris entre deux couches mésoneuriales. Les fibres renfermées dans ce faisceau ont subi un certain degré d'atrophie et l'endonévrium s'y montre surchargé de noyaux.

Fig. 16. — 1/500. Grossissement de la zone B de la figure 2 (pl. I). — Formation mésoneuriale *prémonitoire*, composée d'un stroma (*a*) translucide, compact, à stries réticulaires peu apparentes, creusé par-ci par-là d'alvéoles (*b*) entièrement vides et renfermant d'assez nombreux noyaux. En *c*, de petits groupes superficiels de fibres nerveuses à demi atrophiées. *v*, une artériole dont l'adventice est très épaisse.

d, cloison de partage bordée des deux côtés par une couche mésoneuriale dense.

Fig. 17. — 1/300. Un petit bloc hyalin légèrement strié renfermant deux cellules accolées (*c*) et une vacuole (*v*).

Fig. 18. — 1/400. Un nodule isolé contenant deux cellules (*c, c*) et beaucoup de noyaux (*n, n*) plus ou moins aplatis pour la plupart dans le sens des stries, et dont le centre est formé par une sphérule hyaline pure à contours très nets (*b*).

La substance enveloppante présente déjà ici une certaine tendance à la constitution lamelleuse.

Fig. 19. — 1/400. Un foyer *intermédiaire* comme position et comme structure entre les produits de la mésoneurite proprement dite et de la périneurite.

Le foyer, arrondi cependant comme dans les nodules mésoneuriaux, se trouve très rapproché du périnèvre mais sans contracter avec lui d'adhérences intimes. Les triangles, ou pour mieux dire les prismes circonscrits latéralement par la masse nerveuse, le périnèvre et le foyer, sont seuls occupés par du tissu mésoneurial fondamental (*m, m*). — La grande masse du nodule se montre composée de lamelles (*b*) dont l'épaisseur est inégale et la disposition irrégulièrement concentrique. Pas de vacuoles, mais seulement des cellules et des noyaux. Le centre du nodule est occupé par un bloc hyalin (*c*); à côté de cette sphérule centrale on distingue un autre corpuscule (*c'*) de même nature, mais plus petit et vaguement délimité. En *d, d, d, d*, cellules indifférentes.

v, Capillaire ectasié avec tuméfaction de ses cellules pariétales.

Fig. 20. — 1/400. Un foyer *périneuritique* demi-typique. Sa base est étroitement appliquée contre la face profonde du périnèvre et sa masse

tout entière se compose de lamelles compactes nucléées et vacuolisées. Mais d'autre part il existe ici, comme dans les productions mésoneuritiques, une tendance manifeste à la nodulisation du foyer et au centrisme des couches. — En guise de corps central, un groupe de trois alvéoles relativement volumineux (a). — Comme dans les figures 21, 25, 26, 27, le faisceau nerveux n'est représenté que par le contour de ses fibres corticales.

Fig. 21. — 1/400. Type du foyer *périneuritique*. Il n'existe plus qu'une délimitation confuse entre le périnèvre et la masse adventice. Le foyer tout entier est formé de lamelles compactes, étalées, analogues à celles de la gaine, mais séparées les unes des autres par de nombreuses vacuoles (v, v, v). Il affecte sur la coupe transversale une configuration fusiforme et non plus noduleuse. Nulle part on ne trouve de reticulum mésoneurial autour du tissu lamelleux. Enfin, les grosses cellules endothéliales sont complètement défaut et les noyaux eux-mêmes sont amincis et rares.

Fig. 22. — 1/400. Premiers rudiments d'un nodule mésoneuritique. c, cellule centrale logée dans une cavité. n, noyau en croissant appliqué contre la paroi de cette cavité. n', noyau libre.

Fig. 28. — 1/400. Un dépôt hyalin creusé d'alvéoles réguliers, bordé de noyaux aplatis et constituant presque à lui seul la totalité du foyer.

Fig. 24. — 1/400. Début de la stratification autour d'une cellule centrale.

Fig. 25, 26 et 27. — 1/400. Trois coupes transversales résultant de trois microtomisations successives opérées sur le renflement central d'un grand fuseau composite. La comparaison des trois images met en évidence la forme noduleuse des foyers mésoneuritiques élémentaires.

PATHOLOGIE NERVEUSE¹

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX,

PARALYSIE GÉNÉRALE, MÉNINGO-MYÉLITE VASCULAIRE DIFFUSE
ET LÉSIONS SYPHILITIKES DES VAISSEAUX;

Par M. le docteur F. RAYMOND, professeur agrégé,
Médecin de la Salpêtrière.

OBSERVATION III. — *Syphilis en 1885. — Paraplégie complète, précédée de troubles urinaires en 1887; à cette époque, exagération des*

¹ Voir *Archives de Neurologie*, t. XXVII, page 1.

réflexes, épilepsie spinale, abolition de la sensibilité dans tous ses modes aux membres inférieurs. — Amélioration progressive sous l'influence du traitement spécifique, disparition de l'anesthésie; la marche redevient possible; l'état spasmodique persiste. — Etat stationnaire de la paraplégie depuis 1890 environ. — En 1889, trois attaques d'aphasie transitoire; aucun symptôme mental depuis lors. — Tuberculose pulmonaire chronique. — Mort. — Autopsie : foyer de myélite scléreuse à la partie supérieure de la région dorsale; dégénérescences fasciculées habituelles et, en plus, sclérose ascendante des faisceaux pyramidaux croisés, remontant jusqu'à la partie supérieure du renflement cervical. Endartérite oblitérante peu intense de la terminaison des carotides internes et de la sylvienne gauche. Encéphalite vasculaire diffuse avec intégrité absolue des éléments nerveux.

Dur..., Léonce, âgé de trente-deux ans, tourneur en bois, entre le 26 décembre 1892 à l'hôpital Lariboisière, salle Bouley, lit n° 13. C'est un homme grand, maigre, qui, depuis 1887, a passé la plus grande partie de son temps dans les hôpitaux, où il s'est tuberculisé; je l'ai eu à plusieurs reprises dans mon service.

Antécédents héréditaires. — A part sa mère, qui est morte à cinquante ans d'un « cancer au foie », ses parents n'ont présenté aucune particularité digne d'être relevée.

Antécédents personnels. — Dur... a toujours été fort bien portant, à part les petites maladies de l'enfance, jusqu'en 1885; à cette époque il eut un chancre induré qui fut soigné au Midi pendant cinq mois; consécutivement il eut une roséole, un peu d'alopecie et des plaques muqueuses; sorti de l'hôpital, il cessa tout traitement.

Il a toujours bu beaucoup : quatre ou cinq litres de vin par jour, sans compter le reste; de fait, il a eu à maintes reprises des cauchemars, des pituites, et il conserve un tremblement manifeste des doigts.

Histoire de la maladie. — En 1887, deux ans seulement après son chancre, Dur... fut atteint de paraplégie complète. Depuis quelque temps déjà, il ressentait dans les membres inférieurs des douleurs assez fortes; ces douleurs étaient profondes, il lui semblait qu'elles siégeaient dans les os et elles étaient continuelles, mais, dit-il, elles étaient bien plus fortes dans la nuit que dans le jour; en même temps les membres inférieurs s'affaiblissaient et la marche devenait pénible. Un jour, il éprouve une grande peine à uriner; par contre, il perd des matières; bientôt il survient une rétention d'urine complète et le malade entre à l'hôpital du Midi, croyant avoir un rétrécissement; il reste deux mois dans le service de M. Mauriac. Huit jours après son entrée à l'hôpital, la paraplégie a fait de tels progrès qu'il ne peut plus du tout marcher; on exa-

mine l'état de sa sensibilité, et on constate qu'il est complètement anesthésique des membres inférieurs (contact, piqûre, chaleur, sens musculaire). Les réflexes sont exagérés, il existe même de l'épilepsie spinale. Traitement : iodure et pilules de Dupuytren.

Au bout de deux mois, il quitte l'hôpital du Midi, à peine amélioré, pour entrer dans le service de M. Troisième à la Pitié. Traitement : iodure, mercure, pointe de feu. Il reste huit mois dans ce service et en sort à peu près dans le même état.

Il entre alors à Bicêtre dans le service de M. Déjerine. Le traitement spécifique est de nouveau institué; la sensibilité revient peu à peu et il recommence à marcher.

Pendant son séjour à Bicêtre, qui a duré un an, il a eu à trois reprises différentes des ictus qui ont été suivis d'aphasie, la première fois pendant six jours, les deux autres fois pendant quarante-huit heures (1889).

A sa sortie, il va dans le service de M. Jaccoud où on le soumet à la suspension, qui, dit-il, n'améliore en rien son état. Au bout de deux mois, il sort, non pas guéri, mais suffisamment rétabli pour reprendre son travail.

Au bout de quelques mois, il éprouve une grande lassitude, le travail lui devient impossible et il entre dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine; à cette époque, il était déjà tuberculeux et au point de vue des membres inférieurs, son état était à peu près le même que lors de sa dernière entrée. Depuis ce moment, il va de service en service, reprend son travail pour quelques mois, rentre de nouveau à l'hôpital, et ainsi de suite.

Etat actuel (26 décembre 1892). — Le malade est maigre, faible, fébrile; il tousse beaucoup et crache abondamment, le moindre effort l'essouffle : il a des sueurs nocturnes; les jambes et les pieds enflent et se cyanosent dans la soirée. Au sommet des poumons on perçoit les signes d'une tuberculose avancée, arrivée à la période cavitaire.

La démarche de Dur... est un type de démarche spasmodique; elle est rendue pénible surtout par le fait de l'affaiblissement général. Les réflexes sont très fortement exagérés, surtout à gauche; en relevant la pointe des pieds, on détermine un clonus qui met longtemps à s'épuiser.

Il n'y a aucune trace d'atrophie musculaire localisée, les muscles ont simplement fondu par l'effet de l'amaigrissement général.

La sensibilité est revenue dans toutes ses formes aux membres inférieurs; elle a même été remplacée par un certain degré d'hyperesthésie à la douleur; la pression des masses musculaires de la jambe est en effet douloureuse.

Les troubles de sphincter ont à peu près complètement disparu; c'est à peine s'il persiste un peu de paresse vésicale. Les membres supérieurs sont absolument indemnes. Au point de vue psychique

on ne peut saisir aucun trouble chez ce malade; il en a d'ailleurs été ainsi toutes les fois que j'ai eu l'occasion de l'étudier.

L'état général décline rapidement et le malade meurt le 1^{er} mars 1893, de sa tuberculose pulmonaire, sans avoir présenté de nouveau symptôme d'ordre nerveux.

AUTOPSIE. — Cadavre très émacié; jambes légèrement œdémateuses; plaques érythémateuses au sacrum et au trochanter droit.

Pas de lésions du rachis. La moelle est molle, de volume normal; elle a un aspect blanchâtre comme lavé; l'arachnoïde contient en arrière quelques petites plaques calcaires; les méninges ne sont pas épaissies; les racines paraissent saines. Sur les coupes pratiquées à la partie supérieure de la moelle cervicale, on distingue fort bien, à la teinte grise, une sclérose du cordon de Goll peu étendue, et une sclérose annulaire du faisceau antéro-latéral, avec une pointe saillante en dedans au niveau d'une ligne qui passe par la commissure (faisceaux cérébelleux direct et latéral ascendant).

En pratiquant une série de coupes de haut en bas, on voit apparaître une teinte grise dans le faisceau pyramidal dès le milieu du renflement cervical; à la partie supérieure de la moelle dorsale, la sclérose paraît envahir la plus grande partie de la surface de coupe, puis, plus bas, elle se cantonne dans les faisceaux pyramidaux. Un examen rapide à l'état frais a montré l'absence de corps granuleux et de corps amyloïdes dans les régions sclérosées.

La boîte crânienne est normale; l'espace sous-arachnoïdien contient beaucoup de liquide; les méninges ne sont pas épaissies et se décortiquent très facilement. Il existe un léger dépôt de l'épéyde des ventricules latéraux et surtout du quatrième ventricule. Les vaisseaux de la base paraissent sains.

Les muscles sont fermes, rouges. — Les poumons, adhérents au sommet, forment un bloc rigide. A la coupe on trouve dans les deux tiers supérieurs de leur hauteur un tissu noirâtre, fibreux, criant sous le scalpel, criblé de granulations grises. Ce tissu est creusé de bronches dilatées et de cavernes rameuses, surtout à gauche. En quelques points le tissu est blanc grisâtre, ferme, lardacé, et parsemé de petites taches d'un blanc plus éclatant, grosses comme des têtes d'épingles et disposées par groupes arborisés. Les bases sont très congestionnées et contiennent quelques granulations miliaires.

Le cœur droit est dilaté; l'endocarde est sain, de même que l'aorte. — Le foie pèse 1800 grammes; il ne présente pas de lésions à l'œil nu, sauf un peu de congestion et un petit kyste superficiel à sa convexité: ce kyste, gros comme une noisette, affleure à la surface; il a des parois minces et contient un liquide filant, opalin. — La rate est volumineuse, charnue, avec des granulations miliaires. — Les reins paraissent sains.

Examen histologique. — La moelle présente un foyer de myélite scléreuse étendu de la deuxième à la cinquième racines dorsales, avec maximum au niveau de la quatrième dorsale ; sur une coupe

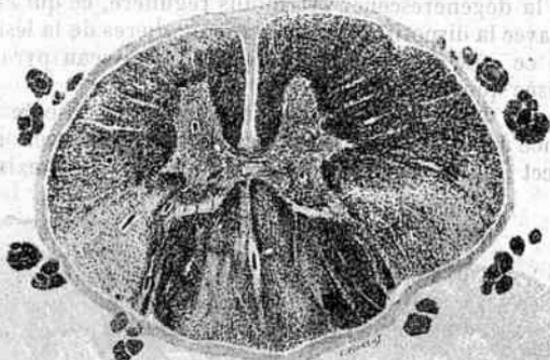


Fig. 17.

OBSERVATION III. — Coupe pratiquée au niveau de la quatrième racine dorsale ; myélite scléreuse diffuse, avec prédominance au niveau des faisceaux pyramidaux et des cordons de Goll. *Coloration de Pal.* (Obj. 0*, oc. 1 Véricik.)

colorée par la méthode de Pal, la moelle est marbrée de taches, qui prédominent dans les cordons postérieurs et la partie postérieure des faisceaux latéraux.

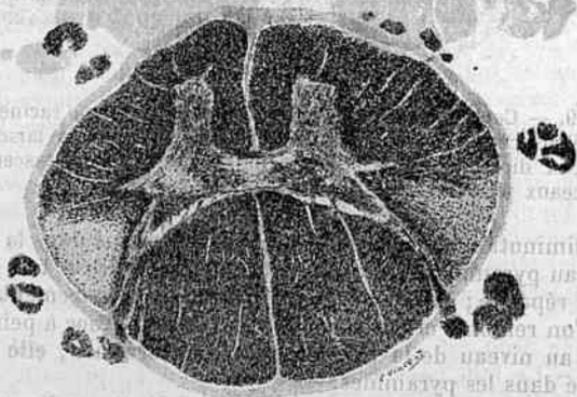


Fig. 18. — Coupe pratiquée au niveau de la sixième racine dorsale ; dégénérescence des faisceaux pyramidaux, plus marquée à gauche.

Au-dessous de ce point on observe une dégénérescence descen-

dante intense du faisceau pyramidal croisé. A gauche cette dégénérescence est totale ; elle se limite nettement à la place du faisceau pyramidal, mais en avant on voit, en outre, une dégénérescence beaucoup plus légère qui s'avance dans le faisceau antéro-latéral. A droite la dégénérescence est moins régulière, ce qui est bien en rapport avec la disposition en taches irrégulières de la lésion primitive ; de ce côté la partie postérieure du faisceau pyramidal est moins lésée que sa partie antérieure.

Au-dessus du foyer de myélite transverse, on observe une dégénérescence ascendante des faisceaux de Goll, de Gowers et cérébelleux direct ; outre ces dégénérescences ordinaires, il existe encore

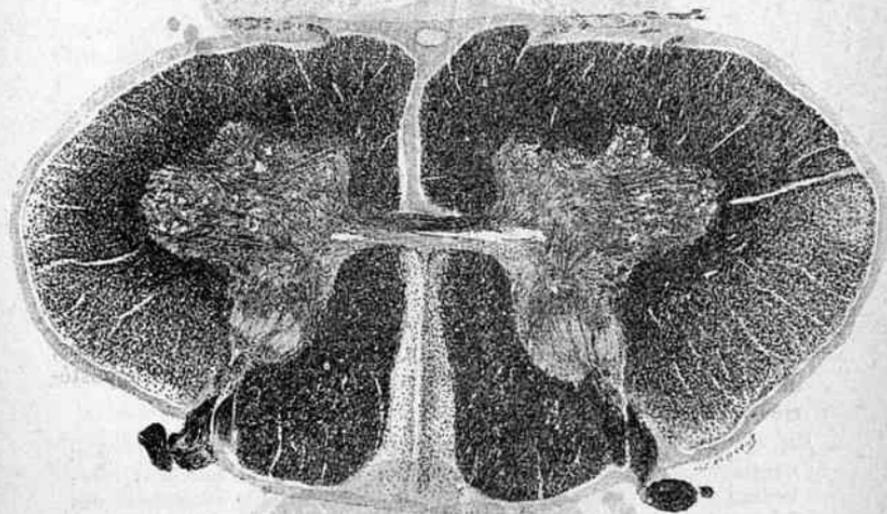


Fig. 19. — Coupe pratiquée au niveau de la quatrième racine cervicale ; dégénérescence ascendante des cordons de Goll, des faisceaux cérébelleux directs et des faisceaux de Gowers ; myélite ascendante des faisceaux pyramidaux.

une diminution considérable de fibres à myéline dans la région du faisceau pyramidal croisé, constituant une sclérose très régulièrement répartie ; cette sclérose disparaît progressivement à mesure que l'on remonte et l'on n'en voit plus qu'une trace à peine perceptible au niveau de la troisième racine cervicale ; elle n'est plus visible dans les pyramides.

Des dégénérescences des faisceaux cérébelleux direct et latéral ascendant il n'y a rien à dire ; elles se fusionnent dans le faisceau latéral du bulbe où une partie des fibres dégénérées paraît s'arrêter (faisceau de Gowers) tandis que l'autre contourne en arrière la

racine ascendante du trijumeau pour gagner le pédoncule cérébelleux inférieur, où elle devient très peu visible (faisceau cérébelleux direct).

La sclérose du faisceau de Goll n'atteint pas toutes les fibres de

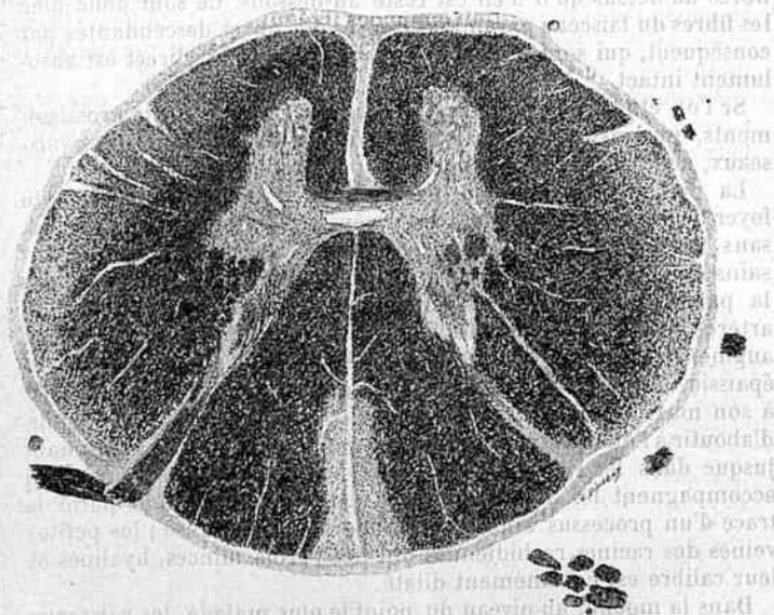


Fig. 20. — Coupe pratiquée au niveau de la deuxième racine cervicale; dégénérescence ascendante des cordons de Goll, des faisceaux cérébelleux directs et des faisceaux de Gowers; la myélite ascendante des faisceaux pyramidaux a disparu presque complètement.

ce faisceau; elle se limite, comme dans les dégénérescences consécutives à des lésions de racines situées très bas dans la moelle, sous forme d'un triangle étroit dont la pointe atteint pourtant la commissure postérieure en un point du renflement cervical. Le faisceau droit est moins atteint que le gauche et tous deux conservent une zone moins sclérosée à leur partie interne; toute cette disposition est évidemment en rapport avec la disposition irrégulière de la lésion d'origine.

Quant à la sclérose ascendante des faisceaux pyramidaux croisés, elle est beaucoup moins facile à interpréter; elle va en mourant et disparaît avant d'atteindre le bulbe. On pourrait croire qu'elle résulte de la dégénérescence de fibres ascendantes situées dans cette région, mais il est un fait qui contredit absolument cette

supposition : ces fibres ascendantes hypothétiques devraient être saines au-dessous de la lésion primitive ; or, si l'on compare l'intensité de la sclérose du faisceau pyramidal au-dessus et au-dessous du foyer transverse, on voit qu'il a disparu infiniment plus de fibres au-dessus qu'il n'en est resté au-dessous. Ce sont donc bien les fibres du faisceau pyramidal croisé, des fibres descendantes par conséquent, qui sont lésées. Le faisceau pyramidal direct est absolument intact.

Si l'on étudie maintenant la moelle à l'aide de forts grossissements, on constate qu'il existe des lésions des méninges, des vaisseaux, de la névroglie, des cellules et des tubes nerveux.

La pie-mère est épaissie partout, mais surtout au niveau du foyer de myélite transverse ; c'est un épaississement fibreux, ancien, sans trace d'infiltration embryonnaire. Les gros vaisseaux sont sains dans la partie inférieure du renflement lombaire, mais dès la partie moyenne de ce renflement l'artère antérieure et les artères postérieures sont le siège d'une endartérite fibreuse, qui augmente à mesure que l'on remonte ; la tunique externe est épaissie, fibreuse, mais sans infiltration cellulaire. Cette lésion est à son maximum au niveau du foyer transverse, mais elle est loin d'aboutir à l'oblitération ; elle diminue ensuite, tout en se continuant jusque dans les régions supérieures de la moelle. Les veines, qui accompagnent les artères, portent également dans leur paroi la trace d'un processus ancien qui a abouti à la sclérose ; les petites veines des racines rachidiennes ont des parois minces, hyalines et leur calibre est énormément dilaté.

Dans la moelle, au niveau du point le plus malade, les vaisseaux ont des parois fortement épaissies, scléreuses ; ces parois portent des noyaux beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal ; mais les noyaux arrondis sont rares, et presque toutes les cellules sont allongées, car le processus a dépassé la phase embryonnaire pour aboutir à la sclérose. Autour des vaisseaux malades, il s'est fait une sclérose névroglie très intense. Les mêmes lésions vasculaires se retrouvent dans toute la moelle, mais avec une intensité beaucoup moindre et un retentissement beaucoup moins marqué sur la névroglie.

La sclérose ascendante des faisceaux de Goll, de Gowers et cérébelleux direct ne diffère en rien de ce qu'on observe dans tous les cas de dégénérescence secondaire. Il n'en est pas de même pour la sclérose du faisceau pyramidal qui présente des détails intéressants dans toute son étendue. Sur les coupes transversales, on voit des corps volumineux qui se colorent en rose ou en rouge par le carmin et qui, si on les étudie à une certaine distance du foyer de sclérose, affectent une forme étoilée. Ces corps ressemblent un peu à une cellule ganglionnaire, mais ils contiennent ordinairement plusieurs noyaux arrondis. A mesure que l'on se rapproche davantage du

point malade, ces corps prennent une forme plus ou moins arrondie et se foncent beaucoup; puis leurs noyaux semblent s'isoler dans le corps de la cellule et s'entourer d'une zone plus claire; enfin on voit les corps cellulaires s'échancrer sur leurs bords et les noyaux paraissent en sortir, enveloppés d'une couche de protoplasma peu coloré. Sur les coupes longitudinales, on saisit la nature de ce processus; dans les régions supérieures du faisceau pyramidal on voit les cellules de la névroglie s'hypertrophier et former de grandes cellules araignées avec des crêtes d'empreintes multiples;

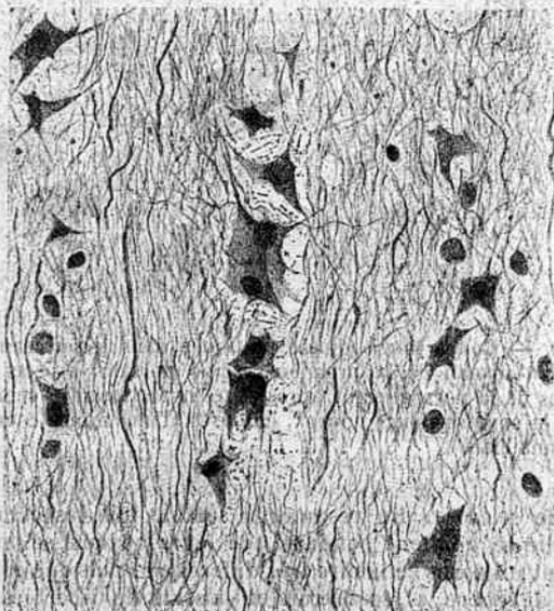


Fig. 21. — Coupe longitudinale pratiquée dans le faisceau pyramidal droit au niveau de la quatrième racine cervicale; hypertrophie considérable des cellules de la névroglie, qui prennent un corps protoplasmique très développé et dont quelques-unes présentent deux noyaux. Carmin. (Obj. à immersion 1/12, oc. 1 Vêrick.)

elles sont allongées dans le sens longitudinal et contiennent plusieurs noyaux. Plus bas elles grossissent encore, perdent leurs prolongements et leur corps cellulaire, fortement coloré, prend cet aspect trouble qui le fait ressembler à celui des cellules ganglionnaires; comme sur les coupes transversales, on voit très bien les noyaux multiples s'isoler de cette masse, puis sortir avec une couche de protoplasma clair, comme le feraient des cellules nées par for-

formation endogène. Alors le corps de la cellule primitive devient granuleux, pâlit et tombe en un débris qui se répand dans le tissu ambiant. Ces éléments se rassemblent par séries longitudinales de cinq, six ou plus; ils sont très abondants et très avancés dans le

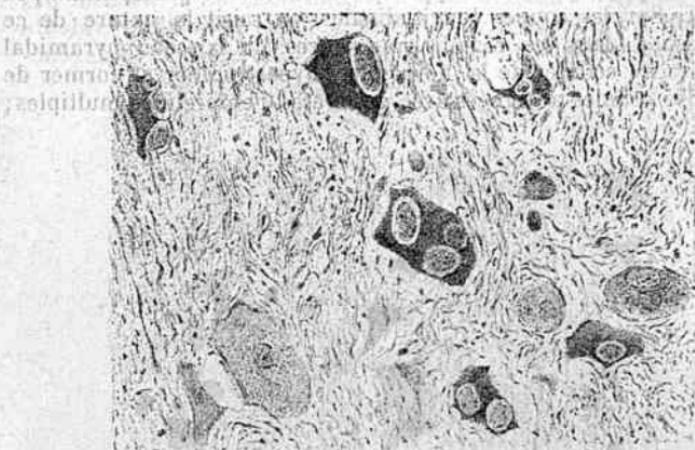


Fig. 22. — Coupe longitudinale pratiquée dans le faisceau pyramidal droit au niveau de la première racine dorsale; aspects variés des cellules de la névroglie qui, après s'être hypertrophiées semblent dégénérer et expulser leurs noyaux, entourés d'une mince couche de protoplasma clair.

foyer de sclérose. En résumé, il semble que les cellules de la névroglie se gonflent pendant que leurs noyaux se multiplient, prennent un corps cellulaire très différencié, puis que ce corps cellulaire dégénère, et se détruit en laissant en liberté des cellules filles. La lésion paraît avoir débuté dans le foyer de sclérose et s'être étendue de là dans les deux sens, en envahissant de proche en proche.

Outre cette lésion interstitielle, les cylindres d'axe qui persistent dans le faisceau pyramidal sont malades pour la plupart; ils présentent des dilatations fusiformes vacuolisées.

Les cellules nerveuses des cornes antérieures, grandes et petites, sont lésées dans la plus grande partie de la moelle, depuis la région lombaire jusque très haut dans la moelle cervicale; c'est naturellement au niveau du foyer de sclérose que leur altération est le plus intense. Cette altération consiste non pas dans une disparition, ni dans une diminution de volume, mais dans un aspect tout particulier du corps de la cellule, le noyau restant intact ou non; le protoplasma est clair, hyalin et parsemé de petits frag-

ments irréguliers d'une substance qui se colore fortement par le carmin; la cellule prend ainsi un aspect tigré. Cet aspect, qui ressemble un peu aux figures que l'on obtient par la méthode de Nissl dans les cellules normales, répond évidemment ici à un état pathologique puisqu'il s'observe dans des conditions où il n'existe pas d'habitude; d'ailleurs il s'accompagne d'une altération évidente des prolongements. Cette lésion diffère absolument de la dégéné-

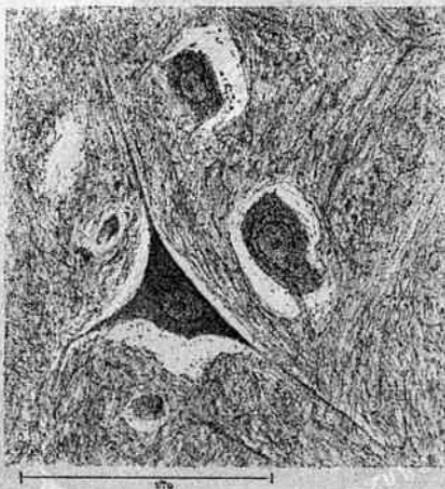


Fig. 23. — Cellules des cornes antérieures, dont deux présentent des altérations manifestes; coupe pratiquée au niveau de la huitième racine cervicale.

rescence granuleuse que l'on observe dans les cachexies. Sur une coupe toutes les cellules ne sont pas altérées, mais seulement un certain nombre, qui varie avec le niveau de la moelle; tous les groupes cellulaires sont atteints, mais c'est dans le groupe antérieur que les cellules altérées sont les plus nombreuses. Les cellules de la colonne de Clarke, qui présentent une situation un peu anormale dans cette moelle, participent à l'altération.

Les racines, tant antérieures que postérieures, ne présentent aucune altération de leurs éléments nerveux, même au niveau du foyer transverse; elles ont été étudiées à l'aide de dissociations après fixation dans l'acide osmique et sur des coupes colorées au carmin.

Cerveau. — Les grosses artères de la base sont saines, à l'exception de la terminaison de la carotide interne des deux côtés et de la sylvienne gauche. Ces artères présentent une endartérite très mar-

quée, surtout la sylvienne gauche; leur gaine adventice est épaissie, fibreuse, avec des traces d'infiltration embryonnaire au niveau des points où l'endartère est le plus épaissie.

Les méninges de toute la surface semblent à peu près saines. Il n'en est pas de même des capillaires de l'écorce cérébrale qui, dans

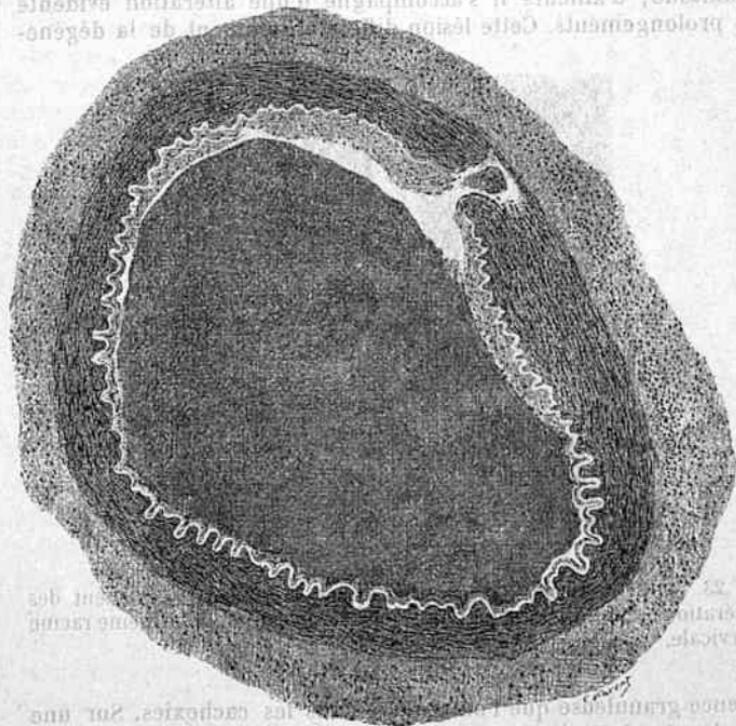


Fig. 24. — Coupe de l'artère sylvienne gauche; légère endartérite oblitérante; traces de périartérite ancienne. Hématoxyline et éosine. (Obj. 2, oc. 4 Véric.)

toutes les régions, portent dans leur adventice de très nombreux noyaux arrondis qui leur donnent l'aspect de grappes; ces noyaux n'appartiennent nullement à des leucocytes; ils sont situés dans l'épaisseur même de la gaine adventice et font saillie plutôt dans la substance cérébrale que dans l'espace lymphatique. Ce sont les capillaires de moyen volume qui sont les plus atteints surtout dans la couche des cellules pyramidales; les gros capillaires et les artérioles qui partent des méninges ne sont pas pris, aussi n'a-t-on pas, à un faible grossissement, ces gros réseaux de vais-

seaux enflammés qui frappent au premier abord dans la paralysie générale ; c'est pourtant bien exactement la même lésion des capillaires fins et moyens. La lésion se propage dans la substance blanche.

Toutes les circonvolutions présentent la même lésion vasculaire,

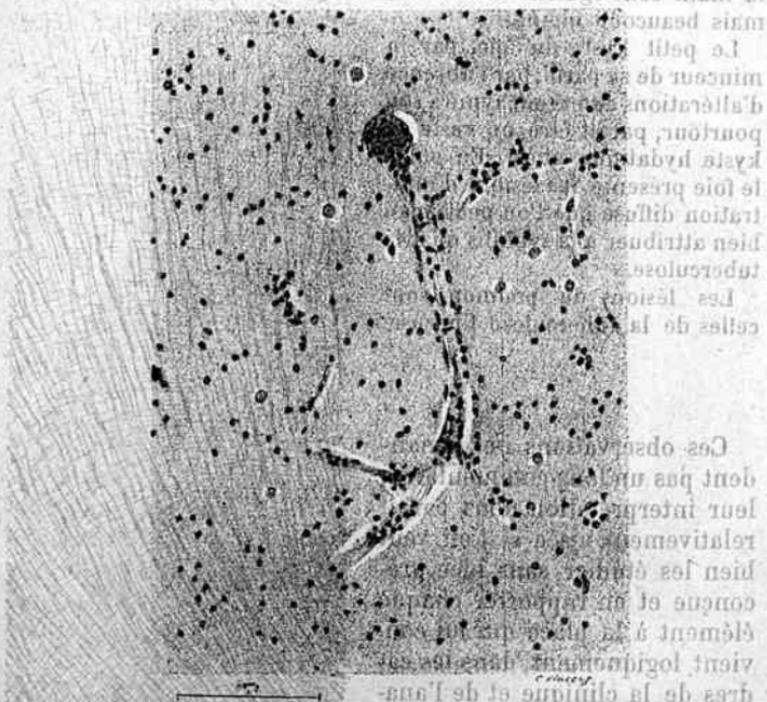


Fig. 25. — Vaisseaux pris dans la substance grise de la circonvolution de Broca ; prolifération des cellules de l'adventice. *Hématoxyline et éosine.*

néanmoins les régions motrice et frontale sont les plus malades et la région occipitale la moins atteinte.

Les éléments nerveux, cellules et fibres, sont absolument sains ; les fibres tangentielles en particulier sont d'une richesse extraordinaire sur les coupes colorées par la méthode de Pal. La névroglie ne paraît prendre aucune part au processus ; on ne voit point de cellules-araignées.

Les nerfs périphériques sont peu malades ; de tous les gros troncs nerveux, étudiés sur des coupes, le nerf crural est le seul qui présente des altérations ; encore sont-elles peu intenses. Les nerfs

cutanés du pied présentent une diminution assez marquée de leurs tubes à myéline, mais on ne voit pas de tubes où la myéline soit fragmentée; les nerfs cutanés de la main sont également atteints, mais beaucoup moins.

Le petit kyste du foie, par la minceur de sa paroi, par l'absence d'altérations du parenchyme à son pourtour, paraît être un reste de kyste hydatique guéri. En outre le foie présente des lésions d'infiltration diffuse que l'on peut aussi bien attribuer à la syphilis qu'à la tuberculose.

Les lésions du poumon sont celles de la tuberculose fibreuse.

Ces observations ne demandent pas un long commentaire; leur interprétation nous paraît relativement aisée si l'on veut bien les étudier sans idée préconçue et en rapporter chaque élément à la place qui lui convient logiquement, dans les cadres de la clinique et de l'anatomie pathologique tels qu'ils sont actuellement tracés.

Dans l'observation I, nous voyons une femme syphilitique qui présente les symptômes les plus nets de la paralysie générale des aliénés; elle n'a pas de délire ambitieux, il est vrai; mais, ainsi qu'on le sait, cette forme est fréquente chez la femme; sur ce point je renvoie le lecteur à une de mes conférences cliniques de l'an dernier. (Paralysie générale chez



Fig. 26. — Fibres à myéline de l'écorce (circonvolution de Broca). Coloration de Pal. (Obj. 0, oc. 1 Véric.)

la femme, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1893). De plus, la malade a quelques symptômes tabétiques : douleurs, troubles de la marche, signe de Westphal. Elle meurt dans des crises épileptiformes subintrantes.

A l'autopsie, nous trouvons des lésions qui expliquent les accidents terminaux, d'autres qui se rapportent aux symptômes médullaires, enfin, dans le cerveau, une méningo-encéphalite vasculaire diffuse, qui ne me paraît être autre chose que la lésion typique de la paralysie générale observée chez les syphilitiques.

Étudions d'abord les lésions ultimes, qui présentent un grand intérêt au point de vue de la pathogénie des crises épileptiformes dans la paralysie générale et des hémorragies méningées, quoique ces lésions n'aient pas de rapport direct avec la question qui nous occupe ici. Dans cet ordre d'idées nous avons à envisager : 1° une hémorragie méningée de la base, d'origine veineuse; 2° des foyers multiples et disséminés, d'œdème cortical. Est-ce l'une ou l'autre de ces lésions qui a amené les attaques d'épilepsie? en d'autres termes, est-ce l'hémorragie qui a déterminé les spasmes en irritant les méninges, l'œdème cortical étant la conséquence des troubles circulatoires secondaires à ces spasmes? — Ou bien l'œdème cérébral a-t-il débuté, amené lui-même par une circulation déficiente du sang dans des vaisseaux malades, et doit-il être considéré comme la cause de l'épilepsie et de ses conséquences? Les deux hypothèses sont plausibles et je me contenterai de poser le problème sans le résoudre. Quoi qu'il en soit, l'œdème cérébral n'est pas resté muet dans la symptomatologie des accidents terminaux; dans les circonvolutions motrices, il n'existait qu'à droite, et c'est dans les membres gauches que les spasmes ont été les plus violents à la fin de la vie. A ce sujet, je rappellerai mes anciens travaux sur l'œdème cérébral d'origine rénale, considéré comme cause de certaines paralysies chez les vieillards (Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez le vieillard; leurs rapports probables avec l'urémie. *Revue de Médecine*, 1885); dans le cas actuel, les reins n'étaient pas malades, et la pathogénie de l'œdème n'est pas la même, mais le fait n'en a que plus d'importance au point de vue de la nosographie de l'œdème cérébral.

Revenons à la syphilis. La moelle est le siège d'une méningomyélite embryonnaire diffuse qui est la cause des accidents



tabéiformes. Cette lésion explique parfaitement les douleurs, les troubles de la marche et même l'abolition des réflexes, en l'absence d'une névrite phérérique suffisante, puisque les méninges postérieures étaient malades et que les tubes des racines postérieures, sans être détruits, étaient loin d'être sains; d'ailleurs Thomsen a vu, sur dix cas de méningite cérébro-spinale et de méningite tuberculeuse, le signe de Westphal cinq fois, sans altérations correspondantes de la moelle. (*Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenk.*, 10 mai 1886.)

Cette méningo-myélite semble bien reproduire les traits de la méningo-myélite embryonnaire, qui est considérée comme étant de nature syphilitique par MM. Gilbert et Lion entre autres, opinion également soutenue dans la thèse récente de M. Lamy. Dans notre cas, la lésion médullaire se continue directement avec la lésion encéphalique, montrant qu'il s'agit vraisemblablement d'un seul et même processus. De plus, les gros vaisseaux, veines et artères, de la base du cerveau et de la pie-mère rachidienne participent au processus morbide, et ici la lésion est franchement syphilitique, c'est la *gomme*. Il est bien évident d'ailleurs qu'il ne s'agit pas d'une lésion hétérogène surajoutée, car on trouve tous les intermédiaires entre cette lésion gommeuse et la lésion diffuse des capillaires; c'est le même processus qui paraît attaquer, à la fois, toutes les ramifications de l'arbre vasculaire.

Il ne me paraît pas nécessaire, à propos de cette observation, de discuter la question de l'artérite syphilitique, sur laquelle l'accord semble fait; c'est la lésion gommeuse de l'adventice, décrite par Baumgarten, qui est la seule caractéristique, bien que l'infiltration syphilitique diffuse des capillaires nourriciers puisse ne pas aboutir à une formation nodulaire, ainsi qu'il était facile de le constater sur beaucoup d'artères de la malade de l'observation I. Quant à l'endartérite oblitérante de Heubner, elle n'a aucun caractère spécifique; c'est une sclérose consécutive, qui peut, il est vrai, avoir une grande importance dans l'évolution des accidents et qui peut marquer la trace d'une ancienne artérite syphilitique guérie. Dans la syphilis, elle n'a pas un aspect différent de l'endartérite consécutive à une périartérite quelconque; cependant, lorsqu'elle se vascularise, elle peut à son tour être envahie par des formations gommeuses (M. Brasch, Ein unter dem Bilde der tabischen Paralyse verlaufender Fall von Syphilis des Centralnerven-

systems, *Neurolog. Centralbl.* 1891). Dans le cas actuel, l'artérite avait, en bien des points, un caractère franchement nodulaire, mais les lésions les plus considérables portaient sur les veines, dont la tunique musculo-conjonctive présentait soit une infiltration régulièrement répartie sur toute la périphérie, soit une infiltration nettement nodulaire, avec début de caséification. Je ferai remarquer, en outre, que l'endo-veine ne présentait aucune trace de prolifération, et que, par conséquent, les lésions veineuses de la syphilis ne sont nullement comparables aux lésions artérielles; lorsque l'endo-veine est atteinte, c'est par envahissement du processus gommeux; ce fait a une très grande importance au point de vue de l'évolution ultérieure des accidents: dans les artères, au moins dans les petites artères, la syphilis amène l'oblitération, dans les veines elle entraîne l'hémorrhagie.

Enfin, je rappelle que les lésions gommeuses se surajoutent parfois à la méningo-encéphalite diffuse, comme on les voit, dans des cas rares il est vrai, s'adjoindre aux lésions du tabes; on trouve dans la littérature médicale un assez grand nombre d'exemples d'une pareille association; tels sont les cas de Zambaco, Westphal, L. Meyer, Binzwanger, Baumgarten, R. Schulz, Rumpf et de bien d'autres.

L'observation II a trait à un homme qui présentait à la fois les symptômes du tabes et ceux de la paralysie générale; le tabes avait débuté assez rapidement et s'était accompagné, peu de temps après son début, de paraplégie presque complète, mais transitoire, ainsi qu'on l'observe quelquefois; la paralysie générale affectait la forme de Requin; l'évolution avait été très rapide. Ce malade avait eu un chancre sans accidents secondaires dont il se souvint, et on m'objectera peut-être qu'il n'était pas syphilitique; or, l'examen histologique des reins a montré l'existence de lésions scléro-gommeuses, traces indéniables d'une syphilis ancienne. Celle-ci a pu être fort bénigne. Ne sait-on pas, depuis longtemps, ainsi que Fournier l'a indiqué, que ce sont précisément les cas de syphilis bénignes, en apparence, qui se terminent par les plus graves affections nerveuses? Et, en effet, on a trouvé, dans ce cas particulier, du côté de l'encéphale, les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite diffuse syphilitique, et dans la moelle des lésions tabétiques qui me paraissent indiscutables. La localisation est aussi rigoureuse que possible. Il suffit de voir, sur les figures

qui sont jointes à l'observation, la participation des zones de Lissauer, du réticulum des colonnes de Clarke, l'aspect caractéristique de la lésion bulbaire pour être édifié à cet égard. En outre, on a rencontré des lésions vasculaires qui me paraissent surajoutées, car elles diffèrent essentiellement, par leur aspect histologique, de celles qu'on a l'habitude de rencontrer dans le tabes. On sait, d'ailleurs, combien est encore discutée cette question de l'altération des vaisseaux dans l'ataxie locomotrice. Rien n'est variable comme les lésions rencontrées dans cette maladie, suivant les cas. Ainsi que je l'ai déjà rappelé, d'après les remarquables travaux de Krauss (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1892), il ne faut pas oublier que les altérations vasculaires ont été précisément trouvées dans les cordons postérieurs à leur maximum d'intensité dans les cas de tabes où la syphilis ne figure pas dans les antécédents étiologiques. Au contraire, dans les cas de tabes, chez des syphilitiques, les altérations vasculaires sont souvent minimales. Dans le cas particulier, les lésions vasculaires, étant donné leurs caractères anatomiques, sont comparables à celles de l'écorce cérébrale; peut-être s'agit-il du même processus, des mêmes lésions que celles qui constituent la méningo-myélite embryonnaire considérée aujourd'hui, par quelques auteurs, comme de nature syphilitique. D'ailleurs ce qui peut donner créance à cette interprétation, c'est la présence, dans les autres cordons de la moelle, de quelques capillaires qui présentent, çà et là, une altération semblable; c'est aussi ce fait que l'altération des vaisseaux est à son maximum dans le renflement cervical, tandis que le processus tabétique est plus intense dans la région dorsale que partout ailleurs.

— L'observation III concerne un homme qui a contracté la syphilis en 1885; deux ans plus tard, c'est-à-dire à une période assez précoce, il est pris de douleurs à paroxysmes nocturnes, puis d'accidents urinaires, enfin de paraplégie complète avec perte de la sensibilité: c'est un des types de la paraplégie syphilitique. Les accidents s'amendent à la suite d'un traitement spécifique, mais le malade conserve une parésie spasmodique qui en fait, en réalité, un infirme. Il y a environ trois ans, il présente des accidents cérébraux très graves en apparence, car il a successivement trois ictus suivis d'aphasie transitoire; mais aucun symptôme psychique ne suit ces prodromes fâcheux, et il reste complètement sain d'esprit jusqu'à

sa mort, qui est amenée par les progrès de la cachexie tuberculeuse.

Sa moelle est le siège d'une myélite scléreuse diffuse, assez légère, d'origine évidemment vasculaire; mais en un point de la région dorsale supérieure, de la deuxième à la cinquième racines dorsales, la lésion est beaucoup plus intense; il existe là un véritable foyer de sclérose vasculaire transverse, qui est la trace, la cicatrice d'une ancienne myélite embryonnaire, comme le montrent bien les altérations constatées dans les vaisseaux. Ce processus n'a, à vrai dire, rien de spécifique; nous trouvons bien à ce niveau l'endartérite oblitérante de Heubner, mais il n'y a actuellement nulle part traces de gommes; pourtant on ne saurait rapporter celui-ci à la tuberculose; il n'a pas l'aspect de cette lepto-myélite tuberculeuse infiltrée que j'ai décrite autrefois; d'ailleurs l'action favorable du traitement, dans le cas particulier, plaide en faveur de la syphilis. Donc, très probablement, en l'espèce, il s'agit d'une myélite syphilitique scléreuse; dans l'état actuel de nos connaissances, cette lésion, qui procède d'une infiltration embryonnaire des vaisseaux, semble pouvoir être rapportée avec certitude à sa cause infectieuse.

Les dégénérescences fasciculées consécutives à cette myélite transverse méritent de nous arrêter un instant, bien qu'elles n'aient pas trait au sujet qui nous occupe. Les dégénérescences ascendantes des faisceaux de Goll, de Gowers et cérébelleux direct, n'offrent rien d'intéressant, mais la lésion du faisceau pyramidal croisé se présente sous un aspect insolite; il existe une double sclérose de ce faisceau: l'une, au-dessous du foyer, est descendante, c'est la lésion habituelle, la conséquence de la dégénérescence wallérienne, tandis que l'autre, située au-dessus du même foyer, est ascendante et, par conséquent, ne semble pas soumise à la loi de Waller. Cette lésion ascendante existe dans les cas anciens de lésions transverses; je l'ai déjà vue dans un cas de compression de la moelle par une tumeur, mais bien moins développée et bien moins régulière. Sans doute ici l'altération diffuse de la moelle l'a favorisée; d'ailleurs la durée de la maladie a été très longue. Il ne faut pas confondre cette sclérose ascendante avec la myélite ascendante que l'on observe aussi dans les cas de compression et qui semble produite par le cheminement de cellules migratrices dans les gaines de myéline; cette dernière lésion, véri-

table myélite traumatique, ne remonte pas aussi haut, à beaucoup près; elle se dispose en plaques irrégulières, et, au microscope, on voit très bien les trainées de corps granuleux le long des tubes qui sont restés sains.

On pourrait croire que les lésions cellulaires des cornes¹, qui remontent si haut, sont la cause de cette dégénérescence; mais cette supposition tombe devant ce fait que le faisceau pyramidal direct n'est pas atteint; et la forme de la moelle ne permet pas de supposer que l'entre-croisement des pyramides est complet dans ce cas, ainsi qu'on le voit quelquefois. Il faut donc admettre qu'il s'agit ici d'une destruction ascendante, progressive, des tubes nerveux irrités au niveau du foyer de myélite qui les a sectionnés; la tuméfaction et la vacuolisation observées sur le trajet de ces fibres sont en faveur de cette interprétation.

Il faut encore rapprocher de cette lésion insolite l'aspect singulier que prennent les cellules de la névroglie dans le faisceau pyramidal; il semble qu'il y ait là un processus encore assez mal connu, consécutif aux dégénérescences de cause médullaire, en particulier à celles du faisceau pyramidal. J'ai déjà observé ces formations névrogliales dans le cas de tumeur de la moelle auquel j'ai fait allusion plus haut, mais elles étaient beaucoup moins nettes et leur interprétation n'était pas aussi facile.

La question des dégénérescences ascendantes a occupé déjà un certain nombre d'auteurs, en particulier Darkschewitch, qui, expérimentalement, est arrivé à la conclusion suivante: une lésion d'un nerf crânien moteur ou d'un nerf rachidien mixte amène consécutivement des changements aussi bien dans les fibres du bout central que dans les éléments cellulaires dont elles prennent naissance². (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

L'étude du cerveau de mon malade a été tout particulière-

¹ D'ailleurs peut-on supposer l'existence de *cellules de cordons* pour les voies pyramidales? Dans la théorie qui vient d'être exposée avec tant d'éclat par M. Ramon y Cajal, on ne comprendrait pas comment les fibres pyramidales pourraient être sous la dépendance de cellules des cornes de la moelle. Kölliker, dans la dernière édition de son traité d'histologie (1893), dit formellement qu'il n'existe pas de cellules de cordons pour les voies pyramidales.

² Une dégénérescence analogue du faisceau pyramidal vient d'être décrite par M. Sottas dans quatre cas de lésion syphilitique transverse de la moelle épinière. (*Soc. de Biol.*, 25 nov. 1892.)

ment fructueuse; voilà un syphilitique, qui avait présenté, trois ans avant sa mort, des symptômes graves d'affection cérébrale, des symptômes qui sont souvent les précurseurs de la paralysie générale, mais aucun accident ultérieur n'était venu confirmer les craintes que l'on aurait pu concevoir à ce moment sur l'avenir de cet homme au point de vue mental. Quelle était la cause anatomique de ces accidents? Ce qui était bien certain, en tout cas, c'est que ceux-ci avaient pour cause un trouble circulatoire, qu'ils se rattachaient d'une façon évidente à l'affection médullaire et qu'ils étaient, comme celle-ci, sous la dépendance de la syphilis. Or, l'autopsie nous a montré des lésions qui portaient sur deux points de l'arbre vasculaire: sur la terminaison des deux carotides, sur la sylvienne gauche — localisation bien en rapport avec l'aphasie — et sur les capillaires de l'écorce cérébrale.

La lésion des gros vaisseaux est l'endartérite oblitérante de Heubner; c'est la trace, la cicatrice d'une lésion embryonnaire dans la tunique externe; bien que n'ayant aucun caractère histologiquement spécifique, elle est considérée par tous les auteurs comme ayant une grande valeur diagnostique; — à l'intérieur de la boîte crânienne elle ne se rencontre, en effet, à part les tumeurs et les méningites, que dans la syphilis (Baumgarten).

Les altérations des capillaires sont absolument les mêmes que celles que j'ai déjà décrites dans les observations I et II; ce sont celles de la paralysie générale syphilitique; la seule différence qui existe, c'est que ces lésions sont prédominantes sur des capillaires plus fins.

Ce cerveau est donc le siège de lésions vasculaires diffuses, avec très peu de participation des méninges; je ferai remarquer à ce sujet l'absence d'adhérences méningées, fait qui n'est pas rare, même dans la paralysie générale la plus avancée, ainsi que je viens encore de le vérifier récemment.

Dans le cas actuel, l'absence de lésions des éléments nerveux explique l'absence de troubles cérébraux; ce malade, bien qu'atteint d'encéphalite vasculaire diffuse, n'était pas un paralytique général; peut-être même ne le serait-il jamais devenu si, comme on peut le supposer, d'après la marche de l'affection, la lésion vasculaire était arrêtée et comme figée dans son évolution. En tout cas, cette observation me paraît prouver jusqu'à l'évidence que, dans la méningo-encéphalite

diffuse syphilitique, les lésions vasculaires précèdent toute lésion des éléments nerveux ; ce sont les vaisseaux qui commencent, les fibres et les cellules ne sont atteintes que consécutivement.

En résumé, des trois observations que je viens de rapporter, la première montre des lésions vasculaires diffuses de l'écorce cérébrale qui se continuent directement avec des lésions gommeuses des gros vaisseaux ; la seconde montre les mêmes lésions vasculaires, mais limitées à l'écorce ; dans la troisième c'est encore le même processus irritatif des vaisseaux, mais descendant encore moins bas dans l'arbre vasculaire et limité à des capillaires plus fins ; quelques lésions anciennes trahissent pourtant la participation antérieure des gros vaisseaux. Dans les trois cas, la lésion cérébrale était associée à diverses lésions diffuses de la moelle, que l'on s'accorde aujourd'hui à regarder comme des processus syphilitiques ; dans l'observation II, il y avait de plus une lésion tabétique des cordons postérieurs. Enfin, de ces trois malades, les deux premiers étaient des syphilitiques devenus paralytiques généraux ; le troisième ne l'était pas encore parce que ses éléments nerveux avaient résisté ; peut-être même ne le serait-il jamais devenu et les choses seraient-elles restées indéfiniment dans le même état.

Des faits qui précèdent et de tous ceux que j'ai observés jusqu'à présent, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Dans la paralysie générale, d'origine syphilitique, l'altération paraît porter en premier lieu sur les vaisseaux de l'écorce cérébrale ; cette altération peut se limiter aux vaisseaux de la substance cérébrale et de la pie-mère, mais elle peut aussi descendre beaucoup plus bas dans l'arbre vasculaire et atteindre les grosses artères et les grosses veines de l'encéphale ; dans ce cas, il se peut que ces altérations affectent la forme gommeuse et permettent de juger la nature du processus morbide dans son entier. Mais, dans les cas moins complets, où la lésion des capillaires ne s'accompagne pas de lésion des gros vaisseaux, elle n'en a pas moins les mêmes caractères, et, partant, la même signification.

La paralysie générale, au moins celle qui est syphilitique, est donc une encéphalite vasculaire diffuse. Mais tout sujet atteint d'encéphalite vasculaire diffuse n'est pas encore paralytique général. La paralysie générale ne survient que lorsque l'élément nerveux commence à souffrir du mauvais état de son appareil de nutrition. La période de résistance peut être fort longue ainsi que M. Ballet vient de le montrer, à nouveau, par des exemples typiques ; alors, pendant toute cette phase, on n'observe que des troubles vagues, variables suivant les aptitudes morbides du sujet, tels que neurasthénie, hypochondrie, changement de caractère, etc., ou bien des accidents qui sont bien en rapport avec une circulation défectueuse, tels que les ictus, l'aphasie et l'hémiplégie transitoire, la migraine ophthalmique, etc. A un moment donné, le tissu nerveux cède et l'encéphalite, de purement vasculaire, devient mixte : les éléments de la névroglie s'hypertrophient, se sclérosent, les tubes nerveux se détruisent en commençant par la superficie des circonvolutions, les cellules nerveuses s'altèrent et la lésion de l'écorce devient irrémédiable. Il en est ainsi probablement à cause de la qualité de l'agent spécifique, et, surtout, à cause de l'hérédité. Celle-ci intervient sans doute, en produisant la fragilité ou au contraire la résistance des éléments nerveux ; tel syphilitique pourra supporter pendant longtemps une encéphalite interstitielle avant de devenir paralytique général ; il pourra même peut-être guérir parce que ses éléments nerveux sont solides, tandis que tel autre tombera immédiatement dans la démence, parce que ses éléments nerveux n'offrent aucune résistance. Dans la première circonstance, on observera ces cas extraordinaires d'arrêt, de cristallisation de certains syphilitiques dans un état mental qui est loin d'être sain et qui pourtant n'est pas la paralysie générale ; ces malades ont bien quelques symptômes légers, quelques attaques épileptiformes de temps en temps, mais ils ne font pas d'accidents graves et ils restent dans le même état pendant des années. Comme exemples remarquables de ces faits je donnerai un bref résumé des deux observations suivantes, qui sont tirées de ma pratique privée :

OBSERVATION IV. — M. R..., âgé de cinquante-quatre ans.

Son père est mort jeune, d'un ramollissement cérébral ; sa mère fantasque, avait de nombreuses manies. Il prend la syphilis

en 1870. En 1884, surviennent des douleurs fulgurantes et des douleurs en ceinture, puis une diplopie transitoire et un certain manque de stabilité, sans ataxie véritable.

En 1886, les phénomènes douloureux persistent; je constate le signe d'Argyll-Robertson ainsi qu'un tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue; les mains tremblent aussi légèrement; la marche est facile en plein jour, mais devient difficile dans l'obscurité.

L'intelligence est un peu affaissée, le malade s'émeut de tout, il a les pleurs faciles, mais on ne trouve chez lui aucune trace de délire; il fait quelques faux pas en parlant et certains mots sont bredouillés.

Depuis 1886 jusqu'à aujourd'hui on ne constate aucun épisode intéressant à signaler; le malade reste figé dans la forme première tant au point de vue des phénomènes tabétiques qu'au point de vue des phénomènes cérébraux.

OBSERVATION V. — M. M..., âgé de cinquante ans.

Le malade a contracté la syphilis à l'âge de vingt-six ans; il a un enfant idiot. Son hérédité est incertaine et je n'ai pas pu obtenir de renseignements précis à cet égard. Depuis quinze ans environ il éprouve une certaine raideur des membres inférieurs; de temps en temps il a des vertiges qui vont même parfois jusqu'à l'attaque épileptiforme.

Actuellement, il présente une contracture spasmodique de moyenne intensité des membres inférieurs; la contracture est moins prononcée aux membres supérieurs. Il n'existe pas de troubles urinaires et la sensibilité est normale partout. Les réflexes tendineux, surtout ceux des membres inférieurs, sont très exagérés; en relevant le pied on détermine de la trépidation spinale. Lorsque le malade est assis et que le pied n'est pas posé d'aplomb sur le sol, la jambe est animée d'un léger tremblement involontaire. Le tremblement est à peine accusé aux membres supérieurs.

Le masque facial est comme immobile; l'aspect du malade est légèrement démentiel; pourtant l'intelligence semble être intacte quoique un peu déprimée.

M. M... est sujet à des vertiges fréquents. De temps à autre il a quelques attaques épileptiformes généralisées. D'après les personnes qui l'entourent, M. M... est dans cet état depuis une dizaine d'années, sans modification apparente.

D'ailleurs, rien n'est variable comme l'évolution clinique de la syphilis cérébrale; mais sur ce sujet il n'y a rien à ajouter à ce qu'en a dit Fournier dans son livre sur la *Syphilis du cerveau*, livre empreint d'une si grande science clinique. Les symptômes douloureux du début, puis les paralysies des

nerfs craniens et les ictus, avec les troubles moteurs qui peuvent les suivre, enfin les troubles intellectuels sont décrits, dans ce travail, comme formant un ensemble symptomatique d'une unité indiscutable; c'est là une belle synthèse de la syphilis cérébrale, à laquelle je ne peux que souscrire. Mais, au moment (1879) où l'éminent syphiliographe voyait si bien l'enchaînement de tous ces faits et leurs rapports avec la syphilis, l'idée de l'origine spécifique de la paralysie générale n'était pas encore mûre; aussi M. Fournier n'a-t-il pas mis le diagnostic de paralysie générale vraie sur les faits de démence syphilitique qu'il a décrits avec une si parfaite exactitude. Actuellement, l'anatomie pathologique d'une part, les statistiques des aliénistes d'autre part, nous permettent, il me semble du moins, de rapporter ces faits à leur véritable place dans la nosologie.

La lésion médullaire qui correspond à l'encéphalite interstitielle diffuse des syphilitiques me paraît être logiquement la myélite embryonnaire; les cas véritablement complets sont ceux où l'altération diffuse des vaisseaux s'étend du haut en bas de l'axe cérébro-spinal. Mais, en fait, ces associations sont rares, et, en pratique, lorsqu'on examine la moelle des paralytiques généraux, on trouve soit le tabes vrai, soit la dégénérescence des faisceaux pyramidaux, soit ces deux lésions combinées. Quel est le lien, indiscutable, qui unit ces affections? Je n'en sais rien encore.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XXX. SYMPTOMATOLOGIE ET PRONOSTIC DE TROUBLES PSYCHIQUES QUI SE PRODUISENT PENDANT LES SUITES DE COUCHES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE LA CONFUSION MENTALE HALLUCINATOIRE AIGUE; par H. HOPPE. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 1.)

Sorte de monographie statistique de laquelle il résulte que : la confusion mentale hallucinatoire aiguë est la plus fréquente des perturbations intellectuelles qui se présentent pendant les suites de couches (63 p. 100). C'est d'ailleurs le type de la folie aiguë des jeunes

sujets. La mélancolie y est plus rare de beaucoup; la manie, plus rare encore; la folie épileptique, exceptionnelle. Rareté de la folie paralytique et de la folie circulaire consécutives à la puerpéralité. — Plus vite on traite cette modalité, plus le pronostic est favorable; si le malade entre à l'asile six mois après le début de la maladie, il est tout à fait héréditaire. La tare défavorable n'exerce sur le pronostic aucune influence. Mais il est probable que, de même que pour les psychopathies ordinaires, une première atteinte prédispose déjà à une seconde, et que, de même qu'une seconde puerpéralité, la période de la lactation favorise la genèse des récidives. Toutes les récidives ont d'ailleurs guéri à une seule exception près. La forme de la récidive est fréquemment la même que celle de la psychose puerpérale antécédente. Chez ces malades la ménopause entraîne souvent la mélancolie de la ménopause, ou la paralysie générale, souvent aussi la folie systématique hallucinatoire.

P. K.

XXXI. DES PSYCHOSES CONSÉCUTIVES DE L'INFLUENZA; par J. ALTHAUS.
(*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 1.)

Étude sous douze chefs interrogatifs avec des réponses :

1° Les psychoses de ce genre sont-elles plus fréquentes que celles qui succèdent à d'autres maladies graves? Oui, notablement, et, à ce point de vue, la grippe est à comparer à la fièvre typhoïde; 2° influence du sexe et de l'âge? Le sexe masculin prédomine, de vingt et un à trente, ou, si l'on préfère, de vingt et un à cinquante; 3° comment agit la prédisposition? Acquise ou congénitale, elle agit en formant l'idiosyncrasie propre à la grippotoxine et à son action sur l'écorce grise; 4° quel est le rôle de la fièvre et de la grippotoxine? La fièvre et la toxine pathogène sont les causes principales de toutes les psychopathies post-fébriles; elles agissent chimiquement et mécaniquement par oxydation et hypercirculation du cerveau, empoisonnement direct des cellules; 5° durée des psychoses? Au delà d'une semaine; 6° proportion des cas de guérison, de non-guérison, des cas mortels? Les guérisons dépassent 50 p. 100; elles concernent des formes qui rappellent le délire d' inanition et revêtent le masque de la mélancolie chez les jeunes gens. Les non-guérisons et les morts portent sur les mélancolies graves des gens âgés, les paralysies générales post-influenziques; enfin, il y a eu, de par la mélancolie et l'hypochondrie, quelques cas de suicide; 7° y a-t-il un rapport entre la gravité des phénomènes fébriles et la genèse de la psychopathie consécutive? On n'a pas encore pris assez d'observations à ce point de vue; 8° quel laps de temps peut-il s'écouler entre l'accès fébrile et l'explosion de la psychose? Nous sommes autorisé à rattacher une psychose à la maladie infectieuse, quand la psychose apparaît pendant la convalescence de

celle-ci, ou dans les six mois consécutifs à cette dernière, mais encore faut-il que, dans cet intervalle, il n'y ait pas d'autres facteurs psycho-pathologiques, et que, durant tout ce temps, on ait constaté un état d'équilibre instable dans les fonctions psycho-cérébrales. Quant aux formes morbides, la psychopathie maniaque arrive à la période critique de l'attaque de grippe, la mélancolie ne se montre que quelques jours à quelques semaines plus tard; la paralysie générale peut survenir six mois après l'accès d'influenza; 9° y a-t-il une psychose spéciale à l'influenza, une folie grippale ne se montrant pas après d'autres maladies? Ici se place une étude nosographique très intéressante par le menu des détails, de laquelle il résulte que les psychoses post-grippales n'ont rien de spécifique, et que, ce qui les distingue des psychoses post-fébriles quelconques, c'est le polymorphisme de leurs tableaux cliniques. La proportion des modalités mentales est ainsi répartie :

a. Mélancolie hypochondriaque aiguë avec une semi-léthargie et stupeur; elle s'est montrée chez 41,2 p. 100 des malades. Deux observations.

b. Agitation maniaque méritant le nom de délire d'inanition; 27,2 p. 100. Une observation.

c. Psychose pseudo-influenzique, la grippe ayant provoqué la folie chez des individus fortement prédisposés, de même que n'importe quel incident détermine chez les ivrognes le délirium tremens; 25,4 p. 100.

d. Paralysie générale, grave, à évolution rapide en moins de six mois; la grippotoxine agit plus vite que la syphilotoxine; 6,2 p. 100.

10° Action de l'influenza sur les aliénés? Il semble y avoir plus de cas d'aliénation mentale aggravée par la grippe que de cas améliorés par celle-ci; 11° pronostic des psychoses post-influenziques? Il est assez bon, surtout pour les types neurasthéniques, (mélancolie hypocondrie); un peu moins bon pour les formes rangées sous la rubrique délire d'inanition, à cause de l'affaiblissement physique des malades. Pour les psychoses pseudo-influenziques (groupe c.) l'issue dépend du substratum même de l'individu taré. La paralysie générale grippale comporte un très mauvais pronostic à moins qu'on agisse énergiquement dès le début; 12° traitement? On traitera plutôt le malade, l'état général, que l'état cérébral même lorsqu'on a affaire au groupe c; on préservera du suicide; on agira contre la démence paralytique par Hg et KI à hautes doses.

P. KERAVAL.

XXXII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DU RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP VISUEL DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par BIKELES et KORNFIELD. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, XII, 1, 2.)

Il s'agit de la constatation de ce fait que, sans qu'il y ait de

lésions ophthalmoscopiques, on trouve soit un rétrécissement concentrique, mais dans lequel les lacunes physiologiques suivent des secteurs qui ne cadrent en rien avec le tableau de l'hémianopsie, soit un rétrécissement concentrique dont les limites présentent à tout instant des modifications considérables. P. K.

XXXIII. CONTRIBUTION A LA PSYCHOPATHIE SEXUELLE; par DE KRAFFT-EBING. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 1, 2.)

OBSERVATION I. *Masochisme mental*. Dégénéré, tourmenté par des obsessions sexuelles à l'occasion de situations assez indifférentes (garçons assis à califourchon les uns sur les autres), ou de certaines odeurs, obsessions qui lui font éprouver une jouissance purement spirituelle et provoquent en lui l'idée de l'asservissement, de la sujétion. — OBSERVATION II. *Stercoracisme*. Recevoir dans sa bouche les matières fécales d'une femme ou son urine, et en éprouver une jouissance complète (physique et psychique) ou incomplète (nécessité de coïter pour arriver à la satisfaction mentale), ou en être angoissé, tel est le résumé de ce cas d'ailleurs très fréquent de cet héréditaire. — OBSERVATION III. *Fétichisme podalique*. L'image et la vision réelle des pieds de la femme, l'invocation de ce fétiche (bas, chaussures), le séjour dans un établissement à la Kneipp, pour ce motif, toujours et partout sont les causes mentales de la satisfaction psychophysique de la vie sexuelle de ce troisième dégénéré qui est devenu un inverti. Il commerce avec des hommes, mais en invoquant des pieds de femme. — OBSERVATION IV. *Fétichisme podalique* chez un persécuté. Il éprouve en outre l'impulsion de *terere genitalia propria ad pedes illarum*; hétérosexualité, mais coït rare et normal. P. K.

XXXIV. LES CAUSES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (*statistique de l'asile Saint-Yon*); par le Dr NICOULAN.

L'examen de la paralysie générale, sous l'aspect étiologique, est, depuis plusieurs années, une question souvent remise à l'ordre du jour : les nombreuses discussions qui ont eu lieu à ce sujet sont loin d'avoir éclairé la question ; alors que pour les uns c'est la syphilis qui constitue la cause par excellence de la paralysie générale ; pour d'autres c'est l'alcool, puis la suractivité cérébrale constante, ou bien les excès vénériens, ou bien encore l'arthritisme.

Il est probable que toutes les causes mises en avant sont vraisemblablement à invoquer, une fois ou l'autre, dans l'étiologie de la paralysie générale ; mais, alcoolisme, vérole, surmenage, débauche, etc., ne sont le plus souvent que des adjuvants à l'égard les uns des autres, que des agents déterminants tombant sur un

sol longuement élaboré par voie dégénérative soit personnelle, soit héréditaire.

La statistique de l'auteur, faite sans aucune arrière-pensée, sans aucun parti pris pour telle ou telle théorie, repose sur 128 cas, dont 27 classés de cause inconnue.

Parmi les 101 malades dont la cause de la maladie a pu être recherchée, le groupe des hérédités proprement dites comprend 21 malades. Mais le groupe le plus remarquable est formé par l'ensemble des excès alcooliques : il compte 42 individus : sur ces 32 cas, 12 peuvent être considérés comme secondaires, et il reste 20 femmes chez lesquelles aux excès d'alcool seuls reste imputable l'étiologie de la méningo-encéphalite. La syphilis n'est rencontrée que dans 4 cas comme cause prépondérante. Puis viennent les causes morales, les privations dues à la misère, le nervosisme.

La moyenne de l'âge des malades atteintes est de quarante et un ans. Ces malades sont surtout des malades de la ville, petites gens vivant pour la plupart au jour le jour, péniblement, au milieu de la misère physiologique sous toutes ses formes. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

XXXV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉLIRE D'ORIGINE SYMPATHIQUE ;
par les D^{rs} PIQUÉ et FEBVRE.

Les auteurs rapportent l'histoire d'une malade atteinte de dégénérescence mentale avec délire polymorphe et alcoolisme. Au cours de l'internement de cette malade, de redoutables ménorrhagies ont nécessité l'examen des organes pelviens et cet examen a montré la présence de deux tumeurs : 1^o un corps fibreux de la grosseur d'une petite mandarine, implanté près du fond de l'utérus, et 2^o un kyste énorme du ligament large. L'ablation de ces deux tumeurs amena la disparition de perversions sensorielles intenses, se rapportant aux organes abdominaux et à la sphère génitale en même temps que des illusions du goût et de certains troubles de la sensibilité générale. Les idées de persécution et les hallucinations de l'ouïe ont persisté.

Comme on le voit, il ne s'agit pas là d'un cas de folie sympathique essentielle, car les lésions somatiques observées ont été postérieures aux premiers symptômes d'aliénation mentale. Cette intéressante observation permet néanmoins d'avancer qu'un délire sympathique peut éclater à l'occasion de certaines lésions organiques ; que ce délire, alors même qu'il est postérieur à d'autres troubles intellectuels, ne tarde pas à masquer ces derniers, tant les perversions sensorielles dont il se complique sont intenses ; qu'en raison même de sa coïncidence avec des néoplasmes ou d'autres altérations organiques, il est justiciable du traitement chirurgical. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

XXXVI. L'ANGOISSE NEURASTHÉNIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LES OBSESSIONS ET LA FOLIE DU DOUTE D'ORIGINE PRIMORDIALE; par KAAH. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Il s'agit des phobies et obsessions des individus atteints d'angoisse neurasthénique, ainsi que de la folie du doute primitive. Théorie de l'hyperexcitabilité de Arndt, Kowalewsky, Sadowsky. Théorie de Meynert: l'anémie corticale affaiblit les organes d'association, il en résulte, par hyperémie compensatrice, une irritation des centres sous-corticaux. P. K.

XXXVII. DE L'ACTION DE L'ABAISSMENT DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE SUR LES ALIÉNÉS; par J. KRYPIAKIEWICZ. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

C'est la soudaineté de l'abaissement de la pression barométrique qui agit défavorablement sur l'état des malades et sur la marche de la maladie. C'est à cela que sont dus l'agitation générale des malades de nos asiles et les accidents tels que: attaques congestives subintrantes, gangrènes du décubitus, paralysie et spasmes de la vessie, attaques apoplectiques laissant après elles des paralysies, accès de folie périodique. Les mois inconstants d'octobre et de mars sont le plus à redouter. P. K.

XXXVIII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE CLINIQUE DU DÉLIRE DE JALOUSIE CHEZ L'HOMME; par R. WERNER. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Ce délire vient du sentiment de l'insuffisance sexuelle du malade. Deux observations. P. K.

XXXIX. DES PSYCHOSES PUERPÉRALES; par L. HOCHÉ. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

A l'asile de Friedrichsberg, près Hambourg, du 1^{er} janvier 1880 au 1^{er} juillet 1890, c'est-à-dire en dix ans et demi, on a traité 2,454 femmes.

211 étaient atteintes de folie perpuérale, soit 8,6 p. 100.

24 pendant la grossesse.	=	11,38	—
98 pendant les suites de couches.	=	46,44	—
89 pendant la lactation.	=	42,18	—

211

Sur ces 2,454 femmes, il y avait 802 héréditaires, soit 32,68 p. 100

Or l'hérédité existait chez 78 folies puerpérales, soit 36,97 p. 100

— — — — — 724 folies non puerpér., soit 32,23 p. 100

802

L'hérédité frappait surtout les multipares.

Tels sont les chiffres les plus importants.

P. K.

XL. RECHERCHES SUR LA MANIÈRE D'ÊTRE DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE DU SENS DE L'ODORAT ET DU GOUT CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX; par S. KORNFELD et G. BIKELES. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Examen de quatre-vingts malades. Rareté de l'anesthésie et de l'analgésie. Mais fréquence assez notable de l'hypoalgésie. L'examen au compas œsthésiomètre, l'étude de la faculté de localisation et du sens de la force, révèlent des troubles plus accentués et plus fréquents. Altérations considérables de l'odorat; quelques malades ne peuvent apprécier certaines substances; quelques autres, tout en sentant, ne peuvent spécifier l'odeur; chez d'autres enfin la perception est totalement altérée; quelques faits témoignent du retard de la perception (sensation après coup). Le sens du goût, assez souvent affaibli, révèle aussi de la confusion dans les substances sapides. P. K.

XLl. RECHERCHES SUR L'ÉTAT DES PUPILLES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX; par S. KORNFELD et G. BIKELES (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Cinquante-huit malades. Tableaux.

Au début, il y a toujours dilatation des pupilles. Un cas de perte de la réaction à l'accommodation avec conservation de la réaction à la lumière (interruption des connexions entre le centre accommodateur et le centre sphinctérien). Plusieurs observations témoignent :

1° De la persistance de la réaction pupillaire aux excitants cutanés sensitifs malgré l'hypoalgésie; 2° de l'absence de la réaction pupillaire aux mêmes excitants sans l'hypoalgésie; 3° De l'absence de la même réaction dans les mêmes conditions avec hyperalgésie. La réaction consensuelle (synergique) des pupilles peut exister quand il n'y a pas de réaction à la lumière (des deux côtés).

Dans la plupart des cas il y a un antagonisme entre le sympathique et l'oculo-moteur commun, qui permet de s'expliquer ces états complexes; mais d'autres cas ne permettent point de formuler d'hypothèse. Chez trois malades l'auteur trouva un myosis bilatéral avec absence des réflexes tendineux patellaires. P. K.

XLII. SEIZE OBSERVATIONS DE DEMI-SOMNATION; par C. MAYER. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Il s'agit de seize sujets jeunes ou dans la force de l'âge, 15 hommes et 1 femme ayant des prédispositions névropathiques ou de la neurasthénie acquise, rarement jouissant d'une santé parfaite (quatre observations), qui le plus souvent ont été surmenés. La maladie

début brusquement sous des influences relativement minimes, dure peu de temps, disparaît tout à fait et soudain. Amnésie plus ou moins accusée. Les malades vont, viennent, sans avoir aucune conscience de ce qui se passe, mais conservent un certain ordre de conduite dans leur délire. Ce délire est mégalomaniaque, il leur semble qu'ils sont d'une condition plus élevée (de Krafft-Ebing) et il existe un certain degré de stupeur (arrêt des facultés). Parfois ils sont anxieux et, dans ces conditions, ils deviennent hostiles et violents contre certaines personnes de leur entourage ou tentent de se suicider.

P. K.

XLIII. CONTRIBUTION A LA THÉORIE DES HALLUCINATIONS; par CHVOSTEK.
(*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Étude chez une série d'hallucinés de l'ouïe de l'influence du courant électrique et des diapasons à vibration de différents tons. On peut pendant ou peu après la période hallucinatoire provoquer, par ces appareils, des hallucinations de l'ouïe complexes. Le courant électrique n'est en ce cas que la cause déterminante qui pousse l'organe central préalablement malade à constituer de toutes pièces l'hallucination sensorielle. La sensation sonore provoquée par la vibration du nerf acoustique provoque une illusion selon l'état de l'humeur qu'elle rencontre et dans le sens des conceptions délirantes qui prédominent. L'action douloureuse du courant électrique ne provoque pas l'hallucination par action réflexe (sur le trijumeau) car la piqûre chez les mêmes individus ne peut engendrer d'hallucinations auditives. Enfin les hallucinations sensorielles suivent une loi conforme aux formules de la réaction électrique du nerf auditif.

P. K.

XLIV. DE LA DÉMENCE AIGUE POST-TYPHIQUE ASSOCIÉE À LA POLYNÉVRITE; par H. HEVEL. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Homme de trente ans; tare héréditaire; caractère inégal, original; pas d'excès alcooliques; à la suite d'un typhus abdominal, d'ailleurs précédé de dépenses exagérées; excès de boisson, vagabondage nocturne, affaiblissement notable de la mémoire, illusions du souvenir, troubles mentaux divers; pas d'hallucinations ni d'idées délirantes; un peu d'irritation sans autre anomalie de l'humeur. Mémoire des faits anciens, exagération des réflexes patellaires, sensibilité à la pression des nerfs fémoraux et péroniers; analgésie des extrémités supérieures et inférieures surtout à la périphérie; signe de Romberg; légère diminution de la force musculaire brute; légère ataxie; réaction dégénérative des muscles terminaux. Amélioration. Genèse: intoxication typhoïde.

P. K.

XLV. CONTRIBUTION A LA PHYSIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE DE L'ÉCRITURE CURSIVE; par GOLDSCHIEDER. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Revue d'ensemble montrant l'influence des images optiques des lettres et le rôle des sensations du mouvement nécessaires pour exécuter (image motrice). La main n'est en réalité qu'une machine; pour écrire il faut un appareil enregistreur des sensations, un appareil d'idéation représentative, et la volonté; c'est au moyen de ces trois organes que se produit et se conserve cette étonnante faculté émanée de la culture intellectuelle au moyen de laquelle on exprime sa pensée en se servant de courbes conventionnelles. P. K.

XLVI. DES GASTROPATHIES CONSIDÉRÉES COMME GÉNÉRATRICES DES NÉVROSES ET DES PSYCHOSES; par K. ALT. (*Archiv.*, *f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

La dyspepsie est l'origine d'une névrose gastrique (malaises physiques et psychiques), qui dégénère en psychopathie. Mais il faut un terrain préparé par l'hérédité ou par des influences nocives ayant miné l'individu. Mécanisme : irritation des branches nerveuses terminales de l'estomac. — Transmission aux origines bulbaires du pneumogastrique. Angoisse et sensation anormale au sensorium, équilibre instable du centre, sous une influence physique ou morale, hallucinations sensorielles; le moi, en présence de l'angoisse et des hallucinations sensorielles, échafaudé un délire hypochondriaque. P. K.

XLVII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA FOLIE SYSTÉMATIQUE PÉRIODIQUE; par KAUSCH. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Type clinique assez rare, dont voici un nouvel exemple.

Conclusion : 1° La folie systématique périodique survient, comme les autres psychoses périodiques, presque exclusivement chez les individus entachés d'hérédité; 2° les hallucinations et les idées délirantes ne sont pas aussi impérieuses dans la folie systématique périodique que dans la folie systématique ordinaire; 3° les phénomènes morbides sont extrêmement constants dans le cours de chacun des accès; 4° les intervalles entre les accès sont tout à fait ou presque tout à fait lucides, ce qui distingue ce type de la manie périodique et de la mélancolie périodique; 5° le pronostic, quant à la guérison, est défavorable; mais, quant à la démence, bien plus favorable que dans la manie et la mélancolie périodiques.

P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. TROUBLE DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE SE TRADUISANT PAR UNE SENSATION DE SABLE DU CÔTÉ MALADE DANS UN CAS D'HÉMICHORÉE POST-HÉMIPLÉGIQUE; par le D^r TARGOWLA.

Observation intéressante d'hémichorée posthémiplegique du côté gauche avec dégénérescence du faisceau pyramidal. — La malade éprouve, dans tout le côté gauche du corps, une sensation subjective de poussière, de sable, de sel : elle s'enveloppe la main gauche dans son mouchoir pour s'essuyer le « grabage » qui en coule, prétend-elle, continuellement. Il semble que le siège de ce trouble soit limité à la surface cutanée : elle ne se plaint pas d'avoir du sable dans la bouche, dans les yeux, dans les oreilles. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.)

E. BLIN.

II. LA THÉORIE PSYCHOLOGIQUE DE L'HYSTÉRIE (*Formule cortico-cébrale de cette névrose*). Revue générale par le professeur GRASSET. (*Nouveau Montpellier Médical*, nos 44 et 45, novembre 1893.)

Dans cet article, M. Grasset résume d'une façon complète et fidèle la théorie psychologique de l'hystérie d'après les travaux de Pierre Janet et ajoute quelques considérations critiques personnelles. Après avoir indiqué que l'hystérie est par ses phénomènes psychologiques, par sa dissociation du subconscient et du conscient, une névrose surtout cérébro-corticale, M. Grasset ajoute : « Nous disons surtout parce qu'il n'est pas démontré que ces caractères psychologiques seront absolument constants, généraux. Nous croyons que l'hystérie reste une névrose du système nerveux *tout entier*, avec prédominance, si l'on veut, de l'écorce cérébrale. » Quant à en conclure que l'hystérie est une maladie mentale, le professeur de Montpellier établit une distinction, et répond par l'affirmative si, par maladie mentale on entend toute maladie dans laquelle les phénomènes psychologiques cérébraux jouent un grand rôle, par la négative au contraire, si on donne à ce terme de maladie mentale la signification que la clinique lui reconnaît. L'hystérique en effet, grâce à la dissociation de son subconscient et de son conscient, sait bien que « les dévergondages pathologiques de son subconscient » sont d'ordre pathologique, car il a conservé de sa personnalité consciente. Le mental, au contraire, croit à la réalité de son

délire, car « sa personnalité consciente n'est pas seulement séparée de la sphère subconsciente, elle est elle-même, malade, altérée, faussée. » Si le rêve, le somnambulisme, et la distraction ne sont pas des états mentaux, parce que la personnalité consciente n'est pas atteinte, on peut cependant chez l'hystérique concevoir un degré de plus, supposer que l'altération porte non seulement sur la sphère subconsciente, dissociée de la sphère consciente, mais encore sur cette sphère consciente, sur la personnalité consciente et intelligente elle-même; l'hystérique croit alors que son rêve est une réalité, c'est un mental, il est devenu fou. Donc « l'hystérie n'est une maladie de la personnalité que si on comprend sous ce nom à la fois le conscient et le subconscient. Mais si on sépare la personnalité consciente de la sphère subconsciente, on ne doit pas dire que l'hystérie ordinaire est une maladie de cette personnalité consciente. Pour nous, l'hystérie n'est vraiment mentale que quand elle se complique. » Il vaut donc mieux laisser à l'expression de maladie mentale son ancien sens clinique, et dire que les travaux récents sur l'hystérie ont donné non pas la théorie mentale de cette névrose, mais, suivant l'expression proposée par M. Grasset, sa *formule cortico-cérébrale*. Le danger serait grand, au point de vue médico-légal, de croire que tous les hystériques sont des fous. « Ces exagérations ne sont pas dans l'esprit de Pierre Janet; mais nous tenons à en garantir les néophytes qui, séduits par ces suggestives études, seraient tentés de le dépasser en voulant le suivre. »

DU CAMP.

III. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE DE BASEDOW; par le Dr ANGIOLELLA. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

La paraplégie, qui est parfois associée à la maladie de Basedow, est l'effet d'une myélite lombaire. Comme cause du tremblement, on peut rencontrer un léger processus inflammatoire étendu à toute la moelle cervicale et dorsale. Ces lésions anatomiques peuvent être considérées comme l'effet de la rétention par le sang des substances toxiques, résultant du défaut de fonction de la glande thyroïde. Ces faits peuvent venir à l'appui de l'hypothèse attribuant tous les symptômes de la maladie de Basedow à cette intoxication, sans exclure toutefois l'influence de la constitution neuropathique.

J. SÉGLAS.

IV. CONSIDÉRATIONS SUR TROIS CAS RARES DE NEURASTHÉNIE; par le Dr VENTRA. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

Trois observations de neurasthénie simulant l'une la claudication intermittente, l'autre le genou à ressort, la troisième la maladie de Basedow.

J. S.

V. LE TEMPÉRAMENT ÉPILEPTIQUE; par DEL GRECO. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

Revue critique sur les phénomènes physiques et mentaux, qui sont comme les notes différentielles du tempérament épileptique. J. S.

VI. DE LA TOXICITÉ DU SUC MUSCULAIRE DES ANIMAUX THYROÏDECTOMISÉS par VASSALE et ROSSI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. 2-3; 1893.)

VII. DU TREMBLEMENT ESSENTIEL HÉRÉDITAIRE; par le D^r UGHETTI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. 2-3, 1893.)

Etude surtout expérimentale.

VIII. UN CAS DE SYMPTÔMES APHASIQUES AVEC HÉMIANOPSIE, ACHROMATOPSIE AMNÉSIQUE ET PARALYSIE PSYCHIQUE; par E. BLEULER. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXV, 1.)

Cas complexe ainsi apprécié par l'auteur : hémiplegie droite avec perte de la sensibilité topique et thermique du bras droit; perte des images commémoratives du mouvement, symptômes en rapport avec un ramollissement de la plus grande partie des deux ascendants et de la substance blanche sous-jacente; interruption des communications entre ces organes et le lobe pariétal. — Hémianopsie inconsciente, peu gênante, du côté droit, avec suppression complète du sens des couleurs. Les centres corticaux optiques étant demeurés intacts, il faut croire que le ramollissement des fibres blanches voisines de la partie postérieure du corps calleux dans l'hémisphère gauche suffisait à interrompre toute communication entre l'écorce du lobe occipital et l'ensemble du reste de l'écorce des deux hémisphères dans lequel réside le sensorium, et que, chez ce malade, les fibres d'association utilisées pour l'impression psycho-chromatique passaient par l'hémisphère gauche. — L'ataxie inexplicable par l'état du pli courbe resté normal, ne peut s'interpréter elle aussi que par l'interruption des fibres d'irradiation postérieures du corps calleux au point où elles s'épanouissent dans le reste de la substance blanche de l'hémisphère gauche. Il y avait probablement agraphie, car, de la main gauche, le malade ne pouvait écrire spontanément ni sous la dictée, pas plus qu'il ne pouvait copier; il avait perdu l'individualité du nombre. Il n'avait plus la netteté des images optiques des caractères et était incapable d'en trouver l'image acoustique. Comprenant ce qu'on lui disait, il avait une peine infinie à trouver les noms des objets (aphasie amnésique — paraphasie verbale); récitant ce qu'on lui avait appris mais sans en rendre l'exactitude ni le ton (paraphasie littérale et syllabique), il répétait en perroquet des mots inconnus, étrangers. Reconnaissant des mélodies qu'il avait entendues, il était encore

capable de les chanter. En somme l'absence d'aphasie motrice pure s'explique par l'intégrité de la circonvolution de Broca. Mais la paraphasie verbale et littérale implique l'insuffisance des voies de communication qui vont de la circonvolution de Broca à celle de Wernicke lésée. Il est à noter par contre qu'on constatait un ramollissement complet de l'insula du côté gauche et que cependant le malade avait conservé la faculté de répéter. P. KERAVAL.

IX. DEUX CAS D'APHASIE; par H. GOSSEN. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXV, 4.)

Modèle d'examen des malades des plus complets. On étudie d'abord la perception en passant en revue tous les sens (sept chapitres), — puis l'aperception, en recherchant si les impressions perçues éveillent des idées d'association concrètes — l'examen de la mémoire portera sur les souvenirs antérieurs ou généraux et sur les impressions récentes, en y comprenant l'écriture, la lecture, la parole, le mode d'association des dessins des lettres, des syllabes et des sept sens susnommés. Une importante section est réservée à l'imitation immédiate dans tous ses modes (répétition, copies, dessins). Il ne faut pas oublier de noter comment le malade manifeste celles de ses conceptions qui procèdent d'associations d'idées purement internes (dix points de repère); comment il spécifie les choses et en reconnaît les qualités soit à la muette, soit en en indiquant les noms, comment il transforme les impressions sensorielles et motrices du langage, comment il associe et combine. Ce procédé d'examen appliqué à deux malades dont suivent les observations a permis de diagnostiquer chez le premier : trouble général de l'ensemble des fonctions psychiques et des associations d'idées, avec diminution de la mémoire des images optiques et interruption des coordinations optico-acoustiques, lésion probable des centres optiques. Chez le second il y a paraphasie, paralexie, paragraphie, perte des images commémoratives des impressions acoustiques des mots, lésion probable du centre auditif gauche. Pas d'autopsies. P. K.

X. DEUX OBSERVATIONS DE THROMBOSE AUTOCHTONE DES SINUS CÉRÉBRAUX; par BUCKLERS. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXV, 4.)

Observations avec autopsie :

OBSERVATION I. — Thrombose de presque tous les sinus cérébraux et des veines centrales. Il n'y avait aucun des symptômes caractéristiques correspondants, ni réplétion des veines extérieures du crâne en communication avec le sinus — ni œdème de la région rétro-auriculaire — ni cyanose circonscrite de la face au niveau des veines faciales antérieures — ni réplétion de la jugulaire externe — ni hyperhydrose fronto-cervico-thoracique — ni exophthalmie. Mais on constatait des symptômes rares : céphalalgie et vomissements. Genèse. Crase spéciale du sang chez une femme grosse, *nec plura* (?).

OBSERVATION II. — Frisson initial, accidents aigus et subits, symptômes cérébraux : obtusion mentale — céphalalgie frontale intense profonde — ophthalmo-parésie externe — ataxie des extrémités — étourdissements — paralysie des deux extrémités supérieures et du membre inférieur gauche avec conservation de la sensibilité — rigidité de la nuque. Thrombose totale du sinus longitudinal supérieur, du sinus droit, du sinus transverse (thrombus adhérents) due à la chlorose. P. K.

XI. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA POLYNÉVRITE; par GIÈSE et PAGENSTECHER. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 1.)

Observation avec autopsie. Ivrogne de trente-trois ans. Tare héréditaire très chargée. Paresthésie et parésie des deux jambes. Un accès de delirium tremens pendant trois à quatre semaines. Puis la parésie se transforme en paralysie des membres inférieurs avec œdème musculaire, disparition des réflexes patellaires et de la sensibilité électrique, troubles de la sensibilité cutanée, violentes douleurs lancinantes. Parésie des membres supérieurs; atrophies musculaires, névrite optique; illusions et hallucinations; démence aiguë. Hémoptysies, hémorrhagie intestinale, mort onze semaines après le début. On trouve : tuberculose pulmonaire et intestinale, dégénérescence des nerfs périphériques, atrophie dégénératrice des muscles, vacuoles dans les grandes cellules des cornes antérieures, multiplication des noyaux dans la paroi du canal central de la moelle. P. K.

XII. DES TROUBLES MENTAUX DANS LA MALADIE DE BASEDOW; par HIRSCHL. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 1, 2.)

Étude critique de quarante-trois observations empruntées aux auteurs. Six observations personnelles (4 h., 2 f.) comprenant : manie (4); folie alcoolique avec mélancolie (1); folie neurasthénique (1).

La maladie de Basedow tient à une paralysie du centre vasculaire du bulbe; de là, hyperémie corticale et troubles intellectuels. Ajoutons à cela la tare constituée par le syndrome de la dégénérescence et nous avons la pathogénie de l'état maniaque. La genèse de la mélancolie est due, d'après Meynert, à ce que l'écorce ne modère plus le centre vasculaire du bulbe; alors les vaisseaux corticaux sont contracturés.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de ces accidents est défavorable; car sur ces quarante-neuf observations, il n'y eut que six guérisons. Il est, d'ailleurs, intéressant, au point de vue physiologique, de constater chez les malades non aliénés, atteints de goitre exophthalmique, un état d'humeur tout à fait mobile et rappelant l'excitation intellectuelle du dégénéré, tantôt exagérément, tantôt tour-

menté sans motif (hypérémie corticale ou anémie corticale par réciprocité cortico-bulbaire ou bulbo-corticale). P. K.

XIII. LES DÉCOUVERTES RÉCENTES SUR LE SYSTÈME NERVEUX: lu par F. BAKER, professeur d'anatomie à l'université de Washington. (*Société de biologie de Washington.*)

L'auteur part de ce point de vue que les plus grandes découvertes sont précédées de travaux d'approche en quelque sorte et de découvertes préparatoires secondaires sans lesquelles la découverte principale serait impossible; il expose l'importance, en neurologie, des découvertes de Golgi relativement à la macération longue des tissus dans les solutions chromiques pour accentuer l'imprégnation par les sels d'argent. Il montre comme corollaire les recherches d'Ehrlich sur les injections de bleu de méthylène sur le vivant. Reprenant la question au point où l'on tenait encore la névroglie pour tissu conjonctif, il montre comment l'embryologie vint prouver tout d'abord la continuité du plasma cellulaire dans le cylindre d'axe et la nature exacte des cellules araignées et embryonnaires de His. L'auteur rappelle les travaux de ce dernier histologiste et de Lenhossek sur le myélospongium (épendyme et substance gélatineuse).

Abordant ensuite l'étude des cellules nerveuses, il fait l'historique des recherches relatives aux neuroblastes, cellules motrices antérieures et œsthésioblastes des cornes postérieures.

L'étude du système entier montre suivant l'auteur que c'est surtout par contact plutôt que par continuité de structure que les éléments nerveux communiquent entre eux.

Kölliker, Ramon y Cajal, Waldeyer, Obersteiner et Gehuchten sont les auteurs principaux auxquels M. F. Baker rapporte tout le mérite des progrès réalisés. Ranvier est le seul histologiste français que l'on trouve cité dans ce travail, à l'appui duquel l'auteur donne de nombreux schémas intéressants, en particulier sur la structure de l'écorce cérébrale (fig. 22). L'étude se termine par des rapprochements entre la structure nerveuse centrale et celle des expansions nerveuses olfactives, acoustiques et rétinienne. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 3 juillet 1893, p. 420.) D^r A. MARIE.

XIV. SYMPTÔMES SENSORIELS DANS TROIS CAS DE MYÉLITE SYPHILITIQUE; par FRANK R. FREY, de St-Louis.

D'après Erb, les symptômes pathognomoniques de la paralysie spinale spécifique seraient: 1^o la paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes et contractures musculaires bien moins marquées que l'excitabilité réflexe; 2^o les parésies vésicales, les dysesthésies et le début insidieux avec tendance consécutive aux rémissions. Pour Sachs les lignes caractéristiques seraient l'enva-

hissement d'emblée par l'affection d'une portion tendue de la moelle; la disproportion entre l'intensité du processus et son extension initiale, la rapide atténuation de certains symptômes alors que d'autres persistent obstinément. M. Frank Frey rapporte trois cas confirmant les observations antérieures d'Erb et Sachs. (*The Alienist and Neurologist*, 389, XIV, 3.) A. M.

XV. PARALYSIE CÉRÉBRALE SPASMODIQUE DE ERB; par Manuel CARMONA, J. VALLE DE MEXICO.

L'auteur rapporte cinq observations de tabes dorsal spasmodique répondant à la description de M. Pierre Marie. Mais, au lieu d'être liées à un arrêt congénital de développement des faisceaux pyramidaux, ces paralysies sont apparues consécutivement à des accidents cérébraux de l'âge adulte avec vertiges, troubles des sens spéciaux (diplopie, agustie, dysosmie), paralysies faciales, hémiplegies avec perte de connaissance. De plus, dans quelques-unes de ces observations, les mouvements sont redevenus plus ou moins libres et l'embarras de la parole s'est atténué; dans d'autres, les paralysies des membres sont restées identiques à celles des enfants atteints d'atrophie des faisceaux pyramidaux (contractions spasmodiques congénitales de Heine — polio-encéphalite de Strumpell). (*The Alienist and Neurologist*, 640, XIV, 4.) A. MARIE.

XVI. RAILWAY SPINE, PRONOSTIC; par J.-X. DERGUM (de Philadelphie).

L'auteur, rappelant les difficultés qu'offrent les expertises relatives aux procès en dommages-intérêts dans les cas de Railway-Spine, indépendamment de la simulation à déjouer, rapporte une observation nouvelle. C'est celle d'un homme victime d'un accident de chemin de fer, à la suite duquel se développèrent des accidents hystéroides et neurasthéniques. Après un traitement sans succès, le malade fut placé à l'hôpital orthopédique où le repos absolu au lit, les massages ainsi que la faradisation amenèrent un mieux au bout de quelques mois, puis enfin la guérison plus de deux ans après l'accident.

M. Dergum insiste sur les difficultés du diagnostic reposant sur l'état fonctionnel, la motilité et la flexibilité douloureuse ou non de la colonne vertébrale, la pression superficielle ou des parties molles profondes plus ou moins supportables ainsi que l'exagération possible du réflexe dorso-spinal (back symptom). Ce dernier se décèle par la pression brusque des deux mains sur la tête ou sur les épaules, le malade étant droit, et consiste dans la réaction tendant au redressement antagoniste de la colonne vertébrale, l'auteur cite le corset plâtré parmi les moyens à mettre en œuvre contre l'exagération de ce symptôme. (*The Alienist and Neurologist*, 656, XIV, 4.) D^r A. MARIE.

XVII. HÉMATOMYÉLIE CENTRALE; par L. MINOR. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Quatre observations de paralysie aiguë de Brown-Sequard, autrement dit hématomyélie, mais avec des symptômes spéciaux permettant de les rattacher à la syringomyélie : analgésie et thermoanesthésie, avec conservation de la sensibilité tactile. Cette association de l'hémorragie centrale de la moelle à la gliomatose vraie, sous l'influence d'un traumatisme, est des plus nettes dans l'observation V.

Un homme de cinquante et un ans fait une chute : le voilà paraplégique, les deux jambes sont anesthésiques. Le jour suivant, la paralysie monte, il meurt. On diagnostique une hémorragie en tuyau sur toute la hauteur de la moelle. L'autopsie montre en effet le sang *ensaucissonné* dans le canal central qu'il a dilaté par série de poussées annulaires.

P. K.

XVIII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE L'ENCÉPHALITE AIGUE PRIMITIVE HÉMORRAGIQUE; par BUCKLERS. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Quatre observations avec autopsies et études microscopiques. L'inflammation détermine une hyperémie limitée qui détermine l'altération de la paroi des vaisseaux; ceux-ci présentent alors plusieurs variétés de dilatations et cèdent, soit en ces points dilatés, soit ailleurs, mais toujours au niveau de leurs branches terminales les plus fines et dans les parties superficielles. Les hématies fusent alors dans les gaines lymphatiques adventices; quand celles-ci se rompent, le sang s'épand dans le tissu ambiant qui, à son tour, se ramollit, se nécrobiose. Il y a des cas dans lesquels il se produit une prolifération du tissu conjonctif, des cellules de la névroglie, et des éléments de la paroi vasculaire. Enfin, la déchirure vasculaire peut provoquer une thrombose secondaire. Naturellement le tissu du cerveau est imbibé, dissocé; les cellules nerveuses et les fibres myéliniques sont dégénérées, détruites; atteinte symétrique des ganglions centraux et de la pointe voisine de la face inférieure du lobe temporal, des deuxième et troisième circonvolutions temporales.

Il est probable qu'il s'agit d'un processus infectieux localisé, ayant pour ainsi dire usé la méninge et provoqué ce processus hyperémique si spécial en certains territoires vasculaires.

Chez les individus relativement jeunes, jusque-là bien portants, au milieu de la plus parfaite santé, apparaissent des accidents subaigus (apathie, coma, somnolence, apoplexie avec perte de connaissance), ou bien ce sont de la céphalalgie, des vomissements, des vertiges, de la dépression, un frisson initial avec tremblement et hyperthermie, qui ouvrent la scène. Puis se montrent des symp-

tômes de lésions en foyer : monoplégies, hémiplegies, rigidité de la nuque, fièvre variable suivant la localisation ou apoplexie quand la lésion occupe les ganglions centraux, des troubles de la respiration dépendant aussi des localisations, etc. La marche est rapide, la maladie dure en moyenne de vingt heures à quatre jours, ou bien il se produit des poussées successives. Pronostic défavorable. P. K.

XIX. CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DE LA PARALYSIE SPINALE ATROPHIQUE CHRONIQUE; par H. OPPENHEIM. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Cinq observations avec autopsies.

La mieux étudiée des paralysies de ce genre, c'est la *sclérose latérale amyotrophique*, mais on trouve dans les descriptions bien des lacunes et des contradictions surtout dans sa forme bulbaire. On ignore aussi pourquoi, en maints cas, certaines parties de la substance blanche sont lésées alors que généralement elles sont épargnées. L'étude clinique de la *poliomyélite antérieure* chronique est excellente, mais son anatomie pathologique est peu avancée. De là, l'intérêt de nouvelles observations :

OBSERVATIONS I et II. — Sclérose antéro-latérale amyotrophique, type Charcot.

OBSERVATION III. — Sclérose antéro-latérale ayant revêtu l'aspect d'une poliomyélite antérieure chronique (paralyse flasque).

OBSERVATION IV. — Phénomènes paralytiques étant survenus la nuit à la suite d'émotions et d'efforts. Troubles dans la sensibilité. On croit à une hématomyélie chez un syringomyélique. L'autopsie montre l'existence d'une lésion tout à fait localisée de la partie supérieure de la moelle, au niveau des deuxième et troisième paires dorsales, dans la corne gauche postérieure et les racines postérieures avec léger empiètement sur les colonnes de Clarke.

OBSERVATION V. — Atrophie ayant atteint la substance grise postérieure et les cordons de Bunduch. Pendant la vie rien n'indiquait une lésion de cordons postérieurs; aucun trouble de la sensibilité.

P. K.

XX. ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET OBSERVATION PUBLIÉE PAR WESTPHAL SOUS LE TITRE DE *Un cas de lésion du système nerveux à diagnostic douteux* in *Charité Annalen*, XIV^e, année 1889; par A. WESTPHAL. (*Arch. f. Psychiat.* XXIV, 3.)

Buveur acharné de vingt-huit ans; adipose colossale avec hypertrophie des avant-bras et des bras et atrophies partielles, diminution de la réaction électrique et réaction dégénérative par places, troubles de la sensibilité, démence. Impotence presque complète. Mort deux ans plus tard de phlegmon périnéal avec aystolie.

Autopsie. Dégénérescence partielle et atrophie des cellules des cornes antérieures, surtout dans le renflement cervical; intégrité de la substance grise, rien dans les racines antérieures et postérieures. Névrite des nerfs périphériques, interstitielle et parenchymateuse. Surcharge graisseuse des muscles; atrophie et hypertrophie, souvent dans le même muscle, des fibres musculaires.

Pathogénie. 1° Action délétère primitive de l'alcool sur les centres trophiques des cornes antérieures, puis, secondairement atteinte des nerfs périphériques (nerfs et muscles). — 2° Altération simultanée et directe ou successive, mais disséminée, des cellules nerveuses, des muscles et des nerfs, sous l'influence de l'alcool. — 3° Impossible d'expliquer la déformation des mains et l'obésité colossale.

P. K.

XXI. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA CÉCITÉ PSYCHIQUE,
par F. MULLER. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

Deux observations.

OBSERVATION I. — A la suite d'un ictus, la malade a perdu la plupart des images commémoratives optiques ou sérieusement acquises tant pour la forme que pour la couleur et n'a plus la faculté d'en acquérir de nouvelles. Foyer probable dans le lobe occipital droit (hémianopsie gauche). Un second accès lui fait perdre la faculté de lire les nombres, ce qui indique un foyer pariétal du lobe gauche. Il y a en outre rétrécissement de la moitié droite du champ visuel dans son quart supérieur, ce qui indique un double foyer occipital (un dans chaque lobe). Lésion vasculaire syphilitique. Cécité psychique et corticale.

OBSERVATION II. — Tumeur cérébrale indéniable. Compression et destruction de tout le lobe occipital gauche; foyer de ramollissement ayant interrompu toute la substance blanche du lobe occipital gauche au niveau du bourrelet du corps calleux. Ce ramollissement interrompait les fibres d'association unissant la région occipitale droite conservée avec le côté gauche et avec les centres de la parole. De là, l'aphasie et l'alexie même. Le malade, capable d'écrire spontanément et sous la dictée, capable de reconnaître, en les dessinant, les lettres écrites, c'est-à-dire de lire par imitation, possédait donc, dans son lobe occipital droit, des images commémoratives optiques pour les lettres, mais il ne pouvait plus s'imprégner des images commémoratives phonétiques placées dans le lobe temporal gauche. Il est probable qu'il y avait conservation des tractus, unissant le lobe occipital droit indemne aux centres commandant aux faisceaux moteurs de l'écriture et à ceux qui reçoivent les sensations motrices nécessaires pour que l'on écrive, celles qui vous tiennent au courant de ce que l'on fait, c'est pourquoi, en dessinant, c'est-

à-dire à l'aide des sensations produites par le mouvement qui retrace les lettres, le malade arrivait à lire, à écrire sous la dictée, à écrire spontanément, sinon, comment lire et écrire, si les images commémoratives optiques des lettres ne préexistent pas à la fonction? A côté de la suppression du lobe occipital gauche et de l'interruption des fibres d'association qui, par le corps calleux, vont au lobe occipital droit, il faut encore tenir compte de la légère compression exercée à droite, par la tumeur, sur la partie médiane du lobe occipital dans la région du coin et de l'avant-coin.

P. KÉRAVAL.

XXII. RECHERCHES SUR LE BILAN DE LA NUTRITION DANS UN CAS DE PARALYSIE AGITANTE FRUSTE; par A. SCHÆFER. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Conclusion :

1° Le malade en question, atteint de paralysie agitante avec symptômes de chorée héréditaire, excrète un peu plus d'azote (poids absolu) qu'il n'en prend. — 2° Il consomme plus d'albumine que l'homme sain normal, jeune, qui fait du travail physique. — 3° Cet excès insolite de consommation est probablement dû à l'excès du travail musculaire, par suite de la continuité des mouvements involontaires. — 4° La quantité absolue de l'acide phosphorique excrété par l'urine ne présente aucune déviation de la normale. — 5° Le rapport entre l'acide phosphorique et l'azote excrétés par l'urine indique une multiplication de l'excrétion de l'azote par une seule voie (azoturie). — 6° La quantité absolue des chlorures de l'urine est un peu augmentée.

P. KÉRAVAL.

VARIA.

COMITÉ POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DE
J.-M. CHARCOT.

Président d'honneur : M. Pasteur, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences.

Présidents : MM. le D^r Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris.

Secrétaires : MM. le D^r Bourneville, ancien interne de M. Charcot, médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire du Comité; le D^r Georges Guinon, ancien interne et chef de clinique de M. Charcot, secrétaire de la Commission exécutive.

Trésorier : M. G. Masson, libraire de l'Académie de médecine.

Membres du Comité : MM. Challemel-Lacour, président du Sénat, membre de l'Académie française; S. E. M. le marquis de Dufferin et Ava, ambassadeur d'Angleterre; S. E. M. le marquis y Castillo, ambassadeur d'Espagne. MM. Spuller, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts; Humbert, président du Conseil municipal; Poubelle, préfet de la Seine; Lépine, préfet de police; Rouselle, président de la Commission d'assistance du Conseil général; Strauss, président de la Commission d'assistance du Conseil municipal.

MM. Cherbuliez et Claretie, membres de l'Académie française; Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; P. Janet, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, professeur à la Sorbonne; P. Dubois, membre de l'Académie des Beaux-Arts.

MM. le D^r Verneuil, Grandidier, Bishoffsheim, membres de l'Académie des sciences. MM. Garnier, Gérôme, et le baron Alph. de Rothschild, membres de l'Académie des beaux-arts.

MM. le D^r Debove, le D^r Fournier, le D^r Gautier, le D^r Grancher, le D^r Lannelongue, le D^r Strauss, le D^r Terrier, le D^r Tillaux, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

MM. Marey, Ranvier, Ribot, professeurs au Collège de France; Milne-Edwards, directeur du Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut; Hamy, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

MM. le D^r Laboulbène, président de l'Académie de médecine; le D^r Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; le D^r Cadet de Gassicourt, le D^r Magnan, membres de l'Académie de médecine.

MM. le baron Larrey, inspecteur général du Service de santé de l'armée, en retraite, membre de l'Institut; le D^r Collin, inspecteur général du Service de santé de l'armée; le D^r Rochard, inspecteur général du Service de santé de la marine, en retraite, membre de l'Académie de médecine.

MM. le D^r Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; le D^r Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; le D^r Folet, doyen de la Faculté de médecine de Lille; M. le professeur Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; le D^r Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; le D^r Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; le D^r Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

MM. Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie; Riche, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie; le D^r Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; le D^r Demange, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; le D^r Caubet, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; le D^r André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. MM. Trashed, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de

médecine; Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine.

MM. Peyron, directeur général de l'Assistance publique; Le Bas, directeur de l'hospice de la Salpêtrière; le D^r Millard, médecin des hôpitaux, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

MM. le D^r Brissaud, président de la Société des agrégés, médecin des hôpitaux; le D^r Heim, membre de la Société des agrégés de la Faculté de médecine de Paris; le D^r Cornil, président de la Société anatomique, professeur à la Faculté de médecine; Chauveau, président de la Société de biologie; le D^r Galippe, vice-président de la Société de biologie; le D^r Dumontpallier, secrétaire général de la Société de biologie; le D^r Périer, président de la Société de chirurgie; le D^r Ch. Monod, secrétaire de la Société de chirurgie; le D^r Fernet, président de la Société médicale des hôpitaux; le D^r Rendu, secrétaire de la Société médicale des hôpitaux; le D^r Babinski, le D^r Ballet, le D^r Marie, membres de la Société médicale des hôpitaux; le D^r Christian, président de la Société médico-psychologique; le D^r Ritti, membre de la Société médico-psychologique; le D^r Richet, président de la Société de psychologie physiologique, professeur à la Faculté; le D^r Marcel Baudouin, secrétaire du Syndicat de la presse médicale; le D^r Lereboullet, membre du Syndicat de la presse médicale; le D^r Ch. Eloy, représentant la presse médicale non syndiquée; Viriat, président de l'Association des Étudiants; Loude, Meunier, Brouardel, représentants des internes en médecine des hôpitaux de Paris.

Elèves et amis de M. le P^r Charcot: MM. P. Arène, homme de lettres; le D^r Berbez, ancien interne de M. Charcot; le D^r Bloq, ancien interne de M. Charcot; Aug. Dreyfus; le D^r Dutil, ancien interne et chef de clinique de M. Charcot; le D^r Feré, ancien interne de M. Charcot, médecin de l'hospice de Bicêtre; Gasne, ancien interne de M. Charcot; le D^r Gilles de la Tourette, ancien interne de M. Charcot, médecin des hôpitaux; le D^r Gombault, ancien interne de M. Charcot, médecin des hôpitaux; Guyon, ancien interne de M. Charcot; le D^r Hallion, ancien interne de M. Charcot; le D^r Hanot, ancien interne de M. Charcot, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; le D^r Huet, ancien interne de M. Charcot; Kaempfen, directeur des musées nationaux; le D^r Lamy, ancien interne de M. Charcot; le D^r Oulmont, ancien interne de M. Charcot, médecin des hôpitaux; le D^r Parinaud, chef du service ophtalmologique de la clinique de M. Charcot; le D^r Parmentier, ancien interne de M. Charcot; le D^r Pierret, ancien interne de M. Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; le D^r Poirier, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris; le D^r Raymond, ancien interne de M. Charcot, médecin de la Salpêtrière; le D^r Richer, ancien interne de M. Charcot, chef du labo-

ratoire de la Salpêtrière; J. Roche, député, ancien ministre du commerce; le Dr Souques, ancien interne, chef de la clinique de M. Charcot; Vallery-Radot, homme de lettres; Waldeck-Rousseau, ancien ministre de l'intérieur.

SOUSCRIPTION

POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.

TROISIÈME LISTE.

M. le Dr Bottey (de Nice)	20 fr.	
M. Leblais, étudiant	5 »	
M. Prestat (Louis)	200 »	
M. le Dr Lépine (de Lyon)	200 »	
M. le Dr Ch. Monod, chirurgien des hôpitaux	100 »	
M. le Dr L.-R. Regnier (de Paris)	50 »	
M. le Dr F. Raymond, médecin de la Salpêtrière	200 »	

Deuxième souscription de la SALPÊTRIÈRE :

M. le Dr Falret	100 fr.	}	200 »
M. le Dr J. Voisin	20 »		
M. le Dr A. Voisin	20 »		
M. le Dr Chaput	20 »		
Personnel	40 »		
M. le Dr Vigès, père			100 »
M. le Dr Watteville (de Londres)			100 »
M. le Dr Magnan, médecin de l'Asile clinique			100 »
M. le Dr M. Briand, médecin en chef de l'Asile de Villejuif			5 »
M. le Dr Sérieux, médecin-adjoint de l'Asile de Villejuif			3 »
M. le Dr Rouillard, médecin-adjoint du même asile			3 »
M. Barick, interne du même asile			3 »
M. Creuel, interne du même asile			3 »
Total de la troisième liste			1,292 »
Total des listes précédentes			1,975 05
Total général			<u>3,267 05</u>

QUATRIÈME LISTE.

M. le Dr Dagonel	10 fr.
M. le Dr Regnaul	5 »
M. Teinturier	5 »
M. le Dr Fiaux	10 »
A reporter	30 »

<i>Report.</i>	30 fr.
M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique	50 »
M. Derouin, secrétaire de l'Assistance publique	30 »
M. Lancelot, pharmacien.	50 »
Total de la quatrième liste	160 »
Total des listes précédentes	3,267 05
Total général.	<u>3,427 05</u>

CINQUIÈME LISTE.

M. le Dr R. Blanchard, agrégé.	10 fr.
M. le Dr Musgrave-Clay (de Pau).	20 »
Hospice de la Salpêtrière (3 ^e versement)	3 »
— M. le Dr Séglas.	20 »
M. Paillas	2 »
M. le Dr Metzger (de Paris)	5 »
M ^{lle} Nicole.	5 »
M. le Dr Christian, médecin en chef de la Maison de Charenton.	20 »
M. le Pr Félix Terrier.	100 »
M. le Pr Debove	200 »
Total de la cinquième liste	384 fr.
Total des listes précédentes	3,427 05
Total général.	<u>3,811 05</u>

SIXIÈME LISTE.

M. le Dr Blin (de Vaucluse)	50 fr.
M. Lionello Lenaz, étudiant à Vienne (Autriche).	5 »
M. le Dr Gombault, médecin des hôpitaux	200 »
M. le Dr Sig. Freud (de Vienne)	30 »
M. le Dr Semelaigne (de Paris).	20 »
M. le Dr René Semelaigne.	20 »
Total de la sixième liste.	325 fr.
Total des listes précédentes	3,811 05
Total général.	<u>4,136 05</u>

Nous faisons un pressant appel à nos lecteurs, neurologistes et aliénistes, qui mieux encore que nos autres confrères, connaissent les immenses services rendus à la science par notre illustre Maître. En participant à la souscription pour l'érection d'un monument en son honneur, même de la façon la plus modeste, ils rendront hommage à sa mémoire.

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nomination* : M. le D^r ANGLADE, médecin-adjoint de l'asile de Bassens, est nommé médecin adjoint à l'asile de Braqueville, en remplacement de M. BROQUÈRE, promu.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier numéro de *The Psychological Review*, édité par J. M. Keen Cattell et J. Mark, Baldwin. Parmi les collaborateurs nous relevons le nom de M. Alfred Binet. Librairie Mac-Milland, 66 Fifth Avenue, New-York. Voici le sommaire du numéro : Discours prononcé à la réunion de New-York de l'association psychologique américaine, par G. Trumbull Ladd ; — Le cas de John Bunyan, par J. Royce ; — Etudes du laboratoire psychologique Harvard, par Hugo Münsterberg ; Arithmetic; by Imell, par F. Galton. — La psychologie du langage de l'enfant. Les revues sur l'éducation, le système nerveux, les bibliographies, etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MAUREL (E.). — *Recherches expérimentales sur les leucocytes.* — Applications à la méthode microbienne. — Huitième et dernier fascicule : *Action des microbes pathogènes sur nos leucocytes.* — Volume in-8° de 250 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1893. — Librairie O. Doin.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

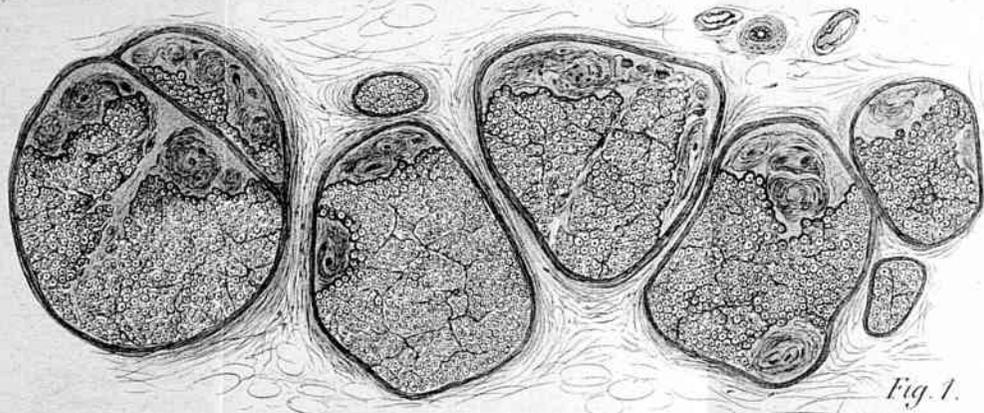


Fig. 1.

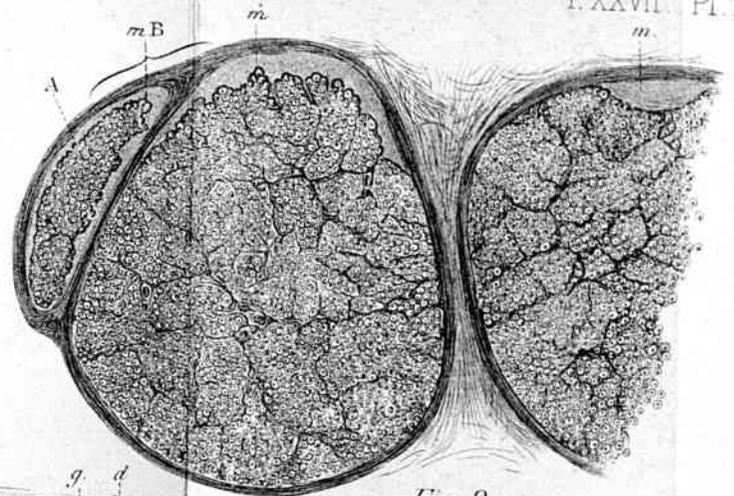


Fig. 2.

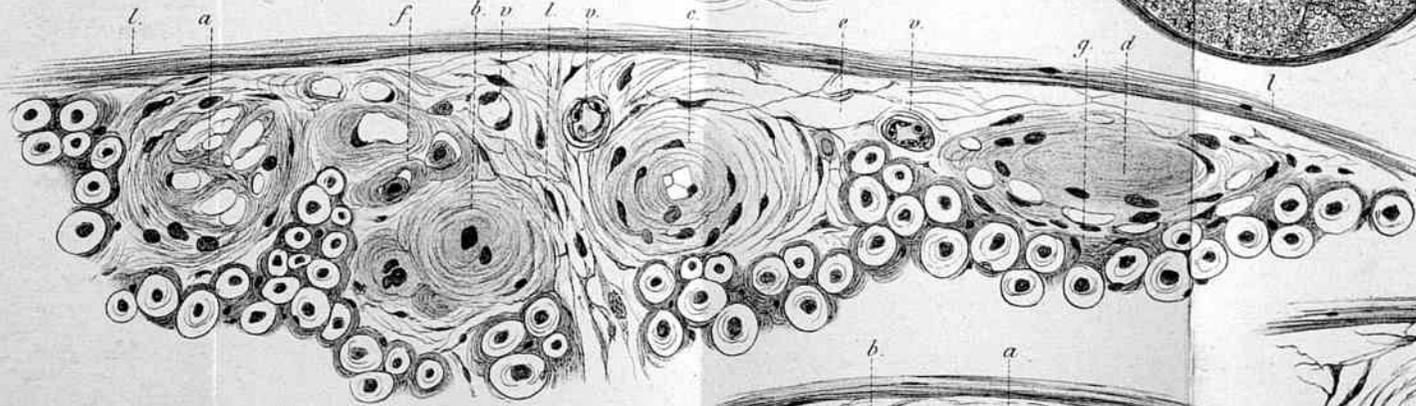


Fig. 3.

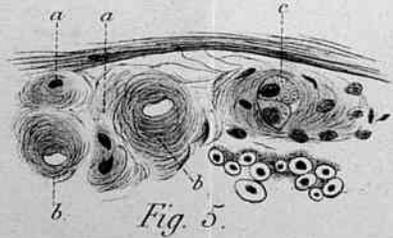


Fig. 5.

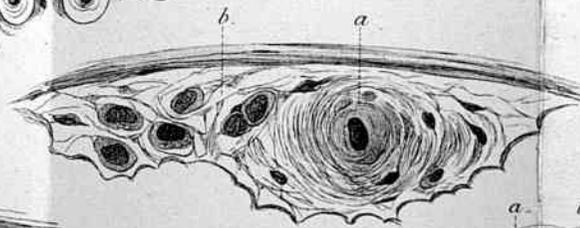


Fig. 7.

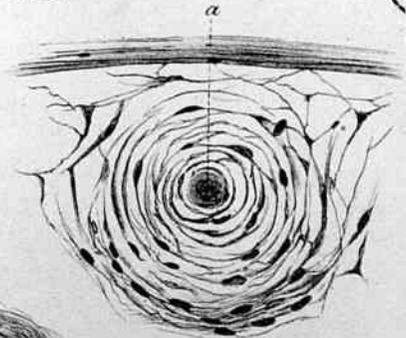


Fig. 8.

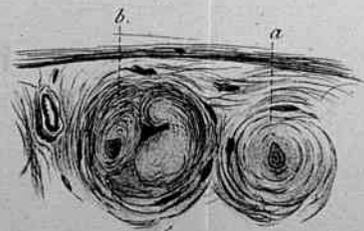


Fig. 6.

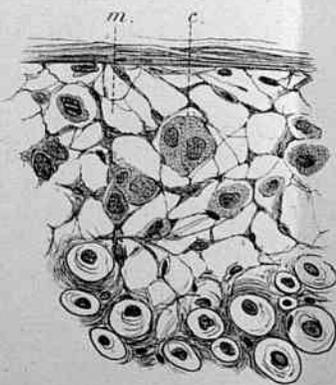


Fig. 4.

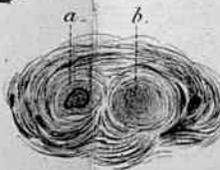


Fig. 9.

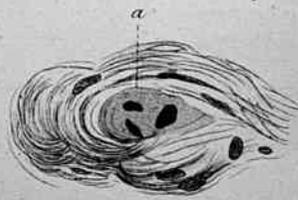


Fig. 10.

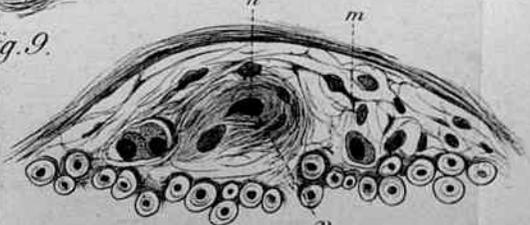


Fig. 11.

BIBLIOTHEQUE DES
HOPITALS
MÉDECINE

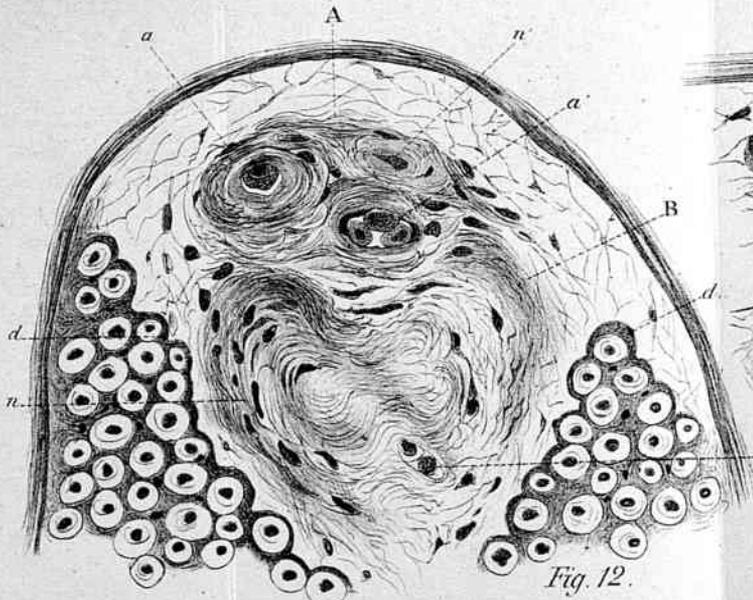


Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.

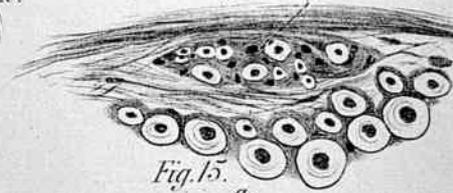


Fig. 15.



Fig. 20.

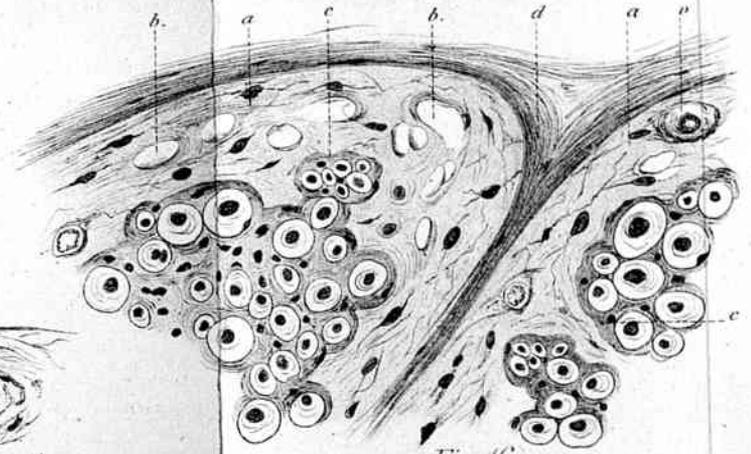


Fig. 16.



Fig. 17.

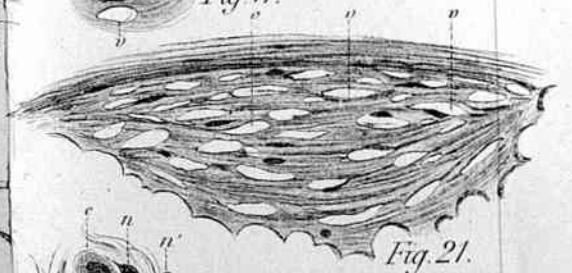


Fig. 21.



Fig. 22.



Fig. 24.



Fig. 23.

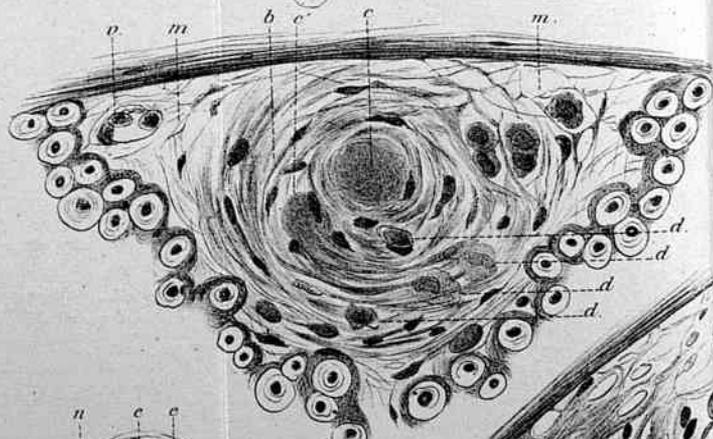


Fig. 19.

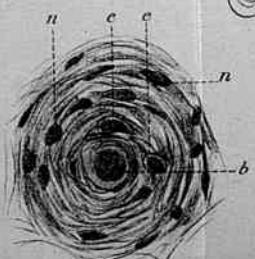


Fig. 18.

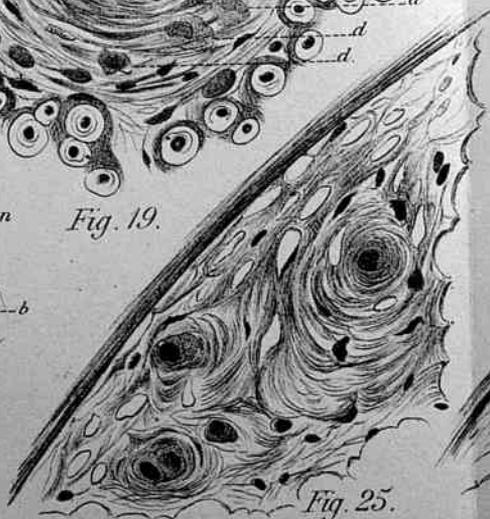


Fig. 25.

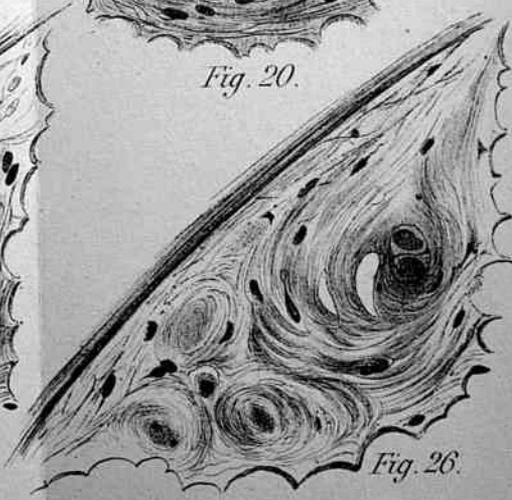


Fig. 26.

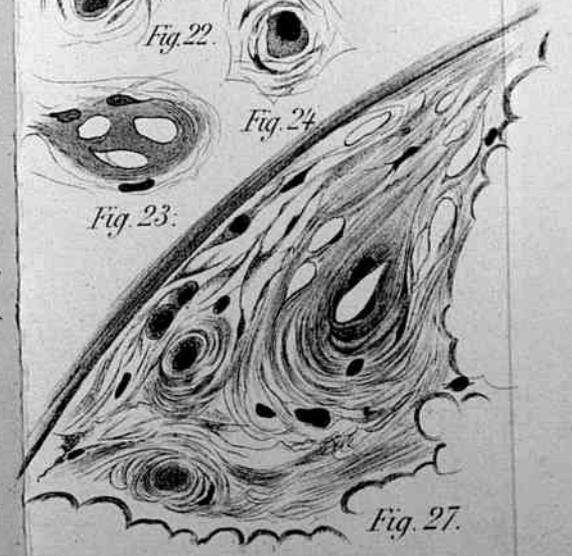


Fig. 27.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

UN TYPE D'HÉRÉDITAIRE DÉGÉNÉRÉ;

Par V. BOURDIN

Interne des Asiles de la Seine; ex-interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

C... Edouard, âgé de dix-neuf ans, entre à l'Asile de Ville-Evrard le 5 avril 1893, dans le service de notre excellent maître. M. le Dr Legrain. Il est très calme, cause volontiers, aime à être interrogé et ne manque pas de remercier, à chaque nouvel examen, de l'intérêt qu'on lui porte. De plus, ce jeune homme a fait de bonnes études, il se rend aujourd'hui un compte suffisant de son état mental, et c'est ce qui nous a décidé à publier son observation, dans laquelle on trouvera associés, condensés en quelque sorte, la plupart des signes, à la fois somatiques et psychiques, qui caractérisent la dégénérescence mentale.

Il est actuellement bien établi que les dégénérés forment le groupe le plus important de ce qu'on appelle les héréditaires, si bien qu'en clinique mentale les deux termes sont souvent pris comme synonymes. Nous devons donc étudier en premier lieu les antécédents familiaux de notre malade, avant de montrer ce que personnellement il peut offrir de particulier. Malheureusement, il nous a été impossible, pour des raisons diverses, de recueillir aucun renseignement sur l'hérédité morbide du sujet.

On sait d'ailleurs combien en général est difficile cette recherche de l'hérédité vésanique. Fusier (Thèses de Paris, 1886-87) en indique sommairement les motifs : « Si l'hérédité est parfois si malaisée à démêler, ne serait-ce point précisément parce qu'en vertu même du discrédit fatal qui plane sur ces affections (les maladies

mentales), on en cache plus soigneusement les origines soi-disant humiliantes, compromettantes toujours? Ne serait-ce point encore cette obnubilation involontaire et irrémédiable produite par les sentiments affectifs, et enfin un secret intérêt, une connivence à ne pas trop démasquer chez les autres ce que l'on craint de rencontrer chez soi-même? »

Bien que chez notre malade, les antécédents héréditaires soient inconnus, nous n'hésitons pas à le ranger dans la grande catégorie des héréditaires dégénérés de Magnan, et nous pensons démontrer suffisamment, en le suivant pas à pas, à toutes les phases de sa vie, la justesse indubitable de ce diagnostic.

Au point de vue *physique*, C... est un jeune homme de constitution robuste; la force dynamométrique de pression atteint 41 kilogrammes à droite et 38 à gauche. Il n'est pas imberbe, mais a la voix grêle et presque féminine. Le crâne est allongé, le front large et fuyant, les oreilles sont régulièrement conformées, sans adhérence des lobules, sans anomalie dans les plis du pavillon. Pas d'excavation de la voûte palatine; les dents sont bien implantées, mais quelques-unes présentent un bord irrégulier et légèrement crénelé. Les organes génitaux sont peu développés; la verge est petite; les deux testicules sont descendus, mais sensiblement atrophiés. Pas d'hypertrophie des seins. La peau est très blanche, et il paraît, à un coup d'œil d'ensemble, que le malade a quelque chose de féminin dans tout son individu.

Le côté de beaucoup le plus intéressant de l'*état mental* de notre sujet, à l'examen duquel nous sommes arrivé maintenant, est la *perversion sexuelle* dont il a donné des preuves dès sa première enfance. Nous tenons tout d'abord à déclarer, vu la franchise absolue de notre malade, qui n'hésite pas à raconter tout ce qu'il a ressenti ou fait, jusqu'à ses actes les plus coupables, qui souffre même à garder pour lui ses idées et ses impressions, que nous le croyons digne d'une parfaite confiance, et il n'y a pas lieu, à notre sens, de révoquer en doute aucun des propos qu'il avance.

Vers l'*âge de cinq ans*, se trouvant à Autun, il remarque la petite fille d'une voisine, qui produit sur son cerveau une grande impression, plus profonde sans doute qu'il ne le croit lui-même, puisque c'est la première fois qu'il a nettement le sentiment de la différence des sexes, et que quatorze ans après, il s'en souvient encore très bien.

A Alençon, *deux années plus tard*, nouvelle impression identique, à la vue d'une toute petite fille, qui était chez les sœurs avec lui; il se rappelle avoir exhibé ses organes sexuels, et même aurait été jusqu'à embrasser les parties génitales de l'enfant. Etrange précocité de l'instinct génésique, que le malade — et déjà à cette époque on n'aurait pu lui donner un autre nom — avoue sans la moindre

difficulté, à condition toutefois qu'on cause avec lui sans témoin, et que l'on ait réussi à gagner toute sa confiance.

C'est à l'âge de huit ans qu'il a commencé à se livrer à l'onanisme; ce sont ses habitudes solitaires, à son avis, qui auraient causé sa maladie actuelle. Il n'a, en effet, jamais cessé, depuis cette époque, de se masturber; il déclare cependant n'y éprouver aucun plaisir, et il ne se fait aucune représentation mentale de femme ou d'image luxurieuse quelconque.

Interrogé au point de vue de rapports pédérastiques possibles, il déclare d'abord qu'il n'en a jamais eu, mais qu'il en a cependant conçu l'idée (obsession). Quelques jours après, il les avoue franchement, et selon toute vraisemblance, s'il ne l'a pas fait dès le début, c'est par pure distraction, ou peut-être parce qu'il ne s'en souvenait pas à ce moment: nous verrons en effet que sa mémoire a de singulières lacunes, et qu'il a parfois la plus grande peine à rattrapper le fil de ses pensées ou de ses souvenirs.

Quoi qu'il en soit, à l'âge de douze ans, il a des rapports pédérastiques¹ avec un de ses camarades de collège: « Cela alla, dit-il, jusqu'à l'écoulement du cerveau », expression dont il se sert souvent, et par laquelle il traduit bien tout le retentissement que doivent avoir sur son état mental ses excès d'onanisme. — Ses rapports pédérastiques, limités alors à la masturbation réciproque, se sont plusieurs fois renouvelés depuis ce temps.

Remarquons que dans tout cet intervalle, il n'a pas cessé les pratiques solitaires; il le dit formellement, et la chose a encore été parfaitement vue dans le service depuis son arrivée. On pourrait croire d'après ces faits, qu'il appartient à la classe de ces dégénérés sexuels qui n'ont jamais éprouvé le besoin de rapports normaux avec une personne de l'autre sexe. Il n'en est rien; notre jeune malade n'est point vierge; il est tout à la fois un homo et un hétéro-sexuel, et appartient au groupe de ceux que le Dr Moll appelle des *hermaphrodites psychiques*, c'est-à-dire de ces gens qui éprouvent un penchant tantôt pour la femme, tantôt pour l'homme. A deux reprises C... a eu des relations avec des femmes, et la façon dont il raconte cet événement de sa vie est assez typique: « Il y a deux ans, étant à la pension Ch..., je rencontrai dans la rue une jeune fille à qui je fis des propositions. Elle me laissa entendre qu'elle était une fille publique. Je voulais me retirer, mais elle m'a retenu; je ne sais plus ce qui s'est passé après cela. Je me souviens seulement que je suis monté chez elle. Ce qui est ensuite advenu, je n'en suis pas responsable; je sais très bien que c'est mal, et je vous assure que ce n'est pas moi qui ai l'habitude de coucher avec

¹ Nous employons le mot pédérastie dans son sens large et étymologique, et nullement au sens de *immissio penis in anum*, notre malade ne s'étant jamais livré à cette pratique.

des filles ou même de leur parler de cela. Si d'autres jeunes gens le font, je vous jure que quant à moi, j'en suis incapable. Il y a un sentiment d'honneur qui dit au jeune homme de ne point faire ces choses-là, et je n'oublie pas ce sentiment. Si j'ai accepté ce que m'a offert cette fille, c'est bien une preuve que j'étais malade. » — La deuxième fois, c'est une autre fille publique qui l'aborde et qui réussit encore à l'entraîner : « J'ai été si surpris de m'entendre faire de telles propositions qu'il m'aurait fallu une heure pour me remettre; j'étais sans pouvoir parler; elle en a profité. »

Devenu plus grand, et avant ce qu'il appelle le début de sa maladie, il avait toutes sortes d'idées de luxure, *sans impulsion* à l'acte sexuel; des objets luxurieux s'offraient à son imagination, il se représentait une Vierge Marie luxurieuse, un démon luxurieux. Il se rappelle avoir vu vers cette époque une statue d'homme nu, et il n'y remarqua que les parties sexuelles. Ces pensées obscènes se heurtaient dans son cerveau avec toutes sortes d'idées de grandeur dont nous verrons bientôt l'étrangelé. C'est à ce moment qu'il devint nécessaire de l'interner dans une maison de santé, et il resta seize mois chez le D^r F.... « pour une attaque de nerfs avec folie », selon sa propre expression; de là il fut transféré à Ville-Evrard. Or, ses tendances homosexuelles ne l'ont point abandonné chez le D^r F... : « Je me souviens qu'un petit garçon étant entré dans ma chambre, je lui embrassai les parties génitales et réciproquement; cet enfant m'a même dit qu'il était circoncis. »

Tous ces rapports sexuels avec des femmes ou de jeunes garçons, sont, affirme-t-il, indépendants de sa volonté; il ne peut résister : « C'est comme une démangeaison qu'on a : il faut qu'on se gratte. »

Ainsi, nous sommes donc bien en présence d'un malade, d'un perversi sexuel, qui doit être rangé dans la classe des dégénérés, selon l'opinion de Magnan, de Charcot, de Krafft-Ebing, de Moll¹. Chez lui, il y a, selon la juste distinction de Krafft-Ebing, *perversion* et non *perversité*; c'est un malade, non un criminel², et sa maladie s'est révélée dès l'âge le plus

¹ Se reporter, pour toute cette question des perversions sexuelles, aux travaux de Westphal, de Gock, de Magnan, de Charcot, aux leçons de notre savant maître, le professeur Lacassagne (Lyon, 1885), et aux ouvrages plus récents de Krafft-Ebing (la *Psychopathie sexuelle*, Stuttgart, 1890) et de Moll (les *Perversions de l'instinct génital*, traduction Pactet et Romme), ouvrages qui ne peuvent évidemment être poursuivis que par ceux qui ne les ont pas lus ou pas compris.

² « Tout ami de la vérité et de l'humanité apprendra avec satisfaction que le perversi sexuel est un malheureux, et non un criminel, qu'il n'est pas un profanateur de la dignité humaine, mais un véritable déshérité de la nature marâtre, et qu'il ne mérite pas plus le mépris qu'un individu venu au monde avec une malformation physique. (Préface de Krafft-Ebing, dans l'ouvrage du D^r Moll.)

tendre. Elle s'est traduite par la précocité de l'instinct, qui, éveillé bien avant la raison, est resté prédominant et l'a jusqu'ici gouverné pendant tout le cours de sa vie. La raison a pu se développer ensuite ; elle a été parfaitement impuissante à réfréner cet instinct ; mieux que cela, l'instinct a pu étouffer en quelque sorte la raison, s'imposer au point de faire naître chez notre sujet des idées de luxure qui arrivaient à son cerveau inconscient sans qu'il fasse rien pour les provoquer, et est même parvenu, comme la suite de cette observation le montrera, à lui donner de véritables hallucinations de nature génésique. Et pourtant, croyons-nous, la raison n'a pas été troublée sous l'influence de cet instinct ; elle a pu être dominée elle n'a pas été pervertie : le sens moral est resté intact. C'est qu'en effet, l'on se ferait une bien fausse idée de notre matade si on pensait qu'il est un affolé de jouissances, un convive jamais rassasié du grand banquet sexuel : il n'est en réalité qu'un malheureux déséquilibré, qui est révolté à la pensée des crimes moraux qu'il a commis. Il a fallu le prendre avec beaucoup de douceur, lui montrer un constant intérêt, pour le décider à se confesser à nous ; et il se défend d'être coupable, il déclare qu'il ne pouvait pas agir autrement qu'il ne l'a fait. C'est un *impulsif* sexuel, porté bien malgré lui à se livrer à des prostituées qui lui répugnent, à s'adonner à la pédérastie (uranisme de Krafft-Ebing et de Moll) et à l'onanisme. C'est aussi un *obsédé*, qui est poursuivi par des idées de luxure qu'il ne peut chasser, qui dans une statue est forcé de ne voir que les parties génitales, et à ce double point de vue d'obsédé et d'impulsif, il rentre bien encore dans le cadre des dégénérés.

Mais tous ses actes coupables, sa conscience les réprouve, et il s'indigne vivement quand on fait allusion autour de lui à ses habitudes d'onanisme, se plaint à la visite de tel ou tel qui lui a dit la chose trop carrément ; il n'est pas habitué à ces mots grossiers, il supplie les médecins de prendre des mesures pour qu'il ne les entende plus désormais. Il ne s'était pas moins indigné quand la fille publique l'aborda et lui fit ses propositions ; il ne comprend pas qu'un jeune homme puisse écouter de pareilles femmes, et cependant lui-même l'a fait sans s'en rendre bien compte : « A un certain moment, je n'ai plus su ce que je faisais ; et vraiment je ne dois pas être rendu responsable de ce qui est arrivé : je vous certifie qu'il n'y a pas

de ma faute ». — Nous aurions donc grand tort de faire de lui un perversi sexuel, si l'on employait ce mot au sens de corruption morale; il y a simplement chez lui déviation de l'instinct, hypertrophie des centres génitaux, spinaux et cérébraux, sans que l'intelligence et la conscience en soient vraiment obnubilées.

Si nous nous reportons à la classification de M. Magnan, qui a jeté un si grand jour dans cette question des anomalies sexuelles, nous croyons que notre malade est successivement un *spinal* (onanisme simple, sans représentation luxurieuse); — puis un *spinal-cérébral antérieur*, c'est-à-dire que « le point de départ du réflexe se trouve, comme normalement, dans les centres corticaux antérieurs, mais ici l'idée et le penchant sont maladifs, et l'on voit alors le malade faire choix, pour satisfaire l'appétit commandé par le cerveau postérieur, d'un enfant de deux ans, d'un individu du même sexe (inversion du sens génital), d'un jeune garçon sur lequel il se livrera à des actes de pédérastie, d'un animal qu'il sodomisera¹. » — Enfin, il a été également un *cérébral antérieur*, autrement dit un platonique, ayant l'idée de la sexualité, sans aucune impulsion à l'acte. — En d'autres termes, c'est tantôt la moelle, tantôt le cerveau antérieur, seul ou associé à la moelle, qui entrent en jeu, sous l'influence de l'instinct sexuel cantonné dans le cerveau postérieur. Il y a donc essentiellement chez notre jeune sujet *déséquilibre* nerveuse, prédominance tantôt d'un centre tantôt d'un autre, et en clinique mentale, déséquilibré n'est-il pas synonyme de dégénéré?

Nous allons voir par l'examen des autres symptômes accusés par C..., que cette déséquilibre n'atteint pas seulement les centres sexuels, mais qu'elle a fini par envahir l'intelligence même et à créer un franc délire. — La note dominante de ce délire réside sans contredit dans les conceptions ambitieuses, les idées de grandeur souvent étranges, que nous rencontrons chez notre malade.

Nous avons déjà dit que C... avait reçu une certaine instruction; il a été à l'école de bonne heure, a fait d'assez solides études au collège de la Flèche et au lycée de Versailles, et on a pu fonder sur lui de belles espérances, jusqu'au jour où s'est révélée brutalement, par un délire manifeste, la tare fonctionnelle de son cerveau, dont les manifesta-

¹ Legrain. — *Du délire chez les dégénérés*. Th. de Paris, 1886-1887.

tions antérieures auraient déjà dû donner la preuve indéniable. Nous nous trouvons ainsi en présence d'un de ces *surmenés* des études classiques, pour qui un travail modéré est une fatigue, qui brilleront momentanément d'un réel éclat, et qui n'aboutissent finalement qu'à faire des ratés ou des fous. Nous gardons tous le souvenir de quelques camarades de collège appartenant à cette catégorie, élèves studieux, cités comme modèles par les maîtres, mais qui, dans la vie commune, en dehors de la classe, se font remarquer par quelque stigmate frappant, bizarrerie de caractère, irascibilité excessive, un sérieux exagéré que les parents mettent sur le compte des préoccupations de l'étude, et qui ne sont trop souvent que le prélude d'un délire mélancolique.

C... est une de ces victimes du surmenage intellectuel : l'instruction qu'il a reçue n'a servi qu'à fournir une ample matière à son délire, et va nous expliquer la forme toute spéciale de ses idées ambitieuses. Mentionnons cette particularité, qu'avant son internement chez le D^r F... il s'était lui-même senti malade. A l'école militaire il n'apprenait plus aussi bien, n'avait plus de prix comme auparavant, ses compositions étaient mauvaises, sa mémoire surtout était devenue très infidèle : il travaillait pourtant beaucoup. Symptômes d'une grande valeur et qui, lorsqu'ils se déclarent chez un enfant, à quelque âge que ce soit, devraient éveiller l'attention des parents et des maîtres, trop souvent hélas ! bien aveugles de ce côté-là, et qui prodiguent les punitions là où ils ne devraient faire montre que d'une inépuisable indulgence.

Ce qui nous porte encore à croire que le surmenage intellectuel a bien été la cause occasionnelle de son délire, c'est que tous ses discours démontrent l'importance qu'il a attachée de tout temps aux quelques succès scolaires qu'il a pu remporter : « Ne trouvez-vous pas que d'avoir été du lycée d'Alençon à celui de Versailles cela a une certaine importance ? Cela prouve que j'étais intelligent, puisque j'étais l'un des premiers des lycées de Paris ; et cela prouve aussi que ma personne a une certaine valeur. J'ai pu rattraper les jeunes gens de Paris, bien qu'arrivant de la province ; j'ai eu d'abord un accessit d'excellence ; l'année suivante, j'ai eu le second prix, et pourtant j'avais des camarades redoutables, comme le jeune C..., fils de M^{me} C..., de l'Opéra, à qui sa situation de fortune permettait évidemment de donner à son enfant une instruction

soignée. » Nous trouvons là l'indice de cet orgueil démesuré d'un si grand nombre de dégénérés, dont le délire n'est fréquemment que l'exagération.

De Versailles, C... retourna à Alençon, puis à la Flèche, où il n'a plus eu le moindre accessit. C'est en effet au Prytanée militaire de la Flèche qu'il sentit ses idées se brouiller « parce que dit-il, il avait déjà l'intuition des invasions qui nous menacent » ; son esprit était plein de pensées ambitieuses, d'images luxurieuses qui s'imposaient à lui, qu'il ne parvenait point à chasser malgré tous ses efforts, et le délire ne tarda pas à envahir — peut-être pour toujours — ce cerveau prédestiné.

De l'examen soigneux que nous avons fait du malade à bien des reprises différentes, il résulte pour nous la conviction qu'au moment où nous publions son observation, la poussée ambitieuse est le fond même de son délire. Les pensées érotiques, l'onanisme ne sont actuellement que des accidents ; il n'y attache pour sa part qu'une importance secondaire, et lorsqu'on le laisse parler de lui-même, sans le guider par les questions, il s'engage immédiatement sur la voie de ses idées de grandeur. Mais dans ce délire mégalomane, l'incohérence domine ; il entremêle toutes sortes de choses, et finalement arrive à un chaos parfaitement absurde qui n'est pas sans nous inspirer la crainte sérieuse de l'éclosion d'une démence précoce. Obsédé par ces idées, il demande quelquefois à révéler en grand secret la cause de sa maladie, et lorsqu'on se trouve seul avec lui, il ne fait que répéter les propos ambitieux qu'il a tenus mille fois. Mais, tout en étant poursuivi par ces idées, il n'est pas arrivé, nous le répétons, à le constituer en un véritable système de délire, et on a une peine infinie à trouver un lien quelque peu logique entre tous les propos qu'il débite.

Il se croit appelé à être un jour le Président de la République, ou bien il sera un grand général, un Jules César, un Léonidas ; c'est lui qui est destiné à sauver la France menacée. — Nous retrouvons dans nos notes quelques-unes de ses conversations enregistrées textuellement, ce qui permettra de se faire une idée de son langage. « Je tiens bien à vous faire remarquer que la France était au temps de Charles VI exactement dans le même état qu'aujourd'hui. Si je vous dis cela, c'est que c'est d'une très grande importance pour ma guérison, car Charles VI est devenu fou. (On voit ainsi, mieux que par toute description

quelle association futile il imagine entre son état à lui et les conceptions délirantes fournies par ses souvenirs classiques). — Moi, je suis absolument dans le même état que Charles VI, c'est-à-dire que j'espère bien un jour gouverner la France. » — Après une légère pause : « Vous avez entendu parler de Xerxès, de Léonidas ; ce sont de grands hommes, ils sont souvent cités, c'est qu'ils doivent avoir existé (folie de doute sur laquelle nous reviendrons). » — Il parle ensuite à tort et à travers de Charles VII, de la Révolution, de la civilisation : « Tout cela est très grave, je m'en suis déjà entretenu chez M. F... ; si je vous en parle, c'est que c'est très important, car tout cela est un peu ma vie ; je puis être appelé un jour à jouer le rôle d'un Léonidas ou d'un Jules César. »

Et un autre jour : « Vous ne savez pas ? ce que je vais vous dire est à garder secret ; c'est un fait qu'on ignore en France et que je suis le seul à savoir ; eh bien ! la France est directement menacée, je le sais de source certaine. Les Anglais vont débarquer prochainement, ils vont nous surprendre ; il faudrait que je puisse confier cela à quelque homme capable de les repousser, et je n'en vois point. Si pourtant ! il y a M. Dr... capitaine instructeur à Saint-Cyr ; il faudrait le faire avertir, car sans doute il ne prévoit pas qu'un jeune homme aura des révélations à lui faire, et que ce jeune homme tombera malade. Il faut absolument que je trouve quelqu'un digne de m'écouter ; ce ne peut être le ministre de la guerre ni aucun général, il n'y a vraiment que le capitaine Dr... »

Et sans transition, il se met à parler de la guerre de 1870, « qui a été un malheur », de la question d'Alsace-Lorraine « toujours pendante ». — Et il ajoute, sous l'empire des mêmes obsessions : « Je sais seulement qu'on fait des revues très importantes ; elles auront pour résultat de me révéler la nature de ma maladie. Ces revues ont été faites à cause de moi ; je ne sais cet avenir que depuis un an, depuis que je réfléchis ; moi seul peux savoir ce qui doit se passer. » Il a toujours présente à son esprit la crainte d'une surprise à main armée : « Entre deux hommes, cela n'est rien, cela n'a pas d'importance ; entre deux peuples, c'est plus grave ! Magenta et Solferino ne sont rien, j'en aurais fait tout autant. »

Tout cet imbroglio ambitieux est mêlé aux propos dubitatifs que nous indiquerons bientôt, mais il reste si bien le fond de son délire, qu'on voit son visage s'animer en parlant de la

haute personnalité, il devient rouge, congestionné, et si on le laisse aller, il finit par n'avoir plus la moindre conscience de la situation, devient parfaitement incohérent, et quelquefois même s'arrête brusquement, perdant le fil de ses pensées, ne faisant plus que des phrases inachevées et dénuées de sens. En un mot, il est complètement noyé dans ses rêves ambitieux, et sous cette bouffée congestive son cerveau laisse percer des menaces redoutables de démence précoce.

Le délire n'est pas uniquement constitué par les propos ambitieux. Il a eu aussi des *hallucinations* de nature génésique qui ont duré trois ou quatre jours; mais c'est là véritablement un simple accident, sans grande importance, et les idées érotiques ont bientôt été englobées sous le flot des conceptions mégalo-maniaques. Disons cependant, pour être complet, qu'un jour il se plaignit qu'un des gardiens serait entré dans sa chambre, l'aurait embrassé à plusieurs reprises, et lui aurait même fait subir des attouchements obscènes. A son tour il aurait embrassé le gardien, dans la pensée, a-t-il dit plus tard, de s'en défaire plus vite. Le gardien interrogé s'est défendu énergiquement de tout acte de ce genre; et il nous a été prouvé, par l'enquête très minutieuse qui a été faite, que le malade¹ a eu là une de ces curieuses séries d'*hallucinations* de nature génésique qui ne sont point rares chez les hystériques, ses égaux en dégénérescence mentale, — Retenons tout au moins de ce fait qu'il est une nouvelle preuve des tendances homosexuelles déjà signalées chez C...

Il est un troisième point de l'histoire de notre malade que nous voudrions encore mettre en relief, parce que, mieux même que les précédents, il fera ressortir dans toute son évidence, la dégénérescence mentale du sujet. Nous voulons parler des divers *syndrômes épisodiques* qu'il présente manifestement, et en particulier de la folie du doute, qui n'est, comme l'a établi M. Magnan, qu'une forme d'obsession. — Ici il nous suffira de citer, pour qu'on se rende compte du caractère très bizarre de toutes ces *interrogations mentales*, de tout ce déluge d'obsessions qui surgissent dans son cerveau et qui le portent à se demander la raison du moindre événement de sa vie, du

¹ Voir à ce sujet, le rapport de Cullerre au dernier *Congrès de médecine mentale*, sur les *Faux témoignages des aliénés devant la justice* (La Rochelle, 1893). — Le cas actuel a été cité par M. le D^r Legrain à ce même Congrès.

moindre fait qui se passe autour de lui : « Je me suis cassé la clavicule en tombant; j'ai cru du moins qu'elle l'était; on m'a dit qu'elle était démise; était-elle cassée ou luxée; je n'en sais rien. Le docteur m'a dit qu'il l'avait remise en place; l'a-t-il remise? je l'ai cru, puisqu'il le disait. » — Et parlant de son enfance : « Savez-vous ce que c'est que jouer aux barres? Vous dites oui; savez-vous vraiment ce que c'est? Je veux bien le croire puisque vous me le dites. » Très souvent il dit qu'il ne sait pas, qu'il ne se souvient pas; sa mémoire est évidemment en défaut à tout instant : « Est-ce telle chose qui m'a produit telle impression? Je ne saurais le dire. Je me souviens étant jeune d'être tombé d'une balançoire; est-ce là ce qui m'a fait perdre la tête, m'a rendu malade? C'est possible. Vous ai-je dit que c'était à Autun que cela se passait? Oui? Je ne souviens pas; croyez-vous que ce puisse être à Autun? — J'ai perdu ma mère à deux ans; de perdre ma mère cela m'a-t-il frappé? C'est possible. »

Entre autres syndrômes épisodiques tels qu'ils sont dénommés et décrits par Magnan et ses élèves, nous relèverons chez lui la crainte exagérée de certains animaux : ainsi la vue des araignées, des cloportes des caves lui cause une terreur invincible, une sensation d'angoisse toute spéciale. Il se souvient aussi qu'un jour, comme on lui avait mis un objet *pointu* entre les doigts, il éprouva un grand trouble, il sentit son courage surexcité, sans qu'il sût trop pourquoi : peut-être l'idée de pointe éveillait-elle en lui celle de sabre de soldat, de général, etc. — Il nous raconte aussi qu'il s'est à plusieurs reprises senti obligé (*sic*) d'éviter en marchant les joints du trottoir, ou inversement il ne pouvait passer à côté; c'était réellement plus fort que lui, et il l'attribue à une sorte d'obsession », sans cependant se rendre compte de la valeur scientifique de ce mot. — Quand l'idée lui vient de toucher un objet, il faut qu'il le fasse; il lui est impossible de résister; il sent bien que c'est maladif, mais il le fait tout de même.

Emotif par essence, notre malade déclare qu'il a toujours été excessivement sensible à la moindre observation qu'on lui faisait; alors même qu'elle n'était pas bien sévère, il lui fallait plusieurs jours « pour se remettre ». — Relevons encore chez lui une grande tendance au vertige, qui n'est pas toutefois sans lui procurer une certaine sensation de plaisir.

Mais nous croyons qu'en insistant on découvrirait chez lu

bien d'autres stigmates de cette nature : nous préférons nous en tenir à ceux qu'il nous a révélés spontanément et qui suffisent largement à donner une idée du singulier état d'esprit dans lequel vit constamment ce malheureux déséquilibré.

Et comme si le tableau n'était pas assez complet, nous rencontrons encore chez C... quelques-uns de ces *tics* convulsifs, de ces spasmes involontaires et irrésistibles qui sont si fréquents chez les dégénérés et qui viennent d'être l'objet d'un intéressant ouvrage du D^r Noir¹. — C... a fréquemment un mouvement d'élévation des sourcils; ses muscles frontaux se contractent énergiquement, les paupières clignent vivement, et les muscles de la joue droite sont dans ce même temps animés de petits spasmes très remarquables : quelquefois, il y a aussi du grincement des dents. Ce tic, outre qu'il est irrésistible, est le plus souvent inconscient; le malade ne connaît que parce qu'on lui en parle, ou qu'il se voit dans une glace. Cependant il semble que quelques-unes de ces contractions au moins soient parfois volontaires, celles des frontaux par exemple, lorsque notre sujet travaille ou veut fixer son attention; dès lors le tic devient conscient, et le malade l'explique en prétendant qu'il cherche par là « à se donner de l'énergie, à réagir contre la déchéance de son cerveau ».

Il a une absence presque complète des sentiments affectifs, se rend parfaitement compte du fait et le déplore vivement. S'il aime peu son père qui est très irascible et le frappait, en revanche il a une grand'mère qui s'est beaucoup occupée de lui, qui l'a presque complètement élevé : « C'est une excellente personne; elle m'aime beaucoup; je devrais l'aimer aussi : eh bien ! c'est étrange, mais je ne me sens aucune affection pour ma grand'mère ? » Sa mort, survenue depuis son internement l'a laissé indifférent. N'est-ce pas là un nouvel indice venant nous prouver que chaque phénomène psychique se passe chez lui pour ainsi dire en dehors de la conscience; il est tout entier dominé par sa tare originelle; ses actes, ses pensées, ses affections mêmes ne lui appartiennent pas; c'est un cerveau dont chaque territoire agit comme par décharge, devant une conscience incapable de le réfréner, ni de le diriger.

Et nous serions volontiers porté à croire, pour notre compte,

¹ Noir. — *Les tics considérés chez les dégénérés, les déments et les idiots*, Paris, 1893.

que c'est là le fond de la dégénérescence mentale. Le dégénéré est un être essentiellement déséquilibré; tous les points de son axe cérébro-spinal fonctionnent d'une façon désordonnée, sans lien qui les unisse, par pur instinct, *par décharge*, suivant l'expression consacrée. A ce point de vue, l'histoire de notre jeune malade nous a paru singulièrement intéressante; chez lui, c'est d'abord la moelle qui entre en jeu, d'où l'éveil précoce des appétits sexuels, l'onanisme, les perversions génitales de toute espèce; et encore la moelle n'agit-elle que par certains de ses centres, les plus inférieurs, d'une manière purement réflexe, sans que le cerveau intervienne aucunement. Quand celui-ci se développe à son tour, il révèle le même vice fonctionnel, il n'agit que partiellement pour ainsi dire, et notre malade est alors au point de vue sexuel un *cérébral antérieur*, et sous tous les rapports un *obsédé* et un *impulsif*. Obsessions et impulsions, voilà à quoi se réduisent en somme tous les actes de sa vie cérébrale: c'est par impulsion qu'il est un perversi sexuel, il n'est pas dépravé dans l'âme, nous l'avons vu; encore impulsions, ces tics, ces mouvements involontaires que nous lui avons trouvés; — ce besoin de se confesser, de raconter tout ce qu'il ressent, de chercher à toute force un confident, relève également du domaine des obsessions et des impulsions, ces grands stigmates des héréditaires. Toutes ces particularités ont donc dénoncé de bonne heure le mal dont il était frappé; et si ses facultés intellectuelles se sont éveillées comme chez les autres enfants, ce n'a été qu'une apparence, qu'une illusion vite dissipée; l'intelligence s'est promptement éteinte chez lui, puisqu'à l'âge de dix-huit ans il ne lui est déjà plus possible de prendre part à la vie extérieure. L'éducation soignée qu'il a reçue n'a fait que hâter l'épuisement de cette intelligence fatalement vouée à une décadence anticipée. Le délire a éclaté, brutal, et a eu tôt fait d'anéantir toutes ces facultés qui avaient pu à un instant paraître brillantes, obnubiler la mémoire, substituer à tout cela la confusion et l'incohérence.

Certes notre malade a encore une certaine conscience de sa situation; il se rend vaguement compte qu'il est malade, qu'il a besoin de soins, il est très reconnaissant de tout ce qu'on fait pour lui; mais il est impuissant à réfréner la bouffée des conceptions délirantes qui l'envahissent de jour en jour davantage et qui, étant donnée l'intensité de sa prédisposition héréditaire,

auront vite abouti, nous le craignons, à éteindre pour jamais la flamme de ce cerveau à son aurore.

Ce cas intéressant n'est-il pas bien fait pour nous déceler toute la force, toute la puissance de l'hérédité? Souveraine impitoyable, elle s'est emparée de notre malade en quelque sorte à son berceau; depuis elle ne l'a plus quitté, s'est attachée à ses pas, régissant tous ses actes, dominant ses pensées sans qu'il puisse rien contre elle. L'instruction qu'il reçoit, les efforts qu'il peut tenter, les luttes continuelles de sa conscience révoltée sont absolument vaines: l'hérédité est là, Parque invincible, qui le tient sous sa dépendance.

On a déjà beaucoup écrit sur l'hérédité; sans aller jusqu'à la tare psychopathique qui fera sombrer l'intelligence à un moment donné, sous l'action d'une cause additionnelle insignifiante, elle est assez puissante dans tous les domaines de la vie mentale ou physique d'un individu pour que l'on ait pu se poser la question de savoir ce qu'il subsistait avec elle de la liberté humaine dont nous sommes si jaloux. Loin de nous la pensée d'aborder ce problème de haute philosophie: et cependant, que si on se demande ce qu'est au fond la dégénérescence mentale, cette puissance dominatrice, cette reine indétronable, on pourrait peut-être répondre qu'il s'agit en dernière analyse d'une de ces maladies de la volonté qu'a cherché patiemment à élucider M. Ribot¹. Chez ces malheureux déshérités, la volonté est entachée de faiblesse dès son apparition; ce sont des êtres sans énergie, qui se laissent aisément gouverner, des êtres dont la volonté ne peut diriger les divers territoires cérébraux; ceux-ci, au lieu d'agir sur l'ordre de la conscience, sont obligés de se passer d'elle, d'où le dérèglement et l'anarchie qui se traduisent par cette apparence d'automatisme, par ces décharges brusques d'un centre qui se trouvait congestionné, c'est-à-dire prêt pour agir n'attendant qu'un signal que la volonté du sujet est incapable de lui donner. C'est là peut-être la véritable explication psychologique de l'obsession et de l'impulsion, cérébrale ou spinale. L'acte ordinairement qualifié de volontaire ne l'est pas chez eux; chaque centre agit dès que les conditions physiologiques de sa mise en œuvre sont réalisées, sans se préoccuper de ses voisins; c'est une armée sans général, et la Volonté, qui assiste impuissante à sa déchéance fonctionnelle, en souffre, cherche à y résister sans y parvenir

¹ Ribot. — *Les maladies de la volonté*, Paris, 1885.

etc ette lutte est si pénible pour elle, que l'individu éprouve une satisfaction immense une fois l'acte accompli, c'est-à-dire quand la lutte est finie. Ne retrouve-t-on pas là tous les caractères de l'obsession, avec le sentiment d'angoisse suivie de satisfaction, qui en sont l'accompagnement habituel chez les dégénérés ?

Nous ne proposons, bien entendu, cette interprétation que sous toutes réserves ; mais elle fait du moins comprendre, nous semble-t-il, ce qu'est exactement le cerveau du dégénéré, déséquilibré par essence, être bizarre alors même qu'il ne délire pas, original dont tous les actes surprennent parce que aucun n'est commandé par une volonté saine et forte. Ce sont, comme on l'a dit, des *phobes*, des craintifs, trouvant eux-mêmes parfaitement ridicules leurs craintes, leurs hésitations qui ne sont en réalité que des obsessions, mais ils sont absolument incapables de les chasser ; les exemples de toutes ces phobies abondent dans les auteurs classiques, il suffit de s'y reporter pour en trouver la liste déjà longue, et qui certainement est encore incomplète. — Notre malade appartient bien à cette classe, il le reconnaît lui-même, il sait formellement qu'il a des obsessions ; il est essentiellement conscient, et ce sont des observations dans le genre de la sienne qui justifient bien l'expression souvent employée de folie avec conscience, pour désigner la folie de ces héréditaires. Qui plus est, il se doute peut-être que c'est sa volonté qui est en défaillance, puisqu'il se trouve malade, sans pouvoir dire en quoi consiste sa maladie, et qu'il cherche à expliquer ce tic que nous avons décrit, ce mouvement fréquent de contraction des muscles frontaux, en prétendant que c'est pour lui un moyen de chercher à se donner l'énergie qu'il sent lui manquer.

MÉDECINE LÉGALE.

NOTE SUR UN ALIÉNÉ HOMICIDE :

Par le Dr CAMUSET,

Médecin directeur de l'asile de Bonneval.

Ce qui suit est le complément d'un mémoire paru en 1892, dans les n^{os} 68 et 69 des *Archives de Neurologie*. Sous ce titre :

Note sur un aliéné homicide, étaient exposées une observation détaillée d'un aliéné meurtrier et une étude séméiologique succincte de l'homicide dans la folie.

Partant de ce principe, que la tendance au meurtre n'est pas un symptôme banal qu'on rencontre indifféremment dans toutes les espèces de maladies mentales, j'avais recherché quelles sont les conditions psychopathiques dans lesquelles l'homicide, ou plutôt la tendance à l'homicide, se manifeste plus ou moins fréquemment comme un véritable symptôme. Comme conclusion, j'avais énuméré quelques principes séméiologiques de psychiatrie, qui me semblaient en concordance avec les acquisitions récentes de la physiologie et de la pathologie du cerveau.

Quant à l'observation, son intérêt dépendait en partie de cette circonstance, qu'elle paraissait en désaccord avec les principes de séméiologie précédemment établis, alors qu'une analyse attentive de l'état psychique du malade, dont le cerveau devait appartenir à la catégorie des *cerveaux invalides*, faisait comprendre que la contradiction n'était pas réelle, et que l'observation, loin de constituer une exception, rentrait au contraire absolument dans la règle commune.

Une seule objection pouvait subsister. Le cerveau du malade n'était pas un cerveau normal, disais-je, il était un cerveau invalide, comme on s'exprime à l'étranger, un cerveau de dégénéré, comme on dit plus volontiers chez nous. Mais je ne le démontrerais qu'en faisant ressortir les caractères *sui generis* de son fonctionnement pendant un accès d'aliénation mentale, qu'en insistant sur la façon dont il réagissait sous l'influence de la folie. Mais on ne pouvait invoquer aucune des causes ordinaires de la dégénérescence, ni l'hérédité névropathique, ni une tare nerveuse acquise pendant l'enfance. Le malade ne présentait aucun stigmatisme physique ou psychique de déchéance. Dans ces conditions, l'objection persistait, car il n'y avait pas de preuve irréfutable de dégénérescence à lui opposer.

Eh bien, le malade a succombé ces temps derniers à l'asile et son autopsie a pleinement confirmé le diagnostic. Le lobe frontal gauche était en grande partie désorganisé. D'après les théories modernes, les centres inhibiteurs ne pouvaient donc plus manifester leurs actions, ou du moins ils ne pouvaient les manifester que d'une façon très défectueuse, ce qui cons-

titue la condition majeure, la condition fondamentale de la dégénérescence intellectuelle. L'autopsie écartant ainsi la dernière objection, il m'a paru utile de la relater ici, en même temps que la fin de l'observation non publiée encore. Je rappellerai d'abord, en quelques mots, l'histoire du malade.

Le nommé A..., jeune homme de trente-deux ans, très fortement constitué, sans aucun stigmate de dégénérescence, sans la moindre tare héréditaire, a toujours été bien portant, sauf dans ces derniers temps. Il a quatre enfants en bas âge, tous sains et robustes. C'est un homme doux, tranquille, complaisant, très bien pondéré et nullement excentrique, d'une intelligence ordinaire, bon travailleur et ne s'enivrant jamais.

Il y a neuf mois il est pris de céphalalgie survenant par accès. Avec le temps, ces accès se rapprochent et deviennent de plus en plus violents, ils finissent par s'accompagner de vomissements et d'étourdissements. En même temps la vue s'affaiblit du côté droit. Cet état maladif l'empêche à la fin de travailler et il devient triste et irritable. Il suit inutilement plusieurs traitements prescrits par des médecins. Puis il finit par s'imaginer « qu'on lui a jeté un sort ». — Mais pour le moment cette idée n'a rien de morbide, ce n'est pas une idée délirante. Il faut tenir compte de son éducation et du milieu dans lequel il a toujours vécu.

Les choses en étaient là quand un accès de délire mélancolique se déclare brusquement pendant une nuit. L'accès est caractérisé par de l'angoisse, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des troubles de la sensibilité générale, et par cette idée, réellement bien délirante à présent, que son sort l'étouffe, il le sent « qui lui remonte à la gorge et qui va l'étrangler ». Il va mourir, et c'est un de ses voisins qui lui a jeté ce sort il y a longtemps. Il passe ainsi toute la nuit dans des souffrances atroces. Le matin la surexcitation redouble et il voit son *jeteur de sort* à travers la fenêtre. Furieux il prend son fusil et tire sur lui, puis il se met à la poursuite du fantôme qu'il croit voir s'enfuir devant lui.

Dans sa course à travers le village il rencontre quatre personnes et les tue toutes les quatre en quelques instants, en leur brisant le crâne avec les canons de son fusil dont il se sert comme d'une massue.

Ces quatre meurtres accomplis, la fureur homicide s'apaise. A... redevient brusquement lucide, conservant le souvenir complet de ce qu'il vient de faire.

Amené à l'asile le surlendemain du drame, il nous arrive angoissé, délirant et avec une tendance prononcée à la stupeur. Puis cet accès de délire mélancolique suivit une marche peu régulière traversée, par des rémissions plus ou moins prononcées. On

constata aussi quelques nouveaux actes impulsifs graves, ainsi une tentative de suicide en se précipitant la tête contre une muraille, ainsi encore une tentative d'homicide sur un gardien. Le malade qui était en demi-stupeur se précipite tout à coup sur le gardien et cherche à l'étrangler. Celui-ci ne se dégagea que difficilement et avec l'aide de ses camarades.

L'accès vésanique ne marchait pas moins vers la guérison, et dix mois après son arrivée à l'asile, A... était redevenu presque normal. Il était d'habitude triste et sombre, parlait peu, se promenait continuellement seul dans la cour de son quartier. Il était très inquiet de sa famille qu'il sentait sans ressource, il déplorait ce qu'il avait fait « pendant qu'il était fou », selon son expression, et il s'apitoyait sur le sort de ses victimes, comprenant très bien qu'on ne pouvait lui rendre sa liberté. Mais de temps en temps survenaient encore chez lui de courts accès de mélancolie. Alors, plus sombre encore qu'à l'ordinaire, il ne dormait plus, refusait de manger, et avait des hallucinations pénibles de l'ouïe. Il croyait qu'en mangeant il allait faire mourir les gens de son pays, les voix le lui disaient et lui défendaient de rien prendre. Tous les événements malheureux qui survenaient dans son village, il en était la cause. Il voulait mourir. Ce délire franchement mélancolique disparaissait en quelques jours; deux fois seulement il dura assez longtemps pour qu'on fût obligé de nourrir le malade à la sonde. Du reste ces accès s'éloignèrent de plus en plus les uns des autres et ils finirent par disparaître tout à fait.

Depuis dix mois enfin, A... pouvait être considéré comme guéri; pendant ce laps de temps, pas une seule fois les bouffées de délire mélancolique ne s'étaient manifestées. Quant à son état physique, il était bon. La céphalalgie avait disparu, mais la vue était toujours affaiblie à droite. Du reste les pupilles étaient égales et réagissaient normalement. Il n'y avait aucun trouble de la motilité, non plus de la sensibilité, sauf cette amblyopie droite. Quand subitement, sans que rien ne l'ait fait prévoir, notre malade fut pris d'attaques épileptiformes. Les attaques étaient très violentes; il n'y avait prédominance des mouvements convulsifs ni d'un côté ni de l'autre; elles se reproduisirent coup sur coup, devinrent subintrantes et elles aboutirent à la mort au bout de trois jours.

Je me suis appliqué, dans mon mémoire, à faire ressortir que A... n'était ni persecuté, ni épileptique, ni hystérique, ni alcoolique, ni intoxiqué d'aucune façon, et que son accès délirant, qui fut marqué par des impulsions homicides si puissantes, n'était qu'un accès de délire mélancolique simple. — Il faut bien noter que le malade avait agi consciemment et qu'il se rappelait parfaitement tous les détails de ses quatre meur-

tres. Il savait très bien que ce n'était pas son voisin, le jeteur de sort, qu'il frappait, l'hallucination de la vue s'était dissipée. Il tuait par rage de tuer tous ceux qu'il pouvait atteindre. En broyant la tête de ses victimes, il comptait à haute voix les coups qu'il frappait. Il assommait une femme et saisissant l'enfant de celle-ci, il lui faisait embrasser le cadavre de sa mère avant de l'assommer à son tour. — Mais je ne peux pas reproduire ici tous ces détails longuement relatés dans mon mémoire, pas plus que les considérations de psychologie morbide que j'ai tenté d'exposer à leur suite pour les expliquer; je ne peux que renvoyer le lecteur à ce premier travail.

Des actes semblables à ceux qui viennent d'être rapportés, commis au début d'un accès de délire mélancolique simple, ne peuvent qu'être le fait d'un cerveau en dégénérescence. Morel, le premier sans doute, a signalé les actes impulsifs dans le cours de la folie chez les héréditaires; mais c'est à M. Magnan qu'on doit l'étude clinique dogmatique de ce point de la psychiatrie. Synthétisant les faits, M. Magnan a même établi à propos des impulsions génésiques, une pathogénie de ces phénomènes d'impulsion, à l'aide des données de la physiologie cérébro-spinale moderne.

Mon mémoire, on le voit facilement, n'est d'un bout à l'autre que l'application, à un point particulier de la médecine mentale, des doctrines générales du savant médecin de l'Asile clinique, et c'est en me conformant de mon mieux aux théories de ce maître, que j'espère avoir démontré que le cas du fou homicide A... n'est anormal qu'en apparence.

Les centres inhibiteurs des parties antérieures du cerveau étaient, chez A..., sans action sur les centres situées plus en arrière, et l'idée se transformait en acte sans aucun contrôle. Cette défectuosité du fonctionnement cérébral, qui est, peut-on dire, caractéristique de la dégénérescence mentale, et qu'on retrouve à des degrés divers, et sous des apparences diverses, dans toutes les anomalies psychiques de dégénérescence, est le plus souvent une infirmité congénitale. On l'observe donc surtout chez les héréditaires, les héréditaires dégénérés, comme on les désigne. Ce n'est peut-être pas émettre une hypothèse bien audacieuse que de supposer qu'elle se caractérise anatomiquement, soit par l'atrophie ou la destruction des cellules inhibitrices, soit par l'atrophie des fibres qui relie les centres d'inhibition aux autres parties du cerveau, particu-

lièrement aux centres dits psycho-moteurs. Quoi qu'il en soit, la dégénérescence n'est pas forcément héréditaire, elle peut être acquise et, pour ma part, je la crois acquise plus souvent qu'on ne l'admet en général. Toutes les affections portant directement ou indirectement sur le système nerveux, pendant la vie utérine et pendant l'enfance, à la puberté, peuvent la produire. Chez l'adulte, elle peut être la conséquence de l'ancienneté seule d'une vésanie, par suite sans doute des lésions matérielles que la vésanie amène avec le temps dans le cerveau. C'est ce que Billod exprimait ainsi : les fous chroniques sont parfois héréditaires d'eux-mêmes. Mais chez l'adulte, il est certain que la dégénérescence peut aussi s'acquérir par le fait d'une affection encéphalique quelconque, pourvu qu'elle ait des localisations anatomiques ou fonctionnelles spéciales.

Dans le cas qui nous occupe, il fallait admettre, chez le malade, une lésion organique ou fonctionnelle des régions antérieures du cerveau, seule capable d'expliquer, tous les autres facteurs étant éliminés par l'examen direct ou par les anamnétiques, la dégénérescence que les circonstances cliniques avaient rendue évidente. Certains symptômes d'ordre physique, comme les céphalalgies, militaient dans le même sens. Enfin l'autopsie confirma complètement plus tard le diagnostic. La voici brièvement exposée :

Tous les viscères thoraciques et abdominaux sont sains, il n'existe qu'une lésion unique qui intéresse à la fois la dure-mère et la partie sous-jacente du cerveau.

La dure-mère qui répond à la partie antérieure du lobe frontal gauche est très épaissie, rougeâtre et très vascularisée, dans une étendue de 4 centimètres carrés environ. Là, elle adhère fortement aux parties sous-jacentes, pie-mère et cerveau. Quant à la partie correspondante du crâne, elle est absolument intacte. Au centre de cet espace, il existe dans l'épaisseur de la membrane, mais faisant fortement saillie sur la face profonde, deux petites tumeurs voisines l'une de l'autre, ayant la forme de disques, de lentilles. La plus volumineuse a près de 2 centimètres de diamètre sur un demi-centimètre d'épaisseur ; l'autre a à peu près la moitié des dimensions de la première. A la coupe, elles sont blanches, nacrées. Ce ne sont certainement pas des productions osseuses ou cartilagineuses, des coupes examinées au microscope ne laissent voir qu'un tissu amorphe très peu réfringent, et une quantité de vieilles cellules ratatinées, difformes et pressées les unes contre les autres.

Au-dessous de cette partie malade de la dure-mère, le cerveau est lésé, mais la lésion du cerveau est plus étendue que celle de la

dure-mère. Du reste, elle n'est pas homogène, l'endroit le plus atteint répond au centre de la lésion dure-mérienne, c'est-à-dire aux deux petites tumeurs décrites ci-dessus. Là, la substance corticale est absolument désorganisée, elle forme un véritable putrilage de couleur brun rougeâtre. La substance corticale voisine est également désorganisée, mais à un degré moindre; elle est très ramollie, rougeâtre, adhérente aux méninges. Enfin, à mesure qu'on s'éloigne du point central, on voit que la désorganisation de la substance grise va en diminuant, le ramollissement est de moins en moins prononcé. Les bords de la lésion n'en sont pas moins très nets, et il existe une ligne de démarcation bien tranchée entre les parties malades et celles qui ne le sont pas. Voici les limites exactes de cette lésion cérébrale :

En profondeur, elle occupe toute l'épaisseur de la substance grise, la substance blanche sous-jacente est plus vascularisée que dans les autres parties du cerveau, mais elle a sa fermeté normale; au centre, cependant, à l'endroit le plus atteint, elle est ramollie et désorganisée jusqu'à 1 centimètre de profondeur. En largeur, elle occupe la plus grande partie de ce petit lobule, plus ou moins compliqué selon les sujets, désigné dans son ensemble sous le nom de seconde circonvolution frontale. Elle s'étend en avant jusqu'au bord antérieur du lobe frontal, c'est-à-dire jusqu'à l'endroit où ce lobe se recourbe pour se continuer avec la face inférieure du cerveau. En arrière, elle arrive à 2 ou 3 centimètres de la scissure de Rolando, laissant la circonvolution frontale ascendante absolument intacte. Ses bords latéraux correspondent à peu près aux scissures qui séparent la seconde frontale, d'une part de la première frontale, d'autre part de la troisième.

A l'aspect, il semble que cette lésion est de nature inflammatoire. Il paraît évident que son point de départ est dans la dure-mère. Le processus pathologique a commencé par la production des deux tumeurs dure-mériennes, puis il s'est étendu aux méninges et à la substance nerveuse voisine.

Comme on le voit, la partie du cerveau malade est celle dans laquelle on s'accorde en général à admettre l'existence de centres d'inhibition.

En résumé, l'observation de A..., avec l'autopsie venant plus tard confirmer toutes les propositions déduites de l'analyse clinique, constitue, malgré les apparences, un cas normal pour les nombreux partisans des théories psychiatriques nouvelles. Aux observateurs qui ne se sont pas encore ralliés à celles-ci, on peut la présenter comme un argument qui n'est peut-être pas sans valeur.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXIII. PARALYSIE AGITANTE. — ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE AVEC LE RÉSULTAT DE DEUX AUTOPSIES; par Ch.-L. DANA. (*New-York medical journal*, 10 juin 1893.)

L'auteur attire d'abord l'attention sur quelques phénomènes cliniques fondamentaux pour lui, mais sur lesquels on insiste rarement.

1° Il semble que dans tous les mouvements du malade il y ait comme un frein qui agirait de temps à autre. Le malade veut-il se lever, il est conscient de l'effort qu'il fait pour y parvenir, mais les muscles ne répondent qu'après un certain temps. Une fois en marche les mouvements sont réguliers et vigoureux; mais de temps à autre ils sont enrayés. S'il veut décrire une courbe dans sa marche, il lui faut, avant de tourner, s'arrêter complètement. Les mouvements automatiques de la marche, de la course, une fois provoqués, ne sont plus sous le contrôle du malade.

Il y a quelque chose qui enraye le mécanisme dirigeant. C'est là ce que l'auteur désigne sous le nom de « hitch symptoms » (phénomènes du frein).

2° Le système circulatoire mérite également un examen attentif. Dans les premiers six mois qui suivent le début de la maladie les troubles vaso-moteurs se manifestent par la congestion de la face, la sensation de chaleur et de fièvre, le surcroît de travail des glandes sudoripares. — Cette vaso-dilatation dans le système musculaire irrite les terminaisons nerveuses et produit la sensation de malaise et le besoin de changer de position si fréquemment observés. — Au début, le pouls est faible et rare, mais plus tard il est plein, un peu tendu et quelquefois plus rapide. Le cœur n'est point cependant hypertrophié, il est au contraire plutôt moins vigoureux que normalement. Tous ces symptômes semblent bien être sous la dépendance d'une paralysie vaso-motrice généralisée sauf toutefois en ce qui concerne les hémisphères cérébraux et le cervelet.

La fréquence d'apparition du purpura hémorragique et de la glycosurie est à noter; souvent également, la phosphaturie. L'examen clinique du sang a également montré la diminution de l'hémoglobine et la moindre résistance des globules rouges. 3° Les phéno-

mènes sensitifs sont, eux aussi, assez fréquents : sciatique, douleurs névralgiques et rhumatoïdes, sensations de froid et de chaud. —

L'auteur donne un résumé complet des principales autopsies parues jusqu'à présent et le détail de deux autopsies personnelles.

Premier cas. — Les méninges ne sont pas épaissies, mais la circulation capillaire est augmentée. Le lobule paracentral est très vasculaire. Les cellules sont en général normales mais les espaces péricellulaires des deuxième et troisième couches sont augmentés et dilatés. En un point seulement quelques cellules atrophiées. Par points également les prolongements cellulaires semblent granuleux, pâles, et se colorent mal; quelques cellules ont deux noyaux; on peut noter également de ces prolongements cellulaires granuleux ayant perdu le corps cellulaire.

Légère congestion des thalami. Les noyaux de la septième paire montrent quelques cellules granuleuses sans nucléoles, beaucoup de prolongements absents, quelques cellules pigmentées avec espaces péricellulaires dilatés. Ces lésions sont surtout marquées d'un côté.

Dans les noyaux de la neuvième, dixième et onzième paire beaucoup de cellules atrophiées et pigmentées. Un peu d'atrophie et de ramollissement avec débris cellulaires. Congestion et dilatation vasculaire.

Dans la moelle épinière épaississement de la pie-mère avec prolifération connective au-dessous. Infiltration diffuse du tissu connectif dans les cordons latéraux comprenant les faisceaux pyramidaux mais non les faisceaux cérébelleux et siégeant surtout dans la région cervicale. Les cordons postérieurs étaient un peu congestionnés, mais non sclérosés.

Les artères épaissies semblent prouver qu'il s'agit ici d'une sclérose primitive. Il y a bien peu de fibres nerveuses dégénérées. Les vaisseaux des cornes antérieures sont dilatés; les cellules sont fréquemment ratatinées, pigmentées, mal colorées et ayant perdu leurs prolongements.

Deuxième cas. — Épaississement marqué de la pie-mère. Sclérose interstitielle diffuse envahissant surtout les cordons latéraux. Congestion des cornes antérieures et de la commissure avec légères modifications cellulaires.

L'auteur, après avoir discuté les différentes opinions, tend à localiser l'affection dans la moelle, le bulbe et la protubérance. Les dégénération des nerfs périphériques et des muscles peuvent être considérées comme des phénomènes secondaires. D'après lui, la paralysie agitante est caractérisée par une vascularisation centrale de la moelle, une sclérose interstitielle diffuse ayant pour point de départ les vaisseaux sanguins et la pie-mère. Sont particulièrement atteints les cornes antérieures, la commissure et les cordons latéraux : plus tard dégénération cellulaire, leptoménin-

gite et sclérose périphérique. Le cerveau et le cervelet ne sont que très faiblement et secondairement atteints. Ce processus chronique irritatif serait dû à une toxine amenée par la circulation et qui est peut-être bien d'une origine endogène et glandulaire. Sont d'abord atteintes les extrémités du réticulum fibrillaire entourant les cornes antérieures, ce qui cause plus tard la dégénération; finalement lésion des cellules sécrétoires et vaso-motrices. J.-B. CHARCOT.

XXIV. PATHOLOGIE MODERNE ET PATHOLOGIE DES MALADIES NERVEUSES; AVEC QUELQUES DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES ET EXPÉRIENCES AVEC DES EXTRAITS ORGANIQUES; par Ch. L. DANA (*Boston medical and surgical journal*, 18 mai 1893).

L'auteur résume ainsi son travail :

1° Le terme inflammation tel qu'on le comprend actuellement doit être appliqué avec certaines restrictions aux affections du système nerveux;

2° Dans les névroses organiques du type dégénératif il y a une toxine d'origine intrinsèque et extrinsèque qui est négativement chémo-tactée. Les cellules ne peuvent défendre contre cette toxine le parenchyme spécial. Les dégénération, y compris l'atrophie musculaire et les scléroses primitives sont d'origine toxique;

3° Dans les névroses chroniques d'origine fonctionnelle, telles que la paralysie agitante, la chorée, l'épilepsie et la maladie de Basedow, il y a un facteur toxique d'une importance fondamentale.

4° Un autre élément d'une importance capitale est l'insuffisance innée ou acquise de la résistance aux agents morbides. C'est ainsi que l'on peut expliquer les origines de la paralysie agitante, du goitre exophtalmique, de la neurasthénie, etc. Les déductions thérapeutiques s'ensuivent;

5° L'origine toxique a été démontrée dans les maladies nerveuses pour le myxœdème, elle est fort probable dans le goitre exophtalmique la paralysie agitante, la chorée; et au moins l'importance d'un élément toxique a été montrée pour l'épilepsie;

6° Finalement par le terme toxine ou poison l'on doit comprendre une grande quantité de substances morbides y compris les produits d'une nutrition, d'une sécrétion glandulaire défectueuse, des produits microbiens et les poisons végétaux et minéraux extrinsèques. J.-B. CHARCOT.

XXV. SEIZE OBSERVATIONS DE DEMI-SOMNATION; par C. MAYER.

(*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Jeunes sujets ou sujets au début de l'âge mûr. 15 hommes, 1 femme. Chez la plupart il y avait prédisposition névropathique ou

neurasthénique acquise. Ces états d'obnubilation survenaient sous des influences minimes relativement, mais, chez quatre individus, l'état de santé antérieur était parfait et, dans ce cas, l'état morbide avait été précédé de causes d'épuisement pendant des jours ou des mois.

Brusquerie de la maladie qui, après avoir duré peu de temps, disparut totalement et soudain; amnésie plus ou moins marquée. Les malades allaient et venaient sans avoir aucunement conscience des événements extérieurs mais, tout en délirant, ils manifestaient un certain ordre de conduite. Ils se croyaient dans une condition supérieure à la leur, sans manifester une gaieté en rapport avec ce genre de mégalomanie; il s'agissait plutôt d'une demi stupeur (arrêt des facultés). Parfois aussi à demi anxieux, ils présentaient une certaine hostilité qui se traduisait par des violences à l'égard de quelques personnes de l'entourage ou par des tentatives de suicide.

P. K.

XXVI. UN CAS DE TABES DORSAL TYPIQUE AVEC GLIOSE CENTRALE CHEZ UN SYPHILITIQUE; par M. NONNE. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Homme de quarante-quatre ans; syphilis en 1870 (sans traces); en 1872, paresthésie avec atrophie de la main droite; en 1870, douleurs névralgiques des extrémités inférieures avec diplopie intermittente; en 1878, paralysie passagère de l'œil droit. Excès sexuels et émotions morales. Affaiblissement de la vue et des jambes; troubles de la miction, diminution de la puissance génitale, douleurs en ceinture. Le traitement mercuriel ne produit pas d'amélioration. En mai 1887, ataxie, signe de Romberg, myosis, immobilité réflexe des pupilles, signe de Westphal, atrophie des nerfs optiques, atrophie et analgésie de l'avant-bras dans le domaine du cubital. Septembre 1890: paralysie complète des membres supérieurs à évolution subaiguë; marche progressive; puis, attaque apoplectiforme, affaiblissement de la mémoire, aphasia amnésique, accès de dyspnée. Mort en octobre 1890. Autopsie. Lésions avancées caractéristiques des cordons postérieurs, tuméfaction de la névroglie centrale depuis l'extrémité supérieure de la moelle cervicale. A la hauteur de la dixième paire dorsale, la tumeur touche par sa partie inférieure les cordons postérieurs lésés; elle provient probablement de l'hyperplasie inflammatoire de la névroglie dans la zone tabétique. La paralysie du bras tenait à un foyer de ramollissement récent. Névrite parenchymateuse chronique du cubital droit. Leptoméningite cérébrale chronique. Endartérite et mésartérite syphilitique de la basilaire.

P. KERAVAL.

XXVII. DE QUELQUES ÉTATS DE FAIBLESSE IRRITABLE DU SYSTÈME MOTEUR
(1891) par FUERSTNER. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Dans l'agoraphobie, il y a parésie et incoordination motrice; il survient des mouvements incoordonnés non voulus qui exceptionnellement portent sur les extrémités supérieures. Mais en dehors de l'agoraphobie, sous l'influence des mêmes facteurs psychiques, d'autres groupes musculaires peuvent être arrêtés dans leurs fonctions, notamment les groupes des muscles qui servent à une occupation journalière et subir l'incoordination. Ce sont : des secousses ou des tremblements suivis de sensations anxieuses de même que celles qui précèdent l'apparition d'obsessions (influence mentale) ou encore des espèces de crampes des écrivains survenant à l'occasion de l'entrée en fonction de groupes de muscles n'ayant rien à voir avec l'écriture en même temps qu'il y a parésie et tremblement de la jambe d'un côté. Ce sont aussi des sortes de paralysie agitante; peu ou pas de tremblement; peu ou pas de tension; peu ou pas de rigidité, mais ralentissement très accentué de certains mouvements. Il est du reste évident qu'il s'agit, dans tous ces cas, d'une seule et même forme morbide, à divers stades de développement. Faut-il en fin de compte les rattacher à la paralysie agitante ou, pour être plus exact, à la pseudo-paralysie agitante? La question est encore insoluble.

P. KERAVAL.

XXVIII. CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DE LA PARALYSIE ISOLÉE DU GRAND DENTELÉ; par L. BRUNS. 1893.) ADDITION A CE MÉMOIRE PAR LE MÊME. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Observation dans laquelle le signe fonctionnel le plus important de la paralysie du grand dentelé fait complètement défaut. Le malade peut élever le bras perpendiculairement, et alors les anomalies jusque-là très nettes, de la situation de l'omoplate disparaissent presque totalement. En voici la raison. Les fibres du deltoïde, avec celles du sus-épineux et du sous-épineux (?) élèvent le bras à l'horizontale; puis interviennent : la portion moyenne du trapèze, les fibres postérieures du deltoïde, celles des muscles ronds et du sous-épineux.

Ce n'est pas tout. Dans la paralysie du grand dentelé, le bras étant au repos, il n'y a pas obliquité de l'omoplate, ce bras ne prend pas la position en escarpolette si connue; cette attitude appartient à une paralysie du trapèze. La situation oblique du scapulum n'appartient pas à la paralysie du grand dentelé, c'est un symptôme à rayer; dans la paralysie isolée du grand dentelé, le bras étant pendant, l'omoplate s'élève en se rapprochant de la colonne vertébrale; celle-ci est alors parallèle au bord interne du scapulum, l'angle inférieur de l'omoplate s'écarte du thorax. P. K.

XXIX. DU NYSTAGMUS HORIZONTAL ARTIFICIEL AVEC DÉRIVATION CONJUGUÉE; par L. BACH. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. III, 1892.)

En faisant tourner les yeux autour de leur axe horizontal, on provoque du nystagmus des deux yeux avec déviation conjugquée intermittente; quand on les fait tourner de gauche à droite, le nystagmus commence à gauche, et *vice versa*, et la déviation conjugquée se produit dans la direction de la rotation.

Genèse. Le contrôle qu'exerce notre œil sur la situation du corps provoque par multiplication des contractions en sens inverse, le nystagmus horizontal; la prolongation de cette fatigue des muscles oculaires entraîne la déviation définitive des deux yeux, les antagonistes, d'abord annihilés, reprenant trop énergiquement leur fonction et se contractant simultanément. P. K.

XXX. UN CAS D'ASTASIE-ABASIE; par H. LEVY. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. III, 1892.)

C'est, d'après l'auteur, une névrose fonctionnelle, ou une hystérie, car 1° on ne connaît jusqu'alors pas de lésion anatomique du système nerveux en rapport avec ces phénomènes-là; 2° le pinceau faradique a exercé une action favorable. P. K.

XXXI. DEUX CAS DE DYSTROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE AVEC RÉACTION DÉGÉNÉRATIVE; par H. HOPPE. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. 1892.)

Chez des couturières surmenées, on constate ces accidents avec dégénérescence complète ou partielle des petits muscles de l'éminence thénar. L'atrophie date de plusieurs années; elle ne s'est pas améliorée quoique les deux ouvrières aient de temps à autre cessé le travail. Du reste, dans la plupart des observations du type facio-scapulo-huméral, il y a aussi atrophie des petits muscles de la main. P. K.

XXXII. UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE COMBINÉE AYANT UNE ÉTIOLOGIE TOUTE SPÉCIALE; par E.-A. HOMEN. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Malade ayant présenté une atrophie spéciale progressive et une dystrophie musculaire progressive scapulo-humérale. Ce ne fut d'abord qu'une simple paralysie radiale. Quelques mois après, il y avait atrophie des autres muscles du bras et de la main paraissant due à l'extension des lésions du radial sur la moelle. Plus tard, il sembla que la corne antérieure de l'autre côté fût à son tour affectée (atrophie graduelle et progressive de la main et du bras de ce côté). D'autre part, tandis que les pectoraux des deux côtés ne révè-

lent aucune modification qualitative dans l'excitabilité électrique, mais bien des modifications quantitatives, d'autres muscles relevant des mêmes groupes décelent des modifications qualitatives. On peut dès lors supposer qu'une atrophie musculaire primitive s'est associée, pour une partie des muscles au moins, à un processus spinal antécédent, plus ou moins indépendant, ou bien que le processus spinal a, par propagation, excité directement les centres de ces muscles et en a déterminé le trouble fonctionnel. Ce qui paraît le plus rationnel d'ailleurs, c'est d'admettre que les dystrophies musculaires progressives (atrophie juvénile ici) sont une sorte de trophonévrose (au sens de Erb). Le microscope confirme ces idées unitaires. Il montre que l'hypertrophie des fibres et même la multiplication des noyaux sont un processus primitif. Il montre aussi que dans les extenseurs du bras droit (paralysie primitive), dans ceux du bras gauche et de l'éminence thénar de ce côté (paralysie par propagation à la moelle), dans le grand pectoral droit (myopathie primitive ou dystrophie progressive) on trouve des altérations identiques alors que dans le grand pectoral en question on constate surtout l'image de la dystrophie et qu'en revanche les autres muscles témoignent de cette même dystrophie (fibres arrondies, vacuolisées, avec divisions des noyaux — quelques fibres hypertrophiées. P. KERAVAL.

XXXIII. DES TROUBLES NEUROPSYCHIQUES DANS L'ERGOTISME CHRONIQUE; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Quatre-vingt-neuf observations prises par Reformatzki dans le gouvernement de Wicetka (Russie) pendant l'épidémie de 1889-1891, dont neuf avec autopsie. *Nosographie* :

Période de début. Apathie, céphalalgie, vertiges, tintouins, vomissements, diarrhée, coliques, sensations précordiales désagréables, fourmillements dans les membres, contractures dans divers groupes musculaires. — *Période d'état.* Contractures survenant par accès soit dans tous les membres, soit dans un seul membre occupant généralement les fléchisseurs avec douleurs spontanées. Etat de tension entraînant l'impotence; douleur au contact. Douleurs spontanées de toute espèce. Quelquefois attaques généralisées comme dans l'épilepsie. Tremblements musculaires et convulsions fibrillaires dans tous muscles et jusque dans le larynx (dyspnée, apnée, aphonie). Pendant ces attaques hypothermie entre 36,5 et 37,5. Quelquefois en outre attaques épileptoïdes avec perte de connaissance. Hallucinations de la vue, de l'ouïe : stupidité; troubles de la mémoire, titubation, incoordination motrice. Parfois accès d'agitation avec obnubilation psychique, hallucinations multiples, idées de persécution, tendance au suicide, insomnie, affaiblissement consécutif des facultés. — La *marche* est surtout chronique

mais parfois aiguë. La convalescence est marquée par de la démence, un affaiblissement des facultés et de la mémoire, etc., etc. On constate à l'autopsie de l'hyperémie des méninges et de la moelle, des masses caséuses entre l'arachnoïde et le pie-mère, des hémorragies punctiformes ou étendues, des foyers de ramollissement et des hémorragies dans le cerveau. Au microscope, il existe une dégénérescence portant sur toute la coupe transverse des cordons postérieurs, ou limitée à certains faisceaux des mêmes cordons.

XXXIV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYRINGOMYÉLIE; par M. BERNHARDT. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Trois observations ayant ce qui suit de remarquable.

OBSERVATION I. Femme de quarante ans; la sensibilité tactile et le sens de la pression participent aux troubles de la sensibilité; phénomènes bulbaires (paralyse unilatérale du voile du palais et des cordes vocales, troubles de la déglutition). — OBSERVATION II. Parésie des extrémités gauches; pas d'atrophie marquée. Hémianesthésie du bras à la douleur et la température; même état de la partie supérieure de la moitié antérieure gauche du tronc, depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte. A droite il y a hémialgésie et hémianesthésie thermique depuis la cinquième côte jusques et y compris l'extrémité inférieure; intégrité de la motilité. La face de ce malade ne souffre qu'à droite. — OBSERVATION III. Douleur dans la région de l'épaule et de la nuque. Impotence des deux bras qui ne peuvent être qu'avec peine et douloureusement élevés à l'horizontale. Aplatissement de la face postérieure de l'avant-bras droit; affaissement de l'éminence thénar et du premier espace interosseux de ce côté; doigts en griffe. Au niveau de la phalangine du médus, bulle gangréneuse de même qu'à la main gauche d'ailleurs saine. L'extrémité supérieure droite présente de la diminution de la sensibilité douloureuse; intégrité de la sensibilité tactile. P. K.

XXXV. REMARQUES SUBSIDIAIRES SUR LA MYOTONIE CONGÉNITALE (STRUPELL) OU MALADIE DE THOMSEN (WESTPHAL); par J. THOMSEN. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

M. Thomsen, qui a décrit la maladie dont il est atteint, a actuellement soixante-dix-sept ans; il a observé et connu de près ses malades; ses dernières remarques sont donc des plus intéressantes.

« Il est probable, dit-il, que ces phénomènes morbides de la motilité des muscles, soustraits à l'influence de la volonté, tiennent à un vice dans l'innervation centrale, car l'étude microscopique des fibres musculaires de *vivo* a donné un résultat négatif. Des nerfs sensibles les impressions sont transmises aux nerfs moteurs qui

provoquent dans les muscles les contractures caractéristiques, soit exprès, soit accidentellement, à la suite d'un choc sur le pied ou d'un coup inattendu sur le corps. C'est comme si un courant électrique, traversant le corps comme un éclair, allait se réfléchir sur une partie du système musculaire; mais cette excitation peut aussi se généraliser et raidir le corps entier, de sorte que le patient fait aisément une chute. C'est un phénomène tout à fait différent de la sensation par laquelle les muscles, à la suite d'un long repos, refusent d'obéir à la volonté et se tendent par une contracture myotonique. L'âge n'a du reste déterminé chez moi aucun accident autre que les inconvénients de la sénilité.

La contracture myotonique est souvent précédée d'une espèce d'angoisse. Dès qu'on sent qu'il y a de l'hésitation dans les mouvements de la marche et qu'on va être pris de l'accident caractéristique, on éprouve une appréhension bien naturelle.

Enfin, c'est une maladie qui fait des sauts très curieux quant à la transmission héréditaire. Elle franchit souvent plusieurs générations, pour apparaître au moment où une famille n'y pense plus. Elle atteint tout aussi bien la femme que l'homme... Mon fils aîné a actuellement deux enfants de onze et treize ans tout à fait indemnes; mais un troisième de ses enfants est terriblement atteint; deux enfants intermédiaires, morts de bonne heure, en présentaient prématurément les symptômes les plus insidieux. »

P. KERAVAL.

XXXVI. UN CAS D'INCAPACITÉ DE LIRE (ALEXIE); par PH. ZEMMER.
(*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Observation d'alexie sous-corticale avec conservation de l'acuité visuelle et de la faculté d'écrire; affaiblissement intellectuel qui se reconnaît surtout quand il s'agit des nombres et des dates. Inhabileté des mains, sans paralysie, ni trouble de la sensibilité cutanée, très légère diminution du sens musculaires. Nystagmus, hémianopsie droite, difficulté de converger.

La malade voit, mais elle éprouve de la difficulté à trouver les objets. Elle verra tout de suite une personne qui entre dans une chambre ou quelqu'un qui lui adresse la parole, ou encore un objet dont elle connaît la situation, sur lequel son attention est appelée par ses mouvements et ses rapports. Sinon, sans ces conditions accessoires, elle ne verra pas. C'est en vain alors qu'on le lui montre du doigt. Elle reconnaît sur-le-champ les lettres grandes ou petites, écrites ou imprimées, mais ne peut les assembler en un mot ni en une ligne. Quelquefois elle voit tout un mot ou plutôt quelques lettres de ce mot qui soudain, comme une éclair, lui indiquent le mot. Elle reconnaît M, mais associez M à A, elle ne reconnaît plus M et croit au bout d'un certain temps voir A sans

en être bien sûre. Elle voit les nombres 10, 13 et dans 131 ne voit que 13; puis, tout à coup, elle croit que c'est 13, mais un 13 brouillé. A d'autres instants elle reconnaît 284, mais après qu'on lui a désigné ce nombre. Elle ne perçoit pas la direction des lignes, voyant, par exemple, \equiv . tantôt horizontales, tantôt verticales; III lui paraissent obliques. Il est impossible de bien déterminer son acuité et son champ visuel. Le sens des couleurs est normal. Il y a incontestablement une hémianopsie droite incomplète avec mouvement de latéralité instable des globes oculaires. Cette agitation de l'œil est plus grande quand il s'agit de voir un mot que pour voir chaque syllabe.

Ce qui distingue cette observation de l'alexie sous-corticale pure, c'est que la malade peut rassembler les lettres en un mot et lire intellectuellement, au moment où elle ne voit plus sensoriellement que quelques lettres du mot. Elle désigne les objets par leur nom. Les efforts ne la fatiguent point.

Il est probable qu'il y a lésion d'une partie du lobe occipital. Le traitement est resté sans résultat. Evidemment il y a là un trouble dans les relations organiques entre la vue et la parole écrite, soit que, pour ceux qui admettent un centre particulier de la parole écrite dans le lobe occipital, il y ait destruction de ce centre, soit que, ce qui est plus croyable, il y ait quelque part interruption des fibres unissant le centre de la vue et celui de la parole. La faculté d'écrire est conservée. Cela ressemble à l'alexie sous-corticale; mais, comme il a été montré *supra*, les troubles de la vue semblent être principalement responsables. Nous ne savons au surplus pas exactement les points atteints du centre de la vue et du centre de la parole ou de leurs fibres d'association.

P. K.

XXXVII. DES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA SYRINGOMYÉLIE ET DE LEURS MODALITÉS; par H. SCHLESINGER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

La syringomyélie du renflement cervical et de la partie supérieure de la moelle dorsale a pour symptômes : l'atrophie musculaire progressive (type Azan-Duchenne) — la paralysie partielle de la sensibilité (froid, chaleur, douleur) avec conservation du tact — les troubles trophiques de la peau, des os, des articulations, avec troubles vaso-moteurs et sécrétions anormales — la paralysie des nerfs crâniens y compris les symptômes oculo-pupillaires et bulbaire, — les troubles de la motilité des membres inférieurs y compris la vessie et le rectum qui varient selon l'étendue du processus anatomique — les parésies spasmodiques. Parfois elle revêt la forme de sclérose latérale amyotrophique, en ce cas le diagnostic se fait à l'aide des troubles de la sensibilité et des troubles de la peau ou du dos quand il y en a. Le diagnostic est particulièrement difficile quand il y a d'autres lésions de la moelle, telle que l'hyper-

trophie de la névroglie dans le canal central, la dégénérescence des cordons postérieurs, une myélite, une affection systématique combinée.

Il existe aussi une syringomyélie dans laquelle les troubles trophiques de la peau, des os, des articulations sont si intenses et si étendues qu'on croit avoir affaire à une maladie indépendante telle que la maladie de Morvan, — la maladie de Reynaud — l'acromégalie de P. Marie, — l'ostéo-arthropathie hypertrophiante de P. Marie et E. Bamberger, — le pemphigus spontané.

Il faut également tenir compte de la syringomyélie qui occupe toute une corne postérieure sur toute la hauteur de la moelle et produit exclusivement des troubles de la sensibilité (Rossolimo), en imposant pour l'hystérie surtout lorsque simultanément on constate un rétrécissement concentrique du champ visuel (Dejérine et Tuilaud). Enfin il semble y avoir des syringomélies latentes. Mais peut-être est-ce parce qu'un examen approfondi du malade n'a pas été pratiqué.

P. K.

XXXVIII. SUR DEUX CAS D'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE CONSÉCUTIVE A LA DIPHTHÉRIE; par P. SEIFERT. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

De ces deux nouvelles observations, rapprochées des anciennes (Mendel, Hirt, Auerbach, Buhl, Klebs, Oertel, Krauss), il semble démontré que le poison diphthérique qui circule dans le sang peut engendrer directement soit des ramollissements cérébraux, soit des altérations inflammatoires dans les vaisseaux sanguins avec diapédèse des hématies (hémorragies plus ou moins étendues). On trouve dans les foyers hémorragiques de nombreux bâtonnets (Klebs), des micrococci (Oertel) et les bacilles diphthériques de Klebs et Loeffler. En outre, à l'époque de l'ictus apoplectique, il y avait dans la plupart des observations, une néphrite aiguë; cette néphrite, en élevant considérablement la pression sanguine, prépare évidemment la rupture des vaisseaux dont les parois sont lésées.

P. K.

XXXIX. SYRINGOMYÉLIE (?) OU DYSTROPHIE MUSCULAIRE, HYSTÉRIE; par W. ERB. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Au premier abord, il semble que l'on ait affaire dans l'observation en question à une syringomyélie. Atrophie musculaire des extrémités supérieures — paralysie dissociée hémilatérale de la sensibilité — troubles vaso-moteurs (cyanose, crevasses) — petites vésicules sur les mains; tout concourt au diagnostic: hyperplasie de la névroglie centrale. Mais en réfléchissant, le professeur voit que l'atrophie musculaire est celle de la dystrophie et non de la dystrophie spinale de Remak quant à la dissociation des sensations (hypalgie et thermhypesthésie) avec conservation de la sensibilité

tactile, elle se rencontre ailleurs que dans la syringomyélie; on la rencontre dans le tabes et autres affections spinales; elle est très fréquente dans l'hystérie (Charcot). Puis le malade n'a pas les douleurs et les paresthésies propres à la syringomyélie. Enfin la paralysie de la sensibilité cesse exactement sur la ligne médiane; le trijumeau est seul atteint; les autres nerfs bulbairés ne sont pas pris; le sens olfactif participe à l'hémianesthésie, ce qui est l'exception dans la syringomyélie. En faveur de l'hystérie militent: la netteté de la délimitation, la cooparticipation d'un sens spécial, le traumatisme antécédent. Nous croyons donc à une association de la dystrophie musculaire progressive à une anesthésie traumatique hystérique. Et en effet le traitement faradique guérit le malade de son hémianesthésie complètement, en huit semaines. P. K.

XL. D'UNE FORME PARTICULIÈRE DE PARESTHÉSIE DES EXTRÉMITÉS (AKROPARESTHÉSIE); par L. LAQUER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Synthèse de dix-huit observations. D'après l'auteur il s'agit d'une névrose professionnelle due à l'épuisement chez des travailleurs (16 femmes et 2 hommes de trente-cinq à cinquante ans) surmenés par un travail manuel. L'électrisation méthodique est le traitement convenable. Les suites de couches graves, avec hémorragies profuses paraissent jouer un rôle pathogénique. P. K.

XLI. UNE OBSERVATION DE TROUBLE UNILATÉRAL DE LA MOBILITÉ DU GLOBE DE L'ŒIL EN HAUT; par W. KENIG. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. IV, 1893.)

Jeune idiot ne pouvant lever les yeux, surtout l'œil droit, au-dessus de l'horizontale. *Diagnostic*: Lésion du noyau des oculomoteurs communs, dans la région des tubercules quadrijumeaux. *Autopsie*: Germe au niveau du point d'émergence des oculomoteurs, dans le petit espace compris entre les tubercules mammillaires, l'extrémité antérieure de la protubérance, les pédoncules cérébraux. P. K.

XLII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PARALYSIE SPINALE SYPHILITIQUE DE ERB; par KOWALEWSKY. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Étude nosographique. Trois observations: tabes dorsal; paralysie spinale syphilitique; association de tabes et de paralysie spinale syphilitique.

CONCLUSION. — 1° La paralysie spinale syphilitique est assez fréquente, mais elle est plus rare que le tabes; 2° elle survient à l'âge de 30 à 40 ans; 3° elle appartient principalement au sexe masculin; 4° les troubles vésicaux, parfois aussi les troubles rectaux, revêtent souvent un caract.

tère spasmodique; 5° les réflexes thermiques des extrémités inférieures sont à un haut degré exagérés; 6° la réaction psychophysique de la sensation tactile et de la douleur reste intacte, ou n'est que très peu altérée, tandis que, dans le tabes, ces deux sensations sont très fortement atteintes.

P. K.

XLIII. GLIOME DE LA RÉGION ROLANDIQUE, EXTIRPATION ET GUÉRISON; par le D^r ALBERTONI et le D^r BRIGATTI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. I, 1893.)

Les symptômes présentés par la malade avant l'intervention opératoire étaient les suivants : épilepsie jacksonnienne et accès épileptiques complets. Des convulsions apparaissent d'abord et prédominent dans le membre dépendant du centre cortical où siègeait la tumeur; en outre paralysie progressive. Il faut ajouter des symptômes généraux par augmentation de la pression intracranienne : céphalée, névrite optique bilatérale. La sensibilité était conservée partout. L'extirpation du gliome fit cesser tout à fait chez la malade les accès épileptiques, la paralysie, malgré la large extirpation de substances cérébrales ne s'accrut pas, mais même s'améliora notablement dans le membre inférieur; il persiste de l'exagération des réflexes dans le côté opposé au siège de la tumeur. Un point qui mérite d'attirer l'attention est la complète disparition de la névrite optique bilatérale après l'enlèvement de la tumeur. Ce fait démontre le lien étroit entre l'existence du néoplasme et les modifications de la papille, et prouve que l'intervention chirurgicale peut être très utile dans des cas analogues même lorsque l'on constate de graves lésions dans le domaine du nerf optique. Une autre observation, intéressante surtout pour la théorie est celle qui a trait aux altérations de la sensibilité tactile générale, thermique, douloureuse et au sens musculaire. Toutes ces fonctions n'étaient pas lésées à un degré appréciable avant l'enlèvement de la tumeur, mais le devinrent après l'opération. Ce fait mérite d'être pris en considération car il apporte une preuve indéniable des relations des centres psycho-moteurs avec les éléments corticaux sensitifs.

J. SÉGLAS.

XLIV. SUR L'ATROPHIE MUSCULAIRE PRÉCOCE DES HÉMIPLÉGIQUES ET SUR LE POULS LENT PERMANENT; par le D^r GIUZZETI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. I, 1893.)

Il y a des cas d'atrophies musculaires précoces chez des hémiplégiques dépendant d'ulcérations de la corne grise antérieure du côté paralysé. Dans le cas recueilli par l'auteur l'atrophie musculaire était de nature dégénérative et suivait une distribution ascendante. Dans le même cas on ne pouvait exclure l'existence d'une influence trophique corticale, mais cependant celle-ci devait s'exercer sur la corne grise antérieure et non directement sur les muscles

Il y a d'autres cas d'atrophie musculaire tardive chez les hémiplégiques dépendant d'une lésion de la corne grise antérieure, dans laquelle les altérations des cellules de cette corne sont si légères qu'elles peuvent échapper et laisser croire à une atrophie d'origine cérébrale.

Dans son observation de pouls lent permanent l'auteur conclut qu'il dépendait d'une altération bulbaire, cette altération pour le centre cardiaque bulbaire devait être limitée à la portion d'arrêt et être purement dynamique et probablement primitive. J. S.

XLV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHIMISME GASTRIQUE CHEZ LES PELLAGREUX; par le Dr AGOSTINI (*Riv. sp. di fren. fasc.*, I, 1893.)

L'étude du chimisme gastrique chez les pellagres révèle un degré notable d'hypo-pepsie, d'hypo-chlorhydrie, un état catarrhal de la muqueuse stomacale un affaiblissement de son pouvoir moteur et de son innervation. Le suc gastrique de ces malades a une réaction faiblement acide au tournesol, et réagit rarement au papier du Congo et au liquide de Gunzbourg. L'acidité totale varie de 0,10 à 2,20; la moyenne est de 0,82 p. 1000. L'acide chlorhydrique oscille de 0 à 0,71; la moyenne est de 0,16 p. 1000. Il faisait totalement défaut dans la moitié des observations et toujours dans les états de diarrhée et de cachexie pellagreuse. La quantité de chlore organique varie de 0,26 à 4,70; la moyenne est de 58 p. 100. La quantité des chlorures fixes varie de 0,44 à 2,17; la moyenne est de 4,47 p. 1000. Le chlore total oscille de 1,59 à 3, la moyenne étant de 2,36 p. 1000. La valeur du quotient varie de 0,50 à 3,56; la moyenne est de 4,60. La digestion stomacale s'accomplit lentement et insuffisamment comme le démontre l'absence ou la faible proportion de l'acide chlorhydrique libre, la faible quantité des peptones et du chlore organique indice du travail utile de l'estomac et la faible acidité; et d'une façon anormale comme l'atteste la présence du mucus et la production morbide des acides organiques, en particulier de l'acide lactique en grande abondance. La faible proportion de l'acide chlorhydrique libre et organique, qui s'accroît surtout dans la période de diarrhée et de cachexie, contraindiquerait une diète riche en substances albuminoïdes. Le lavage de l'estomac avec l'eau salée, l'administration après les repas d'acide chlorhydrique contribuent à améliorer l'état du chimisme gastrique et de là les fonctions digestives des pellagres. J. SÉGLAS.

XLVI. SUR LES RAPPORTS DE LA CÉCITÉ BILATÉRALE AVEC LES AFFECTIONS DES LOBES OCCIPITAUX; par le Dr SEPPILI (*Riv. sp. di fren.*, t. XVIII, fasc. 2, 1892.)

Voici les conclusions de ce travail : La cécité bilatérale peut dépendre d'une affection des deux lobes occipitaux. Lorsque la cécité apparaît des deux côtés, rapidement, à la suite d'un ictus

apoplectique, comme symptôme unique, l'examen ophtalmoscopique restant négatif et le réflexe pupillaire intact, on devra la rapporter à une lésion bilatérale de la région occipitale. — La cécité due à une lésion des deux lobes occipitaux tantôt se montre en même temps dans tout le champ visuel des deux yeux, tantôt apparaît en deux temps, se manifestant d'abord sous forme d'hémipie homonyme d'un côté, à laquelle, plus tard, s'associe l'hémipie homonyme de l'autre côté des champs visuels. J. SEGLAS.

XLVII. UN CAS DE PARALYSIE ISCHÉMIQUE CONSÉCUTIVE A UNE EMBOLIE DE L'ARTÈRE FÉMORALE; par F. CHVOSTEK. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, X, 2-3.)

L'étude clinique et physiologique enseigne que l'arrêt ou la gêne de la circulation consécutif à l'obturation du vaisseau a détruit tout d'abord la conductibilité du nerf moteur, a lésé ses organes terminaux (paralyse d'origine neurogène); puis, sont survenus des accidents nécrobiotiques, inflammatoires, atrophiques de la substance contractile, par suite d'un trouble de la circulation, d'une modification profonde de la nutrition. P. KERAVAL.

XLVIII. UN CAS D'HÉMORRHAGIE DU PONT DE VAROLE; par James RORIE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

Observation, accompagnée d'autopsie, et montrant une fois de plus les difficultés que présente la détermination du siège des lésions cérébrales soudaines. Sans le brusque arrêt respiratoire du début de l'attaque, sans la persistance de l'action cardiaque, très faible à la vérité, mais perceptible, on aurait très bien pu croire à l'existence d'une simple syncope. L'hémorrhagie dans le pont de Varole avait été si abondante, et la désorganisation des tissus était telle, qu'il a été impossible de déterminer quel était le vaisseau qui s'était rompu. R. M. C.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE
PATHOLOGIQUES.

I. DE L'HYPERESTHÉSIE OPTIQUE D'ORIGINE CÉRÉBRALE; par
C.-S. FREUND. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Anomalie du champ visuel non encore signalée dans les maladies nerveuses, suites d'accidents (hystérie traumatique). Champ

visuel remarquablement étendu, plus que normalement, pour le blanc, le bleu, le rouge et même le vert qui sont perçus dans l'étendue qui d'ordinaire est spéciale au blanc. Puis, à cette expansion des limites du champ visuel succède un rétrécissement, mais les couleurs sont encore perçues dans les limites extérieures du champ en question. Il y a donc eu surfonction, puis, par suite de l'épuisement, diminution de fonction. P. K.

II. LE SENS QUANTITATIF DES COULEURS DANS LES MALADIES NERVEUSES PRODUITES PAR LES ACCIDENTS; par WOLFFBERG. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Dans les mêmes conditions que celles qui ont été signalées par Freund, la faculté de perception de la quantité chromatique de la macula était normale; à l'intérieur du champ visuel rétréci les limites de perception pour les couleurs étaient relativement grandes et contiguës aux limites extérieures du champ visuel en question. Inversement les limites de la perception pour les couleurs se rapprochaient d'autant plus du point de fixation que la faculté de perception de la quantité chromatique était diminuée. Dans tous les cas d'hyperesthésie optique de Freund, il y avait, de concert avec l'agrandissement des limites du champ visuel pour les couleurs, toujours une augmentation de la faculté chromatique de la macula lutea. P. K.

III. CONTRIBUTION A L'INTERPRÉTATION DES APHASIES SOUS-CORTICALES; par BLEULER. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

La surdité verbale, dit l'auteur, n'est pas nécessairement le résultat d'une lésion centrale. L'intelligence des mots peut être supprimée du fait d'un trouble de l'ouïe sans que la perception d'autres qualités du son aient subi d'altération considérable. C'est une vue toute personnelle à M. Bleuler. P. K.

IV. UN CAS DE CHORÉE PROGRESSIVE (HÉRÉDITAIRE, D'HUNTINGTON) AVEC LÉSIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES; par P. KRONTHAL et S. KALISCHER. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Cas complexe. Si on en élimine les lésions imputables à un traumatisme ayant eu lieu huit jours avant la mort, une anomalie de structure de la pariétale ascendante droite, et quelques autres anomalies de formation, on se trouve en présence de dix-huit lésions grossières dont il est aisé de faire l'étude critique en les comparant aux lésions semblables relevées par les auteurs. On se trouve alors en présence des lésions suivantes dont on ne trouve pas mention ailleurs, c'est-à-dire qui n'ont pas été signalées dans la chorée chronique.

Ce sont : 1° l'hyperplasie avec dégénérescence de la commissure dans la partie moyenne de la moelle dorsale; 2° la dégénérescence des colonnes de Clarke; 3° l'arrêt de développement d'un des noyaux rouges de la calotte; 4° des altérations pathologiques très accusées de la substance du troisième ventricule. Sans vouloir expliquer par elles la chorée chronique, il convient cependant d'en faire une pierre d'attente. P. K.

V. CONTRIBUTION A LA MÉTHODE EXPÉRIMENTALE EN MATIÈRE DE PHYSIOLOGIE CÉRÉBRALE; par G. ROSSOLIMO. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Seize espèces de mutilations chez le chien.

Conclusion. — 1° Le mouvement de manège peut être chez le chien considéré comme la conséquence de la destruction de la plupart des parties du cerveau d'un côté; 2° la direction en varie suivant le lieu de la destruction effectuée; 3° le mouvement de manège qui a lieu du côté de la destruction tient principalement à un trouble du sens musculaire et probablement de la sensibilité cutanée; il suffit donc que le centre ou un point quelconque de cet appareil soit détruit pour qu'il se produise, peu importe à cet égard la région du cerveau; 4° le mouvement de manège qui a lieu du côté opposé à la destruction provient de la lésion de la partie correspondante de l'écorce et de la substance blanche sous-jacente qui avoisine l'appareil moteur et est destiné à l'ouïe et à la vue; la motilité et le sens musculaire doivent être conservés; 5° les sensations irrésistibles ressortissant à chacun de ces organes sensoriels, quel qu'il soit, correspondent aux organes périphériques du côté opéré; 6° quand on se borne à détruire le bord interne d'un des lobes occipitaux et en même temps la substance blanche sous-jacente, le corps calleux et le trigone, il se développe des mouvements irrésistibles en arrière; 7° les troubles psychiques produits par cette combinaison méthodique peuvent présenter certaines variétés en rapport avec les localisations cérébrales; 8° la cocaïne a la propriété d'exciter l'écorce et les régions motrices, sensorielles, psychiques de celle-ci; 9° elle renforce les mouvements irrésistibles existants; 10° elle est l'antagoniste de l'atropine; l'atropine, en effet, excite surtout les sphères sensorielles et psychiques du cerveau, mais diminue les mouvements irrésistibles et même les fait rétrocéder; 11° lorsqu'on a sectionné ou extirpé quelques parties du cerveau, l'introduction dans l'économie du poison cérébral révèle des troubles fonctionnels latents; 12° par cette méthode, on étudie avec fruit la pathogénie de quelques troubles fonctionnels du système nerveux. P. KÉRAVAL.

VI. DES ALTÉRATIONS DU BOUT CENTRAL D'UN NERF MOTEUR APRÈS LA LÉSION DU BOUT PÉRIPHÉRIQUE; par L. DARKSCHEWITSCH. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Etudes expérimentales chez le cobaye. Nombreuses figures.

Quand on lèse un nerf crânien moteur ou un nerf rachidien mixte, de sorte que toute régénération des fibres soit impossible,

il s'ensuit des altérations aussi bien dans les fibres du bout central que dans les éléments cellulaires qui donnent naissance aux fibres motrices. P. K.

VII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORIGINE ET DU TRAJET CENTRAL DU NERF AUDITIF; par S. KIRILZEW. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Voici quelques-uns des résultats obtenus :

1° Le noyau interne et le noyau de Deiters ne sont pas les postes terminaux des fibres du nerf acoustique, tout au moins de ses racines postérieures ; 2° le noyau antérieur et le tubercule acoustique sont des centres primaires des racines postérieures de l'auditif ; 3° les olives supérieures constituent aussi un des centres primaires du nerf auditif ; 4° les fibres de l'auditif qui se terminent dans les clives supérieures vont du tronc de l'auditif dans le corps trapézoïde et sont des fibres radiculaires, c'est-à-dire que, dans leur trajet, elles ne sont pas interrompues par des cellules nerveuses.

Il ne nous a pas été possible de décider si ces fibres appartiennent aux racines antérieures ou aux racines postérieures de l'acoustique ; 5° les barbes du calamus (stries acoustiques) proviennent du tubercule acoustique, entourent en haut le corps restiforme, se dirigent en bas et en avant obliquement, au delà du raphé, pour gagner l'olive supérieure du côté opposé, et se terminent probablement en partie dans cette dernière ; mais elles vont, pour la plupart, en s'associant au ruban de Reil inférieur, au segment postérieur du tubercule quadrijumeau postérieur ; on ne peut les suivre plus loin. Une fraction insignifiante des stries acoustiques gagne, à ce qu'il semble, l'olive supérieure du même côté ; et, plus haut, le tubercule quadrijumeau inférieur du même côté. L'entrecroisement des stries acoustiques dans le raphé a lieu au-dessus du corps rapézoïde.

Communication provisoire, les travaux de l'auteur n'étant pas terminés. P. K.

VIII. LES RACINES POSTÉRIEURES DE LA MOELLE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TABES DORSAL; par E. REDLICH. (*Jahrbuch f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Vingt observations de tabes à durée variable, dont six examens microscopiques ; une observation de compression des racines de la queue de cheval par tumeur (examen microscopique). L'auteur insiste sur les points suivants :

La dégénérescence tabétique des racines postérieures et les cas de tabes dépourvus de complexité, tiennent exclusivement à une lésion des racines postérieures dans leur trajet intramédullaire. Cette dégénérescence indique que le trajet des fibres radiculaires postérieures est bien celui qui a été décrit par les auteurs. Les

fibres radiculaires postérieures qui pénètrent dans la zone d'entrée radiculaire postérieure de Westphal (bandettes externes de Pierret avec une partie de la zone radiculaire moyenne de Flechsig) sont graduellement repoussées sur la ligne médiane par celles qui montent. En somme, chaque coupe transverse des cordons postérieurs, à part quelques portions dont l'origine comporte une autre explication, se compose des fibres des racines postérieures du segment de moelle en question qui affectent, dans la zone radiculaire, un trajet horizontal, et, au milieu, des fibres longitudinales des racines qui entrent dans la même zone au-dessous des premières; sur la ligne médiane également, on trouve des fibres ascendantes provenant des racines sous-jacentes et se réunissant, en cet endroit, au faisceau de Goll.

Dans ces conditions, le tabes comprend trois zones de dégénérescence : celle des fibres radiculaires émanées des parties inférieures de la moelle; sur la ligne médiane, celle des racines entrant dans le segment de moelle déterminé; sur le bord médian de la corne postérieure, entre les deux autres zones, celle des racines des parties un peu plus profondes.

La dégénérescence cesse sur une étendue qui longe la commissure postérieure, parce que les fibres de cette partie, ainsi que le démontre l'expérimentation, proviennent de la substance grise. En même temps que le faisceau de Goll, dont elle est l'homologue dans la moelle lombaire, dégénère une zone qui occupe la périphérie postérieure et l'extrémité postérieure de la scissure postérieure. Cette zone contient des fibres ascendantes. Il y a moins de fibres dégénérées dans la partie antérieure du faisceau de Goll (moelle cervicale), parce que là au faisceau de Goll s'ajoutent des fibres de la corne postérieure.

Le tabes n'est pas une affection systématique, il résulte simplement de la dégénérescence des fibres radiculaires postérieures intramédullaires. La zone marginale de Lissauer participe à cette dégénérescence. Dans la substance gélatineuse, les fibres fines sont plus ou moins dégénérées; parmi les grosses fibres, celles qui ont un trajet horizontal sont nettement dégénérées; quant à l'état des fibres longitudinales, il est inconstant. Les altérations du trajet extramédullaire des racines postérieures marchent parallèlement aux altérations de la moelle. Pas d'altérations marquées des ganglions spinaux. P. K.

IX. RECHERCHES SUR LA MANIÈRE D'ÊTRE DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE ET SUR CELLE DU SENS DE L'ODORAT ET DU GOÛT CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX; par S. KORNFELD et G. BIKELES. (*Jahrbuch. f. Psychiat.* XI. 3.)

Examen de quatre-vingts malades. Rareté de l'anesthésie et de l'analgésie, mais fréquence assez notable de l'hypalgésie. Plus mar-

qués et plus fréquents sont les troubles de la sensibilité, quand on procède à l'examen au moyen de l'œsthésiomètre en compas, à la recherche de la faculté de localisation des impressions tactiles et du sens de la force. Troubles considérables de l'odorat; certains malades ne peuvent apprécier certaines substances; quelques autres, tout en sentant, ne peuvent spécifier l'odeur; chez d'autres, la perception est tout à fait lésée; d'autres, enfin, attribuent une odeur à des substances qui n'en ont pas. Quelques faits témoignent des sensations après coup. Sens du goût assez souvent affaibli; affaiblissement simple et confusion de substances gustatives. P. K.

X. RECHERCHES SUR L'ÉTAT DES PUPILLES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX; par S. KORNFELD et G. BIKELES. (*Jahrbuch f. Psychiat.*, XI, 3.)

Cinquante-huit malades. Tableaux nombreux.

Au début, les pupilles sont toujours dilatées. Un cas de perte de la réaction à l'accommodation avec conservation de la réaction à la lumière (interruption des connexions entre le centre accommodateur et le centre sphinctérien). Existence de la réaction pupillaire sous l'influence des excitants sensitifs malgré l'hypoalgésie: absence de la réaction pupillaire sous l'influence des excitants sensitifs sans hypoalgésie ou avec hyperalgésie. (Plusieurs faits des diverses catégories.) La réaction synergique d'une pupille par excitation de l'autre, peut exister quand il y a perte de réaction à la lumière, cela des deux côtés (quelques cas).

La plupart des observations témoignent d'un antagonisme entre le sympathique et l'oculo-moteur commun; cet antagonisme permet d'expliquer ces états complexes mais d'autres cas ne permettent de formuler aucune hypothèse à ce sujet.

Trois observations décelant un myosis bilatéral avec absence de réflexe tendineux patellaire. P. K.

XI. LA DÉGÉNÉRESCENCE EXPÉRIMENTALE ASCENDANTE DES NERFS CRANIENS, MOTEURS ET SENSITIFS; par E. BREGMANN. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Conclusions. — Chez le lapin adulte, à la suite de la section des nerfs sensitifs (longue portion du trijumeau) et moteurs (facial, courte portion du trijumeau, nerfs des muscles de l'œil), il se produit une dégénérescence de leurs fibres radiculaires intracérébrales. La partie de la racine qui avoisine le centre dégénère la première, du moins en ce qui concerne le facial. Ce ne sont d'abord que quelques fibres, mais plus l'animal survit à l'opération, plus s'étend la dégénérescence; au bout du cinquième jour, la racine du facial arraché, a complètement dégénéré. La dégénérescence survient, quel que soit l'endroit où l'on a pratiqué la section, à la péri-

phérie du nerf, près de ses attaches au centre, ou au centre même, mais, dans ce dernier cas, la dégénérescence est plus rapide. La méthode de Marchi est excellente pour permettre de suivre des trousseaux de fibres intra-cérébrales et donne d'excellents résultats. Qu'on relise avec soin les détails dans le mémoire (huit planches à l'appui.)

P. KERAVAL.

XII. DES RACINES DU TRIJUMEAU DANS LE CERVEAU DE L'HOMME AVEC QUELQUES REMARQUES D'ANATOMIE COMPARÉE; par A. PONIATOWSKY (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Embryon humain de 42 à 44 centimètres de long et quelques animaux (chat, cobaye, cheval, chèvre, carpe, chien nouveau-né). *Conclusions.* Les racines *sensitives* du trijumeau se composent de : 1° la racine ascendante dont les fibres prennent naissance dans la région des cellules de la base de la corne postérieure et très probablement aussi dans la tête de la corne postérieure; — 2° les fibres provenant du noyau sensitif du même côté; — 3° les fibres du noyau sensitif du côté opposé. Il est plus que douteux que le *locus caeruleus* fournisse des fibres au noyau sensitif du trijumeau et au faisceau cérébelleux.

Les racines *motrices* se composent de : 1° les fibres du noyau moteur du même côté; — 2° les fibres du noyau moteur du côté opposé; — 3° la racine descendante.

P. KERAVAL.

XIII. DE L'ÉTAT DES GANGLIONS SPINAUX DANS LE TABES DORSAL; par R. WOLLENBERG. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Quatorze observations. Lésions des fibres nerveuses, du tissu conjonctif interstitiel et des cellules elles-mêmes. Ces lésions sont : à pigmentation anormale, état trouble et dégénérescence grasseuse du protoplasma, vacuolisation et destruction de la cellule. Quand la dégénérescence peut être suivie (obs. 1 et 2), on voit que les fibres nerveuses participent à l'altération et dans une mesure qui croît de la périphérie au centre, de sorte que, dans l'espèce considérée ici, le tiers de l'organe ganglionnaire qui avoisine la moelle était presque dépourvu de fibres, ce qui prouve que le processus ne tient pas au ganglion spinal. Tous les éléments du ganglion sont altérés et la destruction de ses cellules survient quand il y a eu rétraction de l'organe en question.

Genèse. Il est probable que la cause nocive du tabes, quelle qu'elle soit, agit surtout sur les cordons postérieurs de la moelle et, par continuité, par l'intermédiaire des racines postérieures, jusqu'aux cellules des ganglions spinaux, où finalement elle produit ses ravages. Mieux encore, dans le voisinage de la lésion de la moelle, se développe une périnévrite qui, graduellement, détermine la destruction des éléments nerveux, fibres d'abord, cellules ensuite,

du ganglion. Témoins ces cas (obs. 1 et 2) dans lesquels on trouva : multiplication énorme des noyaux du tissu conjonctif interstitiel, stase sanguine extrême, développement exagéré des vaisseaux. Ceci explique cliniquement les phénomènes d'irritation du système nerveux sensitif dans le tabes. P. KERAVAL.

XIV. LES CIRCONVOLUTIONS ASCENDANTES COMME ORGANE CENTRAL DES CORDONS POSTÉRIEURS ET DU TRIJUMEAU; par O. HÆSEL. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Analyse anatomique de l'encéphale d'une idiote, épileptique depuis l'âge de trois semaines, hémiplégique à droite avec atrophie et contracture du bras, morte à cinquante-deux ans. On trouve une polioencéphalite ancienne descendante du côté gauche; il existe une perte de substance qui comprend l'écorce et la substance blanche de la pariétale jusqu'au lobule paracentral, la partie avoisinante du lobule pariétal supérieur et la substance blanche de la partie supérieure de la frontale ascendante. Il s'agit évidemment d'un foyer qui s'est produit à l'âge de trois semaines. L'étude complète et méthodique des altérations secondaires provoque les conclusions suivantes de la part de l'auteur.

1° Le foyer des circonvolutions ascendantes est l'auteur des dégénérescences secondaires minutieusement décrites. — 2° Les pyramides se terminent dans l'écorce ainsi que l'a indiqué Flechsig et en suivant le trajet qu'il a décrit et qu'a confirmé Turk en étudiant les dégénérescences secondaires. — 3° Les fibres qui viennent du noyau d'origine des cordons postérieurs et qui passent ainsi qu'il est indiqué dans le mémoire, dans le ruban de Reil, ont aussi pour centre cortical les ascendantes. — 4° La plus grande partie des fibres de l'entre-croisement supérieur des pyramides de Meynert ne vont pas dans la couche intermédiaire des olives ni dans la couche du ruban de Reil, elles gagnent, en croisant le corps restiforme, le cervelet (*nouveau*). — 5° Les ascendantes sont le centre cortical non seulement des cordons antérieurs et latéraux (faisceau pyramidal de Flechsig) mais encore des cordons postérieurs puisque les fibres de ceux-ci vont dans la partie principale du ruban de Reil. — 6° Les ascendantes du côté gauche doivent, par le ruban de Reil, rejoindre le noyau sensitif du trijumeau droit; cette connexion représente le trajet central de certaines fibres du trijumeau. — 7° Le noyau sensitif du trijumeau est un organe qui correspond surtout au noyau interne de Burdach. — 8° Les fibres du trijumeau, prenant leur origine dans ce noyau, vont, de concert avec les fibres du noyau d'origine des cordons postérieurs, dans le ruban de Reil, et, delà, à l'écorce des circonvolutions ascendantes. — 9° Par conséquent les circonvolutions ascendantes sont le centre cortical du trijumeau. — 10° Il existe une voie de communication entre les ascendantes d'un côté et l'hémisphère cérébelleux de l'autre côté. — 11° Les ascendantes ne doivent pas être désignées sous le nom de zone exclusivement motrice; certainement ces organes doivent, sinon exclusivement, du moins pour une grande part, présider à des fonctions sensitives. P. KERAVAL.

XV. ORIGINE GASTROPATHIQUE DES NÉVROSES ET PSYCHOSES : LEUR GÉNÈSE; par K. ALT. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Il existe des malades qui, en même temps que des troubles digestifs, éprouvent des accidents nerveux. Les uns constituent de vraies gastropathies, les autres ne sont que des névroses fonctionnelles irradiées. Entre ces deux groupes il y a des formes intermédiaires ayant pour symptômes communs : l'angoisse précordiale, certaines sensations de nature hypochondriaque, de légères anomalies de l'humeur. Douze observations. La dyspepsie, continue l'auteur, provoque la névrose gastrique (malaises et état mental connus) qui dégénère en psychopathie. Mais le terrain est préparé par l'hérédité ou par des influences nocives ayant miné l'individu par des atteintes répétées. Quoi qu'il en soit, quand les extrémités nerveuses de l'estomac ont été longtemps irritées et qu'elles ont agi sur les origines bulbaires du pneumogastrique, il se développe de l'angoisse et le cerveau perçoit des sensations anormales, les centres sont dans un état d'équilibre instable si bien, qu'au moindre choc, périphérique ou émotif, l'angoisse revêt une forme concrète (hallucinations sensorielles). Le moi, en présence de l'anxiété et des hallucinations, construit un délire qui s'appelle hypochondriaque.

P. K.

XVI. CONTRIBUTION A LA CASUISTIQUE DES AFFECTIONS EN FOYER DE LA PROTUBÉRANCE; par MARTIN BRASCH. (*Neurol. Centralbl.*, 1892.)

Homme de quarante-sept ans, ni neuropathique, ni syphilitique. En 1888, parésie du droit interne gauche. Le 1^{er} novembre 1890, récédive; 14 jours après, blépharoptose, parésie du droit externe droit, puis, vertige, faiblesse des extrémités du côté droit. Au début de décembre, parésie bilatérale de l'oculo-moteur externe; à droite, paralysie complète de tous les rameaux de l'oculo-moteur commun; à gauche, paralysie totale du rameau interne de ce nerf. A droite, en outre, anesthésie des deux branches supérieures du trijumeau et parésie du facial supérieur et inférieur. Parésie du bras et de la jambe gauche. Nul autre trouble de la sensibilité, ni des réflexes. Intégrité des organes des sens et des organes internes. Plus tard, paralysie des quatre extrémités avec, par intervalles, blépharoptose, disparition des réflexes patellaires, troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation, de la respiration, dysarthrie. Mort. *Autopsie*. Moelle : lésion des cellules des cornes antérieures (moins dans la moelle lombaire, considérable dans la moelle dorsale et cervicale), lésions alternes dans les cordons postérieurs et latéraux ainsi que dans les racines, lésions vasculaires de moyenne intensité. — Bulbe : dégénérescence de presque tous les noyaux (excepté de l'acoustique) et des pyramides. Dans la moi-

tié droite de la protubérance un foyer englobe le faisceau d'émergence du facial et du trijumeau; il a détruit le noyau de ce dernier nerf et a empiété sur le faisceau pyramidal, tandis qu'il a épargné le noyau du facial. Lésions isolées du noyau de l'oculo-moteur externe, des segments postérieurs des noyaux de l'oculo-moteur commun, des faisceaux longitudinaux postérieurs, du ruban de Reil du côté gauche, d'une petite zone du pédoncule cérébral droit.

P. K.

XVII. NOTE SUR UN CAS DE DÉGÉNÉRESCENCE TUBERCULEUSE DES CAPSULES SURRÉNALES SANS COLORATION BRONZÉE DE LA PEAU CHEZ UN ALIÉNÉ; par ERIC FRANCE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1891.)

C'est surtout parce qu'il s'agit d'un aliéné, et parce la maladie a évolué entre l'âge de 61 ans et celui de 70 ans que l'observation est intéressante, car les cas de dislocation du syndrome anatomochimique d'Addison ont cessé d'être très rares, et l'on peut encore observer assez longtemps le bronzage de la peau sans lésion surrénale, ou la lésion surrénale dans bronzage cutané.

R. M. C.

XVIII. UN CAS DE TUMEUR INTRA-CRANIENNE; par CONOLLY NORMAN. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

Observation, accompagnée de planches photographiques, d'une tumeur qui occupait les extrémités antérieures de la première, de la seconde et de la troisième circonvolution temporale, ainsi que la partie externe de l'extrémité antérieure du gyrus occipito-temporal latéral. L'intérêt de ce cas réside presque tout entier dans l'autopsie, car l'observation clinique fait à peu près complètement défaut.

R. M. C.

XIX. UN CAS DE TUMEUR ENDOTHÉLIALE DE LA DURE-MÈRE; par F. LISHMAN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, buveur et admis à l'asile pour démence; il était aphasique et ne pouvait prononcer que quelques mots; il était devenu paraplégique à la suite d'attaques apoplectiques répétées; il succomba à une nouvelle attaque.

A l'autopsie, on trouve les membranes épaissies et opaques, mais non adhérentes: les vaisseaux de la base sont très athéromateux. Les circonvolutions sont atrophiées, le tissu cérébral mou et spongieux. Il y a un vaste ramollissement du bord du lobe temporo-sphénoïdal gauche, et d'autres foyers nombreux de ramollissement dans les deux hémisphères. La tumeur siège dans la fosse cérébrale moyenne gauche, à sa partie antérieure, à un pouce environ de la ligne médiane, et elle adhère au bord postérieur de la face

supérieure de la grande aile du sphénoïde, et prend son origine dans la dure-mère; elle a le volume d'une noix; sa consistance est ferme, sa couleur gris rosé. — L'auteur a relaté ce cas à cause de son intérêt anatomo-pathologique et de sa rareté, bien plutôt qu'à cause de sa valeur clinique; car le diagnostic, avant l'autopsie, était impossible. Au microscope, la coupe de la tumeur présente l'aspect caractéristique de l'endothéliome. En terminant, et pour éviter toute confusion, l'auteur entre dans des considérations intéressantes sur le diagnostic différentiel histologique de l'endothéliome et de quelques autres tumeurs (par exemple, le sarcome alvéolaire) dans la composition desquelles figure l'élément endothélial. R. M. C.

XX. DEUX CAS DE PACHYMÉNINGITE HÉMORRHAGIQUE INTERNE; par Hubert C. BRISTOWE. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1893.)

L'auteur examine ces deux cas au point de vue du mécanisme de production de la pachyméningite hémorragique.

Dans le premier cas, on trouvait une seule poche membraneuse, contenant du sang fluide, sans aucune trace de caillot organisé; l'aspect de la lésion, soit à l'œil nu, soit au microscope, n'avait rien d'incompatible avec l'hypothèse d'une inflammation ancienne.

Dans le second cas, il existait deux poches membraneuses, la gauche contenant du sang fluide, la seconde ne renfermant que du sérum limpide: la poche droite avait des parois plus minces que la poche gauche, et rien n'indiquait qu'elle eût été en contact avec du sang épanché: on peut bien à la vérité objecter que la poche incolore s'était décolorée, et qu'elle était d'origine hémorragique; mais alors pourquoi était-elle plus mince et plus délicate que celle qui contenait du sang? Pourquoi même existait-il une poche? Pourquoi ne contenait-elle qu'un sérum limpide? Et pourquoi n'y avait-il plus trace de sang?

Au point de vue clinique, il s'agissait de deux cas de paralysie générale, sans particularité spéciales à noter. L'auteur pense que dans les deux cas, la cause immédiate de la mort a été une hémorragie dans l'intérieur de la poche. Il fait remarquer en terminant que dans ces deux cas, les lésions observées peuvent aussi être rapportées à une inflammation ancienne qu'à une hémorragie, et que, en outre, la théorie hémorragique ne rend que très difficilement compte des lésions observées dans le deuxième cas.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXI. NOUVELLE COMMUNICATION RELATIVE A L'ÉTUDE DU TRAJET DU RUBAN DE REIL DANS L'ÉCORCE ET DES FIBRES CENTRALES DU TRIJUMEAU CHEZ L'HOMME; par HÆSEL. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXV. 1.)

Seconde observation de dégénérescence secondaire du ruban

de Reil et des fibres centrales du trijumeau qui occupent ce système, à la suite d'un foyer ayant détruit le segment le plus postérieur de la couche optique et le segment le plus antérieur de la calotte ; atteinte simultanée de plusieurs points des fibres optiques centrales. Dans l'étude analytique de ces altérations l'auteur voit ce qui suit :

« La plupart des fibres provenant des noyaux des cordons postérieurs, qui se réunissent après entre-croisement dans la partie fondamentale du ruban de Reil, se divisent, à la hauteur du noyau rouge (de Stilling) en deux trousseaux ; un trousseau antéro-postérieur et un trousseau latéral qui convergent vers le centre du corps cupuliforme de Flechsig d'où ils repartent. Le trousseau latéral repart le premier ; puis c'est le trousseau antéro-postérieur, en passant sous le corps genouillé interne ; ils se dirigent latéralement et verticalement vers la capsule interne. Là, à l'extrémité la plus postérieure du segment externe du noyau lenticulaire, ils s'en vont, avec les fibres des pyramides, dans la couronne rayonnante, jusqu'aux circonvolutions ascendantes. En ce qui concerne le trijumeau, il y a des fibres de ce nerf qui, issues de son noyau sensitif, s'en vont, après entre-croisement, gagner un territoire de substance blanche situé entre le pédoncule cérébelleux postérieur et le locus cœruleus, pour de là, s'accoler à la partie fondamentale du ruban de Reil, et, de concert avec celle-ci, joindre l'écorce des ascendants.

Voici maintenant les rapports du faisceau pyramidal, de la portion corticale du ruban de Reil, de l'irradiation optique :

Dans la région postérieure de la capsule interne, tout à fait en arrière, existe le pinceau des fibres de l'irradiation optique centrale, qui, parties du lobe occipital, rejoignent les ganglions optiques sous-corticaux. En avant d'elles s'infléchit dans la capsule interne le faisceau cortical du ruban de Reil avec le faisceau pyramidal ; ces deux trousseaux se sont réunis en partant des ascendantes. Or les fibres pyramidales rassemblées dans la capsule interne vont au pédoncule cérébral ; le ruban de Reil cortical entre directement dans la couche optique. L'irradiation optique reste donc, infra, sur le corps genouillé interne, abandonne une partie de ses fibres au pulvinar et au corps genouillé externe, contourne le noyau rouge de Stilling et plonge en arrière et en bas dans les noyaux du cordon postérieur du côté opposé. En somme, dans le tiers postérieur de la capsule interne, mais en avant de l'irradiation optique, il y a ensemble ruban de Reil cortical et fibres pyramidales, c'est-à-dire deux systèmes.

P. KERAVAL.

XXII. UN CAS D'HÉTÉROTOPIE DE LA SUBSTANCE GRISE DANS LES HÉMI-SPHÈRES CÉRÉBRAUX ; par M. MATELL. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 1.)

Chez une idiote épileptique de vingt-cinq ans, on trouve un cerveau petit, mais sans lacunes. Or, au beau milieu du centre ovale de Vieussens, existe une substance grise semblable à l'écorce, avec laquelle elle est en communication par des faisceaux de substance blanche. Cette substance grise incluse dans la substance blanche ordinaire a la même structure que la couche profonde de l'écorce. Conformément aux travaux de Vignal, l'hétérotopie a dû se produire dans le sixième mois intra-utérin. Par suite d'un trouble dans le développement des fibres blanches, les cellules embryonnaires indifférentes se sont transformées en substance grise pour remplir la place que laissait vide la substance blanche manquante, ou, si l'on préfère, il y a eu dans l'œuf adultération histogénétique des cellules embryonnaires destinées à former des fibres blanches qui sont, par suite, anormalement devenues de la substance grise. P. K.

XXIII. LES CONSÉQUENCES MÉCANIQUES D'UNE TUMEUR CÉRÉBRALE ; par SOMMER. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 1, 2.)

Homme de quarante-deux ans ; depuis neuf mois, céphalalgies fréquentes et violentes ; il y a six mois, syncope avec affaiblissement passager du bras droit. Tout dernièrement, il se montre froid à l'égard de son entourage, se plaint de céphalalgie. Sensibilité à la pression seule du pariétale gauche ; légère parésie du facial inférieur droit. Pas de paralysie. Papille étranglée. Paraphasie en répétant ; peine à trouver les noms des objets ; comprend mal les figures mathématiques, bien qu'il soit conducteur de travaux d'architecture ; calcul presque impossible ; lit mal ; ne peut écrire spontanément, ni sous la dictée, mais copie exactement. Plus tard, le trouble de la parole augmente. On diagnostique une tumeur de la convexité de l'extrémité postéro-supérieure du lobe temporal gauche. Et, en effet, on enlève une masse (endothéliome), grosse comme le poing, adhérente à la dure-mère. A la suite de l'opération, paralysie des extrémités droites, impossibilité de parler ; mort trois jours après.

Autopsie. Bien qu'on ait enlevé la tumeur, l'hémisphère gauche est volumineux ; au voisinage des endroits lésés, anomalies des sillons. La tumeur, dont l'opérateur n'avait laissé que des fragments tout à fait en arrière, occupait toute la région comprise entre le milieu des 1^{re} et 2^e temporales ; le lobule pariétal inférieur, les circonvolutions de l'insula. La mort a dû avoir lieu par décompression trop brusque d'une masse ayant exercé une compression lente. La résection fragmentaire vaut mieux. P. K.

XXIV CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE ASCENDANTE DES NERFS CRANIENS MOTEURS CHEZ L'HOMME; par C. MAYER (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 1, 2.)

Deux observations : OBSERVATION I. Carie du rocher ayant détruit le facial. Dégénérescence de ce nerf jusqu'à son noyau sans qu'il y ait eu de signes d'inflammation aiguë. — OBSERVATION II. Oculomoteur commun gauche englobé dans un néoplasme d'origine méningée; atrophie du nerf, mais limitée à son trajet extramédullaire; il n'y a pas eu ici de dégénérescence ascendante, parce qu'il y a eu compression lente. P. K.

XXV. DES FORMES ATYPIQUES DE LA GLIOSE SPINALE; par H. OPPENHEIM. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 2.)

Voici des espèces de syringomyélie résultant d'une localisation insolite des lésions en question dans la moelle, soit *in situ*, soit par expansion, — ou de la combinaison polymorphe de la syringomyélie avec des lésions diffuses ou systématisées de la substance blanche : 1° processus gliomateux limité à la substance grise ou à la moitié de la substance grise (cas de Rossolimo, Déjerine et Soltas); 2° gliose atteignant les deux côtés de la moelle cervicale et la substance grise de la moelle dorsale d'un côté sur une longue étendue, ou une seule corne postérieure de la moelle dorsale; 3° cas particulièrement difficiles dans lesquels la lésion, en forme de tumeur, fuse dans la moelle dorsale inférieure et monte en suivant la corne postérieure jusqu'en haut (observation); 4° localisation de l'affection à la moelle lombaire d'un côté (observation); 5° pseudotabes gliomateux : Friedreich, Simon, Schuele, Fuerstner et Zacher, Oppenheim, Eisenlohr; action de la syphilis : Eiseulohr, Nonne, Jeorow. Les coudes blancs sont lésés de sorte que, pendant longtemps, on diagnostique un tabes dorsal, puis le malade devient dément paralytique; l'autopsie révèle : dégénérescence des cordons postérieurs, gliose, syringomyélie. S'agit-il là d'un tabes combiné à la syringomyélie ou d'une forme spéciale de la syringomyélie qui, prolongée dans le territoire des cordons postérieurs, produit les symptômes tabétiques? La question n'est pas encore jugée, mais l'auteur penche pour la dernière hypothèse, à raison, dit-il, de l'identité des deux substratums anatomopathologiques; 6° gliose bulbaire. Sous cette dénomination, il faut comprendre, non les cas dans lesquels la lésion syringomyélique en se propageant au bulbe provoque des symptômes bulbaires, compliquant des lésions antérieures, mais les cas rares dans lesquels la lésion d'emblée se développe dans le bulbe et produit, par suite, aussitôt les phénomènes bulbaires. (Thèse de H. Brunzlow, Demhardt...) — L'étude analytique des symptômes dans leurs rapports avec les localisations

anatomiques est fort bien faite dans toute l'étendue du mémoire de M. Oppenheim. P. K.

XXVI. UN CAS DE LÉSION SECONDAIRE DE LA COUCHE OPTIQUE ET DE LA RÉGION SOUS-THALAMIQUE; par A. MEHANN. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 2.)

Observation : On trouve chez un enfant de trois ans un foyer dont la nature et l'origine sont inconnues, foyer qui a détruit le lobule pariétal inférieur, la première temporale, les circonvolutions de l'insula et la substance blanche sous-jacente de ces trois régions, l'avant-mur, le putamen, la tête du noyau caudé, les fibres blanches provenant des deux ascendantes. Disparition correspondante de la pyramide. L'enfant, malgré cela, marchait sans présenter de phénomènes spasmodiques; il pouvait encore se servir de son bras qui était un peu contracturé, et sa sensibilité était intacte.

Les dégénérescences secondaires très étendues sont exactement réparties comme chez les animaux auxquels on a enlevé, dès les premiers jours qui suivent la naissance, de vastes portions du cerveau. Ces dégénérescences atteignent toute la capsule interne moins le trousseau postérieur et le trousseau antérieur des trois quarts internes du pédoncule cérébral y compris le faisceau pyramidal, les fibres qui vont de l'écorce à la couche optique et les cellules nerveuses des divers noyaux de la couche optique et de la région sous-thalamique en relation avec ces fibres-là; des fibres qui paraissent relier le foyer cortical au corps genouillé interne, le corps de Luys, la substance noire; le corps genouillé interne du côté du foyer (à droite).

Parties restées normales. Ce sont : le tubercule antérieur de la couche optique; le faisceau de Vicq-d'Azyr; les tubercules mamillaires; le pilier antérieur du trigone et ses trousseaux; les tubercules quadrijumeaux; la bandelette optique; le corps genouillé externe; les faisceaux irradiant de la couche optique; le pulvinar. Toutefois, la bandelette optique, le corps genouillé externe, le pulvinar, et les irradiations de la couche optique sont peut-être un peu moins développés que normalement, notamment le pulvinar, bien que le microscope ne décèle pas traces de dégénérescence. Intégrité des noyaux et des racines des nerfs crâniens y compris le trijumeau. L'analyse anatomique complète et l'examen correspondant des observations

analogues aboutissant aux conclusions suivantes de l'auteur :

1° La partie corticale du ruban de Reil est composée de fibres qui proviennent directement des cellules nerveuses originelles du cordon postérieur du côté opposé et notamment de la partie médiane du noyau de Burdach; 2° les cellules de la partie postérieure du noyau rouge de Stilling envoient leurs cylindraxes en bas dans le pédoncule cérébelleux supérieur du côté opposé; 3° par l'intermédiaire de la substance grise protubérantielle, un des hémisphères cérébraux commande au pédoncule cérébelleux moyen du côté opposé et à l'hémisphère cérébelleux correspondant à celui-ci; 4° le corps genouillé interne dépend de l'écorce cérébrale; 5° le corps de Luys dépend aussi du corveau, mais les segments antérieurs du corps strié (noyau caudé) et du putamen sont ceux qui sont en étroit rapport avec ce corps, par l'intermédiaire de l'anse du noyau lenticulaire; 6° le corps de Luys n'a rien à voir avec le nerf optique (intégrité de la bandelette optique), les prétendues fibres de la bandelette originaires du corps de Luys sont des parties constitutives de l'anse du noyau lenticulaire; 7° la commissure de Meynert n'est pas le lieu d'entre-croisement du ruban de Reil; elle n'unit point le noyau lenticulaire avec le corps de Luys du côté opposé; 8° l'intégrité complète et bilatérale des noyaux bulbaires et protubérantiels des nerfs craniens prouvent que le trijumeau n'est point en relations directes avec les ascendantes du côté opposé; 9° les divers noyaux de la couche optique ne sont pas des organes indépendants; la plupart de leurs cellules dépendent pleinement de l'écorce. Bien plus, chaque segment de la couche optique est en rapport avec une région déterminée, circonscrite, de l'écorce; la destruction de chaque région corticale entraîne une destruction de tel ou tel noyau de la couche optique, les autres restant normaux; 10° le corps genouillé interne se conduit, par rapport à l'écorce, comme le corps genouillé externe et les noyaux de la couche optique. Il y a longtemps que de Gudden a démontré, et que cela a été confirmé depuis, que la couche optique, après destruction d'une moitié du cerveau, se rétracte, le corps strié demeurant intact. La relation de chaque noyau de la couche optique avec telle ou telle région de l'écorce est une découverte de Monakow. P. KERAVAL.

XXVII. CONTRIBUTION A LA LOCALISATION DU CENTRE DE LA VESSIE, DU RECTUM, ET DE L'ÉRECTION CHEZ L'HOMME; par A. SARBO. (*Archiv f. Psychiat.* XXV, 2.)

Il s'agit d'un homme ayant fait une chute de cinq étages; d'abord paraplégique, il put ensuite se remettre à marcher, récupérer la sensibilité, mais non les fonctions recto-vésicales

(incontinence) ni les érections. Quinze ans plus tard, il se produit des élancements dans les jambes qui redevennent impotents; les fléchisseurs n'agissent que faiblement; on constate de l'anesthésie anale et périnéale, de l'anesthésie scrotale, pénienne, urétrale. Il meurt d'un carcinome pulmonaire. L'autopsie révèle une myélite chronique traumatique occupant surtout la région des troisième et quatrième paires sacrées: en cet endroit, il n'y a plus de substance nerveuse, les fibres radiculaires seules sont partiellement conservées. Comparé aux autres observations du même genre et aux études de physiologie expérimentale, ce fait prouve que le centre de la vessie, du rectum, de l'érection occupe dans la moelle sacrée la région originaire des quatre premières paires sacrées. P. K.

XXVIII. CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DES LÉSIONS SPINALES OBSERVÉES DANS LE COURS DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE; par M. NAME. (*Archiv f. Psychiat.* XXV. 2.)

Deux observations ayant pour caractères communs l'existence d'un grand nombre de symptômes tabétiques, mais sans que ceux-ci se groupent en ce complexe classique qui permet de diagnostiquer le tabes vrai; jamais, par exemple, il n'y a de troubles pupillaires; en revanche, quelques symptômes s'y joignent qui appartiennent à la lésion des cordons latéraux. L'autopsie explique ces particularités. Elle montre en effet des foyers disséminés sans ordre, ne venant former un champ étendu de dégénérescence que par confluence. C'est ainsi que, dès le début des altérations, on voit les cordons antérieurs et latéraux atteints. En ce qui concerne les cordons postérieurs, il y a intégrité des zones de Lissauen si prématurément dégénérées dans le tabes; à côté de cela, de même que dans le tabes, les parties les plus antérieures des zones antérieures et l'étroite lésion qui caresse le bord interne des cornes postérieures restent indemnes; indemnes aussi les cornes grises. A l'inverse de ce qui a lieu dans le tabes, dégénérescence exceptionnelle des fibres fines des colonnes de Clarke. Lésions des parties moyennes des zones radiculaires; atteinte précoce de la moelle cervicale plus atteinte que les parties inférieures de la moelle (processus plutôt descendant qu'ascendant); intégrité absolue de racines postérieures.

Du reste, il n'y a pas rétraction des cordons postérieurs; les gaines myéliniques sont tuméfiées, l'hyperplasie névroglie rétro-cède. Epaissement hyalin uniforme des parois des capillaires; les espaces lymphatiques périvasculaires dilatés sont faits de masses de myéline et de détrit. Ce processus tend à se généraliser à toute la moelle.

On s'explique le défaut de concordance entre les lésions et le tableau clinique, et surtout la conservation ou la faible atteinte

des fonctions malgré l'étendue des altérations, par ce fait que partout il y a encore intégrité d'un nombre respectable de tubes nerveux (conservation de la conductibilité). L'intégrité des cornes grises postérieures et des racines postérieures rend compte du non-ralentissement de la sensation douloureuse, de l'absence de douleurs lancinantes pénibles. En revanche, de petits foyers parenchymateux dans les cordons latéraux ou antérieurs expliquent les quelques convulsions cloniques notées dans certains groupes musculaires isolés.

La moelle cervicale est plus fortement atteinte que la moelle lombaire, et cependant les extrémités supérieures ne présentent pas toujours des symptômes plus accusés que les membres inférieurs ; cela tient à ce que le contrôle de l'œil agit plus et mieux sur les bras et les mains et s'oppose ainsi à l'ataxie supérieure.

Pathogénie obscure. Courte durée : quatre mois à un an. P. K.

XXIX. DE LA MANIÈRE D'ÊTRE DES FIBRES TANGENTIELLES DE L'ÉCORCE DU CERVEAU CHEZ LES IDIOTS ; par O. KLINKE. (*Archiv f. Psychiat.* XXV 2).

Douze observations. — *Conclusions* : 1° Les troubles de la nutrition générale que l'on observe chez les idiots arrêtent le développement des fibres tangentielles ; 2° les attaques convulsives épileptiques précoces qui précèdent le parachèvement du développement de ces fibres exercent dans l'espèce une action nuisible ; 3° les progrès de l'âge déterminent une faible diminution des fibres en question, diminution qui prend une intensité considérable dans la démence sénile ; 4° la diminution des fibres en question dans la démence paralytique peut dépasser de beaucoup celle que l'on observe chez quelques idiots ; 5° le nombre des fibres, qui n'est pas égal pour chacune des provinces du cerveau, révèle des chiffres des plus élevés pour les ascendantes droites ; le chiffre le plus fort après ceux-ci concerne le lobe occipital droit ; 6° les fibres les plus belles se rencontrent généralement dans les ascendantes droites ; il en existe aussi de bien développées en d'autres parties du cerveau ; les plus fines se rencontrent dans les frontales et le lobe occipital ; 7° constance de la raie de Germain. Celle de Baillarger est fréquemment double dans les lobes frontaux ; on la rencontre parfois aussi dans les ascendantes droites ; 8° en quelques cas, il y a correspondance entre l'âge auquel le cerveau de l'idiot a été frappé d'arrêt et le faible développement des fibres que l'on constate. En d'autres cas, il semble y avoir eu continuation du développement des fibres quoique alors ce développement soit resté plus ou moins au-dessus de la normale ; 9° c'est le lobe frontal qui généralement témoigne de la façon la plus frappante du faible développement des fibres ; après lui, vient à cet égard le lobe temporal ; 10° en prenant ses points de repère sur des cerveaux normaux, on voit qu'entre les

divers systèmes de fibres, ce sont généralement les fibres tangentielles externes qui présentent le plus faible développement. Il en est de même du reste par la rétrogradation de ces éléments, soit à a suite de l'âge, soit dans la démence sénile; ce sont avant tout les fibres externes qui sont atteintes. P. K.

XXX. EXISTENCE DU RENFLEMENT DU BOURRELET PALATIN (*torus palatinus*) DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS ET CHEZ LES GENS SAINS D'ESPRIT; par P. NEDKE. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 2.)

Travail plus complet que celui qui a été publié antérieurement dans la *Neurolog. Centralbl.* ¹. En voici les conclusions :

1° Il existe chez la plupart des personnes vivantes; on le constate surtout par le palper. — 2° Plus fréquent chez la femme, aussi bien aliénée que saine d'esprit. — 3° Dans les deux sexes, aussi bien chez les gens normaux que chez les aliénés et les criminels, la fréquence s'en accroît parallèlement au nombre croissant des signes de dégénérescence. — 4° On est donc autorisé à le ranger parmi ces derniers. — 5° Les causes en sont obscures; mais la syphilis doit être éliminée, en tout cas, la syphilis acquise. En revanche, il est très probablement en rapport avec des troubles de nutrition d'un autre genre. — 6° Il prédomine, et cela d'une façon frappante, chez les gens qui ont un palais large et plat, un visage élargi et mongoloïde. — 7° Il ne se développe ni ne disparaît avec l'âge; il est probable qu'il se produit toujours *in utero* ou peu de temps après la naissance. — 8° Ses différentes formes (figures) peuvent être classées en deux genres; renflement étroit, renflement large. La forme étroite est un peu plus fréquente, la forme large se montre plutôt dans les palais plats. — 9° Nous ne savons encore rien de l'hérédité et du développement histogénétique; les deux facteurs agissent probablement. Déjà chez l'enfant on peut voir nettement le renflement palatin. Qu'on fasse maintenant des recherches précises et méthodiques. P. KERAVAL.

XXXI. LA MANIÈRE LA PLUS CONVENABLE D'AUTOPSIER L'ENCÉPHALE; par E. SIEMERLING. (*Archiv f. Psychiat.* XXV, 2.)

Etude complète des méthodes de Galien, de Varole, de Sylvius. Coupes horizontales, longitudinales, perpendiculaires, transverso-perpendiculaires à l'intérieur même du crâne de Le Boë; Bonhure; Monroë; Santorini; Vicq-d'Azyr. Coupes extracranienues de Virchow, Nauwerk, Meynert, Griesinger, Pitres, Nothnagel ², Burekhardt, Byron Bramwell.

¹ Voir *Archives de Neurologie*. Revues analytiques.

² Voyez *Traité des maladies de l'encéphale*. Traduction Keraval. Paris, 1885.

Toute autopsie macroscopique doit être faite de telle sorte qu'on puisse ultérieurement procéder à la recherche microscopique. Malheureusement chaque méthode a ses avantages pour chaque but proposé et ses inconvénients pour un but différent. Celle de Pitres et Nothnagel est excellente pour localiser les lésions internes des organes de l'encéphale et elle permet ensuite l'étude microscopique des coupes sériales. Il est bon, en certains cas, de pratiquer des coupes simultanément passant à travers le crâne et l'encéphale (Griesinger); si les lésions siègent dans la fosse postérieure du crâne, on enlèvera d'abord les hémisphères n'ouvrant qu'après la sente cérébelleuse.

En bien des cas il est indiqué : 1° d'enlever l'encéphale à la manière ordinaire, sectionnant la dure-mère suivant la circonférence ou en croix *ad libitum*, et en sciant le crâne, puis, d'examiner la base, la convexité, les vaisseaux, de se rendre compte de la facilité du décollement de la pie-mère; 2° on pratiquera des coupes assez épaisses, transverso-perpendiculaires, depuis les régions frontales, mais en partant de la base pour gagner la convexité (on voit mieux ainsi la hauteur de chaque coupe). On prend comme points de repère les plans passant par la partie postérieure du genou du corps calleux — par la partie antérieure du chiasma — par la partie postérieure du chiasma — par le milieu des tubercules mamillaires; 3° à partir des tubercules quadrijumeaux on tranche le bourrelet du corps calleux et on enlève le tronc des hémisphères; 4° on découpe alors séparément la partie postérieure de chaque hémisphère; 5° le tronc des hémisphères, depuis les tubercules quadrijumeaux et le pulvinar reste au besoin réservé à l'examen microscopique.

S'il est nécessaire, on substitue aux coupes transverso-perpendiculaires des coupes horizontales et longitudino-perpendiculaires, ou bien on se sert des coupes cérébro-craniennes de Griesinger, en se rappelant cependant que la délimitation exacte de certaines parties de l'écorce et de la substance blanche impose les coupes de Pitres et de Nothnagel. Ce qui revient à dire que, suivant ce que l'on veut rechercher de l'encéphale il faut choisir des coupes différentes ou associer, s'il se peut, plusieurs méthodes. P. K.

XXXII. UNE OBSERVATION D'EMPHYSEME GÉNÉRALISÉ DE LA PEAU; par A. KELLNER. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 2.)

Il s'agit d'une paralytique générale atteinte de phtisie pulmonaire ancienne, qui tout à coup, à la suite de vociférations répétées, voit se produire cet accident. Il est probable qu'une caverne périphérique a crevé et que, par suite d'adhérences pleurales, l'air a pénétré du poumon dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'emphysème s'est alors rapidement propagé en raison de l'absence

du pannicule adipeux. Il a cependant respecté la face interne des mains et des pieds, le front, le cuir chevelu, le nez, le menton, la région fessière, la surface dorsale, grâce au décubitus et aux adhérences spéciales de la peau en ces endroits. L'état général de la malade n'en est pas troublé; indolence absolue. Une gêne est bien due à l'accumulation de l'air dans les tissus du cou, mais sans dyspnée ni hyperthermie, ce qui indique que des parois thoraciques et le médiastin n'ont pas été envahies. A côté de cela, il y a raucité de la voix, aphonie, respiration sifflante, troubles de la déglutition, rétention d'urine : tous accidents mécaniques dus à l'emphysème des muqueuses.

La résorption de l'air s'effectue au surplus avec une extrême rapidité et la guérison s'opère. P. KERAVAL.

XXXIII. RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LES ARTÈRES CÉRÉBRALES (*Etude sur la non-terminalité des artères de la pie-mère*); par le Dr BISCONS. (*Nouveau Montpellier médical*, n° 50, 16 décembre 1893.)

Injectant dans une artère cérébrale de l'alcool tenant en suspension de la cire à cacheter, l'auteur a vu le territoire de cette artère s'injecter d'abord et l'injection ressortir ensuite par une artère voisine, grâce aux voies de communication qui semblent exister surtout au fond des sillons. Ces communications se font suivant trois types : anastomoses directes par artérioles; réseaux; système mixte. Ce système mixte est représenté par une artériole de 0^{mm},4 environ, qui va d'un territoire à un autre en se rétrécissant un peu au milieu de son parcours, et par un réseau situé sur les côtés de l'artériole. Quant aux bronches nourricières ou *pulpeuses*, elles partent à angle droit des artères de la pie-mère, mais ne communiquent pas entre elles. L'existence constante d'anastomoses entre les artères cérébrales dans leur trajet pie-mérien, ne suffit pas toujours à rétablir la circulation interrompue par un caillot, grâce sans doute à un état anormal des artères, et grâce peut-être aussi à des phénomènes d'excitation réflexe peu connus.

DUCAMP.

XXXIV. SUR LA SPLÉNO-THYROIDECTOMIE CHEZ LE CHIEN ET LE CHAT; par VASSALE et di BRAZZA. (*Riv. sp. di fren.*; fasc. II-III, 1893.)

Ces recherches expérimentales comprennent celles de Sauguirie et Canalis, et montrent que le chat ou le chien, à qui préalablement on a fait la splénectomie succombent constamment à l'ablation totale de la glande thyroïde, même lorsqu'il y a un mois de délai entre les deux opérations, ce dernier point se trouvant en contradiction avec les expériences de Zanda qui sans doute n'avait pas fait l'extirpation totale de la glande thyroïde.

XXXV. PERTE DISSOCIÉE DE LA SENSIBILITÉ MUSCULAIRE AVEC INCOORDINATION MOTRICE A LA SUITE DE MALADIES INFECTIEUSES CHEZ DIFFÉRENTS INDIVIDUS DE LA MÊME FAMILLE; par le D^r VANNI (*Riv. sp. di fren.*; fasc. II-III, 1893).

XXXVI. SUR LA PRÉSENCE DE CELLULES GANGLIONNAIRES DANS LES RACINES SPÉCIALES ANTÉRIEURES DU CHAT; par le D^r TANZI (*Riv. sp. di fren.*; fasc. II-III, 1893).

Dans les racines spinales antérieures, spécialement lombaires du chat de tout âge, il existe des cellules qui ne semblent pas tout à fait accidentelles et ont tout l'aspect identique de celles qui se rencontrent dans le ganglion intervertébral. Leur nombre est petit; on en trouve rarement plus d'une dans chaque coupe, et beaucoup même n'en ont pas. La fréquence des cellules ganglionnaires ne décroît pas sensiblement avec l'âge, au moins dans la vie extra-utérine. Comparativement à celles du ganglion spinal, ces cellules sont de grandeur médiocre. Elles se trouvent soit à l'abouchement des racines antérieures avec le nerf spinal, soit sur le rebord de la moelle; pour la majeure partie, le grand axe est parallèle à l'axe longitudinal du faisceau radiculaire; il en est de circulaires ou ovales. Dans quelques cas où elles existaient au nombre de deux ou trois, elles se trouvaient bien sur la direction des racines antérieures, mais quand celles-ci avaient déjà rejoint ou presque le nerf. Le mode de la connexion de ces cellules avec les fibres du faisceau radiculaire n'a pu être déterminé.

J. SÉGLAS.

XXXVII. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INOCULATION DE LA TUBERCULOSE DANS LES CENTRES NERVEUX; par TEDESCHI (*Riv. sp. di fren.*; fasc. II-III, 1893).

Les animaux sensibles à la tuberculose inoculés avec du virus tuberculeux dans les centres nerveux, meurent en moins de temps que lorsqu'ils sont inoculés par les voies ordinaires (peau, péritoine). La mort est déterminée non seulement par la gravité des lésions locales provoquées par la multiplication des bacilles, mais encore par une infection générale, caractérisée par la présence de nodules dans tout l'organisme, l'examen bactériologique excluant d'ailleurs l'intervention d'autres infections. L'inoculation dans les centres nerveux détermine une augmentation de la virulence de la matière infectante, car la rate et le sang des animaux morts au bout de peu de temps, inoculés dans le péritoine d'autres animaux, ont produit la mort par tuberculose miliaire au bout de cinq à sept jours. Ce fait ne peut pas s'interpréter comme un simple empoisonnement parce que l'issue fatale s'observe même

après l'inoculation d'une quantité minime de sang. L'exaltation de la virulence ne se maintient pas dans les transports successifs à d'autres animaux. Les animaux très résistants au virus tuberculeux succombent à l'inoculation dans les centres nerveux. Leur mort n'est pas en rapport avec la lésion locale, mais avec la présence des bacilles introduits, surtout avec leur multiplication, la diffusion rapide de l'infection générale, les altérations anatomiques de caractère tuberculeux des différents viscères. Cela résulte du fait que les symptômes cliniques de l'infection commencent à se manifester seulement huit ou neuf jours après l'inoculation, quand les symptômes dus à l'acte opératoire ont déjà disparu. Chez les animaux résistants, le virus inoculé dans les centres nerveux subit un certain degré d'exaltation. Pour évaluer les effets de l'inoculation de la tuberculose dans les centres nerveux, on ne doit pas tenir compte seulement du développement local des bacilles, des phénomènes spécifiques qui se manifestent par suite de leur présence, mais aussi de la production d'un poison puissant qui manifeste son action sur tous les viscères, et spécialement sur les reins.

J. S.

XXXVIII. LA DÉGÉNÉRESCENCE EXPÉRIMENTALE ASCENDANTE DES NERFS CRANIENS MOTEURS; par E. BREGMAN. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Conclusions. Chez le lapin adulte quand on coupe la grande portion du trijumeau, le facial, la courte portion du trijumeau, les nerfs des muscles de l'œil, on voit se produire la dégénérescence de leurs fibres radiculaires intra-cérébrales. La partie de la partie de la racine avoisinant le centre dégénère le première, du moins quant au facial. Ce ne sont d'abord que quelques fibres, mais, plus l'animal survit à l'opération, plus s'étend la dégénérescence. Au bout de cinq jours la racine du facial arraché a complètement dégénéré. La dégénérescence survient quel que soit l'endroit où l'on ait pratiqué la section, à la périphérie du nerf, près de son attache au centre, ou au centre même, mais, dans ce dernier cas, la dégénérescence est plus rapide. La méthode de Marchi est excellente pour suivre les trousseaux de fibres intracrâniens. Huit planches à l'appui.

P. K.

XXXIX. DES RACINES DU TRIJUMEAU DANS LE CERVEAU DE L'HOMME AVEC QUELQUES REMARQUES D'ANATOMIE COMPARÉE; par A. PONIATOWSKY. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Etude sur des embryons humains de 42 à 44 centimètres de long et quelques animaux (chat, cobaye, cheval, grande chevêche, carpe, chien nouveau-né). *Conclusions.*

Les racines sensibles du trijumeau se composent :

1° De la racine ascendante dont les fibres naissent dans la région des cellules de la base de la corne postérieure et, très probablement aussi, dans la tête de cette corne. — 2° Des fibres provenant du noyau sensitif du même côté. — 3° Des fibres du noyau sensitif du côté opposé. — Il est plus que douteux que la communication entre les ascendants d'un côté et l'hémisphère cérébelleux de l'autre côté. — Les ascendants ne sont donc point la zone motrice par excellence, mais elles président, sinon exclusivement, au moins pour une grande part, à des fonctions sensitives.

P. KERAVAL.

XL. DE L'HÉTÉROTOPIE DE LA SUBSTANCE GRISE DANS LA MOELLE;
par P. KRONTHAL. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

Statistique de dix-neuf observations à l'étude histologique complète, empruntés à la bibliographie. Quinze témoignent, en outre, de cette hétérotopie, des lésions de la moelle. Ils se répartissent comme suit :

- 4 paralytiques généraux.
- 2 paralytiques pseudo-hypertrophiques
- 1 saturnisme chronique.
- 1 phthisie pulmonaire.
- 1 syphilis.
- 1 pneumonie.
- 1 atrophie musculaire progressive.
- 2 myélites.
- 2 tabes.

Chez ces onze malades il y avait myélite, foyers de dégénérescence avec ou sans lésions systématiques, sclérose.

Quatre affections primitives de la moelle.

15

Ce qui semble indiquer qu'une moelle présentant ces anomalies de construction, est un *locus minoris resistentiæ* cela se conçoit. La difformité de la substance grise occupe la région des longs trousseaux de fibres blanches; il faut donc ou que celles-ci traversent la substance grise, ce qui a lieu assez souvent, ou bien qu'elles contournent la substance blanche, ce qui est généralement le cas. Cette contorsion des fibres blanches entraîne une difficulté de fonctionnement de ces éléments, et, par suite, leur excès de travail prédispose à la maladie (observation de Campbell).

Quel est le mécanisme de ces hétérotopies? His l'a décrit.

P. KERAVAL.

XLI. LES CIRCONVOLUTIONS ASCENDANTES COMME ORGANE CENTRAL DU CORDON POSTÉRIEUR ET DU TRIJUMEAU; par O. HÆSEL. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

De l'analyse anatomique de l'encéphale d'une idiote épileptique de cinquante-deux ans, atteinte depuis l'âge de trois semaines,

l'auteur distinguant judicieusement les altérations primitives (polio-encéphalite des régions ascendantes à l'âge de trois semaines), des altérations secondaires formule les *conclusions* suivantes :

Le foyer qui occupe les ascendants a produit les dégénérescences secondaires. — Les pyramides ont les terminaisons corticales indiquées par Flechsig ; elles ont le trajet de Flechsig et de Turck. — Les fibres qui viennent du noyau d'origine des cordons postérieurs et qui passent, comme il est dit, dans le ruban de Reil, ont aussi, pour centre cortical, les ascendants. — La plus grande partie des fibres de l'entre-croisement supérieur des pyramides de Meynert ne vont pas à la couche intermédiaire des olives, ni au ruban de Reil ; elles vont au cervelet après avoir croisé le corps rectiforme. — Les ascendants sont un centre cortical non seulement pour les cordons antérieurs et latéraux (faisceau pyramidal de Flechsig), mais aussi pour les cordons postérieurs, puisque les fibres de ceux-ci vont dans la partie principale du ruban de Reil. — Il doit y avoir union entre les ascendants du côté gauche et le noyau sensitif du trijumeau du côté droit par l'intermédiaire du ruban de Reil, connexion qui représente le trajet central de certaines fibres de trijumeau. Le noyau sensitif du trijumeau est un organe qui correspond surtout au noyau interne de Burdach. — Les fibres du trijumeau prenant leur origine dans ce noyau vont, de concert avec les fibres du noyau d'origine des cordons postérieurs, dans le ruban de Reil, et de là, à l'écorce des circonvolutions ascendantes. — Par conséquent, les circonvolutions ascendantes sont un centre cortical du trijumeau. — Il existe une voie de *locus caeruleus*, formée aussi des fibres au noyau sensitif et au faisceau cérébelleux.

Les *racines motrices* se composent : 1° des fibres du noyau moteur du même côté ; 2° des fibres du noyau moteur du côté opposé ; 3° de la racine ascendante. P. KERAVAL.

XLII. RECHERCHES SUR L'ÉTAT DES GANGLIONS SPINAUX DANS LE TABES DORSAL ; par R. WOLLEMBERG. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Quatorze observations. Tous les éléments des ganglions en question sont altérés : hyperplasie et rétraction du tissu conjonctif ; pigmentation anormale, dégénérescence, graisseuse, état trouble du protoplasma des cellules. — La genèse la plus probable, c'est que la cause nocive du tabes (quelle qu'elle soit), agit principalement sur les cordons postérieurs de la moelle et, par continuité, par les racines postérieures jusqu'aux cellules des ganglions spinaux où elle occasionne ses ravages. Mieux encore : dans le voisinage de la lésion de la moelle se développe une périnévrite qui, graduellement, détermine la destruction des éléments nerveux (fibres, puis cellules), des ganglions spinaux. L'atteinte du tissu conjonctif interstitiel (obs. I et II) explique l'irritation sensitive

dans le tabes. Les lésions des fibres nerveuses croissent du centre à la périphérie, ce qui prouve l'origine médullaire. P. K.

XLIII. L'IMPORTANCE DE QUELQUES NOUVELLES MÉTHODES DE RECHERCHES POUR ÉCLAIRER NOS CONNAISSANCES SUR LA DESTRUCTION DU SYSTÈME NERVEUX ; par OBERSTEINER. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Eloge et étude critique des méthodes de Ehrlich, Nissl, Marchi et Algeri, Golgi.

Le neurone ou unité nerveuse histologique de Waldeyer se compose de : 1° les cellules avec des prolongements protoplasmiques ; — 2° la fibre nerveuse tenant à la cellule par son cylindre ; 3° les rameaux nerveux terminus de la fibre. — Les cellules s'unissent entre elles par en haut à l'aide de leurs prolongements ou plutôt de leurs enchevêtrements, mais pas directement, ou par le bas à l'aide de leurs rameaux nerveux qui vont aux prolongements protoplasmiques de deux cellules simultanément. Les rameaux nerveux s'enchevêtrent dans les rameaux nerveux d'autres cellules, ou les rameaux nerveux aboutissent au nerf même. Les rameaux terminaux se terminent librement à la périphérie (plaque terminale d'un fibre musculaire par exemple), vont à la cellule nerveuse d'un autre neurone ou aux cellules de plusieurs autres neurones, aux rameaux terminaux d'un autre ou de plusieurs autres neurones. P. K.

XLIV. RECHERCHES D'ANATOMIE COMPARÉE SUR LE CÔNE MÉDULLAIRE ; par BRÆUTIGAM. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Etude du cône terminal chez l'homme. — D'ordinaire, il se termine progressivement dans le *filum terminale*, sans avoir présenté de renflements, ou ces renflements sont si minces qu'ils échappent à l'œil nu. Sa longueur est de 2 centimètres 2 dixièmes. Il comprend les racines des trois derniers nerfs sacrés et celles du nerf coccygien. Prédominance de la substance grise : organe très vasculaire ne renfermant pas de substance gélatineuse de Rolando ; la grosseur du canal central fait ressembler le cône terminal à la moelle fœtale. Les cellules de la corne postérieure y sont peu développées ; celles de la corne antérieure sont au contraire très développées.

Les fibres de la commissure grise postérieure comprennent trois trousseaux : 1° un large trousseau va du réticulum d'un côté à celui du côté opposé ; — 2° un trousseau plus fin contourne le bord médian de la corne postérieure et le bord postérieur de la commissure grise ; — 3° des fibres fines isolées occupent la partie antérieure du gros trousseau de la commissure grise. Le large trousseau (postéro-moyen de Schaffer) pénètre dans les segments les plus

postérieurs du cordon latéral, parfois même de la région de la zone marginale de Lissauer. Le trousseau postéro-dorsal de Schaffer (n° 2) va en partie, chez le coq, au bord médian de la corne postérieure. Le trousseau postéro-ventral (Schaffer) occupe le bord dorsal du canal central (trousseau n° 3). Il existe aussi des fibres radiculaires postérieurs dont la portion latérale traversant la corne postérieure, va au segment le plus postérieur du cordon latéral. Leur portion moyenne se rend dans la corne antérieure. Leur portion médiane (interne) va dans le segment interne de la corne postérieure.

La commissure antérieure, après entre-croisement, se dissocie graduellement sur les côtés du cordon antérieur et se termine dans le cordon latéral. P. KERAVAL.

XLV. DE L'EMPLOI DE LA COLORATION AU PERCHLORURE DE FER ET A LA DINITRORÉSORCINE POUR L'ÉTUDE DE LA DÉGÉNÉRESCENCE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES ; par TH. BEER. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 1, 2.)

Cette étude d'anatomie pathologique expérimentale et comparée montre, par la netteté des résultats (voir les figures) l'avantage de la méthode. Elle est des plus simples, car il est inutile de s'occuper de la concentration de la dinitrorésorcine, que l'on met en excès; le temps de la coloration importe peu, pourvu que l'on admette un minimum. La surcoloration est en effet annihilée, de même qu'un trop long séjour dans la solution du perchlorure. On place les pièces le temps que l'on veut, au-delà de quelques jours dans :

$\left. \begin{array}{l} \text{Liq. de fer (pharmacopée germanique), 2^{\circ} \text{ édit.} \\ \text{Eau distillée ou alcool rectifié.} \end{array} \right\} \begin{array}{l} 1 \text{ partie.} \\ 3 \text{ à } 4 \text{ gr.} \end{array}$

Laver à l'eau ou à l'alcool et placer dans une solution filtrée de dinitrorésorcine dans l'alcool à 75 p. 100.

On déshydrate et l'on induit dans quelque substance que ce soit pour pratiquer les coupes. Les cylindraxes sont vert émeraude foncé, les manchons de myéline restent incolores, les gaines de Schwann sont d'un beau vert. P. KERAVAL.

XLVI. LÉSION DES ARTICULATIONS ET DES MUSCLES DANS LES HÉMIPLÉGIES CÉRÉBRALES ; par L. DARSCHEWITSCH. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Pendant l'année classique 1890-91, à la section des hommes de la clinique nerveuse de Moscou, on traita cinquante-neuf malades, dont neuf hémiplegiques. Or, il n'y en eut que deux qui ne présentassent pas la, ou le plus souvent, les complications en question. C'est une atrophie musculaire marchant du centre à la périphérie, sans troubles de la sensibilité, accompagnée d'une espèce d'arthrite. L'excitabilité électrique du muscle peut demeurer longtemps normale (quatre à cinq semaines), puis il se produit une diminution dans la réaction quantitative aux deux espèces de courants, la

réaction quantitative demeurant intacte. Au delà d'un certain degré, l'atrophie reste stationnaire ou ne progresse plus que lentement; elle ne choisit pas certains muscles ou certains groupes. Ce n'est point une atrophie dégénérative (obs. VI avec autopsie). Elle rappelle celle qui accompagne les affections articulaires, d'autant mieux que rarement elle se produit sans que, en même temps, il y ait arthropathie. Et d'autre part, l'amyotrophie arthropathique simple peut à ce point simuler l'atrophie musculaire des hémiplégiques qu'une erreur de diagnostic est possible sans les anamnétiques. Cela ne veut du reste point dire que l'atrophie musculaire des hémiplégiques soit d'origine arthropathique. Mais il est évident que l'affection articulaire des hémiplégiques influe sur le développement de l'atrophie musculaire. En effet, c'est l'articulation de l'épaule qui, chez eux, est le plus souvent prise, c'est aussi dans les muscles de l'épaule que l'atrophie musculaire se développe, chez eux, le plus tôt, le plus rapidement, le plus nettement; il y a parallélisme et concomitance.

Nous proposons la dénomination de : *atrophie musculaire des hémiplégiques précoce* (d'origine cérébrale), par opposition à l'atrophie tardive des hémiplégiques (d'origine spinale, contractions).

Est-elle due aux modifications physiologiques créées par l'interruption des rapports entre les cellules de l'écorce et les cellules des cornes antérieures? En tout cas il y a trouble de la circulation dans les articulations prises (synovite) et l'extrémité paralysée. De plus, l'atrophie musculaire des muscles qui entourent l'articulation affectée et plus avancée que celle d'autres muscles du même membre.

P. KERAVAL.

XLVII. SUR LES COURBES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ L'HOMME; par le D^r TANZY. (*Riv. sp. di fren.*; fasc. II-III, 1893.)

L'homme n'échappe pas à la règle qui est peut-être générale pour les mammifères (chiens, chats) et pour quelques espèces d'oiseaux; et chez lui aussi la courbe cervicale est plus accentuée que la lombaire; toutes deux d'ailleurs n'étant pas proportionnellement plus grandes que celles qui se rencontrent chez les autres mammifères. Le développement des courbes n'augmente pas avec l'âge; c'est plutôt le contraire qui a lieu. Chez une femme de soixante-trois ans avec cyphose et scoliose très prononcée, s'étendant de la 5^e cervicale, à la 12^e dorsale, et formant un arc de presque une demi-circonférence les courbes médullaires, une fois l'organe extrait, étaient complètement normales pour la forme, la position et l'amplitude. J. S.

XLVIII. DÉGÉNÉRESCENCE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS L'EMPOISONNEMENT EXPÉRIMENTAL PAR LE PHOSPHORE, note préventive du D^r GURRIER. (*Riv. sp. di fren.*; fasc. II-III, 1893.)

XLIX. LÉSIONS DE LA CALOTTE DANS LA PROTUBÉRANCE AVEC REMARQUES SUR LE TRAJET DES FAISCEAUX DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE; par MOCLÉ et MARINESCOS. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 3.)

Observation avec autopsie et étude microscopique. Paresthésie grave à gauche, obtusion uniforme de la sensibilité à la douleur, mais conservation partielle du tact, obtusion du sens de la localisation des sensations thermiques, intégrité de la perception de rétroaction des membres. Ni paralysie, ni atexie. De temps à autre, incertitude des mouvements de la main gauche. Démarche extrêmement incertaine, même après rétrocession d'une paralysie de l'oculomoteur externe; vertiges nombreux, mouvements des maxillaires limités d'un côté; puis paralysie croisée de l'oculomoteur externe qui tend à disparaître; de temps à autre affaiblissement des muscles innervés par le facial, finalement mouvements anormaux dans les muscles de la face et des masticateurs.

Il existe un foyer sur le côté droit du plancher de la quatrième ventricule, en avant des barbes du calamus (stries acoustiques), long de 7 millimètres dans le sens du raphé, large de 12 millimètres (c'est-à-dire allant des tubercules quadrijumeaux postérieurs à l'extrémité de la protubérance), ayant entraîné des dégénérescences secondaires. Diminution partielle des fibres du ruban de Reil du même côté et de la substance blanche profonde des tubercules quadrijumeaux antérieurs correspondant. Dégénérescence descendante de l'olive.

P. K.

L. UN PERFECTIONNEMENT APPORTÉ AUX INSTRUMENTS DE MENSURATION DU TEMPS DE RÉACTION; par BEVAN LEWIS. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1893.)

Perfectionnement intéressant et ingénieux, mais dans les détails mécaniques duquel nous ne pouvons entrer utilement ici sans décrire tout d'abord l'appareil qui en est l'objet.

R. M.-C.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. OBSERVATIONS SUR LES STIGMATES PERMANENTS LAISSÉS PAR L'ERGOTISME SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL; par R. WALKER. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 2.)

Etat des survivants de l'épidémie de Frankenberg (mémoires

de Siemens et Tuczek)¹; examen des malades dans leur patrie le 6 juin 1892. Vingt-neuf observations montrent que certains signes de lésions cérébro-spinales dues à l'ergotisme paraissent permanents; ce sont: l'abolition du phénomène du genou; les douleurs en ceinture; les paresthésies des jambes; l'affaiblissement ou l'arrêt du développement des facultés; les attaques épileptiformes; les contractures; la lassitude; les céphalalgies et les vertiges. Toutefois, même après plusieurs années, il peut y avoir retour à l'état normal, notamment quant au signe de Westphal, aux facultés intellectuelles, aux attaques épileptiformes, à l'état d'épuisement physique et mental, à la mélancolie: en tout cas, ces phénomènes n'ont point de caractère progressif.

Voici maintenant trois nouvelles observations d'ergotisme avec épilepsie et psychopathie. (Obs. XXX, XXXI, XXXII.) L'observation XXXII offre les particularités suivantes:

Intoxiqué à neuf ans, l'individu reste en bonne santé jusqu'à quatorze ans; à ce moment il est pris d'attaques épileptiques subintrantes; démence progressive; arrêt de développement physique; folie épileptique; épilepsie corticale; disparition du réflexe tendineux patellaire. A l'autopsie on constate: à toutes les hauteurs de la moelle il y a lésion de la zone radiculaire postéro-médiane, du système latéral de la zone radiculaire moyenne et des faisceaux de Goll. Intégrité de la zone radiculaire antérieure, du système médian de la zone radiculaire moyenne, de la zone marginale de Lissauer. Hyperplasie de la substance intermédiaire aux dépens des fibres nerveuses. La lésion, qui a terminé son évolution, remonte à l'âge de huit ans.

L'idiotie dans les villages infectés jadis est fréquente. Fréquent aussi est le signe de Westphal qui montre la régularité avec laquelle l'ergotisme atteint les cordons postérieurs de la moelle, mais sans caractère progressif. P. K.

II. NOTES DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE DANS LES MALADIES MENTALES; par AUGRISANI. (*Il Manicomio*, fasc. 1-2, 1893.)

Recherches thérapeutiques sur le sulfate de duboisine, le cantharidate de potasse, le phosphate de soude dans le traitement de l'aliénation mentale. Des expériences de l'auteur, il résulte que le sulfate de duboisine, administré à la dose de 1/2 à 2 milligrammes par jour en plusieurs fois est à la fois sédatif et hypnotique, et le

¹ Voy. *Archives de Neurologie*.

meilleur anticonvulsivant que l'on connaisse. Il réussit dans les formes chroniques et mieux encore dans les aiguës. Il n'y a guère d'individus qui lui soient réfractaires ; on observe l'accoutumance, mais pas l'accumulation.

Le cantharidate de potasse ne doit être employé qu'autant qu'on est sûr de l'intégrité parfaite des reins. Il ne faut pas pratiquer plus de six à sept injections à jours alternants et s'arrêter pendant un mois ; si l'on a pas eu d'accidents on peut en faire une seconde série et s'arrêter tout à fait. L'auteur injectait de 2 à 10 milligrammes par jour. Le cantharidate de potasse est un bon moyen thérapeutique dans la paralysie générale de date récente.

Le phosphate de soude, par l'acide phosphorique qu'il renferme, a une action excitante sur l'élément nerveux, surtout sur celui des centres trophiques, d'où la grande amélioration de la nutrition générale obtenue dans tous les cas. Il réussit surtout dans la forme psychopathique reposant sur un fonds d'épuisement nerveux. J. S.

III. DE L'ACTION HYPNOTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU CHLORALOSE DANS LES MALADIES MENTALES ; par le Dr Rossi. (*Riv. sp. di fren.* ; II-III, 1093.)

Chez les aliénés, pour produire un effet utile, le chloralose doit être administré à la dose de 0,70-0,80 au moins. Cette dose, administrée de jour, provoque tout au plus un sommeil de quelques heures ; administrée le soir, elle détermine au bout d'une heure environ un sommeil de durée variable suivant les individus : ce médicament semble plus actif dans les formes dépressives. Le sommeil ainsi provoqué est calme, peu profond, sans malaise au réveil. A moins d'intolérance il n'y a pas de modifications du pouls ou de la respiration ; la température reste le plus souvent dans les limites physiologiques. A dose modérée il ne provoque pas d'accidents ; parfois des individus susceptibles ne peuvent le tolérer même à petite dose. Il n'a pas d'influence sur la marche générale de la maladie mentale : à doses petites et fractionnées, il semble être utile contre les troubles hallucinatoires. J. S.

IV. LE TRAITEMENT DU MYXŒDÈME ET DU CRÉTINISME ; COMPTE RENDU DU TRAITEMENT THYROÏDIEN DE CES MALADIES, AVEC UN TABLEAU DE CENT CAS PUBLIÉS ; par CECIL F. BEADLES. (*The Journal of Mental Science*, juillet et octobre 1893.)

L'auteur se propose dans ce travail d'étudier le traitement qui a été mis récemment en usage dans le myxœdème, et les différentes méthodes qui ont été employées,

Après avoir établi que le myxœdème est beaucoup moins rare qu'on ne le supposait il y a quelques années, il passe en revue dans un historique intéressant, les méthodes anciennes, ou pré-

thyroïdiennes, de traitement dirigées contre cette maladie, pour aborder ensuite le traitement du myxœdème par la greffe thyroïdienne. Il rappelle les premières greffes, pratiquées par Lannelongue¹ et par Walther (de Paris), par Battencourt et Serrano (de Lisbonne), etc. Si l'on compare, à l'heure actuelle, les résultats de la greffe thyroïdienne, véritable opération chirurgicale, avec ceux que donne le procédé plus simple de l'injection sous-cutanée, on ne manquera pas de donner à celle-ci la préférence. Dans un nouvel historique, M. Beadles expose les modifications récentes survenues dans le traitement du myxœdème par l'injection sous-cutanée, et l'ingestion d'extrait, etc., de glande thyroïdienne, et il constate que, malgré les perfectionnements de détail, il subsiste, dans ce traitement, un fait passablement décourageant, c'est l'inévitable rechute du malade dès que l'on tente de suspendre le traitement, quelle que soit d'ailleurs la modalité revêtue par celui-ci, injection ou ingestion : on peut toutefois, au bout d'un certain temps, éloigner ou atténuer considérablement les doses sans compromettre les résultats acquis.

L'auteur passe ensuite à la discussion critique des cas publiés, et ici, malgré l'intérêt du sujet, nous ne pouvons le suivre d'aussi près que nous voudrions puisqu'il se reporte, à chaque paragraphe, au tableau de cent cas de myxœdème qui sert d'appendice à son mémoire. Nous notons seulement au passage les points principaux : le traitement thyroïdien paraît également favorable dans les deux sexes, à tous les âges, et indépendamment de la date de début de la maladie ; la durée de ce traitement a été très variable, dans les cas publiés, allant de quelques semaines à plusieurs mois ; mais dans tous, on a observé les mêmes résultats favorables ; — il n'y a eu aucune uniformité dans le dosage, ce qui tient à ce que l'on est encore à la période de tâtonnement ; il reste, pour la même raison, à faire un choix entre les divers modes d'administration ; mais ce qui résulte nettement de l'étude de tous les cas qui figurent dans le tableau, c'est la réalité et la sûreté de l'amélioration physique et morale du malade, qui peut être qualifiée de transformation complète ; ces merveilleux résultats, toutefois, n'ont pas toujours été obtenus sans l'apparition de quelques accidents graves ou fâcheux, probablement dus à un excès de hardiesse dans le dosage d'un médicament susceptible de provoquer des effets toxiques : le plus souvent, ces accidents ont été bénins (faiblesses, nausées, vomissements, vertiges) ; mais quelquefois ils ont été plus sérieux (syncopes, convulsions toniques, collapsus, dyspnée grave, affaiblissement du cœur) et dans quatre cas, ils ont déterminé la mort. Ces conséquences graves s'atténueront à mesure que le ma-

¹ Nous avons la petite opérée de M. Lannelongue dans notre service de Bicêtre ; elle n'a reçu aucun bienfait de l'opération. (B)

niement de l'agent curatif sera mieux connu ; quant aux accidents locaux, outre qu'on les peut éviter sûrement par l'ingestion stomacale, ils sont évidemment justiciables d'une antiseptie rigoureuse. Mais il demeure certain qu'un agent d'une aussi grande activité devra toujours être employé avec beaucoup de prudence et de sagesse.

L'auteur étudie ensuite l'action de ce même traitement au point de vue spécial de la « folie myxœdémateuse ». Les cas de folie proprement dite au cours du myxœdème sont relativement peu nombreux ; en revanche, les troubles mentaux plus ou moins accusés y sont très communs, si bien que les myxœdémateux aboutissent presque tous à la démence. A ce point de vue encore, bien que peut-être moins nets qu'en ce qui touche la santé physique, les résultats obtenus sont en général favorables.

M. Beadles passe ensuite à l'examen des résultats du traitement thyroïdien dans le crétinisme (myxœdème congénital ou crétinisme sporadique). Ces cas sont relativement rares, mais plusieurs d'entre eux, récemment publiés, paraissent avoir présenté sous l'influence de ce nouveau traitement une amélioration appréciable.

L'auteur rapporte ensuite quatre observations personnelles chez des myxœdémateux et constate une fois de plus dans ces cas les bons résultats du traitement thyroïdien : A ces cas personnels, il en ajoute deux autres qui sont parvenus à sa connaissance, puis sept autres, tons favorables ; il termine par une nouvelle comparaison entre les divers modes d'administration du médicament, et insiste une fois de plus sur les merveilleux effets d'un agent qui fournit à la médecine, comme on l'a dit, l'occasion « d'un des plus beaux triomphes de la thérapeutique contemporaine ».

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

V. SUR L'EMPLOI POSSIBLE DU SULFONAL POUR DÉCIDER A MANGER VOLONTAIREMENT LES MALADES QUI REFUSENT DE S'ALIMENTER ; par le Dr BROUGH. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1893.)

L'auteur convient lui-même qu'il serait prématuré de tirer des conclusions d'une série d'observations qui ne portent que sur cinq malades ; on ne peut affirmer, en effet, que l'administration du sulfonal ait été, dans ces cinq cas, la cause réelle du retour à l'alimentation volontaire, d'autant plus que chez deux de ces malades le refus des aliments était ordinairement passager, et disparaissait comme il s'était manifesté, — sans cause appréciable. Il n'en est pas moins digne de remarque que dans ces cinq cas, — les

¹ Trois de nos malades atteints d'idiotie myxœdémateuse soumis à ce traitement depuis plusieurs mois ne paraissent en retirer aucun résultat sérieux. (B.)

seuls d'ailleurs où M. Brough ait eu l'occasion de l'expérimenter — l'administration du sulfonal a été promptement suivie de la disparition du refus d'aliments. Aucun résultat fâcheux n'a été constaté après l'emploi, même prolongé, du sulfonal; et alors même que le médicament présenterait, à la longue, quelques inconvénients, il est fort probable qu'ils seraient moins graves que ceux qui résultent soit de l'inanition volontaire, même relative, — soit de l'alimentation forcée. Les heureux résultats obtenus peuvent en tout cas constituer un encouragement à l'emploi du sulfonal dans les cas de sitiophobie.

R.-M. C.

VI. LE TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ DE CERTAINES FORMES DE NEURASTHÉNIE; par M. F^e ROBINSON H.-D. (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, janvier 1893.)

L'auteur surtout dans les formes cérébrales de la neurasthénie préconise le traitement par l'électricité. L'électricité statique doit d'abord être essayée, mais si le résultat est nul ou si l'application de ce traitement comme cela arrive quelquefois ne peut-être supportée par le malade, l'électricité galvanique peut rendre les plus grands services. C'est surtout le long de la colonne vertébrale qu'il faut appliquer les électrodes.

J.-B. C.

VII. ACCUMULATION D'ÉCORCE DE CACAO DANS L'ESTOMAC. MORT PAR OBSTRUCTION INTESTINALE; par R. S. STEWART. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1891.)

C'est un nouveau fait ajouter à l'histoire des substances non digérées ou des corps étrangers non digérables, accumulés dans le tube digestif des aliénés.

R.-M. C.

VIII. DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SULFATE DE DUBOISINE EN MÉDECINE MENTALE; par J. MASSAUT. (*Bull. de la Société de Méd. mentale de Belgique*, déc. 1893.)

Dans le cours de ces dernières années, plusieurs auteurs ont vanté l'action sédative et hypnotique du sulfate de duboisine chez les aliénés agités. M. Massaut a employé cette substance chez vingt-quatre malades (dix-sept hommes et sept femmes), la plupart adultes. Les doses qu'il a administrées ont varié de 0,00025 à 0,0025. Ces dernières ont causé fréquemment des accidents et n'ont pas paru avoir une action sédative beaucoup plus certaine que celles de 0,00125; c'est donc à celles-ci que l'auteur conseille finalement d'avoir recours. Cette dose peut être répétée deux fois par jour, matin et soir. Chez la plupart des aliénés agités, elle procure, au bout d'un temps, variant entre dix et trente minutes, une séda-

tion qui dure de quelques heures à une journée. Les femmes ne paraissent pas se comporter autrement que les hommes, ni les vieillards autrement que les adultes vis-à-vis de ce médicament.

G. DENY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 janvier 1894.

PRÉSIDENCE DE MM. CHRISTIAN ET A. VOISIN.

M. CHRISTIAN, ayant de céder à M. A. Voisin le fauteuil de la présidence, passe en revue les travaux dont la Société s'est occupée dans le courant de 1893, et se félicite d'avoir été appelé à les diriger.

M. A. VOISIN, après avoir prononcé les discours d'usage, fait connaître que l'emplacement choisi à la Salpêtrière par la sous-commission, pour l'érection du buste de Baillarger, a été agréé par le directeur de l'Assistance publique.

M. FALRET annonce que l'architecte va être prochainement prêt à installer le monument.

Réflexes chez les paralytiques généraux. — M. SOLLIER donne lecture d'une note qui peut ainsi se résumer :

1^o Les réflexes sont altérés, chez les paralytiques généraux, dans la proportion suivante : réflexe rotulien, 72 fois sur 100; réflexe pupillaire, 69 fois sur 100; réflexe pharyngien, 54 fois sur 100; réflexe massétérin, 12 fois sur 100. L'altération du réflexe pharyngien ne peut avoir aucune valeur au point de vue du diagnostic.

2^o Il n'existe aucune corrélation entre l'état de ces divers réflexes, dont l'un peut être aboli tandis que l'autre sera exalté, chez le même malade.

3^o Il n'existe non plus aucun ordre déterminé dans l'apparition des troubles qui peuvent les atteindre. Leur présence ou leur absence n'ont donc aucune signification au point de vue du pronostic.

4° Il n'y a aucun parallélisme entre la modification des réflexes et l'évolution de la paralysie générale.

M. JOFFROY. — Les conclusions de M. Sollier me semblent exactes sauf celles qui concernent les réflexes pupillaires d'accommodation, qui me semblent augmenter avec le temps, à mesure que progresse la paralysie générale.

M. VOISIN demande si l'état des réflexes a été examiné dans les trois phases de la maladie.

M. SOLLIER. — J'avais à ma disposition trop peu de cas pour faire cette recherche.

M. BALLET. — M. Voisin trouvera une réponse à sa question dans une thèse que M. Renaud a faite, d'après mes indications sur les réflexes oculaires dans la paralysie générale. Il n'y a pas de règles fixes à cet égard.

M. CHRISTIAN. — Si j'en crois mon expérience, on doit trouver des résultats contradictoires suivant les périodes de la maladie auxquelles les examens sont faits.

M. MARANDON DE MONTYEL. — Ce qui manque au travail de M. Sollier, c'est l'observation suivie de plusieurs paralytiques généraux pendant un certain nombre de mois. Si cela peut intéresser la Société, je puis lui apporter quelques observations prolongées.

M. JOFFROY a observé la perte ou la diminution des réflexes remplacées, chez un même malade, par de l'exaltation ou inversement, si l'examen est fait à des époques différentes. L'irrégularité la plus grande règne dans la marche de ce symptôme.

Deux observations d'obsédés ne présentant aucune tare neuropathique héréditaire. — M. GARODISCHE rapporte d'abord l'histoire d'une femme, fille naturelle, qui accusait de nombreuses obsessions et cependant l'auteur affirme que sa malade ne supportait le fardeau d'aucune hérédité neuro-pathologique. Elle était cependant venue au monde avec de la « fragilité nerveuse ».

La seconde observation est celle d'un garçon coiffeur, pris de frayeurs non motivées et d'angoisses à la pensée qu'il allait avoir la tête d'un client qui peut-être ne lui plairait pas. Ce malade a guéri par la suggestion. Il ne présentait aucune tare neuropathique. Son père était toutefois mort d'hémorrhagie cérébrale.

M. BRIAND demande si M. Garodische est bien sûr de son dire en ce qui concerne la première malade, qui était une enfant naturelle. Pour ce qui est du second fait, il ne semble pas répondre au titre de la communication, puisqu'un ascendant est mort d'hémorrhagie cérébrale. Ces deux observations paraissent en tout cas assez peu heureusement choisies, pour combattre la doctrine qui fait des obsessions la caractéristique de l'hérédité nerveuse.

M. BALLET regrette le titre de la communication qui lui enlève

une partie de son intérêt. Ce qui l'a frappé et l'a amené à conseiller à M. Garodische de faire cette communication, c'est que jusqu'à l'époque de leurs obsessions, les deux sujets n'avaient présenté aucune des modifications du caractère, qui sont l'apanage des héréditaires dégénérés.

M. ARNAUD demande ce que l'auteur entend dire par « fragilité nerveuse » ? Cette fragilité ne serait-elle pas une tare héréditaire ?

M. BALLET. — L'hémorrhagie cérébrale ne peut guère constituer une tare héréditaire, puisque l'enfant était né lorsqu'elle s'est produite. C'est une simple maladie des vaisseaux.

M. JOFFROY craint que M. Ballet ne tranche trop brusquement une question encore douteuse. Si j'ai, ajoute-t-il, quelque répugnance à considérer le ramollissement cérébral comme un accident nerveux, je n'ose pas en dire autant de l'hémorrhagie, qui est héréditaire dans certaines familles.

M. VOISIN rappelle l'histoire de Sandon, qui devenait aliéné après chacune de ses hémorrhagies cérébrales. L'hémorrhagie cérébrale peut bien être considérée comme une tare neuropathique.

M. BALLET ne pense pas qu'on doive s'appuyer sur l'observation de Sandon, car son autopsie a été faite par Liouville à un tout autre point de vue. Il faudrait en avoir le protocole sous les yeux pour pouvoir le discuter.

MARCEL BRIAND.

BIBLIOGRAPHIE.

- III. *Manuel d'examen méthodique des maladies nerveuses*, par M. A. A. KORNILOV¹, médecin en chef de l'hôpital Bakhrouchine. 1 vol. in-8° de 267 pages avec 64 dessins intercalés dans le texte (en russe). — Moscou, 1893, Imprimerie de l'Université.

M. Kornilov s'occupe dans son Manuel des moyens pratiques d'exploration des malades atteints de maladies nerveuses. Aussi ce livre s'adresse-t-il surtout à ceux qui n'ont pas fait de la neuropathologie

¹ M. Kornilov, un des jeunes représentants les plus distingués de la neuropathologie russe, est l'auteur de plusieurs travaux importants parmi lesquels nous citerons : « *Arthropathie des tabétiques et ses rapports avec la syphilis* » ; « *Névroses consécutives aux accidents* » ; « *Contribution à l'étude de l'aphasie* » ; « *Étude sur la parole humaine* » ; etc.

logie leur spécialité exclusive ; il n'a pas la prétention d'un travail original et son seul but est de guider les débutants dans l'étude clinique des affections nerveuses.

Le livre abonde en conseils pratiques pour la recherche des symptômes relatifs aux troubles de la parole, de la marche, de la nutrition et de la tonicité musculaire, des réflexes et des différentes sensibilités. Un chapitre très complet et très bien fait traite du diagnostic électrique et des différents appareils en usage.

En somme, ce qui différencie ce Manuel de plusieurs autres analogues, c'est que l'auteur a réuni tous les procédés d'exploration usités en neuropathologie en les décrivant les uns après les autres. Sous cette forme, il constitue une partie préparatoire très importante dont l'étude permettra aux élèves d'aborder avec plus de fruit la lecture de Manuels de diagnostic des maladies nerveuses.

J. ROUBINOVITCH.

IV. *De la paralysie générale chez les Arabes*; par le Dr PASCALIS. (Thèse de Montpellier, 1893-94, n° 7.)

L'asile d'Aix reçoit, depuis 1860, des aliénés algériens, mais ce n'est qu'à partir de 1877 qu'on trouve, pour cette catégorie de malades, le diagnostic de paralysie générale, sur les registres de l'asile. De 1877 à 1893, la proportion des paralytiques généraux, établie pour les aliénés arabes, a été de 5,4 p. 100, tandis qu'elle a été de 9,8 p. 100 parmi les aliénés français. La paralysie générale chez les Arabes ne présente guère, comme particularité, qu'une forte prédominance des manifestations maniaques, l'excitation cérébrale atteignant chez eux un degré extrême. Après avoir conclu à la rareté et à l'apparition tardive de la paralysie générale chez les Arabes, M. Pascalis en trouve l'explication dans l'absence de certaines causes de la paralysie générale, telles que la suractivité intellectuelle, et les excès de toutes sortes; une exception cependant est faite pour l'alcoolisme dont les progrès chez les Arabes coïncident avec l'apparition et l'augmentation des cas de paralysie générale. Quant à la syphilis, bien que fréquente et mal soignée, elle n'augmente pas le contingent des paralytiques généraux arabes.

DU CAMP.

V. *Contribution à l'étude des localisations de la blennorrhagie sur les nerfs périphériques*; par le Dr Marius CROS. (Thèse de Montpellier, 1893-94, n° 4.)

L'observation qui est le point de départ de ce travail est celle d'un homme niant toute habitude alcoolique, et qui n'offre dans son histoire pathologique qu'une blennorrhagie remontant à trois ans et non encore éteinte; la symptomatologie est celle de la poly-

névrite alcoolique, avec la démarche de steppeur. Il y a en plus une névrite optique double. L'absence du signe d'Argyll-Robertson, l'évolution de la maladie, la démarche du malade font éliminer à l'auteur le diagnostic de tabes médullaire et formuler celui de polynévrite sensitive ou pseudo-tabes. Quant à l'origine de la maladie, elle est rapportée, dans ce cas, à la blennorrhagie. Empruntant d'autres observations à la littérature médicale, M. Cros rappelle que la blennorrhagie peut produire des névrites périphériques localisées ou disséminées, et des névralgies, principalement des névralgies sciatiques et des névralgies crurales. DUCAMP.

VI. *Contribution au diagnostic des Myoclonies*; par le D^r CORNET.
(Thèse de Montpellier, 1893-94, n^o 10.)

Ce travail est consacré à l'étude clinique d'une observation que la plupart des symptômes font considérer comme un cas de paramyoclonus : il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, tuberculeux et syphilitique, épuisé encore par les émotions et les excès, qui a commencé à sentir une douleur très vive dans la main gauche, remontant ensuite le long du bras, pour envahir ensuite rapidement les muscles de la nuque, du cou et du membre supérieur droit. La douleur est suivie de près par des contractions musculaires, brusques, instantanées, incoordonnées, apparaissant dans divers groupes musculaires ou dans des muscles isolés, aux membres, au tronc et à la tête; ces spasmes s'exagèrent dans la position couchée, et disparaissent sous l'influence des mouvements volontaires, et de la position verticale. Mais l'action inconstante du sommeil, l'action nulle des excitations extérieures sur les phénomènes convulsifs distinguent cette observation du paramyoclonus type; de plus, la production de cris articulés et les mouvements de la tête et de la face la rapprochent de la maladie des tics. Ces diverses particularités font penser à l'auteur que le cas qu'il étudie semble occuper une place intermédiaire entre la maladie des tics et le paramyoclonus, mais qu'il est plus proche cependant de ce dernier. DUCAMP.

ASILES D'ALIÉNÉS.

VII. DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE; par L'ÉTABLISSEMENT D'ÉCOLES POUR LE PERSONNEL; par le D^r BURR.

C'est de 1882 que date l'établissement des premières écoles pour le personnel des Asiles. Cette mesure, en augmentant la valeur

du personnel, en rendant plus correctes les informations fournies par les infirmiers, a rendu de signalés services pour l'étude de la nature et même du traitement des maladies mentales. (*American Journal of insanity*, 1893.) E. BLIN.

VIII. SUR LE SYSTÈME DES MALADES EXTERNES DANS LES ASILES; par F.-Saint-John BULLEN. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1893.)

L'auteur ne dissimule ni à lui-même ni à ses lecteurs les obstacles très sérieux et très réels que rencontrerait le traitement externe des aliénés; mais ces difficultés ne sont peut-être pas insurmontables; en tout cas, elles ne le sont ni toujours ni partout, puisque des tentatives de ce genre ont été faites; et si l'on parvenait à les surmonter, les avantages seraient considérables: on remédierait ainsi à l'encombrement de presque tous les asiles; on assurerait, tout au moins à certains aliénés (car il faudrait naturellement les choisir avec soin), des conditions de milieu intellectuel et moral bien supérieures à celles de l'asile; on éviterait aux familles la fâcheuse impression que produit, dans le peuple plus encore peut-être que dans les classes élevées, l'internement d'un de leurs membres dans un asile; enfin cette consultation externe deviendrait une sorte de clinique, très profitable à l'enseignement, et où les étudiants et les jeunes médecins pourraient étendre les notions, d'ordinaire passablement incomplètes au sortir de l'École, qu'ils possèdent sur la psychiatrie. R.-M. C.

Le traitement externe des maladies mentales fonctionne déjà depuis un certain nombre d'années à l'asile Clinique, à Bicêtre et à la Salpêtrière. A cet égard MM. Bonchereau et Magnan, en particulier et des premiers, ont rendu de réels services. Personnellement, soit à la Commission de surveillance, soit comme publiciste, nous avons insisté sur ses avantages et sur la nécessité de son extension. Un certain nombre de malades, en effet, peuvent être soignés chez eux très utilement; mais l'ordonnance médicale n'est pas tout, il faut qu'elle soit complétée par la délivrance de médicaments, de bains et de douches, et, en outre, par l'allocation aux aliénés externes d'un secours en argent. Peut-être un jour comprendra-t-on à l'Administration et au Conseil général, l'utilité d'une telle organisation. B.

IX. DISCOURS PRÉSIDENTIEL PRONONCÉ A LA CINQUANTE-DEUXIÈME RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, le 28 juillet 1893; par J. MURRAY-LINDSAY. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1893.)

Comme beaucoup de ceux qu'ont prononcé ses prédécesseurs, le

disceurs de M. Lindsay échappe à peu près complètement à l'analyse par la multiplicité des sujets qu'il aborde, et par le caractère même de ces sujets, qui ont ordinairement trait à des réformes administratives d'ordre intérieur, soit dans les asiles, soit dans le fonctionnement même de l'Association. R.-M. C.

X. LA FOLIE EN GRÈCE. — L'HÔPITAL D'ATHÈNES ; par F. B. SAUBORNE.
(*The Journal of Mental Science*, juillet 1893.)

La Grèce a deux asiles d'aliénés, celui de Corfou, le vieux *Phrenokomeion*, fondé en 1838, et celui d'Athènes, de fondation relativement récente, et qui, créé par la famille Dromokaïtes, porte à juste titre le nom de *Dromokaiteion*. En l'absence d'une statistique de quelque valeur, il résulte des recherches de l'auteur que la folie est relativement peu commune en Grèce : cela s'explique d'ailleurs par l'absence dans ce pays des deux principaux facteurs de l'aliénation mentale, la densité de la population et l'abus des boissons alcooliques. M. Sauborne rend hommage au mérite, trop peu connu hors du royaume de Grèce, du Dr Chirigotes, qui, après avoir dirigé pendant dix ans l'asile de Corfou, dirige depuis environ six ans celui d'Athènes, où il a réussi à obtenir, avec de très faibles ressources, des résultats à tous égards excellents, et qui paraissent être entièrement dus à son savoir, à son habileté et à son dévouement. R.-M. C.

XI. SUR LES APPLICATIONS SYSTÉMATIQUES DE L'ART DE LA COUTURIÈRE, CHEZ LES PENSIONNAIRES (femmes) DES ASILES ; par Arthur FINEGAN.
(*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

L'auteur pense que l'on pourrait tirer parti dans les asiles de la tendance naturelle de la femme à la coquetterie, tendance qui ne l'abandonne qu'au dernier degré de la déchéance mentale, pour remplacer les vêtements du magasin d'habillement par des costumes faits sur mesure pour chaque malade, costumes qui, allant mieux, s'useraient moins vite et dureraient plus longtemps. On arriverait à ce résultat en exigeant des surveillantes de quartier quelques notions de l'art de la couturière, et en organisant, dans chaque quartier, un atelier de couturières qui fournirait de l'occupation aux malades, et, éventuellement, à celles qui sortiraient guéries, un moyen de gagner leur vie. R.-M. C.

XII. QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA NOUVELLE FERME DE L'ASILE D'OMAGH ; par George Francis WEST. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

Dans cette courte note, l'auteur expose et résume les avantages qui résultent pour l'asile d'Omagh de la création d'une ferme :

les principaux de ces avantages sont les suivants : 1° La ferme fournit aux malades capables de travail une occupation saine et utile, ce qui est précieux tant au point de vue de leur santé physique qu'au point de vue de leur santé mentale ; 2° elle fournit à l'asile des provisions de meilleure qualité et à meilleur compte que celles qui lui étaient fournies à l'adjudication ; 3° Elle serait encore avantageuse à ne considérer que le point de vue pécuniaire, puisque l'année dernière elle a donné un bénéfice net de 12,500 francs — bénéfice de début qui s'accroîtra certainement les années suivantes.

R.-M. C.

XIII. AUGMENTATION DU NOMBRE DES ALIÉNÉS ; par le D^r CORBET.

L'auteur rappelle qu'en 1858, le nombre des aliénés en Écosse était de 15,748 alors qu'en 1801 il était de 12,723, soit une augmentation de 6,975, d'où une proportion de 120 p. 100 alors que l'accroissement de la population pendant la même période n'a été que de 38 p. 100.

D'après les conclusions de l'auteur : 1° l'augmentation du nombre des aliénés parmi la population pauvre dépasse ce qu'elle devrait être par suite de l'augmentation de la population ; 2° elle ne peut être attribuée à l'accumulation résultant d'une longue résidence des malades pauvres dans les asiles ; 3° ce n'est que dans une très légère mesure que la diminution de la mortalité peut augmenter le nombre relatif des malades ; 4° il n'y a aucune raison de croire que la population en général ait de tendance à la folie ; 5° cette augmentation du nombre des aliénés n'est pas due à une seule cause, mais à une foule de causes agissant à des degrés différents dans les différents pays et sur les diverses conditions sociales. (*American journal of insanity*, 1893.)

E. B.

XIV. L'ADMINISTRATION DES ALIÉNÉS EN ECOSSE ; par le D^r CLOUSTON.

Avant l'année 1857, l'administration des aliénés en Écosse dépendait des shériffs de chaque contrée, qui visitaient les asiles placés sous leur juridiction. Il avait été fondé sept asiles avec chartes royales, mais soumis en rien au contrôle royal et ne recevant pas d'aide du gouvernement. Ces asiles avaient été édifiés par des grandes villes du royaume et étaient gouvernés par des conseils locaux. Il n'existait pas d'autorité centrale exerçant une surveillance générale.

Après l'acte des aliénés adopté en Angleterre en 1845, sur l'initiative de lord Shaftesbury, une tentative infructueuse fut faite en 1848 pour le faire accepter par l'Écosse.

En 1855, Miss Dix, qui avait fait beaucoup pour les aliénés en Amérique, fit connaître la négligence cruelle dans laquelle on

lissait les malades dans certains petits asiles d'Ecosse, poussa le gouvernement à nommer une commission royale chargée de faire une enquête sur le traitement et la juridiction des aliénés.

Il en sortit un admirable rapport (1857) montrant les besoins urgents d'une législation pour remédier aux abus, ériger des asiles publics et installer une autorité centrale. Il fut organisé un conseil général pour la surveillance de tout ce qui concernait l'aliénation dans le royaume. Les asiles étaient pourvus d'un conseil de surveillance local chargé de veiller à l'observation des statuts mais n'administrant pas ces établissements. Des inspecteurs locaux étaient chargés du soin d'y envoyer les malades qui avaient besoin de soins. Les directeurs des anciens asiles royaux et les médecins traitants restèrent pour diriger les établissements sous leur responsabilité. Le conseil de surveillance local n'avait sur eux qu'une petite autorité. Ainsi est organisée depuis trente-cinq ans l'administration des aliénés en Esse et l'auteur loue sans réserves cette organisation. Les différentes maladies mentales ont été divisées en trois grandes classes et une quatrième classes se forme actuellement.

Les cas de folie aiguë et curables, les malades infirmes sont tous placés dans un « Hospital Block » détaché de l'asile, ayant des employés spéciaux et une organisation spéciale. Les malades chroniques et ceux qui travaillent forment la deuxième classe, ils sont placés dans l'asile.

Le troisième groupe est formé par des malades chroniques tranquilles qui sont placés en petit nombre dans des pavillons construits pour eux, les « Lunatic wards ». Enfin le quatrième groupe comprend les malades arriérés et séniles qui prennent pension dans des familles privées. Ceux-ci ont beaucoup de liberté, vivent comme le peuple et sont visités une fois par mois par un docteur.

Il y a actuellement en Ecosse; 8,871 aliénés 70 p. 100 des malade sont placés dans les asiles; 7,70 dans les maisons d'indigents et 20 p. 100 dans des familles.

Les commissaires qui font partie du conseil de surveillance ont un remarquable esprit de corps. Ils ont souvent des réunions où l'on discute les questions médicales concernant l'aliénation. Médecins et administrateurs reconnaissent que leur union est nécessaire. Les uns et les autres s'efforcent de s'entendre, puisque l'intérêt réel des malades l'exige. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

SOUSCRIPTION
POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.

SEPTIÈME LISTE.

M. le D ^r Aigre (de Boulogne-sur-Mer)	40 fr.
M. le D ^r Mabaret du Bastay (de St-Léonard)	40 »
M. le D ^r Oulmont, médecin des hôpitaux.	50 »
M. le D ^r P. Blocq, ancien interne de M. Charcot.	50 »
M. le D ^r Pozzi, professeur agrégé.	50 »
M. le D ^r H. Colin, médecin des asiles.	20 »
Total de la septième liste.	490 fr.
Total des listes précédentes.	4,136 05
Total général.	4,326 05

HUITIÈME LISTE.

M. le D ^r Fiaux, père	20 »
M. le D ^r Huet, ancien interne de M. Charcot	100 »
M. le D ^r Paul Regnard	50 »
M. le D ^r Cullere	5 »
M. le P ^r H. Leloir (de Lille)	20 »
M. le D ^r Thulié (de Paris)	20 »
M. le D ^r Camuset (de Bonaval)	10 »
M. le D ^r Huchard, médecin des hôpitaux.	20 »
Total de la huitième liste	245 fr.
Total des listes précédentes	4,326 05
Total général.	4,571 05

FAITS DIVERS.

NOMINATIONS (4 décembre 1893). — Le D^r ANGLADE, médecin adjoint à l'asile de Bassens est nommé médecin-adjoint à l'asile de Braqueville, en remplacement de M. BROQUÈRE, promu. (22 janvier). Le D^r CHARDON, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant, est promu à la 1^{re} classe, à partir du 1^{er} février. — Le D^r BONNET, médecin-adjoint de Saint-Robert (Isère), est promu à la 1^{re} classe, du 1^{er} janvier. — Le D^r THIVET, médecin-adjoint à Blois, est promu à la 1^{re} classe, du 1^{er} janvier. — Le D^r CHARON, médecin-adjoint à

Bailleul, est promu à la 1^{re} classe, du 1^{er} janvier. — Le D^r BRIAND, médecin en chef à Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle, du 1^{er} janvier. — Le D^r BOUDRIE, médecin en chef à Vaucluse, est promu à la 1^{re} classe, du 1^{er} janvier.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. Duflos, directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de l'intérieur, est nommé membre de la commission de revision de la législation pénale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire de clinique des maladies du système nerveux de la Faculté de médecine de Paris, vient enfin d'être déclarée vacante.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES (*Asile clinique*). — Le personnel auxiliaire du laboratoire de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, est constitué ainsi qu'il suit, pour l'année scolaire 1893-1894 : MM. KLIPPEL, docteur en médecine, chef; SERVEAUX, docteur en médecine, aide; SAUVINEAU (Arthur-Simon-Charles), docteur en médecine, en remplacement de M. LEFILLIATRE, dont les fonctions sont expirées.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. (*Légion d'honneur*). — Sont nommés chevaliers : M. le D^r GARNIER, médecin en chef de l'infirmerie du Dépôt; M. le D^r CHRISTIAN, médecin en chef de la maison de Charenton. Nous ne pouvons qu'applaudir à la distinction si méritée que l'administration vient enfin d'accorder à nos deux amis qui, depuis si longtemps, rendent d'innoubliables services.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES. — Nous rappelons à nos lecteurs que le 5^e Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, se tiendra à Clermont-Ferrand, du 6 au 11 août 1894, et que les questions mises à l'ordre du jour seront les suivantes : 1^o *Des rapports de l'hystérie et de la folie*; 2^o *Des névrites périphériques*; 3^o *De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques*.

Rapporteurs : 1^{re} question : M. le D^r Gilbert Ballet (Paris); 2^o : M. P. Marie (Paris); 3^o : M. Ladame (de Genève). Les rapports seront distribués en temps utile aux adhérents. S'adresser au D^r P. Hospital, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Marie-l'Assomption, à Clermont-Ferrand. Cotisation : 20 francs.

Georges GUINON et J.-B. CHARCOT.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

DE LA MÉTHODE ANATOMO-CLINIQUE DANS SES APPLICATIONS A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS;

Par J.-M. CHARCOT et A. PITRES¹.

Deux méthodes différentes ont été appliquées à l'étude des *Localisations cérébrales* : la méthode expérimentale et la méthode anatomo-clinique. Chacune d'elles peut revendiquer à son actif des découvertes précieuses; chacune compte des partisans enthousiastes, voire même exclusifs. En réalité, elles ont l'une et l'autre des avantages et des inconvénients; elles ont surtout, par la force même des choses, des domaines distincts dans lesquels leur action est nécessairement circonscrite.

La méthode expérimentale règne en légitime souveraine dans les laboratoires de physiologie. Ses avantages sont incon-

¹ Quand notre illustre et vénéré maître, le professeur Charcot, est mort, il préparait, en collaboration avec M. Pitres, un travail d'ensemble sur la doctrine des Localisations cérébrales. La partie de ce travail relative aux *centres moteurs corticaux* était à peu près terminée. Elle va être prochainement publiée. Nous en extrayons le passage qu'on va lire dans lequel sont exposés, avec une grande netteté, les principes et les causes d'erreurs de la méthode à laquelle sont dus les principaux progrès réalisés dans ces dernières années sur les différenciations fonctionnelles du cerveau humain.

testables. Elle permet de vérifier à tout instant, par des vivisections aussi nombreuses et aussi variées que cela est nécessaire, les faits déjà acquis et de contrôler, aussitôt qu'elles surgissent, les hypothèses susceptibles de conduire à des découvertes nouvelles. Elle constitue donc un admirable instrument de recherches, dont les initiés savent multiplier les ressources avec une habileté et une ingéniosité consommées. Mais elle a aussi des inconvénients. Les expériences faites sur le cerveau nécessitent des mutilations préliminaires ou concomitantes dont les effets compliquent, dans une certaine mesure, la symptomatologie des réactions encéphaliques. De plus, tout événement psycho-physiologique, tout phénomène d'activité cérébrale a un côté subjectif sur lequel les animaux sont incapables de renseigner les expérimentateurs. Enfin, et surtout, les résultats des recherches de laboratoire, pratiquées sur le lapin, le chien ou le singe, ne peuvent s'appliquer à l'homme que par un raisonnement d'induction dont la légitimité est presque toujours contestable, car les centres nerveux des vertébrés, même des vertébrés supérieurs, ne sont pas identiquement pareils à ceux de l'homme, et là où il n'y a pas identité de structure, il n'y a vraisemblablement pas identité de fonctions.

Pour étudier utilement par la méthode expérimentale les fonctions d'un organe aussi complexe et aussi différencié que le cerveau de l'homme, c'est sur l'homme qu'il faudrait expérimenter. Mais, pour des raisons que tout le monde comprend, cela est impossible. De loin en loin, quelques chirurgiens, profitant de cas pathologiques exceptionnels ou de larges trépanations faites dans un but thérapeutique, ont bien pu constater les effets de certaines excitations des circonvolutions cérébrales de l'homme. Bartolow, Sciammana, Mills, Kean, Lloyd, Daver, Nancrede, Dana, ont provoqué des mouvements simples ou des convulsions épileptiformes par l'électrisation de la région rolandique. Auburtin avait pu, auparavant, arrêter brusquement la parole par la compression des lobes frontaux d'un malade dont la paroi antérieure du crâne avait été enlevée par un traumatisme. Mais ces expériences, forcément timides et incomplètes, n'ont apporté aucune donnée nouvelle à l'étude des localisations cérébrales; et comme il est très vraisemblable qu'on n'en pourra jamais faire de plus détaillées, il y a lieu de chercher dans une autre voie les moyens d'étudier sur l'homme les fonctions du cerveau humain.

La méthode anatomo-clinique répond, aussi complètement que possible, à ce desideratum. D'une façon générale on désigne par ce vocable l'ensemble des procédés à l'aide desquels les médecins de tous les temps se sont efforcés de découvrir les fonctions normales des organes de l'homme par l'étude des réactions morbides provoquées dans ces organes en conséquence des altérations anatomiques dont ils peuvent être le siège. C'est cette méthode que présentait Hippocrate quand il disait que « nos connaissances les plus précises sur la physiologie nous viennent de la médecine ». C'est elle que préconisait Morgagni quand il formulait l'axiome suivant : *Nulla est alia pro certo noscendi via, quam plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere et inter se comparare.*

Appliquée à l'étude des localisations cérébrales, la méthode anatomo-clinique a pour but la détermination des fonctions des différentes parties du cerveau et pour moyen la comparaison des symptômes observés durant la vie des malades avec les lésions encéphaliques constatées à leur autopsie.

Ses avantages sautent aux yeux. D'abord, elle n'utilise pour l'étude des fonctions cérébrales de l'homme que le cerveau humain. Ensuite, elle élimine l'intervention des complications opératoires qui troublent nécessairement les résultats de toutes les vivisections. Un malade, hémiplégique depuis dix ans, meurt d'une affection quelconque; à son autopsie on trouve, en outre des lésions qui ont causé sa mort, une plaque jaune ancienne sur la surface d'une circonvolution cérébrale. Quelle expérience de laboratoire démontrerait avec plus de chances de certitude le rapport de cause à effet entre le symptôme hémiplégique et sa lésion provocatrice. Et si dix fois, vingt fois, cent fois, ce même symptôme coïncide avec une lésion siégeant dans le même point du cerveau, si, par surcroît, les lésions occupant d'autres points de l'encéphale ne coexistent jamais avec le symptôme en question, n'est-il pas légitime de penser que la lésion localisée commande le symptôme spécialisé et de conclure que le point correspondant du cerveau est le siège d'une fonction différenciée?

A côté de ces avantages, la méthode anatomo-clinique a d'assez graves inconvénients. Elle exige la mise en œuvre d'une masse énorme de matériaux lentement et patiemment accumulés. Elle oblige à attendre, souvent fort longtemps, les

cas simples, typiques, qui seuls ont une valeur démonstrative sérieuse. Enfin, elle pourrait entraîner à des conclusions erronées si on ne suivait très rigoureusement les règles que nous allons formuler :

1° La première consiste à n'utiliser que les observations présentant des garanties sérieuses d'exactitude. On peut le formuler ainsi :

Rejeter sans hésitation, comme étant, par principe, impropres à l'étude des localisations cérébrales, toutes les observations, anciennes ou récentes, dans lesquelles les symptômes n'ont pas été régulièrement notés durant la vie des malades et les lésions minutieusement décrites après leur mort.

Dans la pratique, cette règle conduit, il ne faut pas se le dissimuler, à faire repousser presque la totalité des documents accumulés par les médecins et les anatomo-pathologistes antérieurement à l'époque actuelle. Les recueils de faits, si précieux à d'autres points de vue, de Bonnet, Morgagni, Andral, Lallemand, Gintrac, etc., etc., n'ont, pour la solution des questions qui nous occupent, aucune valeur. Quelques exemples feront comprendre l'absolue nécessité de cette exclusion en masse : Cruveilhier rapporte dans son anatomie pathologique un cas d'hémiplégie gauche permanente, dans lequel il trouva à l'autopsie un foyer de ramollissement ancien siégeant sur les circonvolutions postérieures de l'hémisphère droit du cerveau. Or, nous verrons plus tard que les circonvolutions postérieures sont indépendantes de l'appareil moteur intracérébral et que leurs lésions destructives ne provoquent pas de paralysie des mouvements. Est-ce à dire que les doctrines modernes soient en défaut? Ou bien Cruveilhier, si rigoureusement précis d'ordinaire dans ses descriptions anatomo-pathologiques, aurait-il commis une erreur de topographie? Eh bien! nous pouvons affirmer que c'est la seconde hypothèse qui est exacte. La description de Cruveilhier est accompagnée d'une planche faite d'après nature¹ et sur cette planche nous voyons que, loin de siéger sur les circonvolutions postérieures, la lésion est placée au milieu du lobule pariétal inférieur, qu'elle a même détruit le tiers moyen de la circonvolution pariétale ascendante, qu'elle atteint par conséquent la zone motrice et que l'observation, loin de contredire les doctrines modernes,

¹ Cruveilhier. — *Anal. path. du corps humain*, pl. III, fig. 1-2.

rentre au contraire dans le groupe des faits confirmatifs de ces doctrines¹.

D'autres fois la description est incomplète. Une grosse lésion a attiré l'attention pendant qu'une ou plusieurs lésions plus petites restaient inaperçues. Auburtin raconte dans un intéressant mémoire publié en 1863 par la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, qu'un malade aphasique étant venu à succomber dans le service de Trousseau, on trouva seulement à son autopsie une lésion corticale siégeant sur l'hémisphère droit. Broca, dont ce fait semblait devoir ruiner les opinions, fut invité à voir le cerveau. Il constata qu'il existait, en effet, une grosse lésion du lobe pariétal droit, mais il ne borna pas là ses recherches et un examen plus complet lui permit de reconnaître en outre, une altération profonde et assez étendue de la troisième circonvolution frontale gauche.

Pour éviter de semblables erreurs, nous ne saurions trop vivement engager les observateurs à pratiquer les autopsies qui sont de nature à présenter quelque intérêt au point de vue des localisations cérébrales, avec un soin méticuleux, et à dessiner aussitôt les lésions, ou, tout au moins, à en marquer la topographie sur les schémas qui se trouvent aujourd'hui entre les mains de tout le monde. Voici comment nous les engageons à procéder :

Le cerveau étant enlevé, et sa surface extérieure bien examinée, les hémisphères seront séparés de la protubérance par un trait de couteau sectionnant le bord des pédoncules. Une section longitudinale du corps calleux séparera ensuite l'un de l'autre les deux hémisphères et les méninges seront détachées sous un filet d'eau.

Après la décortication les circonvolutions seront passées en revue une à une. S'il y a quelque lésion corticale, elle sera aussitôt dessinée ou reportée sur un schéma. On s'assurera ensuite de l'état des parois ventriculaires et des ganglions

¹ *Bull. Soc. Anat.*, 876, p. 1753 et 777.

De pareilles erreurs de topographie se sont produites plus récemment. M. Dussaussy présentait à la Société anatomique de Paris, dans la séance du 22 décembre 1876, la moitié d'un hémisphère cérébral dans lequel se trouvait un abcès. D'après lui, l'abcès siégeait dans le lobe postérieur. Le fait était par conséquent en opposition avec la doctrine alors toute nouvelle des localisations motrices. Mais en examinant la pièce avec plus d'attention, M. Gombault montra que la cavité pathologique s'étendait jusqu'au sillon de Rolando.

centraux. S'il existe des taches ocreuses sous-épendymaires ou des dépressions profondes dans la substance grise du noyau caudé ou de la couche optique, il y aura avantage à pratiquer la coupe de Flechsig pour noter exactement les rapports de ces altérations avec la capsule interne et à en marquer la forme et l'extension sur les schémas *ad hoc*. Si au contraire les masses centrales paraissent saines, il serait préférable de pratiquer une série régulière de coupes parallèles au sillon de Rolando, en examinant au fur et à mesure les surfaces de section de chacune d'elles et en reportant sur des schémas la topographie de leur lésion. On n'oubliera pas, en terminant, d'examiner la protubérance, le bulbe, la partie supérieure de la moelle, le cervelet. Enfin si la coloration ou la consistance de certaines parties du cerveau laissait le moindre doute sur leur intégrité, on soumettrait sur-le-champ quelques fragments de ces parties à l'examen microscopique.

2° Toutes les observations bien recueillies ne sont pas également favorables à l'étude des localisations cérébrales. Les cas simples dans lesquels une lésion ancienne bien limitée a donné lieu à un ou plusieurs symptômes permanents, sont de beaucoup les meilleurs. Les cas dans lesquels des altérations multiples ou diffuses ont provoqué une symptomatologie complexe sont beaucoup plus difficiles à interpréter et partant beaucoup moins démonstratifs.

Les cas de tumeurs cérébrales ne valent guère mieux. La plupart des tumeurs ne se substituent pas molécule à molécule aux tissus dans lesquels elles se développent. Elles s'accroissent plus vite qu'elles ne détruisent, et, pour se loger, elles refoulent les parties voisines. Si celles-ci sont libres de se déplacer, elles fuient devant la compression, mais si elles sont enfermées dans une cavité à parois rigides, comme la boîte crânienne, elles sont nécessairement comprimées. Les effets de la compression se surajoutent alors à ceux de la destruction des tissus et compliquent à tel point les réactions fonctionnelles que toute tumeur cérébrale, quelle que bien limitée qu'elle paraisse à l'autopsie, équivaut presque sûrement, en réalité, à une lésion diffuse. De là cette seconde règle de la méthode anatomo-clinique :

Rejeter comme étant impropres à l'étude des localisations cérébrales tous les cas de lésions multiples ou diffuses, de méningites, d'encéphalites, d'hémorragies méningées, de tumeurs,

etc., dans lesquels des phénomènes d'irritation de voisinage ou de compression à distance, s'associant aux effets de la destruction limitée des centres nerveux, ont provoqué des réactions complexes dont le point de départ ne peut pas être uniquement cherché dans la lésion révélée par l'examen nécroscopique.

Nous ne voulons pas dire qu'il n'y ait aucun profit à tirer de ces observations. Il faut au contraire les recueillir et les analyser avec tout le soin possible, car elles présentent souvent un grand intérêt pour le praticien. Nous prétendons seulement qu'on s'exposerait à commettre de grossières erreurs si on cherchait à établir, en se fondant sur elles, la topographie fonctionnelle du cerveau. L'étude de la géographie cérébrale doit être faite d'abord avec les cas les plus simples. Quand elle sera suffisamment avancée, on pourra, sans inconvénients, appliquer les découvertes sûrement acquises à l'interprétation des cas complexes. Mais ce n'est pas en se servant des cas complexes qu'on arrivera à déterminer les lois qui régissent les réactions fonctionnelles des diverses parties de l'encéphale.

3° Nous venons d'indiquer les éliminations qu'il est nécessaire de faire dans le choix des observations applicables à l'étude des localisations cérébrales. Il nous reste à formuler maintenant les règles à suivre dans l'utilisation de ces observations.

Si le cerveau est formé par la juxtaposition de plusieurs appareils fonctionnellement distincts, la destruction isolée de chacun de ces appareils doit abolir isolément la fonction correspondante en laissant les autres intactes. Si, par exemple, il existe un appareil moteur intra-cérébral, ses lésions destructives doivent nécessairement donner lieu à des paralysies motrices; mais par contre, les lésions destructives des autres appareils intra-cérébraux ne doivent pas provoquer de troubles de la motilité.

Si donc, pour fixer les idées par un exemple concret, nous trouvons à l'autopsie de tous les malades atteints de monoplégie crurale, une lésion du lobule paracentral du côté opposé, si inversement, à l'autopsie de tous les malades qui n'ont pas présenté de monoplégie crurale, nous ne trouvons pas de lésions du lobule paracentral, alors, — mais alors seulement, — nous serons en droit de conclure que le lobule paracentral renferme un centre d'activité nécessaire à l'exécution des mouvements volontaires dans le membre inférieur du côté opposé

Et cette conclusion sera d'autant mieux établie qu'elle reposera sur la comparaison d'un plus grand nombre d'observations confirmatives.

En d'autres termes, toute localisation fonctionnelle doit être basée sur une double série de faits :

a). La série des faits positifs démontrant la coexistence constante d'un symptôme déterminé avec les lésions d'un territoire cérébral également déterminé ;

b). La série des faits négatifs prouvant l'absence constante de ce même symptôme avec les lésions de toutes les autres parties du cerveau.

Il est de toute évidence que ces deux ordres de faits doivent toujours se contrôler réciproquement, les uns comportant la preuve de l'exactitude des rapports révélés par les autres. Ces considérations sont exprimées dans la règle suivante :

N'admettre une localisation fonctionnelle que lorsque la démonstration en est établie sur un groupe cohérent de faits de la série positive, indirectement contrôlés par un autre groupe cohérent de faits de la série négative.

4° Quelque précaution qu'on prenne pour ne rien avancer qui ne soit surabondamment démontré, il faut s'attendre à se heurter à des observations contradictoires. Cela est fatal, non seulement parce qu'il y aura toujours des personnes légères ou inattentives qui commettront des erreurs dans la description des symptômes ou dans celle de la distribution topographique des lésions, mais parce qu'il y a dans l'étude de la pathologie cérébrale un certain nombre de causes d'erreurs à peu près inévitables.

La plus dangereuse provient de l'intervention très fréquente et toujours possible de l'hystérie ou de troubles purement fonctionnels de nature névrosique, dans la production des symptômes dont on cherche la localisation. Supposons qu'un malade, atteint d'une paralysie dont la nature hystérique a été méconnue, vienne à succomber. Si son autopsie ne révèle aucune altération des centres nerveux l'absence absolue de lésions sera, par elle-même, une raison suffisante pour rectifier l'erreur de diagnostic commise du vivant du malade. Mais si on rencontre une lésion quelconque siégeant en dehors de la zone motrice, on sera tout naturellement porté à la considérer comme la cause de la paralysie et voilà une observation contradictoire à classer dans le dossier des localisations.

Autre cause d'erreur : Certaines circonstances individuelles peuvent modifier les aptitudes fonctionnelles des hémisphères cérébraux. Les lésions qui causent l'aphasie motrice siègent habituellement dans le point indiqué par Broca, c'est-à-dire dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Mais quelques sujets ont une sorte de transposition des organes cérébraux et deviennent aphasiques par le fait de lésions destructives du pied de la troisième circonvolution frontale droite. Est-ce à dire que la localisation de Broca soit erronée? Pas du tout. Cela prouve tout simplement que de même que certains sujets sont gauchers des membres alors que la plupart des hommes sont droitiers, ainsi certaines personnes parlent avec leur hémisphère droit tandis que les autres, plus nombreuses, parlent avec leur hémisphère gauche.

Des suppléances d'une autre espèce pourraient également, dans quelques cas, rendre très difficile l'interprétation exacte des rapports des lésions aux symptômes.

Exemple : La cécité verbale est ordinairement liée à des lésions de la région du pli courbe de l'hémisphère gauche. Mais les malades atteints de cécité verbale arrivent parfois à remplacer les images visuelles qui leur manquent par le sens musculaire qu'ils ont conservé. Mis en présence d'un mot écrit dont ils ne comprennent pas la signification, ils le regardent attentivement, en reproduisent les traits par de petits mouvements de la main comme s'ils l'écrivaient dans l'espace et les sensations provoquées par ces mouvements leur rappellent la signification du mot écrit qu'ils seraient incapables de lire avec le secours des yeux seuls. Qu'un malade de ce genre ayant fait un exercice suffisant soit soumis à l'examen d'un observateur non prévenu, celui-ci méconnaîtra le trouble visuel et si, à l'autopsie du malade, il trouve une destruction grossière de la région du pli courbe gauche, il croira être en présence d'un cas contradictoire à la notion aujourd'hui bien établie d'après laquelle la région du pli courbe gauche est le siège des images visuelles des mots. On pourrait de même méconnaître la surdité verbale si on se trouvait en face d'un de ces malades qui ne comprenant pas, à l'audition, les paroles prononcées devant eux, arrivent cependant à en saisir la signification après les avoir répétés à haute voix; tout comme il serait facile de ne pas diagnostiquer la surdi-mutité en entretenant une conversation avec un de ces sourds-muets qui

répondent sans hésitation aux questions qu'ils n'ont pas entendues mais qu'ils ont lues sur les lèvres de leurs interlocuteurs.

La conclusion de tout ceci, c'est qu'il ne faut pas s'attendre à trouver dans les documents relatifs à l'étude des localisations cérébrales la rigoureuse et constante uniformité qui ne se rencontre que dans la solution des problèmes mathématiques. Rien n'est absolu, c'est là le seul précepte absolu, a dit Auguste Comte. C'est aussi ce qui justifie cette quatrième et dernière règle de l'application de la méthode anatomo-clinique :

Quand une localisation a été établie par la constatation d'un grand nombre de faits concordants, il ne faut pas douter de sa réalité s'il se présente de loin en loin quelques cas contradictoires; il faut seulement chercher les raisons qui peuvent expliquer la genèse de ces cas exceptionnels.

Telles sont les règles qui doivent, ce nous semble, diriger les cliniciens désireux de se livrer à l'étude des localisations cérébrales. En les suivant rigoureusement, on doit arriver à une détermination topographique des fonctions du cerveau de l'homme plus précise et plus certaine que celle qui pourrait ressortir des inductions tirées de l'expérimentation sur les animaux. La physiologie a longtemps eu la prétention de régenter la clinique. Elle n'y a aucun droit. Ses méthodes ne sont pas plus que les nôtres à l'abri des causes d'erreurs. Ses recherches pratiquées sur la grenouille, le lapin ou le singe ne comportent que des conclusions applicables à la grenouille, au lapin ou au singe. L'homme échappe à ses expériences; il est hors de sa portée. Et s'il vient à se produire, comme cela est arrivé maintes fois, un désaccord flagrant entre les affirmations des physiologistes et les observations des cliniciens, ces derniers doivent accorder toute leur confiance aux faits dûment constatés dont ils sont les témoins sans se soucier de savoir si ces faits sont en harmonie ou en contradiction avec les doctrines dérivées de l'expérimentation.

« Les études pathologiques bien dirigées, disions-nous en 1883, ont une valeur scientifique tout aussi grande que les études expérimentales. Elles n'ont pas besoin d'être tenues en tutelle. Elles doivent seules intervenir dans la solution de certains problèmes et, particulièrement dans le cas qui nous occupe, elles peuvent seules fournir des données précises pour la détermination de la topographie du cerveau de l'homme. » Le temps n'a pas modifié nos opinions sur ce point; il les a,

au contraire, affirmées. Nous croyons toujours que la clinique doit rester autonome. La physiologie peut lui être utile pour lui suggérer des hypothèses à vérifier, des voies de recherches à explorer. Il serait même injuste de ne pas proclamer qu'elle lui a souvent rendu de très réels services. Mais elle ne lui est pas indispensable. Hippocrate n'a pas eu besoin de sacrifier des animaux pour découvrir que le cerveau est l'organe de la pensée, ni Broca pour fixer le siège des lésions qui déterminent l'aphasie.

Les cliniciens n'ont, d'ailleurs, jamais eu à se louer d'avoir aliéné leur indépendance scientifique. Il fut un temps où l'hypothèse d'un principe immatériel supérieur et extérieur à l'organisme, présidant aux fonctions intellectuelles et sensibles, était donnée par les métaphysiciens comme un postulat indiscutable. Les médecins subirent le joug de la philosophie scolastique; ils s'attachèrent à rechercher le siège de l'âme et dépensèrent en pure perte des efforts considérables à la poursuite d'inaccessibles chimères. Plus récemment ils ont reçu tout façonné de la main des physiologistes le dogme de l'homogénéité fonctionnelle du cerveau et pour ne pas se mettre en opposition avec une opinion fondée sur des expériences de laboratoire, ils sont restés hésitants et perplexes devant une foule de faits pathologiques faciles à constater, n'osant pas tirer de leurs observations les conséquences logiques qu'elles comportaient. Il faut que ces fautes du passé servent à l'enseignement de l'avenir. Restons, désormais, maîtres dans notre domaine. Défrichons notre sol avec nos outils. Evitons, par-dessus tout, d'accepter inconsidérément des généralisations hâtives ou de subordonner l'observation à des théories. Ne cherchons pas à dominer les autres, mais ne nous laissons asservir par personne. Observons sans parti pris, sans idées préconçues, les innombrables cas pathologiques qui passent tous les jours sous nos yeux. La mine est inépuisable et si nous savons l'exploiter avec méthode, nous serons amplement rémunérés de nos peines.

PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

QUE FAUT-IL PENSER DE LA TÉLÉPATHIE ?

Par le D^r J. CHRISTIAN,

Médecin de la maison nationale de Charenton.

Je me suis souvent posé cette question depuis que j'ai lu, — et relu, — le livre de Gurney, Myers et Podmore ¹. La réponse n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. S'il ne s'agissait que d'un symptôme pathologique, ou d'un phénomène physiologique, auquel on aurait découvert quelque signification nouvelle, on rentrerait dans le cadre habituel de nos études, la discussion serait aisée.

La *Télépathie* a la prétention d'apporter une « vérité nouvelle ² », — « qui sera un jour scientifiquement démontrée » ; elle « ose étudier scientifiquement le lendemain de la mort ». Cela nous sort tellement de ce que nous sommes habitués à voir et à entendre, qu'il est permis d'hésiter avant de s'embarquer dans une aventure si risquée. J'ai dû me demander si je me trouve dans de bonnes conditions pour « une critique loyale et sincère » ? Kant prétend que « la connaissance intuitive de l'autre monde ne peut être obtenue qu'à la condition de perdre quelque chose de l'entendement qu'on estime nécessaire pour celui-ci ³ ». Je n'ose trancher la question en ce qui me concerne : le lecteur prononcera.

Quoi qu'il en soit, il m'a paru que les hallucinations télépathiques, qui sont surtout des hallucinations de la vue, ne diffèrent guère de celles que nous connaissons. Je vais essayer

¹ *Des hallucinations télépathiques*, par MM. Gurney, Myers et Podmore, traduit et abrégé par M. Marillier, avec préface de M. le professeur Charles Richet, Paris, 1891.

² Toutes les phrases entre guillemets sont tirées textuellement de la préface de M. le professeur Richet.

³ Kant. — *Anthropologie*, trad. Tissot, Paris, 1863. Appendices, p. 399.

dé le démontrer en rappelant sommairement les principaux caractères des hallucinations de la vue : nous pourrons examiner alors si vraiment nous sommes à l'aurore d'une science nouvelle, « ultra-terrestre ».

I

On sait ce qu'il faut entendre par *hallucination* : « c'est une sensation actuellement perçue, sans que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation soit à portée des sens ¹ ». C'est la définition donnée par Esquirol, à laquelle je ne vois rien à changer ².

Dans la sensation normale, il y a trois facteurs ; l'objet extérieur, — le nerf conducteur (organe des sens), — le centre récepteur (cerveau). Dans l'hallucination, le premier de ces éléments manque complètement ; et néanmoins, la perception est aussi nette, aussi précise, que s'il existait réellement. C'est là ce qu'il y a de plus remarquable dans le phénomène, et ce qui explique la conviction profonde, absolue, des hallucinés ; il s'agit pour eux d'une sensation réelle, et, pas plus qu'ils ne doutent de la fidélité et de l'existence de leurs sensations normales, ils ne sauraient se résigner à mettre en doute la réalité objective de leurs hallucinations. Ils sont tous dans la situation de ce Portugais, « très versé dans les sciences », qui disait à Leuret : « Vous dites que je me trompe, parce que vous ne comprenez pas comment ces voix que j'entends arrivent jusqu'à moi ; mais je ne comprends pas plus que vous comment cela se fait : ce que je sais bien, c'est qu'elles y arrivent, puisque je les entends ; elles sont pour moi aussi distinctes que votre voix, et, si vous voulez que j'admette la réalité de vos paroles, laissez-moi admettre aussi la réalité des paroles qui me viennent, je ne sais d'où, car la réalité des unes et des autres est également sensible pour moi ³. »

On a beaucoup discuté pour savoir s'il existe une différence entre l'*hallucination* et l'*illusion*. Peut-être, au fond, le trouble cérébral est-il le même dans les deux cas. Cependant, il faut

¹ Esquirol. — *Maladies mentales*, I, p. 80.

² J'ai étudié toutes les questions relatives aux Hallucinations dans l'article *Hallucination* que j'ai écrit pour le *Dictionnaire* de Dechambre.

³ Leuret. — *Fragments psychologiques*, p. 203.



remarquer que, dans l'illusion, l'objet extérieur existe; mais il n'est pas perçu normalement. La sensation qu'il donne est défigurée par le cerveau chargé de la percevoir; elle est transformée dans le sens même du délire qui existe déjà. L'illusion est donc un phénomène beaucoup plus compliqué que l'hallucination; celle-ci n'est qu'un fait simple, une sensation nette, isolée; dans l'illusion il y a toute la série d'interprétations dont la sensation est devenue le point de départ.

Je ne veux pas disserter à nouveau sur les théories par lesquelles on a cherché à expliquer le mécanisme de l'hallucination. Elles sont plus ou moins savantes, plus ou moins compliquées. Ce qui est certain, ce que nul ne conteste, c'est que l'hallucination est un phénomène purement subjectif, provenant en dernière analyse d'une excitation interne du centre cérébral. Cette excitation, suivant les uns, naît sur place; suivant d'autres, elle a son point de départ à la périphérie, dans l'organe sensoriel. Probablement l'une et l'autre origines peuvent se rencontrer. Toujours est-il que l'hallucination ne crée rien, qu'elle n'est jamais que la réviviscence d'une sensation antérieurement perçue.

Hallucinations de la vue. — Tous les sens peuvent être hallucinés, et l'on s'est demandé quel est le sens le plus fréquemment atteint; on a invoqué la statistique. Ce sont des recherches vaines, qui ne sauraient aboutir. Car tous les sens ne sont pas hallucinés dans les mêmes conditions, et l'intérêt consiste à savoir, non pas quelle est la fréquence relative des hallucinations des différents sens, mais bien quelles sont les conditions pathogéniques auxquelles l'apparition des unes et des autres demeure subordonnée. Dans les hallucinations de la vue, les seules dont je veuille m'occuper, ces conditions sont très variables.

a). *Folie.* — L'hallucination de la vue ne s'observe pas dans toutes les formes d'aliénation mentale. Fréquente et habituelle dans les folies aiguës, elle est rare ou même manque complètement dans les folies chroniques. Lasègue prétendait que l'hallucination de la vue ne se rencontre jamais dans le délire des persécutions. C'est une exagération. Elle y est certainement fort rare, mais elle peut s'y montrer, et, comme d'autres observateurs, tels que Mabile, j'en ai vu des exemples bien caractérisés.

Depuis plus de dix ans, je soigne un persécuté, ancien fon-

tionnaire, très intelligent et d'une instruction très étendue; il présente les troubles sensoriels les plus variés et les plus extraordinaires, mais, parmi eux, des hallucinations de la vue très nettes. Quand il est couché, dans sa chambre, il voit, très distinctement, passer à travers le plafond, la main, puis le bras de son persécuteur attitré (un de ses neveux).

Un autre persécuté se plaignait habituellement que toutes les nuits on lui fit passer devant le lit des « imaginations » : il donnait ce nom à des figures obscènes. Quelquefois on mettait le feu à son matelas, et il se réveillait au milieu des flammes. Je reconnais cependant volontiers que ce sont là des exceptions, et que sur cent persécutés, je n'en ai guère trouvé que quatre ou cinq ayant des hallucinations visuelles bien nettes.

Où au contraire l'hallucination de la vue est très fréquente, je dirai même habituelle, c'est dans le *délire religieux*. Tous les malades atteints de ce qu'autrefois on eût appelé *monomanie religieuse*, m'ont paru présenter ce symptôme à un haut degré.

Un aliéné de cette catégorie voit une étoile se détacher du ciel et tomber à ses pieds, preuve de sa mission divine; à un autre, apparaît la Sainte Vierge qui lui commande d'aller dans la forêt faire pénitence; il obéit, et pendant huit jours il erre dans la forêt, ne se nourrissant que de racines et de fruits sauvages. A ses yeux se montre alors un vieillard à grande barbe blanche, qui lui fait signe de le suivre, et il le suit jusqu'à ce que les gendarmes le ramassent en état de vagabondage, couvert de haillons, épuisé de fatigues et de privations. Un troisième voit un crucifix enflammé se dessiner sur le mur de sa chambre.

Un jeune officier atteint de ce délire religieux, se tire un coup de revolver dans la bouche. Au moment de la détonation, la porte s'ouvre, et Dieu lui-même apparaît sous la forme d'un beau vieillard entouré de lumière; il s'approche du blessé et « cueille » les deux balles. L'officier guérit de sa blessure, mais resta fou. Il périt misérablement deux ans après : s'imaginant qu'il était devenu un ange, et voulant s'envoler vers le ciel, il s'élança dans l'espace du haut d'un quatrième étage, et vint s'abattre mourant sur le sol¹.

¹ La présence habituelle des hallucinations de la vue dans le délire religieux, leur extrême rareté dans le délire de persécution, peuvent faire

b). *Paralysie générale.* — Je ne sais comment on a pu soutenir que les paralytiques généraux ne sont pas sujets aux hallucinations : c'est, pour moi, l'une des affections mentales où elles sont au contraire le plus communes, et en particulier celles de la vue.

L'un voit le ciel s'entr'ouvrir, et le Père Eternel, assis sur un siège en or, lui fait signe de venir à côté de lui. Un autre pousse des cris d'admiration en regardant le ciel : que d'or ! que d'or ! que de diamants !

Un des cas les plus curieux que j'aie observés est celui d'un jeune paralytique, qui, chaque nuit, dès qu'il est couché, voit sa femme entrer dans le dortoir, et se diriger invariablement vers le lit d'un de ses voisins, auquel elle s'abandonne, et avec lequel, sous les yeux de son mari, elle se livre aux actes les plus obscènes. Chaque matin, à la visite, le malade me fait ses doléances, et me donne les détails les plus minutieux : « sa femme est une p... ; il la fera enfermer à Saint-Lazare ; s'il avait un couteau, il lui couperait le cou, etc. » Chose singulière, il assiste tranquillement à des scènes qui le mettent hors de lui ; l'idée ne lui vient pas de se lever et de se faire justice. Il y a des mois que ces hallucinations persistent, avec le même caractère ; cependant, par suite des progrès de la paralysie, elles tendent à devenir plus confuses.

c. C'est dans les *délires toxiques*, dont l'alcoolisme peut être considéré comme le type, que l'hallucination de la vue est absolument caractéristique. Remarquables par leur fréquence, leur mobilité, leur aspect terrifiant, les hallucinations visuelles sont sensiblement les mêmes chez tous les alcooliques. Ou plutôt, il y a chez chaque alcoolique, deux espèces d'hallucinations de la vue : les unes *professionnelles*, différant par conséquent dans chaque cas, les autres *génériques*, les mêmes chez tous.

Ainsi tous les alcooliques se voient entourés de légions d'animaux, de bêtes grimaçantes, qui sortent des murs, du plancher, du plafond, et viennent se précipiter sur eux, à leur indicible terreur. Mais à côté de ces visions il y en a qui reflètent leurs occupations habituelles : un marin se voit précipité dans les flots, prêt à être englouti par de monstrueux

douter que le délire religieux caractérise l'une des phases du *délire chronique* de Magnan, au même titre que le délire ambitieux. Il y aurait peut-être là un motif de l'en séparer complètement.

poissons; un cuisinier dresse des plats qui lui échappent des mains et viennent se briser à ses pieds; un marchand de vins roule des tonneaux qu'il ne peut soulever et qui l'écrasent de leur poids; un épicier reçoit des chargements de conserves, des tonneaux de moutarde, qui s'écroulent sur lui quand il veut les déballer. Toutes ces hallucinations provoquent chez les alcooliques une agitation violente et une angoisse profonde. J'en ai connu, qui, longtemps après leur guérison, ne pouvaient, sans frémir, parler des frayeurs qu'ils avaient endurées.

Dans l'empoisonnement par le haschisch, la belladone, les hallucinations de la vue dominant également, et ont à peu près la même apparence. On les observe aussi chez les morphinomanes, et je crois qu'on peut dire d'une façon générale, qu'elles sont caractéristiques des intoxications. Elles sont de règle dans les *névroses*, telles que l'épilepsie et l'hystérie. Chez beaucoup d'épileptiques l'attaque est annoncée par une hallucination de la vue, très variable suivant les individus, mais toujours la même chez le même individu. Celles qui surviennent après l'attaque ont un caractère beaucoup plus général; ce sont des flammes, des globes de feu, des fantômes lumineux, sanglants, qui entourent le malade et le terrifient: la couleur rouge domine dans ces hallucinations post-épileptiques. La couleur rouge se rencontre aussi dans les hallucinations visuelles des hystériques, mais elles n'ont pas en général le caractère effrayant de celles des épileptiques.

On voit, par ce rapide exposé, que les hallucinations de la vue sont symptomatiques d'un grand nombre de maladies mentales et nerveuses. Mais on peut les observer également dans d'autres cas, par exemple dans la période fébrile des maladies aiguës. Il est permis de se demander, si, dans toutes ces conditions en apparence diverses, il n'existe pas une seule cause prochaine, toujours la même.

On n'a pas manqué d'invoquer la *congestion*, qu'il est si commode d'accuser chaque fois qu'on est dans l'embarras.

Sans rien exagérer, on peut dire cependant que fréquemment c'est une cause réelle: Nicolaï ne fut débarrassé de ses visions qu'après une saignée. Certaines observations de Broussais, de Brière de Boismont, d'autres encore, sont également concluantes. En voici une qui me paraît caractéristique:

Un dément d'une soixantaine d'années, était sujet à des atta-

ques congestives revenant tous les deux ou trois mois. Il perdait connaissance, tombait dans le coma, avec résolution des membres. Au réveil, il était complètement égaré, bredouillait d'une façon inintelligible, n'avait aucune conscience de ses actes; les jambes étaient paralysées. Pourtant ces symptômes s'atténuaient rapidement, et, au bout de trois ou quatre jours, le malade, revenu à lui, mais encore incapable de se tenir sur les jambes, était assis dans son lit, les yeux fixés sur la cheminée, et manifestant une gaieté exubérante. Il expliquait que la cheminée était remplie de petits personnages, hommes et femmes, vêtus de costumes éclatants, se livrant aux culbutes les plus réjouissantes : il riait aux éclats en les regardant. Puis, à mesure que la congestion se dissipait, les petits personnages devenaient moins nets, moins distincts, et, au bout de deux ou trois fois vingt-quatre heures, ils avaient disparu. J'ai vu plusieurs fois ces phénomènes se répéter d'une façon identique.

On pourrait encore attribuer à la congestion du cerveau les hallucinations post-épileptiques, peut-être même certaines hallucinations toxiques, alcooliques. Mais, ce qui enlève à cette explication son importance, c'est que les hallucinations de la vue se produisent dans les conditions tout opposées d'anémie cérébrale. A la suite de grandes pertes de sang, dans l'inanition, après des jeûnes prolongés, à la période de convalescence des maladies aiguës, leur apparition est de règle, et cela est important à noter.

Au surplus, ce qui démontre bien que, ni la congestion, ni l'anémie, ne sauraient être la cause exclusive des hallucinations de la vue, c'est que celles-ci peuvent être observées dans des cas où évidemment il n'y a ni l'une ni l'autre. J'ai raconté à la Société médico-psychologique l'histoire d'un dément qui mourut subitement après avoir été, pendant plusieurs années, tourmenté par les hallucinations de la vue les plus singulières et les plus tenaces : l'autopsie fit découvrir une tumeur pédiculée de la glande pituitaire, tumeur qui comprimait légèrement le chiasma des nerfs optiques¹.

Evidemment ce n'était là ni de la congestion ni de l'anémie. J'irai plus loin : c'est, à mon sens, une recherche oiseuse, et d'avance condamnée à rester stérile, que de vouloir assigner

¹ *Ann. méd. psycholog.*, 1892, 7^e série, t. XVI, p. 108.

aux hallucinations une lésion déterminée de l'appareil nerveux, car l'hallucination est une reproduction si exacte, si fidèle, de la sensation normale, que nous sommes bien obligés d'admettre que l'appareil sensoriel est exactement dans le même état dans un cas comme dans l'autre : état moléculaire sans doute, sur lequel nous ne savons, et de longtemps ne saurons rien de positif, mais qui forcément ne peut être que passager, fugitif, les sensations se succédant et s'effaçant rapidement les unes les autres¹.

Il faut d'ailleurs reconnaître que les hallucinations sont fréquentes, en dehors de tout état maladif, chez les gens qui jouissent de la meilleure santé. Marc en avait déjà fait la remarque. « Dans la veille complète, dit Dechambre², en plein jour, chez l'homme le plus sain d'esprit, chez celui surtout qui est doué d'une grande activité intellectuelle, combien d'images passent devant les yeux qu'on n'a pas appelées, de voix qui se font entendre qu'on n'a pas prononcées, qui viennent malencontreusement traverser une lecture, une méditation, une conversation, un discours. »

Les rêves sont presque exclusivement constitués par des hallucinations, et surtout des hallucinations de la vue. Tantôt elles sont de nature agréable, tantôt au contraire terrifiantes, comme dans le cauchemar. Aux hallucinations du rêve se rattachent celles dites *hypnagogiques*, qui se produisent dans la période intermédiaire entre la veille et le sommeil. Déjà signalées par Voltaire³, elles ont été bien étudiées par Maury, Baillarger, etc. Maury y était très sujet, et il avait remarqué que le moindre écart de régime, le moindre excès de fatigue, suffisaient pour les provoquer.

On ne saurait attribuer aux hallucinations des rêves des caractères particuliers; elles peuvent être en rapport avec les préoccupations actuelles du rêveur, rappeler des faits récents, ou bien évoquer des événements, des idées qui paraissent complètement oubliés. Il s'y produit les associations les plus bizarres : que chacun de nous se rappelle comment il a rêvé, il y trouvera la confirmation de ce que je viens de dire.

¹ Voir pour cette théorie, Calmeil, *De la Folie*, t. I, p. 112. Je regrette de ne pouvoir, en raison de leur étendue, reproduire ici textuellement les pages qu'il lui a consacrées.

² Article *Songe* du *Diction. encyclop.*

Article *Apparitions* du *Diction. philosophique.*

J'imagine que les rêves sont très fréquents chez les aliénés. Beaucoup d'entre eux affirment, avec la plus entière conviction, que, depuis des semaines, des mois, des années, ils n'ont pas dormi une heure; que chaque nuit ils assistent, et même participent, aux scènes les plus compliquées : c'est l'histoire des sorciers au moyen âge. Or comme en réalité ces malades restent bien tranquilles dans leur lit, ce qui sûrement n'arriverait pas s'ils n'étaient pas endormis, j'en conclus avec beaucoup de vraisemblance, qu'ils passent leurs nuits dans un état de rêve, lequel peut seul expliquer les phénomènes dont ils se plaignent.

L'étude des hallucinations est récente. Les premiers observateurs furent des aliénistes; c'est chez les aliénés qu'ils étudièrent le phénomène, et, par une tendance naturelle à l'esprit humain, ils conclurent du particulier au général. L'hallucination jouant dans la folie un rôle si important, que fou et halluciné peuvent souvent passer pour synonymes, ils affirmèrent « que tout individu halluciné, qui croit à la réalité de son hallucination, se trouve dans le même état que l'aliéné ».

Telle fut la doctrine de penseurs éminents, parmi lesquels on peut citer les noms de Calmeil, Lélut, Maury, Leuret. Cette doctrine menait à cette conclusion, devant laquelle ils ne reculaient pas d'ailleurs, que certains personnages, qui ont été des hallucinés célèbres, et qui ont joué dans l'histoire un rôle prépondérant, quelques-uns ayant littéralement changé la face du monde, n'étaient en réalité que des aliénés; ou du moins, pour employer l'euphémisme de Calmeil, « ils faisaient preuve d'un commencement de déraison¹ ». Citons parmi eux, Socrate, Mahomet, Jeanne d'Arc, Luther, Loyola, sainte Thérèse, Pascal, et une foule d'autres.

Il est facile de penser quelles protestations dut soulever une théorie pareille. Entre l'hallucination de saint Paul sur le chemin de Damas, celle de Constantin avant la bataille qui devait lui livrer l'empire du monde, et l'hallucination du

¹ C'est peut-être le cas du paralytique général dont je parle plus haut, qui assiste toutes les nuits aux débordements de sa femme.

² *Loc. cit.*, I, p. 6.

malade que nous enfermons dans nos asiles, ne mettre aucune différence ! Il n'y a pas bien longtemps, on eût brûlé en cérémonie quiconque aurait hasardé une telle hérésie.

Bien embarrassés furent ceux, qui, comme Brière de Boismont, avaient la prétention de concilier la science avec la foi. Ils invoquèrent d'abord le sentiment : « Quoi de plus pénible et de plus douloureux, disait Brière de Boismont que de prétendre que les idées les plus sublimes, les plans les plus admirables, les entreprises les plus grandes, les actions les plus belles, ont été médités ou accomplis par des fous hallucinés ! » Et plus loin, arrivé aux hallucinations religieuses, le même auteur déclarait simplement : « Les apparitions de l'Écriture Sainte, dans notre conviction, ne s'expliquent que par la puissance divine ». Ce qui est une belle affirmation, et clôt toute discussion. Mais si, d'aventure, M. Brière de Boismont, au lieu d'être un fervent catholique, était né en Turquie, et avait pratiqué l'islamisme, il en eût dit tout autant des visions de Mahomet, et il aurait traité fort légèrement celles qu'il divinise en qualité de chrétien.

J'ai toujours pensé qu'il y a quelque puérité à envisager les questions scientifiques de cette façon. Y faire intervenir la foi, c'est s'engager dans une impasse sans issue. Dans le cas qui m'occupe, les choses sont assez simples pour qu'il soit inutile de déranger les puissances divines. L'opinion que tout halluciné, qui croit à la réalité de ces hallucinations, est un aliéné, — cette opinion est absolument erronée. Toute personne qui a une hallucination commence par y croire ; elle y croit comme elle croit à toute sensation qu'elle éprouve ; elle ne peut pas ne pas y croire. Voltaire le disait déjà : « Le fantôme existe pour celui qui en a la perception. »

Alors seulement se pose la question de savoir si la sensation perçue correspond à une réalité objective. Celui qui est habitué à raisonner, qui juge de sang-froid ce qu'il éprouve, se rend vite compte qu'il a été victime d'une erreur, dont il s'explique plus ou moins bien le pourquoi et le comment : voyez l'aïeul de Bonnet, Nicolaï, Leuret, etc. Mais prenez celui qui, dès l'enfance, a été élevé dans l'idée que les apparitions sont non seulement possibles, mais fréquentes : pourquoi n'ajouterait-il pas une foi absolue à une chose qu'il a réellement sentie ?

¹ *Des Hallucinations*, 3^e édit., Paris, 1862. Préface, p. xi.

² *Id.* p. 559.

C'est presque une affaire d'éducation. Il se trompera, mais il ne sera pas fou.

Cela étant, il devient déjà moins « pénible et moins douloureux », de penser que tant de grands hommes ont été hallucinés. On peut même admettre, sans leur faire tort, qu'ils ont trouvé dans leurs hallucinations de puissants mobiles d'action.

Du moment qu'il demeure établi, que l'on peut non seulement être halluciné, mais encore croire à la réalité objective de ses hallucinations, sans être le moins du monde aliéné¹, il me paraît que l'on peut, sans aucun scrupule et sans crainte de heurter des convictions respectables, affirmer que toutes les apparitions dont l'histoire nous est parvenue, n'ont été que des phénomènes hallucinatoires.

D'un autre côté, puisqu'il suffit d'un écart de régime, d'une perte de sang, d'un jeûne de quelque durée, de l'ingestion de quelques parcelles d'opium, de haschisch, de belladone, ou même seulement d'une forte contention d'esprit, longtemps prolongée, pour provoquer une hallucination, — je ne vois véritablement pas pourquoi les personnages historiques qui ont été des hallucinés devraient déchoir dans notre estime. Et je crois qu'il faut conclure avec Calmeil, que « tout ce que l'on rapporte des évocations, des apparitions, des obsessions, des revenants, des spectres, des ombres, etc..., a pris naissance dans le cerveau de certains hallucinés² ».

J'en dirai autant des songes et de leur signification, des sentiments, de la seconde vue, etc. Ce ne sont jamais que des phénomènes pathologiques plus ou moins complexes, dont l'hallucination forme le fond.

III.

Avec les hallucinations *télépathiques*, tout est remis en question, car ces hallucinations « au lieu d'être dues au hasard de l'imagination, présentent un rapport étroit avec un fait réel, éloigné, impossible à connaître par le secours de nos sens normaux³ ». De plus, ces hallucinations se produisent

¹ Cette démonstration a été faite depuis longtemps par Bourneville, à propos du *Démon de Socrate*, in *Journal de Delasiauve*, t. IV.

² *Loc. cit.*, I, p. 6.

³ Préface du professeur Richet, p. VII.

de préférence au moment de la mort, ou à un moment qui en est très voisin. C'est pour cela sans doute qu'elles permettent « d'étudier scientifiquement le lendemain de la « mort ¹ ».

Il y a donc là une théorie nouvelle, absolument différente de tout ce qui nous a été enseigné, de tout ce que nous sommes habitués à croire. Et comme cette théorie se présente sous le patronage d'un savant éminent, du professeur de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, elle ne saurait être écartée *a priori*. Il convient de l'examiner avec soin. Prenons le cas le plus simple.

A..., étant dans l'Inde, voit, le 12 janvier, à huit heures du soir, l'ombre, le fantôme de son frère B..., qui est en Angleterre, et qu'il a tout lieu de savoir bien portant, et ne courant aucun danger. Or B... est précisément mort d'accident le 12 janvier, quelques heures auparavant, ce que A... ne peut savoir. Donc l'hallucination de A... est véridique, en rapport avec la mort de B... qui est réelle ². En d'autres termes, B..., au moment de mourir, en Angleterre, apparaît dans l'Inde à son frère A..., afin de le prévenir de sa mort.

Je ferai remarquer d'abord que dans les faits de ce genre observés par nos auteurs anglais, il n'y a rien qui soit absolument nouveau. Déjà en l'an 400, saint Ambroise, célébrant la messe dans l'église de Milan, fut averti de la mort de saint Martin de Tours, au moment même où celui-ci venait de s'éteindre.

C'est ainsi que Louis XI, assistant à la messe dans l'église de Saint-Martin de Tours (à dix grandes journées au moins de Nancy), apprit la mort de Charles le Téméraire au moment où celui-ci était tué, l'archevêque de Vienne, qui officiait, en ayant été mystérieusement avisé.

C'est encore de cette façon que Catherine de Médicis, se mettant à table le 26 décembre 1574, put annoncer la mort du cardinal de Lorraine qu'elle venait de voir apparaître devant elle.

Je pourrais multiplier ces faits à l'infini : les vies des Saints en sont remplies. Si nous devons croire aux hallucinations recueillies par MM. Gurney, Myers et Podmore, pourquoi ne

¹ Préface du professeur Richet, p. xiii.

² Préface, p. vii, note.

pas croire également à toutes celles qui ont été rapportées autrefois et dont je viens de donner quelques exemples? La télépathie, si elle existe, ne saurait être d'invention récente; elle a dû exister de tout temps, et depuis qu'il y a des hommes. « Mais elle était parmi ces phénomènes éclatants que nous ne savons ni observer ni provoquer, à côté desquels nous passons sans les voir¹ ».

Il y a, dans la télépathie, un point de départ fondamental, c'est la coïncidence de deux phénomènes, survenant au même moment : dans l'Inde, l'hallucination de A...; la mort de B... en Angleterre. On en conclut, peut-être un peu vite, que les deux phénomènes sont en rapport étroit, que l'un dépend directement de l'autre.

Soit, admettons qu'il en soit ainsi. Il s'agit alors d'expliquer, d'une façon plus ou moins plausible, comment la chose arrive. Je ne vois, pour ma part, que deux explications à donner.

Ou il existe un fluide d'une espèce particulière — appelons-le, pour la commodité du langage, *fluide télépathique*, — grâce auquel les pensées, les sentiments d'un individu peuvent être transmis à distance à un autre individu sans que l'on ait prononcé une parole ou écrit un mot, ou fait un signe².

Ou au contraire il faut admettre, qu'à un moment donné, l'âme d'un individu, et principalement d'un mourant, peut se séparer du corps et aller se montrer dans un endroit quelconque plus ou moins éloigné.

Si l'on s'en tient à la première explication, il est évident que ce n'est pas par le raisonnement que l'on prouvera que le fluide télépathique existe ou n'existe pas. C'est en se manifestant au dehors par des phénomènes bien évidents qu'il atteste son existence. Or il est permis de dire que jusqu'à présent ce fluide se montre bien extraordinaire, et dans des conditions qui déroutent.

Je pourrais faire remarquer d'abord que tandis qu'il meurt chaque jour des milliers d'êtres humains, c'est à peine si de loin en loin, et avec quelle peine! on recueille un exemple de transmission télépathique. Puis, comment expliquer que ce fluide ne se manifeste guère qu'à l'instant de la mort, alors

¹ Préface, p. vi.

² C'est la définition même donnée par les auteurs, p. 1.

que toutes les fonctions sont atteintes, tous les organes affaiblis, que l'individu n'a plus conscience de lui-même? c'est à ce moment que le mourant songerait à expédier un message! avouons alors que les conditions les plus défavorables à toutes les manifestations de l'intelligence sont au contraire celles qui favorisent le plus la télépathie.

De la nature même du fluide télépathique, nous ne saurions rien imaginer : ce qui, dira-t-on, n'est pas un motif pour en nier l'existence; nous ne savons pas davantage sur la nature intime du fluide électrique. Assurément, et j'en conviens sans peine. Mais l'analogie n'est pas complète. Car si nous ne connaissons pas l'essence du fluide électrique, nous pouvons du moins le forcer à se manifester, et nous savons que, les circonstances étant les mêmes, il se manifeste toujours de la même façon. Rien de pareil pour le fluide télépathique, qui reste essentiellement capricieux : s'il est astreint à des lois et à des règles fixes, celles-ci nous sont inconnues.

Que le fluide télépathique circule avec une rapidité extrême, cela n'est pas pour surprendre : tous les fluides que nous connaissons ont des vitesses extraordinaires. Si, comme on le prétend, il va presque instantanément de Calcutta à Londres, cela ne me paraît pas plus difficile que d'aller, dans le même temps infiniment petit, de la rue Drouot à la rue Montmartre. En pareil cas, comme le disait M^{me} du Chatelet du miracle de Saint-Denis, « il n'y a que le premier pas qui coûte ».

A quoi bon discuter d'ailleurs ? S'il est prouvé que la pensée se transmet télépathiquement, tous les raisonnements contraires tomberont. Seulement, nous demandons des preuves, des preuves scientifiques, et l'on ne nous donne que des histoires, bonnes pour les initiés, pour ceux qui ont la foi, mais insuffisantes pour ceux qui se croient obligés à quelque scepticisme.

Les faits recueillis avec une admirable patience par MM. Gurney, Myers et Podmore, ont été observés principalement en Angleterre et en Amérique, où toutes les exagérations mystiques trouvent un terrain favorable. Les témoins sont presque toujours des femmes ou des membres du clergé, c'est-à-dire des personnes facilement accessibles au merveilleux, peu habituées à la rigueur des recherches scientifiques. Quelques-unes font profession du spiritisme. En un mot, ce sont des amateurs, et Dieu sait le mal que les amateurs, c'est-à-dire les gens qui s'occupent d'une science sans préparation suffisante,

font à la science véritable ! Combien les observations gagneraient en valeur si elles avaient été recueillies et contrôlées par des médecins habitués à l'étude des hallucinations !

On dira que les témoins sont de bonne foi : eh ! qui en doute ? Leur bonne foi n'a d'égale que leur zèle. Car en vérité, quand on lit leurs observations, on dirait que ces gens passent leur vie penchés sur un chronomètre, à l'affût de leurs moindres sensations, et se dépêchant de les inscrire minute par minute, seconde par seconde. Et ce n'est sûrement pas une des particularités les moins extraordinaires des faits télépathiques que l'admirable concordance de temps qu'ils supposent. Comment ! nous avons toutes les peines du monde à nous rappeler avec quelque exactitude ce que nous avons fait hier, avant-hier, à une heure déterminée, et voilà des témoins qui parlent, avec une sûreté de mémoire infaillible, d'événements passés depuis des mois et des années ! La bonne foi, la parfaite honorabilité des témoins, ne les empêchent pas de se tromper ; j'en vais donner un exemple topique :

Il y a quelques années, un jeune homme, récemment marié, dans les plus heureuses conditions de fortune, de situation, d'avenir, disparaissait subitement, sans que personne pût trouver le moindre motif pour expliquer cette disparition. Pendant plusieurs semaines, toutes les recherches faites pour le retrouver furent vaines : tout à coup, l'on apprend qu'il a été vu dans une ville du centre de la France, où il était connu. Vu par qui ? par des personnes absolument honorables, incapables de mensonge, des notables de la localité, qui affirmaient que tel soir, à telle heure, elles avaient rencontré le jeune homme disparu ; il était passé dans telle rue, était entré dans telle maison ; on décrivait son costume, sa taille, sa démarche. Toute une histoire enfin, qui, racontée avec la plus entière bonne foi et l'insistance de gens convaincus, finit par émouvoir le parquet. On allait ouvrir une enquête, quand le cadavre du jeune homme fut retrouvé dans la forêt de Fontainebleau, à moitié dévoré par les bêtes sauvages. Les témoins si affirmatifs de la ville de X... avaient donc eu tout simplement une hallucination, — ce qui s'explique d'autant mieux que, connaissant le jeune homme, s'intéressant à lui, ils avaient dû être fortement frappés et vivement préoccupés de la catastrophe qui avait brisé d'une façon si tragique une vie qui commençait à peine et s'annonçait pleine de promesses.

Quant au nombre des témoins, il ne saurait avoir aucune signification. Car, qu'une hallucination soit perçue en même temps par dix, vingt, cent personnes, ce ne sera jamais qu'une hallucination.

Quand les Croisés donnèrent l'assaut aux murs de Jérusalem, ils virent très distinctement saint Georges à cheval, agitant un bouclier, et combattant à la tête de l'armée. Ce fait, toute l'armée l'avait constaté. Depuis les chefs jusqu'au dernier valet, ils étaient quelques milliers d'hommes prêts à en attester la réalité avec une absolue conviction ; ils l'auraient juré sur le salut de leur âme. Et pourtant qu'y avait-il de réel dans cette apparition ?

Walter Scott raconte une amusante histoire : un mauvais plaisant s'arrête devant le lion de bronze qui orne la façade d'un palais de Londres ; il le fixe avec attention, et murmure : « De par le Ciel, il remue la queue ! » En peu d'instants, il y eut autour de lui un attroupement immense, et dans la foule, beaucoup s'imaginaient avoir réellement vu le lion remuer la queue, d'autres s'attendaient à voir le même phénomène !.

La seconde explication soulève des problèmes bien autrement redoutables ; elle suppose admis et démontrés, une série de postulata dont la preuve est ardue. Il faut d'abord admettre que l'homme se compose de deux éléments distincts, le corps et l'âme. Ces éléments, intimement unis pendant la vie, se séparent à la mort ; l'âme seule survit, et, comme elle est, de son essence, indestructible, elle ne peut disparaître. L'on peut même supposer qu'elle ne devient pas indifférente aux affaires des hommes, qu'elle exerce sur elles une certaine influence. Mais tout cela n'est en définitive qu'une hypothèse, ou, si l'on préfère, une croyance. Non seulement on ne peut en apporter ni preuve, ni démonstration, mais ce qui n'est pas niable, c'est que, sitôt la mort arrivée, l'âme devient impuissante à se manifester ; elle ne peut rien que par l'intermédiaire du corps et du corps vivant.

On objectera que les hallucinations télépathiques donnent précisément la preuve cherchée, et dans ces ombres qui apparaissent de-ci de-là, il faut reconnaître les âmes détachées du corps. Ombres capricieuses, qui se montrent tantôt en toilette de soirée, tantôt en costume de voyage, voire même en simple

¹ *Histoire de la Sorcellerie*, trad. Defaucompret, p. 218.

suaire, et non point, comme il faudrait s'y attendre, dans le costume et avec les attributs du moment où elles quittent leur corps. Est-ce donc ainsi que l'on se figure un pur esprit? « L'idée d'un esprit implique certainement qu'il n'a ni substance, ni forme, ni contour, ni voix, ni rien qui puisse rendre sa présence visible ou sensible aux facultés humaines ¹. »

Tandis que les apparitions télépathiques rappellent les ombres de l'antiquité, celles qui erraient sur les bords du Styx ou que Caron transportait dans sa barque. Et si ces ombres sont réelles, nous ne nous trouvons plus en présence d'hallucinations, mais bel et bien de sensations réelles, basées sur des phénomènes objectifs extérieurs à nos sens.

Voilà donc où l'on en arrive si l'on veut faire de la télépathie l'*histoire scientifique du lendemain de la mort*; ce ne sera pas autre chose qu'une branche du *spiritisme*. N'est-il pas plus simple de nous en tenir à ce que nous savons de positif et de certain? Y a-t-il dans les faits de télépathie autre chose que des hallucinations, semblables à celles que nous observons tous les jours? L'image qui apparaît n'est jamais que celle d'un absent connu, aimé, ayant vécu de la même vie; jamais ce n'est celle d'un inconnu ou d'un indifférent. Qu'importe qu'au moment de l'apparition, la personne n'y songeât pas! il n'en va pas autrement dans le rêve, où apparaissent des images que l'on croyait entièrement oubliées, et qui cependant avaient gardé une place au fond de la mémoire. Il est bien établi aussi, et tous ceux qui ont observé des hallucinations sur eux-mêmes, ont pu s'en assurer, que les hallucinations sont toujours *involontaires*, qu'il n'est pas possible de les évoquer à volonté, et que souvent, elles n'ont aucun rapport avec les préoccupations actuelles.

Reste, il est vrai, l'argument principal: comment expliquer, autrement que par une faculté mystérieuse, ce fait que B apparaît à A, non pas à un moment quelconque, mais juste au moment où il meurt?

Pour moi, je l'avoue, je ne saurais voir là qu'une simple coïncidence, un pur hasard; je suis même sûr que fort souvent la coïncidence est imaginée, ou inventée (bien inconsciemment!) après coup. Mais, au lieu de discuter, je me bornerai à citer un fait, qui est d'observation banale et quotidienne.

¹ Walter Scott, *loc. cit.*, p. 211.

Il y a des milliers de familles qui habitent la banlieue de Paris; chaque matin le père (ou le mari, ou le fils) prend le train pour aller à ses occupations; il rentre le soir à une heure déterminée, et ceci se reproduit régulièrement tous les jours de la semaine. Or il arrive que le retour n'a pas lieu à l'heure habituelle; on ne s'en tourmente pas, on pense à un motif de retard quelconque, et l'on attend sans inquiétude le train suivant, qui en effet ramène l'absent. Mais que la mère (ou la femme) soit souffrante, énervée, le retard, qui généralement la laisse indifférente, ce retard l'inquiétera, son imagination se mettra en travail: ce retard n'est pas naturel, il y a eu un accident, un déraillement! — une blessure grave, etc. — cent fois, mille fois, ces inquiétudes sont vaines, il n'est rien arrivé. Mais un jour réellement le train déraile, et le voyageur est blessé, et l'on s'exclame! et l'on crie au pressentiment! Sans se demander pourquoi le pressentiment ne s'est réalisé qu'une fois sur mille!

N'est-ce pas le cas d'appliquer ici ce que Walter Scott dit des songes? « Si l'on prend en considération les milliers de rêves qui doivent, de nuit en nuit, se présenter à l'imagination des hommes, le nombre des coïncidences entre la vision et l'événement véritable est moins fort et moins remarquable qu'un calcul impartial des chances ne devrait nous porter à nous y attendre ».

Mais je m'arrête. Ceux qui croient à la télépathie seront médiocrement touchés de mes arguments et prendront en pitié mes raisonnements. Je les prierai seulement de méditer les paroles suivantes: « Je suis de l'avis de feu M. Naudé, qui disait qu'il y avait quatre choses dont il se fallait garder, afin de n'être point trompé: savoir de prophéties, de miracles, de révélations et d'apparitions ».

¹ Le pressentiment, dit Kant, est comme un sens caché de ce qui n'est pas encore présent; — il est facile de voir que tout pressentiment est une chimère: comment, en effet, pouvoir sentir ce qui n'est pas encore? (Kant, *loc. cit.*, p. 111.)

² *Loc. cit.*, p. 213.

³ Guy-Patin, *Lettres*, II, p. 480; lettre CCCLIII à Spon.

RECUEIL DE FAITS

SARCOME PRIMITIF DES VENTRICULES DU CERVEAU

Par MM. V. PRAUTOIS, chef de clinique médicale à la faculté de Nancy,
et G. ETIENNE, ancien interne des hôpitaux.

(Service de M. le professeur SPILMANN)

Les tumeurs sarcomateuses primitives ventriculaires n'occupent généralement qu'un seul ventricule. Ce qui fait l'intérêt de l'observation suivante, c'est l'extension de la tumeur à tous les ventricules cérébraux sans autre généralisation. Nous ne connaissons aucun fait analogue.

OBSERVATION. — A. Marie, treize ans, entre à la clinique le 25 juillet 1892.

Début de la maladie actuelle il y a dix mois, par une céphalée frontale persistante, des vertiges et des étourdissements, des vomissements intermittents et de la constipation. Cet état dura cinq à six jours, et depuis lors ces symptômes reparurent à diverses reprises quand la malade s'appliquait à l'étude. Elle eut ainsi successivement huit crises analogues; la dernière fut beaucoup plus violente, accompagnée de strabisme persistant, de vomissements alimentaires incoercibles, d'où un amaigrissement très rapide.

Sans antécédents morbides personnels, l'enfant avait cependant dès sa naissance présenté un léger strabisme de l'œil gauche. Sa mère, très impressionnable, aurait eu quelques crises nerveuses. Son père, ouvrier brasseur, un peu obèse, est alcoolique. Huit frères et sœurs, dont quelques-uns ont été atteints d'accidents scrofuleux; un, mort de mal de Pott, un autre mort-né.

Etat actuel (27 juillet). — Cinquième enfant de la famille, la malade est de constitution délicate, lymphatique, sans trace actuelle de scrofule: brune, face colorée, lichen sur les bras. Température oscillant autour de 38°. Pouls régulier, égal, petit, à 100. L'appétit est nul, les vomissements alimentaires sont fréquents.

Le facies, empreint de tristesse, reste indifférent aux choses extérieures. La céphalée, violente, très pénible, empêche le sommeil.

Strabisme double interne; les pupilles sont dilatées, paresseuses; pas de ptosis. Sensation continuelle de vertige.

L'enfant, intelligente, répond bien aux questions, se souvient de tous les faits, voit très clair, entend parfaitement, mais semble avoir une diminution de l'odorat. — Réflexes conservés; les urines et les selles sont involontaires.

Diagnostic porté : méningite tuberculeuse (?). — *Traitement* : glace sur la tête.

Ces symptômes alarmants durent peu de temps, comme dans les crises précédentes, et au bout de quelques jours la céphalée a cessé, la gaieté reparait, le strabisme s'atténue. — Des crises analogues, mais différentes d'intensité, se reproduisent pendant les mois d'août, septembre et octobre.

15 novembre. — Amaigrissement notable. Depuis un mois peu à peu, l'acuité visuelle a diminué; actuellement, la jeune fille ne distingue même plus la lumière du jour (amaurose); elle lève les yeux, semble fixer un objet au plafond, puis le globe oculaire, après être resté un instant immobile, s'abaisse progressivement, jusqu'à un nouvel effort le ramenant en haut. Pupilles très dilatées, insensibles: à l'examen ophtalmoscopique, la papille est blanchâtre, les vaisseaux rétinienés atrophies, sont réduits à l'état de tractus rosés. Très notable diminution d'épaisseur des gaines lymphatiques, sans granulations tuberculeuses; strabisme interne permanent.

La tristesse a fait place à une gaieté exagérée; l'enfant jette un éclat de rire saccadé, court, bruyant et sourit à chaque mot qu'on lui adresse; pendant l'examen, elle porte la main au côté gauche de la tête, en accusant une violente céphalée.

Selles moulées, volontaires. Etat saburral des voies digestives, vomissements persistants, ventre souple. Respiration normale (type infantile); pas de tuberculose pulmonaire, pas d'induration des ganglions bronchiques. Rien de particulier à signaler du côté de l'appareil circulatoire.

Diagnostic : tubercule cérébral probable, dans une région indifférente, avec poussées méningitiques de voisinage.

17 novembre. — Nouvelle crise violente, accompagnée de vomissements très abondants, et d'une exacerbation notable de la céphalée.

18 novembre. — Cris hydrencéphaliques. Vessie de glace sur la tête.

19 novembre. — Les cris ont cessé, la céphalée reste intense.

25 novembre. — Atténuation des accidents; l'enfant paraît de mauvaise humeur; un peu d'excitation dans les réponses qui sont très brèves.

Janvier. — L'état général est resté sensiblement le même. Dans les premiers jours du mois, on remarque dans le poignet droit des

mouvements oscillatoires continus, brusques, rythmés (30 par minute), constitués par une flexion légère du poignet avec un peu de rotation en dehors et très légère flexion dans les doigts; signes qui ont persisté sans modification jusqu'à la mort.

Depuis cette époque et pendant le mois suivant, l'enfant est en proie, pendant la nuit principalement, à de l'excitation cérébrale, chantant à tue-tête des refrains populaires et appelant d'autres malades, ce qui nécessite son isolement dans un cabinet.

Au mois de mars, apparition d'eschares (région sacrée, trochanter droit, région iliaque droite, talon). — Emaciation extrême, affaiblissement progressif; pâleur de la face, yeux excavés, nez effilé air pleurard, cris hydrocéphaliques entrecoupés de plaintes bruyantes nuit et jour. Mort le 26 avril.

Autopsie. — Emaciation extrême, eschare au trochanter droit, arrondie, comme une pièce de cinq francs eschare sacrée et iliaque droite de 8 centimètres de long, eschare au talon gauche.

A l'ouverture du crâne, il s'écoule environ 300 centimètres cubes de liquide clair comme de l'eau de roche, les méninges de la convexité sont normales; il en est de même de celles de la base, légère vascularisation. Pas de trace de tubercules, affaissement des circonvolutions, d'aspect tremblotant comme de la gelée (œdème). A la coupe, dans les régions antérieures du cerveau, à gauche, piqueté accentué, allant en diminuant dans la profondeur. Le centre de Vieussens est blanc, décoloré. Les ventricules sont remplis du même liquide limpide, clair, dans lequel nagent quelques dépôts floconneux, semblables à des houppes de coton hydrophile.

En mettant à découvert les deux ventricules latéraux, on trouve des produits néoplasiques, mollasses, comparables à l'empois d'amidon, très légèrement vascularisés, à disposition assez irrégulière.

A gauche, sur l'extrémité externe de la face supérieure de la couche optique, on voit une de ces tumeurs du volume d'un haricot; on retrouve aussi ces néoformations sur le plancher de la corne antérieure, dont les parois sont extrêmement distendues; elles ont 5 millimètres d'épaisseur et 4 centimètres de large à leur base. Ces productions se rencontrent aussi sur la face interne des ventricules latéraux, le long des piliers antérieurs du trigone. En arrière, dans la corne postérieure, se trouvent deux tumeurs mamillaires, dont la plus grosse a le volume d'une lentille.

Du côté droit, il existe aussi, dans la corne antérieure, de ces néoformations réunies en masse et constituées par de petits nodules miliaires en forme de grappe de raisin nageant dans le liquide. Dans la corne gauche, quelques petites granulations et un noyau gros comme un pois.

La surface des trois ventricules est recouverte par deux bourgeons néoplasiques: le plus gros, antérieur, est sphérique, à centre déprimé, mesurant dans ses plus grandes dimensions 13 milli-

mètres sur 9; l'autre, du volume d'une grosse noisette, réunit les deux couches optiques. Le quatrième ventricule est complètement déformé, distendu, ses parois sont tapissées de bourgeons sarcomateux de même aspect. Le canal de l'épendyme paraît sain. Pas de traces de tuberculose pulmonaire. Dans les autres organes, rien de particulier à signaler.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur agrégé Haushalter, alors chargé du cours d'anatomie pathologique, a établi qu'il s'agissait de *sarcomes à cellules embryonnaires*.

L'analyse chimique du liquide intraventriculaire, incolore, à réaction faiblement alcaline, a été faite au Laboratoire des cliniques par M. le professeur agrégé Guérin. Sa constitution est la suivante :

Eau	987,617
Chlorure de sodium	5,80
Matières albuminoïdes	3,20
Phosphate sodique	0,031
Sulfate de sodium	0,11
Carbonate de sodium	0,022
Autres substances indéterminées	4,12
	<hr/>
	1,000,000

L'invasion par la tumeur de tous les ventricules, sur laquelle nous avons au début attiré l'attention en tant qu'extension, présentait encore ce caractère remarquable d'être composée de nodules indépendants. Cette disposition semble démontrer que la propagation sarcomateuse s'est faite non pas dans la continuité, mais par greffes. Il existait en effet en suspension dans le liquide ventriculaire des cellules isolées ou associées, détachées des tumeurs primitives, en grappe de raisins, sans cohésion, qui ont dû se fixer aux parois et y faire souche d'une nouvelle production néoplasique. Cette hypothèse expliquerait aussi la rapidité avec laquelle s'est faite l'évolution de la tumeur dans la dernière période.

Une aussi grande quantité de liquide accumulée dans les ventricules ne pouvait exister sans provoquer de désordres : cris hydrencéphaliques, céphalée, aplatissement des circonvolutions constatée à l'autopsie, comme dans la méningite, par compression hydrique. Nous nous demandons si l'amaurose est produite par la même cause, ou par une irritation directe du sarcome sur les couches optiques, à la superficie desquelles des noyaux s'étaient développés. Nous n'avons trouvé ni sur les circonvolutions, ni sur la capsule interne, une lésion, si

minime soit-elle, capable de rendre compte des mouvements rythmés de la main ; le champ des hypothèses est ouvert.

Trois fois nous avons dû rectifier notre diagnostic ; deux fois au lit de la malade (méningite — tubercule cérébral dans une zone indifférente, lobe frontal?) la dernière à la table d'autopsie (sarcome intraventriculaire). Dans des cas analogues, on doit comprendre l'embarras du clinicien, alors que ces variétés de tumeurs sont si rares, et que leur évolution n'est liée à aucun symptôme pathognomonique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

IX. SUR LE TRAITEMENT DE L'IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE PAR LA CRANIECTOMIE ; par le D^r BLANC. (*La Loire Médicale*, 15 décembre 1893.)

L'auteur rappelle l'enthousiasme avec lequel les chirurgiens ont accueilli la *craniectomie* en 1890, après la publication du premier mémoire de M. Lannelongue, enthousiasme auquel a succédé la « période de dénigrement ». Il signale les objections faites à la craniectomie. Elle s'appuyait sur l'existence présumée d'une *synostose prématurée des os du crâne*, or, dans la très grande majorité des cas, a-t-on dit, cette synostose n'existe pas. D'autre part on a fait remarquer qu'une telle opération ne pouvait pas avoir une action bien efficace sur les lésions cérébrales qu'occasionnent les diverses formes de l'idiotie. « Voilà, en résumé, dit-il, les objections que soulèvent les adversaires de la craniectomie. Le plus acharné d'entre eux, Bourneville, se flatte, dans un récent mémoire, de lui avoir porté le dernier coup!... Pour la juger du reste sans parti pris, il convient d'abandonner les discussions théoriques pour s'en tenir à l'observation clinique ; en *pareille matière*, la parole est aux faits. »

Oui la parole est aux faits et, personnellement, nous n'avons eu recours à aucune discussion théorique. A l'Académie de médecine en juin 1893, comme au Congrès de Blois en août

1892, nous avons apporté de nombreux faits, montré les calottes craniennes de vingt-deux enfants idiots, présenté les photographies des cerveaux qu'elles avaient couvert. Ces différents documents étaient si démonstratifs que les conclusions en découlaient naturellement. Personne ni à Blois, ni à l'Académie, n'a protesté. Bien au contraire, les auditeurs ont donné raison, non à nous, ce qui pourrait contrarier M. Blanc, mais aux faits.

Les crânes craniectomisés que nous mettions sous les yeux des auditeurs, démontraient aussi que les ouvertures pratiquées dans le crâne par les chirurgiens, ouvertures qui rappellent parfois celle des tirelires, ne pouvaient guère donner d'expansion au cerveau, que, d'ailleurs, elles se fermaient vite et qu'en admettant même que cette expansion ait donné quelque liberté au cerveau, cette liberté n'était que très temporaire.

Ce n'est pas notre faute si les faits sont trop démonstratifs. Nous avons eu l'occasion de voir des enfants craniectomisés depuis un temps plus ou moins long et constaté de l'aveu des familles qu'il n'y avait pas eu d'amélioration réelle. Nous en avons encore dans notre service, il y en a aussi à la Salpêtrière; les uns et les autres n'ont pas été sensiblement modifiés. Il est probable qu'il en est de même pour la majorité des cas, puisque les chirurgiens, même ceux qui avaient promis de compléter leurs observations, souvent très imparfaites, ont gardé, malgré notre rappel, le silence le plus absolu.

Après avoir déclaré qu'il nous paraissait difficile d'accorder une valeur curative importante à la craniectomie dans la plupart des formes de l'idiotie, nous avons dit que l'idiotie d'origine traumatique pourrait être justiciable de cette opération. Même chose dans le cas de troubles intellectuels dus à un abcès du cerveau, à une tumeur cérébrale dont le siège peut être précisé. Ces remarques faites nous allons donner intégralement le texte des observations de M. le Dr Blanc.

OBSERVATION I. — Jean-Baptiste L..., sept ans et demi. Type très net de microcéphale, tête très petite; développement intellectuel nul; agitation extrême; cris et mouvements continuels; ne peut ni se tenir debout ni marcher seul.

Opération le 19 octobre 1891. Craniectomie linéaire du côté gauche le long de la suture sagittale. A l'aide de quatre couronnes de trépan, et en faisant sauter à l'emporte-pièce de Lannelongue

les points intermédiaires, on obtient une brèche osseuse de 8 centimètres de long sur 3 de large. Les sutures pariéto-frontale et pariéto-occipitale sont ossifiées; les os sont durs et épais.

Suites opératoires simples et apyrétiques. Le résultat immédiat est très beau, l'agitation a disparu comme par enchantement; on surprend quelques lueurs d'intelligence; le regard surtout est transformé; l'enfant pleure comme un être humain (?). *Puis les symptômes reparaissent*, moins accentués toutefois, pour diminuer ensuite plus lentement.

L'enfant a été revu à plusieurs reprises. De l'avis de tous ceux qui l'entourent, l'amélioration est sensible. Il est de moins en moins agité; pas de cris ni de pleurs; il devient obéissant, comprend bien mieux, dit quelques mots; enfin dort bien et marche tout seul.

OBSERVATION II. — Pierrette H..., trois ans. Idiolie complète; ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, pas même sa mère; crises convulsives fréquentes; contractions presque généralisées; cris ininterrompus.

Craniectomie linéaire le 7 novembre 1891, brèche osseuse de 7 centimètres de long sur 3 de large. Suites très simples; pas de fièvre. Les contractures et les crises paraissent diminuer les premiers jours, puis elles reparaissent aussi prononcées qu'auparavant.

L'enfant est revue le 25 juillet 1893. L'état général est meilleur. Elle comprend un peu et reconnaît ses parents. Les crises sont moins longues et moins fréquentes; on observe toujours des contractures. *En somme, résultat définitif médiocre.*

OBSERVATION III. — Antoine F..., cinq ans. Crâne très dur et très petit. Intelligence nulle; n'a jamais parlé; pousse seulement quelques cris inarticulés. Pas de crises convulsives. La tête, les mains, les lèvres sont le siège de mouvements choréiques. Il ne peut se tenir debout.

Le 10 juin 1892, *craniectomie linéaire* du côté gauche; brèche osseuse de 8 centimètres de long sur 3 de large. Guérison opératoire rapide. Deux jours après, il est plus tranquille, et n'a plus de frayeurs ni de mouvements choréiques. Le sixième jour, il commence à articuler le mot *maman* que l'infirmier lui a appris; il s'amuse plus volontiers avec les objets qu'on lui donne. Revu depuis, il prononce de nouveaux mots; il commence à se tenir debout et ne pleure plus comme auparavant à la vue d'une personne étrangère.

Il nous paraît superflu d'insister sur l'insuffisance des détails cliniques de ces observations. En pareille circonstance,

les observations ne sauraient être trop détaillées. Ce qu'il faut c'est un *tableau complet* de l'enfant suivant les modèles indiqués par F. Voisin et E. Seguin entre autres, avant l'opération et quelque temps après l'opération. Ce qu'il faut aussi, c'est une indication de ce que les parents, les médecins ou les instituteurs ont essayé pour aider au succès du chirurgien. Les quelques modifications obtenues aussitôt après l'intervention chirurgicale sont comparables à celles qu'on obtient de l'application de sangsues derrière les oreilles ou d'un vésicatoire sur la tête, qui diminuent l'impulsivité.

Rappelons aussi que, dans le service hospitalier, on s'intéresse aux petits opérés, on s'en occupe plus qu'on ne le faisait parfois dans la famille, d'où aussi de petits changements qu'on aurait enregistrés avant l'opération si on avait eu recours aux mêmes procédés.

Au milieu de son enthousiasme, l'auteur a quelques lueurs de sang-froid : « Il ne faut pas trop se hâter de crier victoire ! Il est bien rare, dit-il, que cette amélioration si profonde (?) se continue sans interruption. Le plus souvent, l'agitation reparait bientôt et avec elle les autres symptômes pour diminuer ensuite progressivement dans les cas favorables. » Suivant lui encore l'opération est peu dangereuse. Ce n'est pas tout à fait exact, car sur 83 cas que nous avons résumés dans notre communication à l'Académie de médecine, il y a eu 15 décès, mortalité de beaucoup supérieure à celles d'opérations beaucoup plus importantes comme l'ovariotomie, etc.

Nous profitons de l'occasion pour combattre un préjugé qui a des conséquences fâcheuses pour les enfants idiots. Des médecins et surtout des chirurgiens conseillent aux parents — après ou sans craniectomie — de ne pas soumettre leurs enfants à un traitement médical et pédagogique avant six ou sept ans. C'est là une erreur grave : il faut s'occuper sérieusement de ces enfants *dès que l'on a constaté* LES PREMIERS SIGNES DE L'IDIOTIE, dès que l'on s'aperçoit que l'enfant n'est pas « comme les autres enfants ». Depuis plus de cinquante ans l'Administration de l'assistance publique de Paris admet à Bicêtre et à la Salpêtrière des enfants dès l'âge de deux ans. C'était l'opinion d'Itard il y a quatre-vingt-dix ans.

BOURNEVILLE.

- X. UN CAS DE CRANIECTOMIE POUR MICROCÉPHALIE, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR L'OPÉRATION DE LANNELONGUE ; par DAKERMAN. (Congrès des chirurgiens du Nord tenu à Göttembourg, 1893; *Bulletin de la Soc. méd. ment. de Belgique*, 1893, p. 389.)

Il s'agit d'un garçon de vingt mois, né à terme, à la suite d'un accouchement normal et élevé au biberon ; les fontanelles s'étaient soudées peu de temps après la naissance. L'enfant paraissait agité et inquiet ; la tête ne mesurait que 0^m,40 de circonférence ; le front était bas, l'occiput déprimé ; le tronc était bien conformé. Le petit malade était atteint de nystagmus et de strabisme convergent ; il ne fixait jamais son attention ou ses regards sur un objet quelconque et semblait ne rien voir ; il y avait une atrophie double du nerf optique. Plusieurs fois par jour, cet enfant était pris de courtes attaques épileptiformes, il ne pouvait ni marcher, ni parler.

Le 11 août 1892, D... pratiqua la craniectomie sur une longueur d'environ 10 centimètres du côté gauche et parallèlement à la suture sagittale. Le crâne était épais. La réunion se fit par première intention.

Au bout de trois mois, on pouvait noter une amélioration notable. Les attaques épileptiformes étaient moins violentes et ne survenaient qu'à des intervalles de plusieurs semaines. L'enfant était plus tranquille ; dans une chambre obscure, il pouvait fixer la lumière et la suivre des yeux. Les bras et les jambes étaient moins raides, les réflexes normaux.

Dix mois après l'opération, la perte de substance osseuse était réparée ; le pourtour du crâne avait augmenté de 2 centimètres ; la région pariétale gauche était plus proéminente que la droite. Le petit malade pouvait rester debout quelques instants et remuer les jambes ; il commençait à prononcer des syllabes incompréhensibles et ne montrait plus l'agitation qu'on provoquait autrefois au moindre attouchement. Les attaques épileptiformes étaient plus rares ; le nystagmus avait notablement diminué ; enfin, le petit malade pouvait fixer, par moment, des objets brillants.

Le 10 juin 1893, D... pratiqua une seconde craniectomie en forme d'I, à droite du sinus longitudinal ; le périoste fut enlevé sur la même étendue ; la réunion se fit encore par première intention, mais, cette fois, l'intervention ne fut suivie d'aucune amélioration.

D... en conclut : 1° La craniectomie est justifiée quand les parents la réclament et quand le sujet n'est pas trop débilité. La mortalité opératoire est de 15 p. 100 environ ;

2° L'opération doit être assez parcimonieuse et répétée, au besoin, sur le côté opposé du crâne. La perte de substance du périoste doit avoir la même étendue que la perte de substance osseuse ;

3° Les résultats sont surtout favorables quand la microcéphalie s'accompagne d'attaques épileptiformes, de soubresauts musculaires, de rigidité ou de parésie locale;

4° Nos connaissances actuelles ne permettant pas de faire un diagnostic étiologique certain de la microcéphalie, il est impossible de prévoir les cas dans lesquels une opération sera suivie d'amélioration, ni quel sera le degré de cette amélioration. On ne pourra répondre à ces questions qu'après la *description minutieuse* de chaque cas observé pendant un temps suffisant.

Ce sont là des conseils judicieux qui nous paraissent de nature à être sérieusement médités par les chirurgiens, et entre autres de M. le D^r Blanc.

XI. UN CAS DE MICROCÉPHALIE AVEC OPÉRATION DE LA CRANIECTOMIE LINÉAIRE; par John BARLOW. (*The Glasgow Medical Journal*, p. 401, juin 1893.)

Le cas que je présente devant vous, ce soir, est une jeune fille, M. T., âgée de deux ans et onze mois, qui vint pour la première fois au dispensaire de l'Infirmerie royale de Glasgow, il y a neuf mois. Son père, un homme intelligent, cherchait des conseils, parce que l'enfant ne pouvait ni marcher, ni parler, et ne reconnaissait personne de la famille. Son état fut noté, en trois occasions, à un intervalle d'un mois, et, comme aucun progrès ne fut trouvé, elle fut admise à l'Infirmerie le 23 novembre.

Dans la vie du père, âgé de vingt-neuf ans, de la mère, âgée de vingt-six ans, d'une sœur, âgée de cinq ans, et d'un frère, âgé de sept mois, on ne trouve rien d'intéressant. Il n'y est pas question de syphilis. On m'a raconté que la mère n'avait jamais constaté la présence de la fontanelle antérieure après la naissance de sa fille. La mère pense que quelque chose a dû faire mal à la tête du petit frère de la malade, parce qu'il avait la fontanelle ouverte. On a remarqué que pendant la première année après la naissance, l'enfant était comme assoupie ou endormie.

Lorsque la jeune fille eut atteint l'âge de quinze mois, elle se brûla les doigts trois fois dans la même journée, en plaçant sa main sur un pot de thé brûlant, mais elle ne cria pas beaucoup.

Rien ne l'intéressait; elle ne reconnaissait pas ceux qui l'entouraient. Le père, qui est évidemment très attaché à sa fille, est bien sûr qu'elle ne le reconnaissait pas. Les parents font naturellement le contraste de la somme d'intelligence manifestée par la malade avec celle de son petit frère, qui est plus jeune de deux années, et qui les connaît très bien et dont les yeux suivent un train ou des animaux immobiles ou en mouvement. Elle était gâteuse, et pendant les trois derniers mois, il lui est arrivé, à plu-

sieurs reprises, de manger ses matières. En dormant, elle crie quelquefois, et, lorsqu'elle est éveillée, elle est souvent assise et le corps se balançant d'arrière en avant. Elle n'a jamais eu un cri particulier, mais lorsqu'elle est turbulente, ses parents lui offrent une friandise, qu'elle accepte toujours. On n'a jamais remarqué chez elle aucune appétence particulière pour les aliments.

En regardant l'enfant, l'attention est attirée par la petitesse de la tête et la largeur relative de la figure. Le corps est généralement gras, mais flasque. La mensuration de la tête donne les résultats suivants :

Circonférence, à 1 pouce au-dessus de l'arcade sourcilière et la protubérance occipitale en arrière.	17 pouces.
Diamètre antéro-postérieur	6 —
Diamètre entre les pariétaux.	4 1/2
Diamètre du front, à 1 pouce derrière les procès externes anguleux du front.	3 3/4

Des mensurations semblables ont été prises sur la tête d'une délicate petite fille, de même âge, qui était à l'hôpital, et toutes étaient plus fortes. Il y avait une différence de 1 pouce dans ce qu'on peut appeler le diamètre bi-frontal.

L'enfant ne pouvait pas marcher et ne pouvait se tenir debout sans soutien. Toutes les sensations spéciales étaient émoussées, et cet état était particulièrement marqué pour la vue et l'ouïe.

Les réflexes patellaire, plantaire et pupillaire étaient, en apparence normaux. La peau des membres, et particulièrement des jambes, était froide relativement à celle de la tête et était d'une couleur terne. L'enfant fut surveillée pendant quatre semaines à l'hôpital, et, pendant ce temps, j'obtins la confirmation de ce que je viens de rapporter.

Le 21 décembre. L'opération de la *craniotomie linéaire* fut pratiquée avec l'aide du Dr Pringle. Le chloroforme ayant été administré, je pratiquai une incision courbe de 6 pouces, dans le sens de la longueur — le plus haut point de la convexité se trouvant près de la ligne médiane — traversant le cuir chevelu sur le côté gauche de la tête. Cette incision était étendue au *pericranium*. Deux petites artères ayant été garanties, un disque d'os de 1/2 pouce fut retiré au moyen du trépan à un point situé à 1 pouce 1/4 de la ligne médiane, correspondant au centre de la peau incisée, entre les bords antérieurs et postérieurs du pariétal. Dans le trou ainsi fait j'introduisis la pince à couper les os, de Keen, et, avec leur aide, j'enlevai un morceau d'os, d'un tiers de pouce en largeur et s'étendant antérieurement et postérieurement à 2 pouces de l'ouverture du trépan. La portion enlevée du crâne, partait un peu en avant de la suture coronale, et allait jusqu'à 1 pouce à gauche de la protubérance externe occipitale. La partie du cuir chevelu fut alors

mise en position et retenue par quelques points de sutures en soie. L'opération prit trente-cinq minutes. La suite de l'opération fut très brève. La plaie fut découverte le 27 et se trouvait unie par première intention. La plus haute température observée fut 99°2 f. et il n'y eut peu ou pas de choc. Le 2 janvier, l'enfant était renvoyée chez elle, à condition qu'elle reviendrait au bout de trois semaines.

Le seul changement noté depuis l'opération fut l'augmentation de la température des jambes, et, dans une occasion, le choix fait, par la jeune fille, de ses aliments. Elle repoussait une tasse de lait, mais prenait et mangeait un biscuit.

Le 18 janvier, j'appris que la fille se tenait bien et que quelque amélioration pouvait se remarquer dans son état mental, mais, elle ne pouvait être renvoyée à l'hôpital, car sa sœur avait la rougeole et elle était en traitement elle-même.

Le 6 février, son père m'écrivit qu'elle était mieux de la rougeole, mais était très faible et ne prenait presque plus de nourriture. Il disait : « Je suis très contrarié qu'elle soit venue à la maison, pour redevenir ce qu'elle était, car je pense qu'elle était beaucoup mieux avant d'avoir la rougeole. »

Le 7 février, j'allai à Coatbridge et je trouvai la fille dans un état de langueur commun après la rougeole, et j'appris que, pendant la nuit précédente, elle était sortie de son lit et avait réveillé le père, en allant à son lit et en lui mettant les bras autour du corps.

Le 30 mars, j'appris que la jeune fille était relevée de sa maladie, et il fut décidé qu'elle reviendrait à l'hôpital, afin que son état puisse être enregistré.

Etat 4 mois après l'opération. — A certains égards, il y a, évidemment, amélioration. Elle ne peut marcher sans soutiens. — Le sens de l'ouïe est plus fin et elle apporte plus d'attention aux personnes qui l'entourent. — Elle ne peut parler, mais elle indique par des sons ce dont elle a besoin. Elle trouve moins de difficulté à prévenir qu'elle va souiller le linge de son lit. — Elle reconnaît certaines personnes et veut quelquefois lever sa main vers moi lorsque je vais près de son lit. Lorsqu'elle est assise sur son lit, elle se balance parfois encore d'avant en arrière, mais ses mouvements rythmiques ne sont pas observés si fréquemment. Elle est plus tranquille et beaucoup plus facile à soigner. Le diamètre bi-frontal est maintenant de 4 pouces $\frac{1}{8}$, au lieu de 3 pouces $\frac{3}{4}$, en augmentation de $\frac{3}{8}$ de pouce. Mon intention n'est pas de traiter ce soir de la question de la parenté du développement défectueux du cerveau avec l'oblitération prématurée des fontanelles et des sutures. Il y en a qui, préférant avec Broca, regardent l'arrêt du développement et de la croissance du cerveau comme une lésion primitive, et, les

lésions des os du crâne, comme secondaires; et d'autres, comme Virchow et Russel Reynolds, sont de cette opinion qu'il faut attribuer l'oblitération prématurée des sutures du crâne à une nutrition défectueuse, et comme un résultat de celle-ci, entrave dans la croissance du cerveau. Si le premier a raison, une opération telle que celle que j'ai décrite serait bonne seulement pour soulager de la pression et, peut-être, les mouvements rythmiques involontaires du corps ou d'une partie du corps.

Avec les derniers, — considérant l'historique de la vie des microcéphaliques, même quand ils vivent dans des conditions spéciales, comme dans les institutions, où nous avons des sujets qu'il est nécessaire de nourrir et d'habiller, qui ne peuvent parler et qui sont simplement agités ou turbulents si leurs appétits ne sont pas satisfaits, et qui vivent ainsi sans changer, — l'opération de la craniotomie linéaire pourrait être pratiquée dans l'intention de diminuer la pression du cerveau, donnant au cerveau, comme il a été dit, « une chambre trouée », et permettre la croissance et le développement. Jusqu'à présent, l'opération — ou l'opération dans laquelle on enlève une ou plusieurs portions des os du crâne — a été pratiquée trente-huit fois, avec quatre morts. Dans deux cas, la mort vint moins de trois heures après l'opération, probablement par suite de choc; et dans un cas, la mort survint le troisième jour après l'opération, avec *hyperpyrexie*. Il est encore trop tôt pour parler des résultats de l'opération, dans les cas suivis d'amélioration. Par suite de l'opération, il y a diminution dans l'obstacle opposé au développement du cerveau, et l'éducation systématique et continue est nécessaire pour amener lentement le développement des facultés mentales.

Dans le cas que je vous expose maintenant, aucune augmentation sensible, excepté dans le diamètre bi-frontal, ne survint dans les diamètres du crâne. Une telle augmentation ne pourrait arriver du déplacement d'une partie de l'un des côtés. C'est mon intention, néanmoins, et à une date proche, de déplacer une partie du côté droit du crâne et de joindre les deux sillons, en enlevant un morceau s'étendant à travers la ligne médiane de l'un et de l'autre côté. Il y aurait alors un moyen d'expansion latéralement, et d'avant en arrière. Mon intention était de faire cette dernière opération à la fin de janvier dernier, mais la rougeole a été cause de ce retard. J'espère avoir l'occasion de vous présenter la jeune fille à la prochaine réunion, 6 mai 1893. La seconde opération a été faite le 25 avril; la plaie, pansée cinq jours après, était complètement guérie, et l'enfant était envoyée chez elle.

A l'époque où nous avons fait notre communication à l'Académie de médecine (juin 1893), nous avons relevé quatre-vingt-trois cas sur lesquels on a compté quinze décès. Le

nombre des cas publiés est sans doute plus considérable, car, malgré des recherches minutieuses, il en est qui ont dû nous échapper. Depuis, nous avons analysé ici même plusieurs cas : de Wymann (*Arch. de Neur.*, t. XXVI, p. 144), de Clyton Parkyll (*Ibid.*, p. 149), et de Hadden (*Ibid.*, p. 236). Notre conclusion reste la même et les nouvelles autopsies que nous avons pratiquées la corroborent (voir p. 311 l'article de M. Eloy). B.

MM. Dakerman et Bardow parlent, d'après les parents, de la soudure prématurée des fontanelles. A cet égard, il convient de faire des réserves, car l'erreur est des plus faciles, et des médecins s'y trompent. Rappelons enfin que la prétendue liberté d'expansion donne au cerveau est tout à fait temporaire puisque la brèche osseuse se répare rapidement. B.

XII. DU SOMNAL CHEZ LES ALIÉNÉS ET DE SON EFFICACITÉ DANS LA LYPÉMANIE ; par le Dr MARANDON de MONTYEL.

Dans un premier mémoire, l'auteur a étudié l'action physiologique du somnal, cette substance a une double action sur l'organe, de la pensée : il apporte à la fois la gaieté et le sommeil. Tout d'abord se produit une exaltation gaie sans que le sujet éprouve d'autre sensation que le bien-être et l'expansion ; puis à l'exaltation et à la gaieté succède le sommeil, en général durant la première heure consécutive à l'administration du remède, quelquefois au bout d'un quart d'heure seulement.

Le sommeil produit est profond et continu, s'accompagnant néanmoins de rêves, mais de rêves agréables et surtout érotiques.

Le réveil se produit progressivement comme au lever après une nuit de repos naturel et s'accompagne, lui aussi, d'un grand bien-être : les sujets restent gais et contents. Du reste, en même temps que les centres psychiques, le somnal excite aussi les centres physiques de la génération, d'où excitation génésique, conversations lubriques, rêves voluptueux. Expérimenté dans 34 cas d'aliénation mentale de diverses formes, le somnal a donné des résultats très intéressants.

Tout d'abord il paraît contre-indiqué dans tous les états maniaques de nature sésanique où il accroît l'agitation.

Si le somnal peut, dans certains cas, faire dormir le paralytique général, il l'agite toujours au réveil, ce qui oblige à condamner ce remède dans la paralysie générale.

Les résultats obtenus dans la lypémanie ont été, par contre, excessivement favorables ; du reste, l'action physiologique permet jusqu'à un certain point de comprendre cette influence médicamenteuse. Le somnal serait, en effet, un excitant gai du cerveau, il

suscite ait dans l'esprit des images joyeuses qui remplaceraient les idées noires; dans tous les cas de lypémanie où il a été employé, à la dose de 3 à 6 grammes, son action a été d'une grande efficacité, tout à la fois pour combattre l'insomnie et modifier avantageusement l'état mental.

A signaler une contre-indication formelle à l'emploi du somnal; le mauvais état de l'estomac, car alors le remède n'est pas supporté et entraîne des troubles gastriques et digestifs. (*Annales médico-psychologiques.*) E. B.

XIII. TRIONAL ET TÉTRONAL; par le D^r W. MABON.

L'auteur publie une série d'observations cliniques sur l'action hypnotique du trional et du tétronal en aliénation mentale. Les conclusions sont les suivantes :

Ces médicaments ont tous deux une action hypnotique marquée, mais le trional semble devoir rendre le plus de services. — D'un autre côté, le tétronal demande des doses moins considérables.

Règle générale. — De sommeil produit par ces médicaments est calme, tranquille, ressemblant au sommeil naturel. L'effet arrive peu de temps après l'ingestion, mais ne se continue pas longtemps et n'est jamais alarmant. Pas d'action dépressive sur le cœur.

Dans la majorité des cas, un gramme de trional donné dans du lait chaud au moment du coucher donnera un sommeil de six à neuf heures de durée, sommeil qui ne sera pas accompagné de rêves. Le temps nécessaire pour produire ce résultat est de quinze à quarante minutes dans les cas favorables, bien qu'il puisse être de deux heures.

Un gramme de tétronal est nécessaire pour obtenir le même résultat et comme ce remède est deux fois plus énergique que le trional, on doit le préférer comme règle générale. Chez quelques malades, ces médicaments donnent deux nuits de sommeil après une seule ingestion. Leur action calmante est très satisfaite et sauf quelques exceptions ne produit pas un sommeil léthargique. La dose du trional comme hypnotique est de 0^{gr},66 à 2 grammes, mais il est préférable de commencer par 1 gramme.

Comme sédatif, on doit donner : 0^{gr},66 à 1 gramme, mais chez quelques malades 3 grammes ne produisent aucun effet.

La dose du tétronal, comme hypnotique, est de 0^{gr},33 à 2 grammes, mais dans la majorité des cas 1 gramme est suffisant. Comme sédatif, 0^{gr},33 à 0^{gr},66 donnés tous les un ou deux jours produisent généralement un bon résultat. (*American Journal of insanity*, 1893.) E. BLIN.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XLVIII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES RAPPORTS DE L'IMPALUDISME ET DE L'ALCOOLISME; par le D^r MARANDON DE MONTYEL.

Dans un important mémoire, M. Marandon de Montyel établit, par une série d'observations, un fait clinique aussi intéressant que peu connu jusqu'à présent, à savoir que l'impaludisme crée une intolérance cérébrale absolue aux alcools.

Que le sujet soit un héréditaire névropathique, déjà peu résistant à l'alcool par sa constitution, un sujet normal, un héréditaire alcoolique, doté par transmission familiale d'une résistance spéciale aux alcools, ou encore un vrai dipsomane qui, jusqu'alors, au moment des crises, avait présenté une résistance exceptionnelle aux alcools, le miasme paludéen place la cellule nerveuse cérébrale vis-à-vis des liqueurs fortes dans des conditions particulières d'excessive impressionnabilité : et c'est d'emblée, dès la première manifestation aiguë de l'empoisonnement que cette intolérance éclate; elle ne tient donc pas à un affaiblissement constitutionnel rendant plus difficile la résistance organique du sujet, ainsi qu'il advient dans nombre d'affections chroniques débilitantes, mais bien à une action spéciale du miasme palustre par laquelle le cerveau devient, aussitôt touché par lui, incapable de supporter l'impression de l'alcool, sans entrer en délire.

Par suite de cette intolérance, un sujet normalement constitué, s'il boit même modérément au cours d'une première manifestation aiguë d'impaludisme, est exposé à avoir rapidement du délirium tremens; et ce qui est vrai des premières manifestations aiguës de l'impaludisme, l'est à plus forte raison des récidives.

C'est par l'intermédiaire d'une altération du sang que le miasme palustre paraît produire cette intolérance. Cette dernière persiste même dans les intervalles forts longs des rechutes, le paludéen fût-il un héréditaire alcoolique à grande résistance antérieure, et il semblerait qu'il y ait là une preuve de la présence du miasme palustre dans l'organisme, la résistance perdue ne se retrouvant que lorsque l'économie est complètement débarrassée du poison.

Il est à remarquer que l'héréditaire névropathique non seulement succombera plus facilement encore que les autres catégories de malades, mais qu'il sera en outre exposé à une forme grave d'alcoolisme cérébral avec démence précoce consécutive. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 93.)

E. BLIN.

XLIX. TROUBLES TROPHIQUES DANS LA FOLIE; par le D^r FRANK HOYT.

L'intention de l'auteur est de rayer de la liste des maladies inflammatoires des méninges cérébrales, une lésion qui, pour lui, est due plutôt à des troubles trophiques qu'à des troubles inflammatoires.

Il a remarqué la fréquence des altérations vasculaires dans les cerveaux des déments chroniques : la pachyméningite interne, la dilatation des vaisseaux des méninges, l'engorgement des espaces lymphatiques périvasculaires, l'opacité et l'infiltration de la pie-mère. Toutes ces lésions signifient pour l'auteur un trouble profond du système vaso-moteur.

Ayant examiné au microscope la couche interne de la dure-mère dans un cas de pachyméningite interne hémorragique, il s'attendait à trouver dans cette membrane des traces évidentes d'inflammation chronique : il fut complètement déçu dans son attente. D'autre part, la pie-mère et les vaisseaux étaient évidemment malades : contrairement à l'opinion de Virchow, Gowers, Charcot, qui défendent l'inflammation primitive de la dure-mère, il trouva que l'hémorragie est la condition première de la lésion, et que, par conséquent, l'inflammation de la dure-mère n'est pas primitive.

L'auteur a montré à l'Association médicale de Mississipi que la théorie de l'extravasation sanguine est la plus réelle. Les arguments en faveur de l'origine vaso-motrice sont reconnus par ce fait que les hématomes de la dure-mère coïncident toujours avec des preuves évidentes de maladie des vaisseaux.

De même l'hématome de l'oreille a été reconnu comme la conséquence d'une hémorragie primitive due à une neuro-angio-paralyse et non à un traumatisme ou à une périchondrite. Il y a donc analogie entre ces deux lésions. (*American Journal of insanity*, 1893.)
E. B.

L. FOLIE PUERPÉRALE; par le D^r MENZIES.

Sur 140 cas de folie puerpérale observés par l'auteur, 30 se sont développés pendant la grossesse, 64 pendant le premier et le second mois de l'accouchement, constituant les folies de l'accouchement, et 46 ont apparu deux mois après l'accouchement, constituant les folies de la lactation.

L'auteur a rencontré des prodromes dans 54 p. 100 des cas : chez les paralytiques générales, les syphilitiques et les chroniques avant la conception, le début a toujours été soudain. Lorsque les prodromes existent, ils consistent soit en une activité inquiète et fébrile, une excitation babillarde, soit en un sentiment indéfinissable de tristesse et d'appréhension. Les symptômes s'aggravent

bientôt : c'est à cette période que la malade a tendance à quitter son intérieur pour errer à l'aventure et à se suicider : sur 64 cas de folie puerpérale à forme mélancolique, l'auteur a rencontré 14 tentatives de suicide. Les cas de folie de la grossesse ont trait, dans la proportion de 53 pour 100, à une forme mélancolique, mélancolie simple, ou hallucinatoire. L'état de dépression conduit la malade à une profonde suspicion de tout ce qui l'entoure ; elle n'a aucune connaissance de sa grossesse ou prétend avoir en elle un chien, un éléphant : à la naissance elle refuse de reconnaître l'enfant comme sien.

Sur 64 cas de folies de l'accouchement, 40 p. 100 des malades ont été atteintes pendant le premier mois après l'accouchement et 14 p. 100 pendant le second mois. Les cas de mélancolie sont les plus fréquents et le suicide est toujours à redouter ; les hallucinations sont très fréquentes. Les rechutes sont plus nombreuses dans la folie de l'accouchement que dans la folie de la lactation et sont caractérisées par leurs soudaineté.

Dans les cas de la folie de la lactation, les symptômes sont les mêmes que dans la folie de l'accouchement, mais les types n'ont pas la même fréquence : les cas de manie sont les plus fréquents. La folie puerpérale, lorsqu'elle prend la forme d'excitation maniaque, est d'un pronostic défavorable, sauf dans les cas de folie de l'accouchement.

Le pronostic de la folie puerpérale est, du reste, différent suivant qu'on a affaire à l'une des trois formes de folie de la grossesse, de l'accouchement ou de la lactation : ainsi sur 30 cas de folie de la grossesse, il y eut 13 guérisons, soit 43 p. 100 et 14 passages à l'état chronique, soit 46 p. 100 ; sur 64 cas de folie de l'accouchement, 48 guérirent, soit 75 p. 100 : la durée de la maladie avait été de cinq mois environ.

Enfin sur 20 cas de folie de la lactation, 46 guérirent, soit 50 p. 100 : la durée avait été de 5 mois et demi. La folie puerpérale est beaucoup plus fréquente chez les primipares, sauf la folie de la lactation, spéciale aux multipares.

Dans 73 p. 100 des cas, l'attaque de folie puerpérale n'avait été précédée d'aucune attaque de folie antérieure.

Au point de vue de l'étiologie, l'hérédité a été enregistrée dans 28 p. 100 des cas et dans 16 p. 100 l'alcoolisme paraît avoir été un facteur important dans le développement de la maladie. La délivrance est très rapide chez ces malades : cette rapidité du travail est d'autant plus remarquable que la contraction utérine est faible chez les aliénées. Pour son enfant la mère est envahie par un indéfinissable sentiment de crainte et elle lui témoigne souvent de l'indifférence.

Dans quelques cas qu'elle soit considérée, la folie puerpérale est toujours le résultat d'une intoxication ; cette notion pathogénique

dirigera le traitement général et le traitement local. (*American journal of insanity*, oct. 1893.) E. B.

LII. LES ALIÉNÉS À TENDANCES HOMICIDES. PRÉSENTENT-ILS DES PARTICULARITÉS PHYSIQUES CARACTÉRISTIQUES? par le D^r CAMUSET.

Le criminel est-il, comme le veut Lombroso, une variété de l'espèce humaine reconnaissable à des stigmates physiques et à des caractères psychiques spéciaux? La question est toujours très discutée et non résolue.

L'auteur s'est proposé, en observant au point de vue anthropologique, sans aucune idée préconçue, quelques aliénés dits criminels, de rechercher si, individuellement ou dans leur ensemble, ils confirment ou infirment cette donnée de la doctrine lombrosienne.

Ces sujets ont présenté tous en général, combinés ensemble, et des stigmates isolés de la criminalité homicide et des signes physiques de dégénérescence. Si maintenant on observe non plus des aliénés à tendances homicides, mais des aliénés inoffensifs, on voit qu'eux aussi présentent des signes de dégénérescence et de criminalité combinés ensemble; on rencontre également parmi eux des sujets qui, par l'ensemble de leurs particularités physiques, se rapprochent plus ou moins du type criminel. La plupart donc des aliénés, qu'ils soient homicides ou inoffensifs, présentent des signes de criminalité et de dégénérescence. La question est de savoir si les premiers, les homicides, envisagés dans leur ensemble, se rapprochent plus que les seconds, les inoffensifs, envisagés également dans leur ensemble, du type de l'homme criminel.

Si, pris individuellement, les aliénés à tendances homicides ne reproduisent pas fréquemment le type du criminel homicide avec tous ses caractères; d'autre part, pris dans leur ensemble, c'est-à-dire étudiés sur le type commun moyen tiré des descriptions particulières de tous les sujets composant la série, et comparés aux aliénés ordinaires et aux individus normaux, ils se rapprochent beaucoup plus que ces derniers du criminel homicide de l'école lombrosienne. En d'autres termes, les aliénés à tendances homicides, considérés dans leur ensemble, se distinguent des aliénés inoffensifs par une proportion plus grande chez eux des stigmates que l'école de Lombroso attribue à la criminalité homicide. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

LIII. LE SANG DANS LA MÉLANCOLIE; par le D^r Witmore STEELE.

L'auteur a examiné le sang de douze malades mélancoliques et cette analyse l'a conduit aux conclusions suivantes :

1^o Dans la mélancolie aiguë ou chronique, il y a une diminution

très marquée du nombre des globules; dans très peu de cas, le pourcentage approche de la normale. Le pourcentage de l'hémoglobine est réduit dans les mêmes proportions;

2° Nombre de cas montrent une dentelure considérable des globules, qui deviennent moins crénelés après un traitement tonique et l'amélioration qui le suit;

3° Le traitement tonique, systématique, est très efficace dans le traitement de cette forme d'aliénation mentale. L'administration du fer seul ou d'une combinaison de fer, quinine et strychnine semble avoir une égale efficacité. Il semble prouvé que, bien que la mélancolie puisse ne pas être causée par un appauvrissement du sang, un tel appauvrissement très invariable existe et, dans la grande majorité des cas, l'amélioration des symptômes coïncide avec l'amélioration de la santé générale et de la qualité du sang. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

LIII. NOTE SUR UN CAS DE PERVERSION SANGUINAIRE DE L'INSTINCT SEXUEL; par le Dr COUTAGNE.

Il s'agit d'un jeune ouvrier de dix-sept ans qui, après avoir acheté, dans la journée, un couteau de cuisine, va trouver, à la tombée de la nuit, une fille soumise, âgée de vingt et un ans, et avec laquelle il avait déjà eu cinq fois environ des rapports.

L'ayant rencontrée, il l'accompagna dans sa chambre, la fit déshabiller complètement, après lui avoir donné deux francs, quitta lui-même une partie de ses vêtements, mais en gardant son pantalon et sa chemise, et lui dit de s'approcher au bord du lit. Alors, étant en érection, il s'approcha d'elle à son tour, et lui porta trois coups de couteau à la poitrine et au ventre. Puis il prit la fuite et fut aussitôt se constituer prisonnier au poste de police.

Les conclusions du rapport médical fait par le Dr Coutagne furent les suivantes : 1° B... n'est pas un aliéné; 2° la tentative d'assassinat dont il est inculpé peut reconnaître pour cause une déviation mentale liée à son évolution physiologique et comporter, par conséquent, un certain degré d'atténuation de sa responsabilité pénale. L'accusé fut acquitté sans que l'acquittement fût suivi du correctif redoutable de sa remise à l'autorité administrative : on a donc rendu à la vie publique une individualité qui porte dans son passé une tare mentale peu rassurante pour l'avenir. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

LIV. DE LA DYNAMOMÉTRIE CHEZ LES ALIÉNÉS ; par le Dr TOULOUSE. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, juin 1893.)

Les recherches dynamométriques sur les aliénés sont encore peu nombreuses : celles de M. Toulouse ont été faites avec le dyna-

momètre de Regnier et n'ont porté que sur des femmes. Il leur fait serrer le dynamomètre trois fois de suite et prend la moyenne de ces trois pressions. — Le nombre des malades examinés de cette façon a été de 263, comprenant des idiots, des imbéciles, des maniaques, des mélancoliques, des persécutées, des épileptiques, des paralytiques générales, des démentes et enfin des malades lucides (dégénérées, hystériques, etc.).

Chez toutes ces malades M. Toulouse a constaté : 1° une diminution de la contraction musculaire volontaire et 2° une tendance à l'égalité de pression de l'une et l'autre mains. Il estime, d'après la constatation faite des cas où existait un affaiblissement physique plus ou moins prononcé, que la véritable cause de l'affaiblissement de l'énergie de la contraction musculaire volontaire est la paresse de l'attention, qui se trouve réalisée dans tous les états psychopathiques notamment dans les états de faiblesse congénitale ou acquise du cerveau (démence, idiotie, imbecillité, paralysie générale), ensuite dans les vésanies à délire diffus (manies, mélancolies) et enfin, mais à un degré moins prononcé, dans les délires systématisés et les différentes variétés de folies lucides.

Les maladies mentales formeraient ainsi trois grands groupes dont l'élément de classification serait fourni par le degré de la lucidité et de l'attention qui marchent d'habitude parallèlement. Après cette cause générale et constante, on peut faire intervenir comme condition d'affaiblissement de l'énergie psycho-motrice, la dépression psychique et les délires tristes, et comme condition d'augmentation de cette même faculté, une légère excitation mentale, le délire gai et exubérant, le caractère impulsif des malades, et enfin, mais d'une manière toute relative cependant, l'automatisme psychologique, assez fréquemment observé dans des formes vésaniques à type de confusion mentale. G. DENY.

LIV. DES TROUBLES DANS LE MÉCANISME DE L'IDÉATION DANS LA FOLIE SYSTÉMATIQUE; par TH. ZIEHEN. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIV, 1, 2.)

Mémoire très étendu avec observations nombreuses.

La folie systématique tout d'abord produit des troubles de l'intelligence et non de la sensibilité morale. Ses symptômes sont de trois ordres :

- 1° Les conceptions délirantes primitives;
- 2° Les hallucinations;
- 3° L'incohérence primitive.

Cette dernière se montre très fréquente à l'état de symptôme intercurrent. Elle est, de même que les deux premiers symptômes, un élément dominant et durable. Dans ce cas, on a affaire à la *folie systématique incohérente* ou *dissociative*, forme qu'il y a lieu de distinguer de la folie systématique simple et de la folie systé-

matique, *hallucinoïde*. Et qu'on n'aille pas croire qu'il s'agisse alors d'un symptôme accessoire; c'est un véritable complexus symptomatique qui pèse sur l'intégralité de la vie mentale; la désorientation et l'allure toute spéciale de ces malades, voire les troubles de la sensibilité morale, doivent être tenus pour des épiphénomènes par rapport à l'incohérence primitive.

Toutefois, nous ne prétendons pas assigner à la folie systématique dissociative un rang à part, l'élever à la hauteur d'une psychopathie bien délimitée, car entre chacune des formes de la folie systématique il y a de nombreuses espèces intermédiaires. Les trois dénominations que nous avons formulées spécifient plutôt trois directions principales de la maladie. Il y a du reste des formes mixtes surtout entre la folie systématique hallucinoïde et la folie systématique incohérente. Mais il importe de s'habituer à démêler la genèse des hallucinations dans l'incohérence et inversement le rôle de l'obnubilation du sensorium dans la genèse de l'incohérence. Cette analyse démontre précisément que les formes mixtes en question sont rares.

Voici maintenant deux autres symptômes intéressants.

La volubilité des idées et l'arrêt de l'association des idées. L'un et l'autre apparaissent soit à l'état intermittent, soit à l'état dominant dans la folie systématique.

On y trouve aussi une variété de manie, de mélancolie, de démence aiguë que l'on peut qualifier d'hallucinoïdes. En un mot, entre la folie systématique d'une part, et la mélancolie, la manie, la démence aiguë d'autre part, on rencontre une série de formes, de transitions dont on pourrait constituer le schéma comme suit :

Manie simple.	Mélancolie simple.
Manie hallucinoïde.	Mélancolie hallucinoïde.
Folie systématique hallucinoïde. avec volubilité des idées dominante.	Folie systématique hallucinoïde. avec arrêt dominant de l'idéation.
~~~~~	
Folie systématique hallucinoïde.	

De même que, dans les psychoses affectives, les troubles dans le mécanisme de l'idéogenèse peuvent simuler les hallucinations sensorielles de la folie systématique, de même la folie systématique hallucinoïde peut en imposer pour des troubles de la sensibilité morale dans le cours de la manie et de la mélancolie. Enfin il y a des formes de transition de la folie systématique dissociative aux formes affectives. Pour trouver la différence entre les psychoses affectives et la folie systématique aiguë, il faut étudier les formes polymorphes de la folie périodique et de la folie à récurrences. Prenez, par exemple, un malade qui est successivement atteint

d'une manie simple pure (1^{er} accès), d'une manie avec quelques hallucinations isolées (2^e accès), d'un syndrome de folie systématique hallucinatoire avec volubilité dans les idées, émotivité passionnelle instable, mégalomaniaque ou non (3^e accès); il aura à sa quatrième attaque un ensemble qui devra être caractérisé de folie systématique incohérente avec ou sans volubilité dans les idées.

P. KERAVAL.

LVI. LA SUGGESTION PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS :

OBSERVATION SUIVIE DE REMARQUES; par Edwin GOODALL. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1890.)

Il s'agit d'un malade, interné une première fois et remis en liberté après sa guérison. Au moment de son second internement il est atteint de mélancolie, et, d'après les renseignements, d'idées de suicide. Il est vrai que chez ce malade, il s'est produit, consécutivement à l'emploi de l'hypnotisme, une amélioration marquée; mais le cas n'est pas de ceux où l'action de l'hypnotisme soit incontestable ni surtout unique: il est probable que l'intervention hypnotique a été utile, mais d'autres facteurs sont entrés en ligne, et l'un des faits qui le montrent le plus clairement c'est le caractère lent et progressif de l'amélioration.

R. M. C.

LVII. CONTRIBUTION A LA THÉORIE DES HALLUCINATIONS;

par F. CHVOSTEK. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Etude chez une série de malades affectés d'hallucinations de l'ouïe, du courant électrique et de l'action de diapasons à vibrations donnant des sons différents. Il est, dit l'auteur, possible à l'aide de ces appareils, de provoquer chez ces malades, au lieu des sensations sonores ordinaires, des hallucinations de l'ouïe complexes, quand les malades sont spontanément hallucinés ou quand ils viennent d'être spontanément hallucinés.

Ce n'est d'ailleurs pas le courant électrique qui engendre l'hallucination; il faut pour cela qu'il rencontre des processus anormaux du cerveau en vertu desquels le nerf acoustique est trop facilement impressionné; la sensation déterminée est alors employée par l'organe central à constituer de toutes pièces des hallucinations sensorielles. Les sensations sonores occasionnées par l'excitation, la vibration du nerf auditif, provoquent l'illusion sensorielle, suivant l'état ou l'humeur du sujet en expérience qu'elles rencontrent et dans le sens des conceptions délirantes qui prédominent, conformément au mécanisme des hallucinations sensorielles de Meynert.

Les hallucinations ne proviennent point d'une action réflexe, de l'action douloureuse due à l'excitation du trijumeau par le courant électrique; car si l'on excite l'oreille externe d'une autre

façon, par des piqûres d'aiguilles, chez les mêmes individus, on ne provoque point d'hallucinations de l'ouïe. Les hallucinations sensorielles suivent aussi une certaine loi, conforme aux formules de la réaction électrique du nerf acoustique. P. K.

LVIII. DE LA DÉMENCE POST-TYPHIQUE ASSOCIÉE A LA POLYNÉVRITE;  
par H. HEVEL. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XI, 3.)

Homme de trente ans; tare héréditaire; caractère inégal original; pas d'excès alcooliques; à la suite d'une fièvre typhoïde, affaiblissement notable et illusion de la mémoire, troubles mentaux divers; pas d'hallucinations, pas d'idées délirantes, un peu d'irritabilité sans anomalies de l'humeur. Il est juste de mentionner qu'avant la fièvre typhoïde ce malade avait fait des dépenses exagérées, bu à l'excès, vagabondé la nuit. Il ne se rappelle que les faits de sa première enfance et encore n'est-ce qu'en partie; diminution des réflexes patellaires; sensibilité à la pression des nerfs cruraux et péroniers; analgésie des extrémités supérieures et inférieures, augmentant à la périphérie; signe de Romberg; légère diminution de la force musculaire; légère ataxie de la démarche; réaction dégénérative partielle surtout des muscles des segments terminaux des extrémités; finalement, très tard, salivation exagérée. Le malade sort très amélioré mais non guéri. Evidemment il s'agit de l'intoxication par la fièvre typhoïde. P. K.

LXIX. REMARQUES SUR L'EXISTENCE DE LA TUBERCULOSE DANS LES ASILES  
D'IDIOTS; par WULFF. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLIX, 5.)

Sur 2,449 individus du sexe masculin, 138, soit 5,6 p. 100, moururent l'an dernier dont 68, soit 2,8 p. 100 de tuberculose. Soit, d'après le chiffre des morts, 49,3 p. 100 de tuberculose. Sur 1,720 individus du sexe féminin, 90, soit 5,2 sont morts, dont 42, soit 2,4 de tuberculose, soit, d'après le chiffre des morts, 46 p. 100 de tuberculose. Par les totaux, on voit que, sur 4,538 individus, 249 sont morts, soit 5,5 p. 100, dont 121 (2,7 p. 100) de tuberculose. Ce qui fournit en tout le chiffre de 40 p. 100 pour la tuberculose.

En somme, par rapport aux asiles d'aliénés, il meurt de tuberculose deux fois plus d'idiots. Pourquoi? Ce n'est pas que l'idiotie prédispose à la tuberculose, c'est parce que les formes de ces affections mentales, qui nécessitent un très long séjour dans un asile, sont le plus exposés à la tuberculose. Puis, la plupart de ces malades (80 p. 100), proviennent des classes besoigneuses qui sont le plus fauchées par la tuberculose (question d'hygiène). Prédominance dans ces asiles de scrofuleux (tuberculose locale), des faibles, des arrêts de développement physique. Enfin, l'encombrement des asiles, malgré les soins de toute nature, fait monter la tuberculose

de 21 à 31 p. 100. L'étude de ces causes contient en soi son traitement prophylactique et antiseptique. P. K.

LX. CONTRIBUTION A L'IMMOBILITÉ FIXE ET RÉFLEXE DES PUPILLES DANS LA PARALYSIE PROGRESSIVE; par E. REDLICH. (*Neurolog. Centralbl.*, 1892.)

M. Redlich appelle l'attention sur l'étude de la *réaction consensuelle*, c'est-à-dire sur la façon dont se comporte une pupille bien séparée de l'autre œil (en la plaçant dans l'ombre ou en l'éclairant faiblement), quand on fait agir la lumière sur l'autre. Voici un exemple :

Un homme de quarante-trois ans, atteint de paralysie générale assez avancée a la pupille droite plus étroite que la pupille gauche; toutes deux réagissent à la convergence et à l'accommodation, la première seule réagit très bien à l'action de la lumière directe. Si j'éclaire l'œil gauche (peu sensible) la pupille droite se contracte par sympathie très nettement; si j'éclaire l'œil droit (très sensible) la pupille gauche reste inerte.

En d'autres termes, l'œil qui ne réagit pas à l'action directe de la lumière ne réagit pas non plus, quand on excite la pupille de l'œil très sensible. Inversement, l'œil, très sensible à l'action directe de la lumière, réagit très bien quand on excite l'œil peu sensible. La théorie indique que le noyau de l'oculomoteur, commun du même côté est excité directement, celui du côté opposé est excité indirectement, par suite de la connexion des deux noyaux des deux oculo-moteurs.

Mais cette réaction consensuelle n'a pas lieu quand il y a rigidité pupillaire unilatérale. C'est que probablement il y a entre-croisement partiel des fibres pupillaires du nerf optique tel que les fibres du nerf optique droit vont au noyau droit et gauche de l'oculomoteur commun et *vice versa*. Cet entre-croisement doit être périphérique par rapport à la lésion qui cause l'immobilité fixe et réflexe des pupilles, c'est-à-dire dans le chiasma ou dans la commissure postérieure. (Voyez schéma de Magnus.) P. K.

LXI. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par le Dr CRISTIANI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. II-III, 1893.)

Recherches statistiques sur l'augmentation progressive de la paralysie générale, l'influence du sexe, de l'état civil, condition et profession, du milieu, du développement et de la culture intellectuels, de l'hérédité, des causes étiologiques. Mémoire à consulter et à lire en entier. J. S.

LXII. NEURASTHÉNIE ET DÉGÉNÉRESCENCE; par le D^r P. KOVALEWSKY.  
(*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, sept. 1893.)

Dans ce travail, l'auteur considère la neurasthénie comme un état d'irritabilité des fonctions du système nerveux. Cette irritabilité fonctionnelle du système nerveux serait l'apanage des individus dont les parents étaient atteints de maladies mentales ou nerveuses. Tous les cas de neurasthénie pourraient être répartis en deux groupes : dans l'un, on rencontre une irritabilité de l'esprit, dans l'autre, des écarts, des apparitions malades dans la sphère des sentiments, des inclinations. Il y aurait, en un mot, une neurasthénie purement intellectuelle et une neurasthénie des sentiments et des passions ; ces deux variétés pouvant du reste se combiner entre elles.

La neurasthénie peut guérir ou dégénérer en une maladie mentale ou nerveuse. Parmi les maladies mentales, c'est le plus souvent la folie systématisée primaire ou *paranoïa* que l'on observe comme conséquence de la neurasthénie. La dégénérescence serait, à son tour, une des terminaisons de la *paranoïa*. G. DENY.

LXIII. DE LA CONTAGION DE LA FOLIE; par le D^r DE BECK. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, déc. 1893.)

Pour élucider la question de la contagion de la folie et des troubles psychiques qui s'en rapprochent, l'auteur passe en revue les cas où plusieurs individus ont présenté simultanément ou successivement les mêmes symptômes psycho-pathologiques.

Il montre d'abord que *la folie à deux* comprend trois ordres de faits distincts :

1^o *La folie imposée*, dans laquelle un aliéné impose ses conceptions délirantes à un être moralement et intellectuellement plus faible que lui;

2^o *La folie simultanée*, dans laquelle deux individus, héréditairement prédisposés, contractent en même temps le même délire;

3^o *La folie communiquée*, dans laquelle un aliéné communique ses hallucinations et ses conceptions délirantes à un autre héréditaire.

Il n'y a contagion de troubles morbides que dans la folie communiquée et la folie imposée. Cette contagion est du reste exceptionnelle, et ne se produit que grâce au concours d'un certain nombre de conditions : prédisposition héréditaire ou acquise, vie commune, action incessante de l'aliéné sur l'individu sain, etc.

La contagion peut encore jouer un rôle dans certains cas de *folie émotionnelle*, partagée par deux ou plusieurs individus (suicide à deux ou à trois), ou de *folie épidémique* à caractère mystique ou religieux comme on en observe encore des exemples en Russie. — Ces

cas de folie exceptionnelle ou épidémique, exigent également, pour se produire, une prédisposition héréditaire ou acquise; il en est de même de ce qu'on a désigné sous le nom de *contagion du crime* (assassinats par imitation, épidémies de vitriolage).

Il résulte donc de cette étude que la contagion pathologique n'est possible que sur un terrain convenablement préparé par l'hérédité ou par le milieu. Cette formule étiologique servira de guide dans le traitement de la contagion, lequel sera avant tout préventif.

G. DENY.

LXIV. PARALYSIE GÉNÉRALE SURVENANT VERS L'ÉPOQUE DE LA PUBERTÉ par J. WIGLESWORTH. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1893.)

On s'est habitué, sous l'influence de quelques travaux récents, à ne plus considérer l'enfance et l'adolescence comme jouissant, à l'égard de la paralysie générale, d'une immunité absolue. L'auteur a rassemblé huit cas, dont deux personnels, dans lesquels la paralysie générale est survenue vers l'époque de la puberté. Le plus jeune de ces malades avait douze ans, et le plus âgé seize : la maladie paraît avoir eu une durée assez longue (de trois à six ans), supérieure à la durée moyenne chez l'adulte ; parmi ces malades, il y avait cinq filles et trois garçons ; dans un seul cas, on a noté des idées de grandeur, encore étaient-elles peu accusées : dans tous les autres cas, la démence dominait et débutait d'emblée. Chez ces très jeunes sujets, la puberté n'apparaît pas, ou quand elle a commencé à se manifester, subit un arrêt ; la menstruation n'apparaît pas, ou est suspendue ; d'ailleurs le développement physique général est également enrayé. Un fait digne de remarque dans les deux cas personnels de l'auteur, c'est le degré excessif d'émaciation des malades. On peut noter aussi l'extrême atrophie du cerveau. Quant à l'étiologie, l'hérédité était bien nette dans quatre cas, et probable dans l'un des quatre autres. Après l'hérédité, la prédominance étiologique reviendrait à la syphilis : enfin, le traumatisme peut jouer un rôle qui ne doit toutefois être accepté qu'avec réserve.

R. M. C.

LXV. PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE; par J. NOLAN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

L'auteur publie deux observations intéressantes ; la première est relative à une paralysie générale ayant fait son apparition à l'âge de dix-huit ans et due à la syphilis héréditaire : le second a trait au contraire à une paralysie générale relevant d'une syphilis acquise, avec gomme du lobe frontal droit.

Cette dernière observation surtout, recueillie avec beaucoup de

détails, a suggéré à l'auteur d'intéressantes réflexions que nous résumons ici brièvement : 1° Si, à l'entrée du malade, on n'avait pas été renseigné sur ses antécédents, on aurait certainement cru à une paralysie générale vulgaire, sans étiologie spécifique. L'état avancé de la démence rendait très difficile l'exploration du sens de l'odorat, et, eût-on constaté l'anosmie, on l'eût attribuée bien plutôt à l'extension des désordres cérébraux qu'à une lésion nettement circonscrite ; 2° L'apparition, peu de temps après l'anosmie, d'hallucinations du goût semblerait, dans ce cas, indiquer l'étroit voisinage des aires corticales correspondant aux sens, ce qui ne manque pas d'intérêt, puisqu'il s'agit là d'une question que les physiologistes n'ont pas encore élucidée. L'anosmie ayant été complète, malgré l'intégrité absolue apparente du bulbe olfactif gauche, il est probable que les lésions destructives avaient atteint les origines centrales des racines nerveuses ; 3° L'association des mouvements spasmodiques spinaux avec la fréquence des crises et leur mode de terminaison, indique très probablement une dégénérescence des tractus pyramidaux de la moelle. Dans le cas particulier, on n'a malheureusement pas pu constater le fait ; 4° Avant l'apparition de l'hémicrânie caractéristique, la douleur, analogue à celle d'une névralgie intense, était rapportée par le malade à un point siégeant un peu en avant de l'extrémité de l'oreille droite, et dont le malade indiquait assez nettement, par ses gestes, la situation centrale.

R. M. C.

LXVI. HYPERTROPHIE DU CUIR CHEVELU CHEZ UN ALIÉNÉ; par POGGI (communication du Dr MAC DOWALL). (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

Paysanne de soixante-six ans, atteinte d'abord de folie puerpérale, à laquelle a succédé une lypémanie qui l'a fait maintenir à l'asile. — A la partie postérieure et sur une notable étendue de la partie supérieure de la tête, le cuir chevelu, très épaissi, présente de nombreux et profonds sillons transversaux, disposés avec une certaine symétrie autour d'un sillon central, et présentant une incurvation à concavité supérieure. — Au niveau des plis qui séparent les sillons, la peau hypertrophiée atteint l'épaisseur de 12 millimètres; l'épaisseur de la peau des sillons est de 4 millimètres. — Aucune modification des os, des méninges ou du cerveau ne correspondait pas à cette anomalie de surface.

R. M. C.

LXVII. HYPERTROPHIE DU CUIR CHEVELU; par Georges FOY. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1893.)

C'est le résumé d'une observation d'hypertrophie du cuir chevelu,

publiée par John Bell, dans son mémoire « sur le développement illimité des tumeurs », et réimprimé par lui, en 1808, dans ses « *Principles of Surgery* ». Comme ce livre est devenu très difficile à trouver, M. Foy a pensé qu'il y aurait intérêt à résumer et à reproduire cette observation, puisque des cas récents, en assez grand nombre, ont attiré l'attention sur cette anomalie.

R. M. C.

LXVIII. DEUX CAS DE DÉVELOPPEMENT ANORMAL DU CUIR CHEVELU; par John J. COWAN. (*Journal of Mental Science*, octobre 1893.)

Observation détaillée des deux faits dont M. Mac Dowall a parlé dans le travail publié par lui sur ce sujet dans le numéro de janvier 1893 du *Journal of Mental Science*.

R. M. C.

LXIX. MÉLANCOLIE AIGUE : TENTATIVE DE SUICIDE PAR INTRODUCTION D'UNE AIGUILLE DANS L'ABDOMEN. MORT PRÈS DE TREIZE MOIS PLUS TARD; par G. M. P. BRAINE-HARTNELL. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1893.)

L'intérêt de cette observation réside surtout dans la durée du temps pendant lequel un corps étranger, tel qu'une aiguille, a pu séjourner dans la cavité abdominale sans causer la mort. L'aiguille, introduite selon toute apparence au niveau de la ligne médiane de l'abdomen, avait fini par se loger dans le foie, la pointe en bas. La mort est survenue par suite d'une affection tuberculeuse qui a probablement débuté en même temps que l'abcès provoqué par l'irritation causée par l'aiguille. — La malade était atteinte de mélancolie aiguë, et il s'agissait d'une tentative de suicide.

R. M. C.

LXX. QUELQUES REMARQUES NOUVELLES SUR L'EXPRESSION CHEZ LES ALIÉNÉS; par John TURNER. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

Ce travail est le complément d'un mémoire qui a été publié par l'auteur il y a un an environ dans le *Journal of Mental Science*. M. Turner a observé depuis cette époque un assez grand nombre de faits nouveaux, et il constate qu'ils viennent à l'appui des déductions formulées dans son travail antérieur : il y ajoute toutefois quelques détails nouveaux et intéressants, mais comme il se reporte à chaque instant à la planche, contenant six figures, qui accompagne sa nouvelle étude de physionomie, on conçoit qu'il nous est impossible de les analyser avec fruit, à moins de reproduire la planche elle-même.

R. M. C.

LXXI. INFLUENCE DES ÉTATS INFLAMMATOIRES LOCAUX SUR LES TROUBLES MENTAUX; par Edwin GOODALL. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

Reprenant, pour la modifier, une des idées directrices les plus anciennes de la thérapeutique mentale, M. Goodall, constatant que les inflammations localisées du tissu cellulaire, que la cellulite, en un mot, paraît avoir sur la marche des affections mentales une influence bien autrement marquée que celle que déterminent par exemple les irritations cutanées ou les caustiques chimiques, propose d'imiter la nature et de provoquer chez les aliénés, dans un but curatif, ce qu'on pourrait appeler des phlegmons volontaires, au moyen de l'injection sous-cutanée de liquides contenant des toxines. Il indique, bien entendu, les précautions propres à limiter l'action de ces injections et à se mettre à l'abri des infections généralisées, R. M.-C.

LXXII. RECHERCHES SUR UNE VARIATION DE TYPE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par F. St-John BULLEN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Il serait assurément illégitime d'affirmer que dans chacun de ses détails le type de la paralysie générale a subi des changements universels; mais il est néanmoins probable que dans quelques-unes de ses particularités, on peut noter certaines modifications très généralement répandues, et que dans certaines localités, elle présente dans l'ensemble de sa forme des changements très apparents. Les points sur lesquels porte plus spécialement cette variabilité sont les suivants :

1° Type moins pur et moins sthénique de la manie, qui devient aussi plus rare;

2° Fréquence plus grande des cas à démence primitive, et début plus précoce de la démence dans les cas où les manifestations primitives sont de nature émotive;

3° Accroissement possible de la proportion des symptômes mélancoliques par rapport aux symptômes maniaques;

4° Modifications dans l'âge des malades atteints, dans la durée de la maladie et dans sa répartition par sexes;

5° Variation de la fréquence relative d'apparition des crises convulsives et apoplectiformes, avec diminution du caractère sthénique des premières, et diminution de la fréquence et de la gravité pronostique de ces crises;

6° Modification simultanée possible des adhérences méningo-encéphaliques révélées par l'autopsie. R. M.-C.

LXXIII. SUR LES PSYCHOSES CONSÉCUTIVES A L'INFLUENZA; par Julien ALTHAUS. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

Après avoir résumé avec soin l'historique de la question, l'auteur examine dans des paragraphes différents les points principaux du sujet :

1^o *Les psychoses sont-elles plus fréquentes après l'influenza qu'après les autres pyrexies?* Au premier abord, les relevés numériques dont nous disposons permettent de répondre par l'affirmative : mais on pourrait presque dire que l'influenza a été une maladie pandémique plutôt qu'épidémique; le chiffre de la morbidité n'a pas pu être relevé avec autant de soin que pour les maladies simplement endémiques ou accidentellement épidémiques, et dès lors le chiffre absolu pourrait ne pas être le même que le chiffre relatif. L'opinion de M. Althaus, telle qu'elle résulte des documents publiés et consultés, est que les psychoses consécutives à l'influenza ont été plus nombreuses que celles qui succèdent à d'autres pyrexies, non seulement au point de vue absolu (chiffre total des psychoses) mais encore au point de vue relatif (proportion du chiffre des psychoses au chiffre des cas d'influenza). — Suivant les données recueillies personnellement par l'auteur, la fièvre typhoïde serait la seule pyrexie pouvant à cet égard rivaliser avec l'influenza.

2^o *Quelle est l'influence du sexe et de l'âge sur la provocation de ces psychoses?* Sur la question de sexe, les avis sont partagés; l'auteur incline à admettre la prédominance du sexe masculin. — Quant à l'âge, la période de vingt à cinquante ans a paru à l'auteur plus favorable au développement des psychoses que les autres époques de la vie.

3^o *Quelle est l'influence de la prédisposition?* La prédisposition, représentée surtout par l'hérédité, a paru jouer, comme élément provocateur, un rôle considérable. L'alcoolisme aurait exercé son influence dans environ 10 p. 100 des cas observés.

4^o *Quelle est la part étiologique qui revient respectivement à la fièvre et à la grippo-toxine dans la production de ces psychoses?* Le rôle de la grippo-toxine paraît être ici prédominant; on voit, en effet, des psychoses graves succéder à une attaque d'influenza accompagnée d'une fièvre très légère; n'en serait-il pas alors de l'influenza comme de ces syphilis à allures bénignes qui réservent à ceux qui en sont porteurs de redoutables accidents tertiaires?

5^o *Quelle est la durée des psychoses consécutives à l'influenza?* Dans la moitié des cas environ, et particulièrement chez les sujets jeunes, cette durée a été courte (une semaine à un mois); elle a dépassé un mois dans l'autre moitié des cas, où les sujets atteints étaient ordinairement plus âgés et où l'affection mentale revêtait la forme soit de la mélancolie, soit de la paralysie générale.

6° *Quelle est la proportion des cas guéris, non guéris ou terminés par la mort?* La guérison a été observée dans plus de la moitié des cas (56,6 p. 100); le passage à l'état chronique dans un peu plus d'un tiers des cas (35,8 p. 100). Les décès ne figurent que pour le chiffre de 7,6 p. 100;

7° *Existe-t-il une relation entre la gravité de l'accès fébrile et l'apparition ultérieure d'une psychose?* Dans plus de la moitié des cas (55,2 p. 100), la psychose a succédé à une influenza relativement bénigne. — Dans 27,6 p. 100 des cas, elle a été consécutive à une influenza grave. — Dans 17,2 p. 100 des cas, l'influenza avait été de moyenne intensité.

8° *Quelle est la durée du temps qui peut s'écouler entre l'accès fébrile et l'apparition de la folie?* Il y a ici une question d'appréciation assez délicate; quel est en effet le délai durant lequel il est légitime de rattacher une psychose à la pyrexie qui l'a précédée? M. Althaus estime qu'on doit rattacher étiologiquement à la pyrexie : 1° toute psychose survenant au cours de la convalescence; 2° toute psychose apparaissant dans un délai de six mois, à la condition que nulle autre cause de psychose ne soit intervenue durant ce laps de temps, et que le malade, même sans présenter de véritables symptômes mentaux, n'ait pas, durant ce laps de temps, son plein équilibre intellectuel. En se conformant à ces principes, on peut dire que les psychoses caractérisées par de l'agitation délirante ou de la manie, suivent presque immédiatement la pyrexie; que les formes dépressives et mélancoliques sont notablement plus tardives, et que la paralysie générale est la forme la plus tardive de toutes.

9° *Existe-t-il une forme de folie provoquée par l'influenza, qui ne s'observe pas après d'autres pyrexies?* La plupart des observateurs répondent négativement à cette question. — L'auteur fait seulement remarquer que les psychoses consécutives à l'influenza sont plus variées que celles qui succèdent respectivement aux autres pyrexies.

10° *Comment agit l'influenza sur les malades déjà aliénés?* Cette action a été extrêmement variable, — quelquefois nettement avantageuse.

11° *A quel traitement doit-on avoir recours dans les différentes formes de psychoses post-grippales?* Ces traitements devaient varier et ont nécessairement varié suivant les cas; il n'est guère possible en pareille matière de poser des règles. R. DE MUSGRAVE CLAY.

LXXIV. MANIE AIGUE CONSÉCUTIVE À UNE RUPTURE DU RECTUM CAUSÉE PAR UN LAVEMENT. — GUÉRISON; par A.-C. BUTLER-SMYTHE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1893.)

Cette observation est intéressante à un double titre; il s'agit, en

effet, d'un accès de manie ayant fait son apparition consécutivement à une ovariectomie — et d'une rupture du rectum suivie de guérison. La rupture intestinale a été causée par un lavement, maladroitement administré, quelques jours après l'opération : il est probable que pendant que l'on énucléait la tumeur d'entre les couches du ligament large, le rectum a été mis à nu, et que la canule en verre qui servait au drainage de la cavité abdominale appuyait directement sur l'intestin, qui est devenu friable, et a cédé sous la pression d'un lavement trop abondant et trop vigoureusement poussé.

Les premiers symptômes mentaux ont fait leur apparition onze jours après l'ovariectomie, et trois jours après la rupture du rectum : la crise de manie a duré sept semaines.

On peut se demander sous l'influence de quelle cause — opération ou accident — la manie est survenue : l'auteur incline à la rattacher aux phénomènes septiques qui ont accompagné la perforation rectale et la communication établie entre la cavité intestinale et l'abdomen récemment opéré et encore drainé — plutôt qu'à l'intervention gynécologique. — Quoi qu'il en soit, la double guérison a été complète, et la malade jouit actuellement d'une santé parfaite, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. R. M. C.

LXXV. L'« AMOK » DES MALAIS; par W. Gilmore ELLIS. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1893.)

Le mot « Amok » est un mot malais qui exprime l'idée d'une attaque furieuse, ayant presque toujours le caractère homicide. Le Malais qui devient « Amok » parcourt, une arme à la main, les rues d'un village ou d'une ville, et frappe de droite et de gauche, sans motif et sans choix. L'auteur donne quelques renseignements historiques fort intéressants sur l'origine et les manifestations de ce genre particulier de fureur : il ne se propose pas d'examiner ces actes au point de vue de la criminalité, ni de rechercher dans quelle mesure leur punition est utile ou légitime, mais seulement de déterminer si les auteurs de ces violences sont ou non des aliénés, incapables de maîtriser leurs impulsions homicides; et, se basant sur les caractères mêmes des actes accomplis, sur l'absence ordinaire du moindre motif ou du moindre prétexte, puisque les victimes sont le plus souvent des inconnus de tout sexe et de tout âge, il penche pour l'affirmative. — Il entre dans quelques détails intéressants sur la psychologie des Malais, et fait remarquer, en passant, que l'aversion de la race malaise pour l'alcool, sous n'importe quelle forme, exclut ici toute explication étiologique relevant de l'intoxication éthylique. — Il admet toutefois que, en s'abandonnant, comme il le fait souvent, sans aucune résistance,

et même avec une complaisance voulue, à des émotions et à des chagrins, qui éveillent en lui cette forme spéciale de fureur homicide, le Malais devient, dans une certaine mesure, responsable des actes commis sous l'impulsion de cette fureur, absolument comme un homme qui, sachant que l'ivresse le conduit à la violence et se grisant de propos délibéré, serait jusqu'à un certain point responsable des actes qu'il commettrait en état d'ébriété, tout en étant à peu près inconscient de ces actes au moment même de leur accomplissement.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXXVI. NOTE SUR UN CAS DE FOLIE AIGUE AVEC PERVERSION SEXUELLE; par W.-C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1893.)

L'observation clinique du malade montre nettement que la perversion sexuelle n'a été chez lui qu'un épisode survenu au cours d'une crise de mélancolie dont il a d'ailleurs guéri. A l'état de santé, il n'avait jamais eu de désirs contre nature et il est très probable qu'il n'avait pas d'habitudes de masturbation. Ces habitudes solitaires se sont développées chez lui parallèlement à l'affection mentale, et les idées de sexualité perversie leur ont succédé, ayant probablement avec elles un rapport de cause à effet. — Si cette relation de causalité était admise ici, elle tendrait à prouver que, dans les cas ordinaires de perversion sexuelle, on peut invoquer l'influence d'une évolution analogue, sans avoir recours à l'hypothèse d'un état congénital.

R. M. C.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 26 février 1894. — PRÉSIDENTE DE M. A. VOISIN.

*Des diverses variétés du délire des persécutions.* — M. FALRET.  
Beaucoup de membres de la Société ont sans doute pensé que tout ce qu'il y avait à dire sur les idées de persécution avait été exprimé dans la grande discussion du délire chronique. Le sujet est cependant loin d'être épuisé.

Au cours de la discussion, on pouvait croire à l'existence de deux écoles irréconciliables sur ce point de doctrine ; mais, depuis lors, les deux partis se sont fait des concessions réciproques : les uns, qui paraissaient vouloir englober dans le délire chronique tous les persécutés, ont limité leurs prétentions ; les autres ont fini par admettre le délire chronique comme entité morbide à évolution systématique. Il reste encore en litige deux points secondaires relatifs à la démence et à la persistance des idées de persécution. Celles-ci s'effacent-elles dès l'apparition du délire ambitieux ? Celle-là est-elle complète et fatale ? Pour ma part, je crois que l'idée de persécution domine toujours la scène, même à la période des grandeurs. Pour l'école de M. Magnan, chaque période est caractérisée par une note dominante, laquelle est l'idée de persécution dans la seconde phase et l'idée ambitieuse dans la troisième. En ce qui concerne la démence, l'accord est sur le point de se faire si, comme je le pense, M. Magnan attribue à ce mot la signification de simple affaiblissement intellectuel. Si, au contraire, l'école de l'Admission lui donne la signification de dissolution totale de toutes les facultés, je ne saurais accepter une interprétation aussi radicale.

Les adversaires du délire chronique reconnaissent maintenant à leur tour que les préoccupations mégalomaniaques sont beaucoup plus fréquentes qu'ils ne le supposaient tout d'abord. Leur hésitation tient sans doute, ainsi que l'a dit M. Briand, lors de la discussion sur le délire chronique, à la tendance des persécutés à dissimuler leurs idées de grandeur. Notre collègue a inspiré à l'un de ses internes, M. Lachaud, un mémoire sur les causes de cette dissimulation, que nous avons récompensé. Il reste néanmoins beaucoup de points du délire de persécution qui n'ont pas été étudiés à fond.

En dehors de la question du classement, chacun admet que tous les persécutés ne se ressemblent pas cliniquement parlant. Sans parler du délire chronique, aujourd'hui accepté et caractérisé par une évolution systématique de longue durée, débutant dès l'enfance, se traduisant plus tard par des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe et, plus tard enfin, par des idées ambitieuses, pour aboutir à l'affaiblissement relatif des facultés, il existe d'autres formes intéressantes à discuter ici.

Nous rencontrons en premier lieu les persécutés persécuteurs. J'ai établi qu'ils n'avaient pas d'hallucinations de l'ouïe et ressemblaient plutôt aux aliénés raisonnants qu'aux persécutés ordinaires. Ils sont tellement lucides, que certains médecins leur contestent la qualité d'aliénés. On en voit condamner beaucoup comme criminels, car la justice ne leur accorde pas volontiers l'irresponsabilité. Ils sont, comme Sandon, sujets à des accès congestifs et meurent, le plus souvent, par le cerveau. Ainsi que le disait

Morel, ils se rapprochent d'autant plus des imbéciles et des idiots, que leur lucidité est plus parfaite. A côté d'eux prennent place les persécutés d'origine alcoolique. Ils se distinguent par la variété de leurs hallucinations de la vue qui les poussent à la fuite et aux actes de violence.

A ces diverses variétés, il faut ajouter les persécutés dont le délire s'accuse au moment de l'âge critique et surtout de la sénilité. Ces gens, qui n'avaient jamais eu jusqu'à la vieillesse aucune idée de persécution, s'imaginent, à un certain âge, qu'on leur en veut, qu'on cherche à les voler, etc. Certaines femmes sont prises des mêmes idées au moment de la ménopause.

Pour entrer dans la voie des découvertes, il faut aborder la question des mélancoliques anxieux, qui se distinguent des persécutés par des appréhensions s'appliquant à l'avenir. Leur délire s'accompagne toujours de symptômes physiques, inertie, gémissements, troubles digestifs, etc. Ils fournissent des cas mixtes auxquels Cotard a emprunté les aliénés négateurs qui procèdent à la fois des mélancoliques ordinaires et des persécutés.

M. Séglas a aussi signalé une variété psycho-motrice du délire de la persécution. Elle rappelle les possessions du moyen âge.

Il est enfin d'autres individus arrivés à l'âge adulte sans avoir jamais présenté rien d'anormal, chez lesquels se développe tout à coup un délire de persécution systématisé. Appartiennent-ils à la classe des dégénérés, comme le diraient peut-être les élèves de M. Magnan, ou bien leur folie surgit-elle réellement chez des individus normaux sans préparation et armée de pied en cap d'idées délirantes actives ? M. Arnault vous en apportera des exemples dans une prochaine réunion.

En tout cas, loin de guérir rapidement, cette forme morbide marche toujours vers la chronicité. De semblables aliénés méritent une étude particulière sur laquelle j'appelle votre attention.

Une discussion des variétés du délire de la persécution serait pleine d'intérêt, et j'estime qu'elle amènerait des communications qui ne feraient pas double emploi avec les opinions émises dans la discussion sur le délire chronique.

M. JOFFROY. — Il y a, en effet, beaucoup de progrès à accomplir dans cette voie. Le délire de persécution des héréditaires dégénérés surgit avec soudaineté. On se croirait souvent en présence d'un délire chronique dont la première phase aurait manqué. Étant donné l'aspect des symptômes, je crois qu'il s'agit pour les derniers cas, auxquels M. Falret a fait allusion, de véritables délires chroniques se développant chez des dégénérés. La dégénérescence mentale constitue non pas un vaccin pour le délire chronique, mais un terrain spécial sur lequel le malade évolue d'une façon aiguë.

M. ARNAULT. — Les malades dont je vous apporterai l'observation ne sont pas des dégénérés ; on peut cependant dire que leur délire a brûlé les étapes et s'est organisé d'emblée.

M. GARNIER. — Les partisans du délire chronique n'ont jamais limité rigoureusement la chronologie de l'affection. Nous admettons que la période d'invasion peut être écourtée. En dehors des cas à longue incubation qui constituent la règle, il en existe d'autres évoluant rapidement qui forment l'exception. Je crois que Lassègue était moins opposé, qu'on a voulu le dire, à l'évolution de l'idée de persécution. S'il l'a considérée longtemps comme immuable, dans les derniers temps de sa vie, il commençait à accepter sa transformation en idée ambitieuse. Je l'ai entendu appeler l'idée de grandeur la « sénilité du délire ».

M. BRIAND. — De même qu'à côté de la tuberculose pulmonaire à marche lente, mais fatale, il existe une tuberculose aiguë ; de même à côté du délire chronique habituel, on peut rencontrer des formes pour ainsi dire galopantes encore insuffisamment étudiées. Nous en avons tous rencontré des exemples ; mais il faut prendre garde d'envisager, comme appartenant à cette exception, les cas beaucoup plus nombreux de délire épisodique chez des dégénérés.

*Etude statistique de la réflexivité dans les différentes périodes de la paralysie générale.* — M. BRIAND, communique le résultat des recherches statistiques entreprises avec la collaboration de MM. Trénel et Antheaume internes du service. Ce travail peut se résumer dans les conclusions suivantes qui forment deux groupes :

A. Les unes relatives aux modifications des réflexes envisagés aux différentes périodes de la paralysie générale ; B. les autres touchant l'ensemble de la réflexivité indépendamment des périodes.

A. *Conclusions du premier groupe.* — I. L'inégalité et l'irrégularité pupillaires ne sont pas sensiblement plus fréquentes à une période qu'à une autre.

II. Il y a parallélisme entre l'altération des réflexes oculaires et celle des réflexes tendineux : Cette altération va en progression continue jusqu'à la troisième période où elle est maxima.

III. Il n'y a pas de différence appréciable entre la première et la deuxième période, au point de vue de l'examen des réflexes.

IV. A chaque période l'exagération est plus marquée pour les réflexes des membres supérieurs que pour ceux des membres inférieurs. L'abolition est plus fréquente pour ces derniers que pour les premiers.

V. En ce qui concerne l'évolution des réflexes tendineux, l'exagération va en s'accroissant, l'abolition va en diminuant avec les progrès de la maladie.

VI. Dans les rémissions, il y a, en règle générale persistance d'altérations marquées dans l'état des réflexes.

VII. Moins altérés que les réflexes tendineux, les réflexes cutanés et muqueux comportent des degrés d'altération très variables et l'on ne peut y attacher aucune valeur pronostique ou diagnostique dans les différentes périodes.

*B. Conclusions du deuxième groupe ou conclusions générales proprement dites.* — I. Dans la paralysie générale l'altération des réflexes est la règle, la non-altération l'exception.

II. L'inégalité pupillaire existe dans les  $\frac{4}{5}$  des cas. En réalité cette proportion est encore au-dessous de la vérité, car nous n'avons tenu compte que des inégalités très apparentes; la véritable proportion est presque 100 p. 100.

III. L'irrégularité pupillaire est presque aussi fréquente que l'inégalité pupillaire. Le myosis est deux fois plus fréquent que la myadriase, tout en ne se rencontrant que dans le tiers des cas.

IV. Les réflexes tendineux sont altérés 81 fois p. 100, les réflexes oculaires 73 fois p. 100, le cutané plantaire 62 fois p. 100, le pharyngien 48 fois p. 100, le palpébral 9 fois p. 100.

V. L'altération des réflexes tendineux consiste surtout en exagération. Les réflexes tendineux sont exagérés 65 fois p. 100; abolis 16 fois p. 100; c'est-à-dire 4 fois plus souvent exagérés qu'abolis.

VI. Le réflexe massétérin est presque toujours exagéré, presque jamais aboli.

VII. Les altérations des réflexes oculaires se traduisent plus souvent par le signe d'Argyll-Robertson, que par l'abolition simultanée des deux réflexes pupillaires.

L'abolition du réflexe accommodatif, avec conservation du réflexe lumineux, n'a pas été rencontrée.

VIII. Le réflexe cutané plantaire est à peu près aussi souvent aboli qu'exagéré.

IX. Le réflexe pharyngien, altéré dans la moitié des cas, est presque toujours aboli ou diminué; presque jamais exagéré.

X. Le réflexe palpébral est presque toujours conservé, son altération n'a jamais consisté qu'en exagération (blépharospasme réflexe).

XI. Les réflexes cutané, plantaire, pharyngien et palpébral ont par eux-mêmes une mince valeur pronostique et diagnostique.

M. G. BALLET objecte que la proportion du signe d'Argyll-Robertson doit être plus fréquente que ne l'indique la statistique de M. Briand. Si sa recherche est faite avec rigueur, on ne tarde pas à se convaincre qu'il existe dans presque tous les cas de paralysie générale, à un degré parfois très atténué, mais néanmoins appréciable, par un bon éclairage. M. Ballet ajoute que ce réflexe étant d'ordre cortical ne doit d'ailleurs pas être comparé aux réflexes tendineux vrais.

M. BRIAND répond qu'il a cherché le signe d'Argyll-Robertson par le procédé ordinaire; mais qu'il n'a tenu compte que des cas très nets où il existait d'une façon manifeste. Il n'a pas l'intention de le comparer aux autres réflexes et ne l'a indiqué qu'à titre purement statistique. M. B.

Séance du 12 mars 1894. — PRÉSIDENTIE DE M. A. VOISIN

*Les réflexes dans la paralysie générale.* — M. RITTI lit au nom de M. Déricq un travail intitulé : *Contribution à l'étude des réflexes dans la paralysie générale d'origine alcoolique.* Les recherches ont porté sur les réflexes tendineux rotuliens et du poignet. Sur 87 malades les réflexes ont été trouvés normaux 33 fois, exagérés 28, diminués 26. L'auteur insiste sur le rapport qui existerait entre les antécédents alcooliques des paralytiques et la diminution des réflexes tendineux.

M. AUG. VOISIN fait remarquer qu'il serait intéressant de connaître la période de la maladie à laquelle les examens ont eu lieu.

Marcel BRIAND.

### SOUSCRIPTION

## POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.

### NEUVIÈME LISTE.

M. Hannion, interne des hôpitaux . . . . .	5 fr.
M. le Dr Pinard . . . . .	100 »
M. le Dr Petitfils . . . . .	20 »
M. le Dr Marcano . . . . .	20 »
Total de la neuvième liste . . . . .	145 fr.
Total des listes précédentes . . . . .	4,574 05
Total général . . . . .	4,716 05

### DIXIÈME LISTE.

M. le Dr Budin . . . . .	50 »
M. le Dr Sevestre . . . . .	20 »
M. le Dr Ritti . . . . .	10 »
A reporter . . . . .	80 »

Report.	80 fr.
M. Rivière.	100 »
M. le Dr Buicliu (de Bucarest)	40 »
Total de la dixième liste.	220 fr.
Total des listes précédentes	4,716 05
Total général.	<u>4,936 05</u>

## ONZIÈME LISTE.

M. le Dr Samuel Garnier (de Dijon)	5 »
M. le Dr Rosapelly	5 »
M. le Dr Sikorsky (de Kiew)	50 »
Société de médecine et de climatologie de Nice (vote sur la proposition de M. le Dr Bonnal)	100 »
Total de la onzième liste	160 »
Total des listes précédentes	4,936 05
Total général.	<u>5,096 05</u>

## DOUZIÈME LISTE.

M. le Dr Troisier, médecin des hôpitaux de Paris.	50 fr.
M. Viron, pharmacien en chef à l'hospice de la Salpêtrière	20 »
M. le Dr L. Simaro Lacabra.	30 »
Total de la douzième liste	100 »
Total des listes précédentes	5,096 05
Total général.	<u>5,196 05</u>

## TREIZIÈME LISTE

M. le Dr Verrier-Pascal, directeur de l'Institut hydrothérapique de Passy	40 »
M. le Dr Berlioz (de Paris)	50 »
M. le Dr Haskovec (de Prague)	10 »
M. le Dr Pesina (de Prague)	10 »
FACULTÉ DE MÉDECINE DE JASSY. MM. les Prs Russ (Doyen de la —); — Peride; — Boltez; — Thiron; — Bogdan; — Négel; — Suscariu; — Riegler; — Cosmovici; — Samfirescu; — Rojnilza; — Cerni; — Stravoba; — Léon	140 »
M. le Dr Emilo Alvarez (de Colombie)	20 »
M. le Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux	20 »
Total de la treizième liste	290 »
Total des listes précédentes	5,196 05
Total général.	<u>5,486 05</u>

Notre ami, le Dr. CHERCHEWSKY (de Saint-Petersbourg), nous adresse la liste de souscription recueillie par lui :

Mgr le grand-duc Nicolas	500	»
Général Laskovsky	100	»
M. le Dr Nauck	60	»
M. le Dr Passek	40	»
M. le Dr Duvernois	25	»
<i>L'hôpital Nicolas.</i>		
Général-lieutenant Azzibouchef	25	»
M. le médecin en chef Janowitch	20	»
M. le Dr Chapirof	10	»
M. le Dr Barksenius	10	»
M. le Dr Lazarenko	10	»
M. le Dr Maief	15	»
M. le Dr Fraugott	10	»
M. le Dr Korowine	10	»
		805

## VARIA.

### ASILES PUBLICS D'ALIENÉS

*Concours d'admissibilité aux emplois de Médecins-adjoints des Asiles publics d'aliénés institué par l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888.*

« Par application de la disposition de l'article 4, § 2, de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux et Montpellier, dans les derniers jours du mois de mai ou dans le courant du mois de juin prochain.

« Un avis ultérieur publié au *Journal Officiel* et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au Ministère de l'Intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir. »

Nous avons relevé vivement, il y a quelques temps, dans les *Archives de Neurologie* (t. XXVI, p. 508), l'absence de toute annonce de concours pour les asiles depuis plusieurs années. Cela était d'a-

tant plus surprenant que nous savions que quatre asiles au moins étaient privés de médecins-adjoints (Bassens, Dijon, Fains, Sainte-Ylie, près Dôle), et l'on pouvait craindre que le ministère de l'intérieur, animé de l'*Esprit nouveau* (lisez ancien et réactionnaire), ne visât tout simplement à la suppression du Concours, institution républicaine. C'est donc avec plaisir que nous annonçons le futur concours. Mais si l'on veut qu'il porte tous ses fruits il est indispensable qu'il ait lieu à des périodes déterminées, comme les concours des hôpitaux de Paris. De la sorte, les candidats sauraient à quoi s'en tenir et s'entraîneraient à l'exemple des candidats aux places de médecins des hôpitaux.

LE TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE L'IDIOTIE; par le D^r Ch. ELOY.

M. Bourneville publie, de temps en temps, une note sur cette question que, par son énergie et ses beaux travaux, il a fait sienne. De ces notes, la plus récente mérite surtout l'attention des praticiens. On peut en lire le texte dans la revue spéciale qu'un confrère des plus estimés, M. le D^r Comby, consacre depuis un mois à la médecine infantile¹.

En fait, M. Bourneville y donne un aperçu des procédés en usage à l'hospice de Bicêtre pour l'éducation physique et intellectuelle de la section des enfants arriérés. Avec une discrétion qui s'explique, mais qu'on ne doit pas imiter, notre honorable confrère et ami y consacre seulement quelques lignes aux méthodes, semblables d'ailleurs, qui sont employées dans un autre établissement : l'*Institut médico-pédagogique de Vitry*, dont il est aussi le fondateur et le directeur expérimenté.

Cet Institut, consacré au traitement des enfants idiots, arriérés ou nerveux, appartenant aux classes aisées, est une œuvre scientifique et humanitaire, comme toutes celles auxquelles notre sympathique confrère aime à attacher son nom. De plus, c'est une œuvre originale, je tiens à le faire remarquer. On la doit à l'initiative privée d'un groupe de nombreux médecins parisiens, tous également dévoués aux mêmes idées humanitaires. Cette circonstance n'est point, on l'avouera, ordinaire dans un temps et un pays où, même en pratique médicale, on attend presque tout de la providence officielle.

Enfin, circonstance à retenir, cet Institut a été créé dans des conditions exceptionnelles d'installation, de confort et de salubrité. Dans un site séduisant, il reproduit l'hospitalisation de Bicêtre en la perfectionnant, et surtout en évitant de copier, inutile de le dire, ses tristesses et ses inconvénients.

C'est donc un établissement de *thérapeutique médicale*, unique

¹ *Revue infantile*, janvier 1894, p. 18.

encore en France. Les praticiens avides de s'instruire le visiteront, je n'en doute point, avec tout l'intérêt que j'ai mis à le parcourir. C'est une exploration instructive qui permet de se rendre un compte exact des procédés, des succès et de l'avenir pratique du *traitement médico-pédagogique* rationnellement et scientifiquement appliqué.

Les procédés ont été empruntés partout et à tous, aux méthodes scolaires les plus classiques et aux écoles spéciales, à Ed. Séguin et à d'autres, Itard, Belhomme (1824), Ferrus, Falret (1831), Félix Voisin, etc., etc. Selon une remarque exacte et sincère, ils sont légitimés par cette définition que l'idiotie « consiste dans un arrêt « de développement congénital ou acquis des facultés intellectuelles, morales et affectives, accompagné ou non de troubles « moteurs et de perversions des instincts » (Bourneville).

Psychologue, physiologiste et clinicien tout à la fois, le thérapeutiste avisé devra rechercher « ce qui est, ce qui subsiste chez ces enfants ». Il utilisera ces ressources même minimales pour le développement de ce qui est à l'état latent « afin de gagner le plus possible ». Voilà, pour ainsi parler, l'économie du traitement médico-pédagogique et la raison de son principe fondamental qui est d'occuper le malade à tous les instants, depuis le lever jusqu'au coucher, et de varier les exercices physiques, hygiéniques, intellectuels, en prévenant l'oisiveté mais en évitant la fatigue.

Questions de tact, de discernement, de bon sens clinique! C'est vrai: voilà des mérites qui ne sont pas ordinaires et que l'on est en droit de réclamer d'un thérapeute dévoué à la cure de cette affection.

A quel âge commence le traitement? *Précocement, dès l'apparition des premiers signes de l'idiotie.* Cela va de soi. Itard et Voisin l'avaient bien compris, celui-ci surtout, quand en 1834 il institua, fondation éphémère d'ailleurs, son établissement orthophrénique.

Un jeune enfant idiot, — on dit arriéré dans la clientèle par un euphémisme destiné à ménager la susceptibilité des familles, — ignore plus ou moins la marche, l'usage de ses mains et des organes des sens. Il parle mal ou ne parle point; il ne sait point manger; il est gâteux... D'où l'indication initiale et formelle de débiter par l'éducation des sens. Voilà pour ainsi dire la *partie médicale* du traitement. Puis, ou simultanément, ou plus tard, il faut intervenir pour l'éducation de l'intelligence. C'est la *partie pédagogique* du traitement, d'où la dénomination justifiée de *médico-pédagogique*, il y aurait naïveté à insister sur ce point, que l'on a donnée à cette médication.

Les procédés dont on dispose sont maintenant variés. On commence à éprouver de l'embarras dans leur choix. Beaucoup échappent

pent à la description et la place ferait défaut pour les énumérer.

Débute-t-on par l'éducation de la vue et de l'odorat? C'est tâche relativement plus aisée quand on dispose de vastes jardins, peuplés de fleurs vivement colorées et diversement odorantes, comme à l'hospice de Bicêtre et surtout à l'Institut médical de Vitry, où l'idiot apprend à voir, sentir, toucher et même dénommer les végétaux dans des promenades répétées, sous la conduite d'un infirmier ou d'un maître.

Même progression, cela s'entend, dans les procédés d'éducation de la marche et du sens musculaire (mouvements méthodiques de flexion et d'extension : massage, balançoire-tremplin en usage à l'hospice de Bicêtre, exercices de station debout au commandement, exercice de l'escalier; pour les impotents : progression, avec l'aide d'une infirmière, du chariot, des barres parallèles). Pour l'éducation de la main et de l'opposition du pouce : les échelles de Pichery, les ressorts, les bâtonnets, les boules, les planchettes, etc., etc.; destinés à augmenter le sens et la puissance musculaire en précision. Pour l'éducation du toucher : épreuves thermiques, des étoffes, des surfaces raboteuses; puis enseignement de mouvements usuels : boutonner, jacer, nouer, exercices de l'âlène, de l'aiguille, etc., etc.

De plus, objectif plus général, on réussit ainsi à éveiller l'attention, à développer l'instinct de la conservation : deux facultés dont l'absence constitue un caractère clinique de l'idiotie (Sollier).

Par ces tentatives persévérantes, on arrive ainsi — de *minimis curat medicus* — à enseigner l'usage du couteau, de la fourchette, de la cuillère et les notions de la propreté.

J'abrège encore plus la partie pédagogique du traitement. Les procédés s'inspirent de ceux de l'enseignement mutuel et collectif. On fait encore appel à l'attention individuelle; on s'adresse aussi à l'imitation. Cet enseignement ne saurait, pour ce motif, donner dans la famille un profit équivalent à celui qu'il procure dans les Écoles de Bicêtre et, mieux encore, dans les classes d'un Institut, sous l'œil du médecin et la direction de maîtres expérimentés.

A Vitry, comme à Bicêtre, on commence par donner la notion des lettres (lecture collective ou individuelle sur des syllabaires en relief, colorés et variés). On prodigue surtout des leçons de choses (reconnaisances d'étoffes, des surfaces géométriques, des corps solides, des couleurs). On fait acquérir la notion du poids; celles de l'espace (plans géographiques en relief), du temps (chronologie). On fixe l'attention par la présentation de végétaux et d'animaux variés, par des visites dans les étables, les écuries, à des volières, par des promenades quotidiennes dans le potager, le fleuriste, le fruitier, le parc, les jardins botaniques, etc., etc. L'enfant arriéré voit et touche; il assiste à des opérations agricoles et horticoles;

ces multiples exercices sont gradués en durée et en nombre avec le degré d'attention et d'application au travail dont chaque enfant est capable.

Cet entraînement intellectuel se combine, bien entendu, avec l'entraînement physique (gymnastique, escrime, danse, exercices militaires), et, inutile de l'ajouter, avec l'emploi de médications physiologiques en rapport avec la forme de l'idiotie, l'état général, la prédominance de certaines manifestations (balnéation, hydrothérapie générale ou locale, toniques, séjour au grand air, etc., etc.). Ces médications sont classiques.

Pour être complet, je devrais encore signaler l'enseignement professionnel des enfants idiots. A quoi bon ? Il a fait assez ses preuves dans les ateliers de Bicêtre.

A ce point de vue, comme aux autres, la cause du traitement médico-pédagogique est bien gagnée. Aussi, après avoir visité les installations de l'Institut médico-pédagogique de Vitry, et constaté à Bicêtre les bénéfices d'une expérience de treize années, on est en droit, sans faire profession d'un imprudent engouement, d'affirmer avec M. Bourneville et ses élèves, « la possibilité d'améliorer « d'une façon évidente la plus grande proportion des enfants « idiots et d'en relever l'état intellectuel à un degré suffisant pour « les rendre aptes à vivre en société », à la condition, toutefois, de les traiter de « bonne heure ».

Voilà, certes, motif d'encouragement et de satisfaction pour le praticien qui voudra réfléchir à ces résultats aujourd'hui réalisés et qui naguère passaient pour inespérés¹.

#### MAISON NATIONALE DE CHARENTON

*Concours de l'internat.* -- Il sera ouvert le 16 avril 1894, à la Maison nationale de Charenton (Saint-Maurice, Seine), un concours pour l'Internat dudit établissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du Concours.

Nous avons déjà fait remarquer qu'il y aurait tout intérêt à joindre ce concours au concours des Internes des Asiles d'aliénés de la Seine, en ajoutant au Jury l'un des médecins ou les deux médecins de la Maison nationale de Charenton. On aurait assurément un meilleur recrutement, mais nous avons peu de chances d'être entendu car on ne paraît avoir au Ministère de l'intérieur aucune idée de ce que doit être un concours; la preuve en est

¹ Extrait du *Journal des Praticiens*, 14 février 1894.

fournie par l'annonce de ce Concours faite le 24 mars pour le 16 avril!

DES TROUBLES DE LA PAROLE ET DU DÉVELOPPEMENT DE LA PAROLE, D'APRÈS L'OBSERVATION DES ENFANTS DANS LES JARDINS PUBLICS; par L. TREITEL. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIV, 2.)

Examen de cent quatre-vingts enfants de la classe populaire. Comment expriment-ils certains sons, quel est leur mode de parler? L'auteur a étudié le langage des enfants suivants :

Age	3 ans.	4 ans.	5 ans.	6 ans.	Total
Garçons	20	33	36	16	105
Fillettes	10	14	34	16	75
Sujets	30	48	70	32	180

Les premiers sons de l'enfant sont de purs réflexes. A trois mois il émet sans choix tous les vocables. Mais il comprend bien avant d'avoir pu choisir ses phonèmes pour exprimer ses impressions, c'est-à-dire bien avant d'avoir pu obéir aux conventions phonétiques de son pays. Lorsqu'il commence à parler, malgré le haut degré de développement intellectuel que suppose cette action, il ne réussit pas encore à émettre correctement des vocables qu'à trois mois il émettait distinctement sans choix. A l'âge de quatre ans, à la fin de la quatrième année, la parole doit être organisée.

Les troubles du langage caractérisés par le balbutiement ou le bégaiement tiennent à un arrêt de développement de la parole articulée, soit par trouble du développement psychique, soit par un vice dans le mécanisme articulaire. Il faut donc soigner l'articulation dans les familles et les écoles. On suit dans ce mémoire pas à pas l'évolution syllabique du langage parlé. P. KERAVAL.

CURIEUSES ÉROTOMANIES; par le Dr HOSPITAL.

En juillet 1871, un jeune homme de dix-huit ans, étranger à la localité où il ne se trouvait que depuis la veille, fut écrasé par une meule.

Ayant appris l'accident, une femme de quarante-quatre ans, à qui le jeune homme était, du reste, complètement inconnu, pénètre dans la cour où se trouvait la victime, se penche sur le cadavre, le presse dans ses bras, le serre sur sa poitrine, tandis que la tête sanglante ballottait vers l'épaule et gouttait sur les vêtements; puis les regards obstinément fixés sur le corps dans une attitude extatique, elle l'embrasse sur les joues et les lèvres, lui parle à l'oreille.

C'est après une lutte violente seulement qu'on peut la séparer du corps: elle se jette alors à genoux, les bras élevés en l'air et murmure des prières incohérentes.

Revenue à son état normal au bout de quelques jours, cette femme ne tarde pas à donner des signes d'érotisme et à faire une série de scandales qui nécessiterent son internement.

Depuis cette époque, cette malade a été presque continuellement internée, présentant des alternatives d'excitation et de dépression avec délire érotique et mystique. Dans les derniers temps elle s'affaiblit de plus en plus et meurt dans le marasme.

A l'autopsie on trouve les artères athéromateuses puis, au devant du sillon de Rolando, à l'origine de la frontale ascendante droite, un ramollissement assez considérable paraissant remonter à quelques semaines et dont aucun symptôme extérieur n'était venu révéler la présence. Cette lésion est très postérieure à la maladie mentale dont elle n'a été qu'un épiphénomène physique ultime (*Annales médico-psychologiques*, 1894). E. B.

---

## FAITS DIVERS

---

**CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE.** — Nous rappelons à nos lecteurs que la quatrième session de ce Congrès s'ouvrira le lundi 6 août, à Clermont-Ferrand. Les adhésions doivent être adressées à M. le D^r Hospital, médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie-de-l'Assomption, sis à Clermont-Ferrand, avenue de l'Observatoire, 6 et 10, et rue Sainte-Claire, 54. (Voir n^o 83, page 77.)

**CONGRÈS PÉNITENTIAIRE INTERNATIONAL DE PARIS EN 1895.** — La commission instituée pour la préparation du Congrès pénitentiaire international de Paris en 1895, s'est réunie au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Après l'exposé, présenté par M. Duflos, directeur de l'Administration pénitentiaire, président de la Commission pénitentiaire internationale, des travaux de la Commission internationale, il a été élu, en vue du Congrès de Paris, un comité consultatif permanent.

**LES SORCIÈRES AU XIX^e SIÈCLE.** — Mentionnons, dit le *Petit Provençal* du 3 mars, une histoire de sorcellerie bien drolatique, qui s'est déroulée jeudi en simple police. Les deux prévenues ont porté chacune un furieux coup de bâton sur la tête de la femme X...

— Pourquoi cet acte de violence? interroge le juge. — La sorcière avait jeté un sort sur mes poules, riposte M^{me} Z... Elles ne faisaient plus d'œufs. — Et moi, dit l'autre prévenue, on avait subgestionné mon fils... En quinze jours, il est tombé trois fois du haut des escaliers... C'était de la sorcellerie.

— Et vous êtes sûres que les maléfices provenaient de la femme X...? — Oui! c'est elle la sorcière... Demandez-lui où elle passe ses nuits du samedi... Je l'ai vue moi-même partir pour le Sabbat...

— Ce n'était pas une raison pour l'assommer. — Pardon! Nous avons consulté une autre sorcière. Elle nous a dit : « Vous n'avez qu'un moyen de conjurer le sort qu'on vous a jeté... A minuit sonnant, allez couper une grosse branche d'arbre dans les environs du cimetière... Vous vous rendrez le lendemain chez votre envoûteuse, vous frapperez deux fois sur le mur avec la branche, et la troisième fois vous lui en appliquerez un coup violent sur la tête... » C'est ce que nous avons fait.

— C'est une concurrente qui vous a donné ce conseil! gémit la fausse sorcière... Elle a voulu se débarrasser de moi en me faisant abîmer.

Finalement, les deux prévenues sont condamnées à 4 fr. 50 d'amende (trois journées de travail).

ASSISTANCE DES ÉPILEPTIQUES. — Dans la matinée d'hier, dit le *Petit Provençal* du 21 mars 1894, la demoiselle Ernestine B..., âgée de dix-neuf ans, passait sur le quai du bassin de radoub. Cette demoiselle est sujette à des crises d'épilepsie, intenses bien souvent. Une de ces crises la saisit et elle tomba à l'eau. La malheureuse se serait infailliblement noyée, si le hasard n'avait amené là se sieur Venot Charles, marin, qui la retira saine et sauve. Ernestine B... a été reconduite chez ses parents. D'où la nécessité de l'assistance des épileptiques, quand il y aura une Assistance publique vraiment républicaine.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS. — *Suicide* : Ce matin vers huit heures, M^{me} Reine H..., femme V..., âgée de trente-huit ans, a mis fin à ses jours en se tirant un coup de revolver dans la bouche; la mort a été instantanée. M. V..., qui dormait, a été réveillé par la chute d'un corps sur le plancher, et s'est trouvé en présence du cadavre de sa femme qui gisait sur le parquet au milieu d'une mare de sang. M^{me} V... était, depuis longtemps, hantée par des idées de suicide; une fois, déjà, elle avait tenté d'en finir avec l'existence en se jetant sous les roues d'une locomotive, au passage à niveau des Trois-Croix; mais elle n'avait réussi qu'à se faire couper les jambes; et ce n'est qu'après plusieurs mois de traitement à l'hospice qu'elle avait pu, munie d'un appareil spécial qui lui permettait de

marcher, se remettre à la tête de son ménage (*Le Petit Dauphinois*, mars 1894).

Les faits de ce genre deviennent de plus en plus communs. Ils viennent plaider en faveur de l'internement des malades aliénés qui constitue l'un des meilleurs moyens de traitement et qui permet d'éviter, en général, les tristes accidents de ce genre. Les polémiques des journaux politiques contre les asiles d'aliénés vont directement à l'encontre de l'intérêt des malades, en faisant ajourner le placement, par crainte de critiques injustes et malveillantes. Ces journaux rendraient de réels services si, au lieu de parler à tort et à travers des asiles, ils s'occupaient des réformes qu'il conviendrait d'apporter dans leur organisation.

REVISION DE LA LOI SUR LES ALIÉNÉS. — Dans la séance du lundi 19 février 1894, M. Ernest Lafont a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un rapport sur les propositions de loi : 1^o de MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont sur le régime des aliénés; 2^o de M. Georges Berry, tendant à autoriser les départements à placer dans les familles les déments séniles, les idiots, les gâteux. Ce rapport sera imprimé et distribué. — Ce projet de loi est à la Chambre des députés depuis 1885. La législature actuelle sera-t-elle plus pressée à aboutir que les précédentes, espérons-le.

J.-B. CHARCOT et Georges GUINON.

RECTIFICATION

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- I. *Sur la manie de collectionner dans les diverses formes psychopathiques*; par le D^r AMIGAZZINI (*Riv. sp. di fren.*, t. XIX, fasc. 4, 1893.)
- II. *Sur l'action du chlorure de calcium sur l'excitabilité nerveuse*; par le D^r STÉFANI (*Riv. sp. di fren.*, t. XIX, fasc. 4, 1893.)
- III. *Une observation d'épilepsie jacksonienne par auto-intoxication d'origine gastrique*; par le D^r CRISTIANI (*Riv. sp. di fren.*, t. XIX, fasc. 4, 1893.)
- IV. *Contribution à l'étude d'une nouvelle modalité de la sensibilité cutanée*; par le D^r TAMBRONI (*Riv. sp. di fren.*, t. XIX, fasc. 4, 1893.)

Observations analogues à celles déjà rapportées en France par

M. Ramadier qui avait décrit ce trouble sous le nom de sensation de mouillure. Tentative de localisation dans la partie antérieure, inférieure, interne du lobe temporo-sphénoïdal. J. S.

V. *Sur les effets de la transfusion nerveuse (méthode de Paul) chez les malades d'esprit*; par le Dr Rossi (*Riv. sp. di fren.*, t. XIX, fasc. 4, 1893.)

Cette méthode agirait surtout par suggestion d'après l'auteur, qui en aurait retiré seulement un résultat 2 fois sur 10 cas, et encore dans un ne fût-il que transitoire. J. S.

VI. *Sur un cas de paranoïa matricide*; rapport médico-légal, par le Dr Borri (*Riv. sp. di fren.*, t. XIV, fasc. 4, 1893).

VII. *Folie morale et simulation*; rapport médico-légal; par les Drs BERNARDINI et PETRAZZANI (*Riv. sp. di fren.*, t. XIV, fasc. 4, 1893).

VIII. *Sur la toxicité du suc musculaire dans l'état de fatigue*; par VASSALE et ROSSI (*Riv. sp. di fren.*, t. XIV, fasc. 4, 1893).

## RECTIFICATION

Dans le dernier numéro des *Archives de Neurologie*, nous avons publié l'analyse d'un travail très intéressant, intitulé : *Un cas de lésion secondaire de la couche optique et de la région sous-thalamique*, dû à M. le Dr Mahain, assistant de clinique médicale à l'Université de Liège, dont le nom a été défiguré. (Voir page 240.)

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BALDWIN (L.-M.). — *Imitation : a chapter in the natural history of conscious an.* — Brochure in-8° de 31 pages. — Extrait du *Quarterly Review of Physiology and Philosophy*. — Volume III.

BLOCC (P.). — *Études sur les maladies nerveuses.* — Volume in-8° relié de 390 pages. — Paris, 1894. — Librairie Rnef et Cie.

BOURNEVILLE. — *Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron ; l'Idiotie et la Surdi-mutité*, par ITARD. — Appréciation de ces rapports, par DELASIAUVE. — Éloge d'Itard, par BOUSQUET. — Préface, par BOURNEVILLE. — Un beau volume in-8° carré, de 200 pages, avec le portrait du sauvage de l'Aveyron. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

BOURNEVILLE. — *Discours prononcés les 20, 27 et 29 juillet 1893, aux distributions des prix des Ecoles municipales d'infirmières laïques* (seizième année scolaire). — Volume in-8° de 91 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

GRASSET (J.). — *Les vieux dogmes cliniques devant la pathologie microbienne*. — Brochure in-8° de 44 pages. — Montpellier, 1895. — Typographie Ch. Bochin.

HUGHES (C.-H.). — *The successful Management of Inebriety*. — Brochure in-8° de 11 pages. — Saint-Louis, 1894. — Reprint from the *Alienist and Neurologist*.

NORDAU (M.). — *Dégénérescence*. — Tome I^{er} : *Fin de siècle*. — *Le Mysticisme*. — Volume in-8° de 431 pages. — Prix 7 fr. 50. — Librairie F. Alcan.

NORDAU (M.). — *Dégénérescence*, t. II. — *L'égotisme*. — *Le réalisme*. — *Le vingtième siècle* (traduit de l'allemand, par Districh). — Volume in-8° de 575 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, 1894. — Librairie F. Alcan.

PETERSON (F.). — *A Study of the Temperature in Twenty five cases of general Paratyphoid of the Insane*. — Brochure in-8° de 22 pages, New-York, 1893. — *Journal of Nervous and mental diseases*.

RECHTEREW (VON M.). — *Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark*. — Volume in-8° de 210 pages avec une planche hors-texte en couleurs. — Prix, 7 fr. 50. — Leipzig, 1894. — Verlag E. Besold.

ROSENBERG (L.). — *Casuistische Beiträge zur Kenntniss der cerebralen Kindertähmungen und der Epilepsie*. — Brochure in-8° de 20 pages. — Wien, 1893. — Drock W. Köhler.

ROUSSEL (J.). — *Le phosphore injectable*. — Brochure in-8° de 29 pages. — Sceaux, 1894. — Imprimerie Charaire et Cie.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

---

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

---

## CLINIQUE MENTALE

---

### SUR UN CAS D'HALLUCINATIONS MOTRICES VERBALES CHEZ UNE PARALYTIQUE GÉNÉRALE;

Par le D^r PAUL SÉRIEUX,

Médecin-adjoint à l'Asile d'aliénés de Villejuif (Seine).

Nous avons eu l'occasion d'observer pendant près de deux ans, dans le service de M. Marcel Briand, une femme, atteinte de paralysie générale, en proie à des hallucinations motrices verbales. La netteté avec laquelle se manifestèrent ces troubles au cours d'une période de rémission, l'absence prolongée de tout autre phénomène hallucinatoire, l'association étroite de ces hallucinations motrices verbales avec des spasmes des muscles masticateurs, leur rôle important dans l'écllosion d'un délire de persécution, les résultats de l'autopsie qui montra des lésions de méningo-encéphalite localisées au niveau du centre moteur du langage et des centres masticateurs, les formes variées des divers accès délirants qui vinrent se greffer sur la démence paralytique, toutes ces particularités nous ont paru dignes d'intérêt.

OBSERVATION¹. — *Paralysie générale. (Signes somatiques et psychiques.)  
Accès mélancolique passager. Accès maniaque avec idées ambitieuses et de persécution. Internement. Persistance durant trois*

¹ Observation communiquée à la Société de médecine mentale de Belgique, séance d'avril 1894.

mois d'idées de persécution très actives provoquées par des hallucinations de l'ouïe.

Rémission très accentuée. Hallucinations motrices verbales de nature pénible. Absence d'autres troubles hallucinatoires et en particulier d'hallucinations auditives. Permanence et activité des hallucinations motrices verbales pendant plus d'un an. Leur association étroite avec un état d'érythisme des centres masticateurs : l'hallucination motrice verbale s'accompagne de mouvements involontaires de mastication ou de grincements de dents.

Rôle de ces troubles dans la genèse d'idées de persécution avec tendances à la systématisation : interprétations et réactions caractéristiques. Bouffées secondaires épisodiques à forme mélancolique : (auto-accusation ; idées de suicide). Accès d'agitation maniaque avec idées de grandeur et de persécution. Hallucinations multiples : motrices verbales, kinesthétiques, visuelles, auditives, gustatives. Etat de confusion hallucinatoire. Pneumonie. Mort.

Autopsie. Encéphalite chronique interstitielle avec adhérences méningées localisées, symétriquement dans les deux hémisphères, à l'extrémité inférieure des circonvolutions rolandiques, à la troisième frontale et à la frontale interne.

Marie Petter..., âgée de trente-neuf ans, concierge, entre le 22 juin 1891, à l'asile de Villejuif.

Antécédents héréditaires. — Père : tailleur, habitait un village, s'enivrait fréquemment et se livrait à des actes de violence sur sa femme. Mère : migraineuse ; pas de fausses couches. Tous deux sont morts à un âge avancé. Ils ont eu dix enfants : notre malade est la neuvième ; un des enfants, grand buveur, est mort par accident. Un neveu est mort à dix-sept mois de méningite. Pas de renseignements sur les grands-parents. Il n'y aurait pas de suicidés dans la famille (?).

Antécédents personnels. — Marie Petter... n'a reçu qu'une instruction primaire. Avant son mariage, elle se serait surmenée en travaillant à la machine à coudre. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu cinq enfants, dont trois sont mort-nés ; deux autres sont morts après quelques jours. Elle souffre depuis son mariage de violentes céphalalgies accompagnées parfois de vomissements. Pas de fièvre typhoïde, pas d'alcoolisme, pas de maladies cutanées. Notons seulement l'existence, il y a plusieurs années, de douleurs à l'anus. Le caractère de Petter... a été de tout temps difficile : elle se montrait parfois sombre et pleurait au cours d'accès de colère.

Histoire de la maladie. — Le début remonterait à deux ans ; on remarqua des modifications du caractère, de l'irascibilité : P... gifla un jour sa sœur en public pour une futilité, etc. Il y a un an, survinrent des phénomènes hystérisiformes : elle se plaignait de douleurs à l'épigastre, disant sentir une boule lui monter à la

gorge; parfois elle étouffait, remuait bras et jambes, se tordait les bras. La mémoire diminuait: P... racontait des faits contradictoires à quelques instants d'intervalle, elle oubliait ce qu'on lui avait dit la veille, se livrait à des dépenses inutiles et inconsidérées. En janvier 1891 se produisirent des *accidents convulsifs* avec perte de connaissance, mais sans morsure de la langue ni miction involontaire: les bras étaient tordus, les *dents serrées convulsivement* ne permettant pas l'ouverture de la bouche. L'attaque n'était pas suivie de troubles moteurs, mais de phénomènes d'excitation psychique: P... s'habille et court, à 8 heures du soir, chez des amis, hors de Paris.

En avril, la malade manifeste des *idées mélancoliques et de persécution*: elle dit s'ennuyer dans sa loge, prétend être dans la misère, se cache pensant qu'on va venir l'arrêter, craint qu'on ne l'empoisonne, parle de mourir, de se jeter à la Seine.

En mai survient une période d'*excitation*. La malade court de tous côtés, montrant une activité exagérée; elle fait des prodigalités, se met à boire de l'absinthe, entreprend un voyage. Bientôt apparaissent des *idées de grandeur*: elle a fait un héritage, elle a des millions, elle veut acheter des châteaux. L'agitation ne faisant qu'augmenter nécessite l'internement à l'asile clinique (Sainte-Anne), le 15 mai 1891. Elle y séjourne quelques semaines, en proie à un accès maniaque assez intense; elle manifeste des *idées de grandeur et de persécution*, tient des propos incohérents, crie, pleure; les pupilles sont inégales, la parole hésitante. Elle est transférée à l'asile de Villejuif, dans le service de M. Marcel Briand, qui porte le diagnostic de paralysie générale.

*Etat actuel.* — On constate à son arrivée l'existence d'*idées de persécution et d'hallucinations de l'ouïe* très actives, de nature pénible. « Vous n'entendez pas, dit-elle à la surveillante, on dit que je fais des traits à mon mari, que je suis une salope, que je suis damnée. » Elle répond à son interlocuteur imaginaire en parlant dans les bouches des calorifères: « Je suis une honnête femme ! » Il existe également des *hallucinations visuelles*. P... voit en l'air des bohémiens, le Président de la République, des bateaux dorés, des paillettes dorées. L'accès d'agitation provoqué par ces hallucinations dure environ trois mois et par son intensité nécessite, pendant un laps de temps prolongé, le maintien de la malade dans une chambre d'isolement. L'insomnie était presque constante, les tendances agressives très développées. P... frappait sans cesse malades et infirmières, déchirait, cassait des carreaux; elle fit plusieurs tentatives d'évasion.

En octobre 1891, les hallucinations pénibles, les idées de persécution s'amendent, puis disparaissent, ainsi que l'agitation. P... entre en *rémission*; elle s'occupe régulièrement à l'atelier de couture; elle est tranquille, réservée et a conscience de la période

déliirante qu'elle vient de traverser. En décembre, la lucidité est revenue tout entière; la mémoire et l'intelligence sont cependant quelque peu affaiblies. P... croit être en 1889 ou 1890; elle n'a gardé qu'un souvenir très confus de son séjour de plusieurs semaines à Sainte-Anne. Elle répond assez correctement aux autres questions et donne des renseignements suffisamment précis sur ce qui s'est passé « avant qu'elle fût folle ». Il y a un certain optimisme, mais pas de traces d'idées de grandeur. Pas de rêves.

Au point de vue somatique, on constate la persistance de l'hésitation de la parole, un tremblement vibratoire des extrémités; les pupilles, inégales, présentent le signe d'Argyll-Robertson; la commissure labiale est abaissée d'un côté; la langue est sillonnée de rhagades; l'écriture, très défectueuse, est caractéristique: les lettres sont irrégulières; certaines d'entre elles sont omises, redoublées ou transposées. Le pouls est fréquent (120), le corps thyroïde est légèrement plus développé qu'à l'état normal, il n'y a pas d'exophtalmie. Pas de signe de Romberg, pas d'engourdissements ni de douleurs dans les membres inférieurs. Les divers réflexes tendineux sont exagérés. Il existe une sensation de brûlure au niveau de l'estomac. Les sensibilités tactile, thermique et douloureuse sont conservées. Pas d'achromalopsie ni de rétrécissement du champ visuel. La malade, qui avait eu des métrorrhagies assez abondantes durant six mois, avant son internement, n'est plus réglée depuis son entrée.

La rémission se maintenait, lorsque, le 2 décembre, nous trouvons P... grinçant des dents d'une façon continue. Interrogée sur ce que cela signifie: « On me parle là dedans, » répond-elle, en montrant sa bouche. Elle prétend ensuite « entendre par l'électricité » les malades d'un quartier voisin qui lui causent: « Nous ne voulons pas que vous disiez quelque chose », lui dit-on, et elle répète cette phrase en scandant, comme pour reproduire non une parole entendue, mais une articulation mentale. Aux questions qui lui sont posées dans le but de rechercher l'existence d'hallucinations auditives, elle répond: « Je n'entends pas les paroles, mais je les comprends; je n'entends pas dans l'oreille, ça vient dans les dents. » On constate, en effet, qu'au moment où se manifeste cette voix intérieure, il se produit ou bien un *grincement de dents*, ou bien des *mouvements de mastication*. Un pareil tableau clinique ne permettait guère de douter de l'existence d'*hallucinations motrices verbales*.

Les examens répétés auxquels, pendant plus d'un an, nous avons soumis la malade non seulement nous le démontrèrent de la façon la plus péremptoire, mais encore nous firent constater le caractère presque toujours pénible de ces hallucinations, leur association très fréquente avec des spasmes des muscles masticateurs, leur rôle dans la genèse des accès délirants qui survinrent, ainsi que

l'absence d'hallucinations des autres sens, et en particulier d'hallucinations de l'ouïe.

Pour décrire avec exactitude ces symptômes intéressants, nous ne saurions mieux faire que de reproduire textuellement les interrogatoires que nous avons fait subir à la malade. Le 15 mars 1892 nous trouvons P... grinçant des dents, la physionomie très absorbée, comme lorsque se manifestent ses hallucinations motrices verbales. Nous lui demandons :

D. — Entendez-vous le son de la voix dans les oreilles ?

R. — Non... *C'est toujours dans ma bouche qu'on parle. Ça me serre les dents.*

D. — Est-ce une voix d'homme ou de femme ?

R. — Je n'entends rien du tout... ce n'est ni une voix d'homme ni une voix de femme... ce sont mes dents qui se serrent.

La malade reste ensuite silencieuse : elle semble très attentive, exécute des mouvements de mastication ; les lèvres sont agitées de mouvements analogues à ceux de l'articulation verbale, puis tout cesse. Interrogée, P... répond qu'on vient de lui causer : « Vous ne savez pas ce que ça veut dire, a-t-on dit. » Nous lui demandons pourquoi ces mouvements de mâchoires : « C'est pas moi, dit-elle, c'est pas moi... c'est un mystère... Je ne peux pas m'expliquer... toute la nuit et toute la journée voilà ce qu'on me fait ; on me brise les dents, c'est l'électricité. Je ne dors pas... c'est affreux. » Voici les phrases qu'elle a senti articuler en elle : « Vous ne vous en irez jamais... vous ne pouvez pas comprendre ce que c'est que cette maison... ce que l'on veut vous faire... vous ne pouvez pas savoir comme on fait du mal, à votre pauvre mari... il ne va pas savoir ce que cela veut dire » ; et elle ajoute : « *ce n'est pas dans mon oreille... je n'entends pas de bruit... Ça me serre les dents.* »

27 mars. — La malade se plaint de la persistance des convulsions des muscles masticateurs et des hallucinations motrices verbales : elle dit ne plus pouvoir dormir à partir de minuit, heure à laquelle le grincement de dents se produit avec une intensité extrême. P... mord parfois son drap pour empêcher le grincement ; ce dernier ne cesse que quelques minutes pour reprendre ensuite. Ces phénomènes ne se sont manifestés que depuis son entrée à l'Asile ; la première fois, P... s'est dit : « c'est un mystère ». On lui avait dit intérieurement que son mari travaillait. D'ordinaire le grincement des dents et les hallucinations motrices sont simultanées. La malade répond tout haut « *aux gens qui lui parlent dans la bouche* ». Quelquefois on la tutoie ou on la menace : « M^{me} P... ne sortira pas, etc. »

29 mars. — P... grince des dents et pleure : elle ne peut empê-

cher ces contractions spasmodiques très douloureuses. Pas d'hallucinations motrices. Pouls : 96.

8 avril. — Le grincement des dents dure toute la journée avec des intervalles de repos. P... s'en plaint beaucoup : « la pression des dents est tellement forte que je ne peux l'empêcher. » Réflexes pupillaires paresseux. Parésie des deux côtés du corps. Pouls : 88.

1^{er} mai. — P... a eu durant cinq minutes une perte de connaissance avec phénomènes convulsifs (torsion des bras), suivie d'obnubilation passagère : la malade est déprimée, manifeste des idées de persécution : ces phénomènes semblent sous la dépendance des hallucinations verbales : « elle a des chuchotements dans la bouche et ça lui répond dans les oreilles. »

3 mai. — P... est toujours déprimée : « J'entends crier dans ma bouche que je ne sortirai pas... je n'entends pas dans les oreilles... c'est mes dents qui marchent. »

D. — Que disent vos voix ?

R. — « Je n'ai pas de voix. » P... reste un instant immobile, attentive, puis : « On me dit : Qu'est-ce que vous êtes venue faire dans cette maison ? » et elle répond sous vos yeux à son interlocuteur imaginaire : « Je ne savais rien ; on m'y a amenée. » Sur notre demande, elle déclare qu'on ne lui conseille pas de mourir, mais qu'elle-même désire la mort.

Au cours de l'interrogatoire, nous voyons se reproduire de nouveau des hallucinations motrices verbales : P... reste absorbée, exécute des mouvements de mastication d'une très faible amplitude ; on voit nettement les contractions des masséters ; pas de grincements de dents.

D. — Qu'y a-t-il ?

R. — On me dit : « Madame P..., ne dites pas de mal de ces dames. »

Puis un dialogue s'engage avec l'interlocuteur imaginaire : la malade parlant non pas à voix haute, mais tout en serrant les dents. Elle nous dit ensuite avoir demandé : « Je voudrais bien savoir qui vous êtes ? » et on lui répond : « C'est affreux ce qu'on dit du mal de vous », tandis que s'exécutent des mouvements de mastication. Elle demande, toujours de la même façon, ce qu'on va lui faire, on lui répond : « C'est affreux ce qu'on va lui faire... On va la mettre dans une voiture, son mari est dans un état terrible. » Parfois on « répète dans sa bouche » les questions qu'elle pose. Après une nouvelle minute d'attention elle répète à haute voix ce qu'on lui a dit : « la maison est trop petite pour vous... ne prenez pas de bromure... vous n'avez pas le droit de faire un repas dans la maison... vous ne travaillez pas bien », « Qu'est-ce que cela veut dire ? interroge P... tout en larmes... c'est une chose que je ne comprends pas ? »

19 *juin*. — Les réactions d'aspect mélancolique s'accroissent. P... pleure « parce qu'on lui dit des choses épouvantables »; elle refuse de s'alimenter « on lui défend de manger parce qu'elle travaille mal. « Je voudrais bien être morte, s'écrie-t-elle... c'est une souffrance... on me serre la bouche d'une force! on me dit : « On va vous mettre au cachot, pourquoi êtes-vous venue ici?... Je ne reconnais pas la voix ». Nous lui demandons si elle « entend » les voix; elle répond catégoriquement : « Je n'entends pas de voix. » Puis elle sanglote, hallucinée de nouveau, pendant que notre doigt, appliqué sur les masséters, en perçoit très nettement les contractions successives... P... nous communique ensuite ce qu'on lui dit : « Vous faites du mal à votre mari en venant ici. »

2 *juillet*. — Les spasmes des muscles masticateurs sont tellement intenses qu'il semble que les dents doivent être brisées. P... s'écrie en s'adressant à ses interlocuteurs imaginaires : « Canailles! qui est-ce qui m'abîme les dents comme ça?... je sais bien que je suis coupable, mais ce n'est pas une raison pour me tourmenter!... Je n'ai pas dormi cette nuit parce que j'ai des voix... ça me fait souffrir... ce sont des personnes que je ne connais pas. » P... se frappe la tête contre les murs : « Je veux bien la mort! crie-t-elle. » Elle nous répète ce qu'on lui dit : « Le Président de la République viendra cet après-midi... nous ne sommes pas las de vous faire souffrir... personne ne saura où nous sommes et qui nous sommes ». P... s'écrie : « Crapules!... criminels!... Tout ce qui passe ici on l'entend ».

20 *juillet*. — Persistance des idées mélancoliques et de persécution. P... pleure, refuse de manger, grince des dents, puis crie : « Oh! les assassins, vous n'en finirez donc pas! » On vient de lui « dire dans ses dents » qu'on allait la jeter dans un cachot. Elle tourne la tête pour demander sur notre invitation à ses persécuteurs pourquoi ils lui en veulent : pendant que cette demande est formulée mentalement, les masséters se contractent d'une façon rythmique : P... obtient cette réponse : « les médecins le savent bien ».

25 *juillet*. — P... s'accuse elle-même et fait chorus avec ses persécuteurs : « Ne me touchez pas, s'écrie-t-elle, vous seriez sali après moi!... On me donne du poison... Mettez-moi dans un cachot, punissez-moi : il ne faut pas que je reste au monde, j'ai offensé Dieu, je suis l'auteur de tout ce qui existe de mal ».

Dans le courant du mois d'*août*, cette bouffée épisodique à forme mélancolique se dissipe; les idées de persécution s'effacent, les hallucinations motrices verbales disparaissent. Le 21 août, la malade est très améliorée; elle sait le quantième du mois; elle n'a plus d'hésitation de la parole. « On ne lui dit plus rien... ce sont des bêtises; je n'entends plus rien du tout ».

2 septembre. — Le délire reparait. P... s'imagine que nous voulons la mettre dans un cachot. Il n'y a toujours pas de traces d'hallucinations de l'ouïe, mais les hallucinations motrices ont repris toute leur activité : « elle ne sait qui le fait. »

11 septembre. — P... regarde en l'air, puis : « On me parle dans les dents ; on me téléphone continuellement dans la bouche... Oh ! que ça me fait du mal dans les dents (les dents viennent d'être serrées convulsivement) ; c'est une chose terrible... c'est Léontine qui me parle ».

8 novembre. — P... pleure, se frappe, se mord les bras pour « qu'on ne lui brise pas les dents » ; « on me dit de vilaines choses, on me fait des reproches ». Les malades du dortoir de P... se plaignent de ce grincement de dents continu qui les empêche de dormir. P... se souvient bien des hallucinations visuelles et auditives qu'elle avait dans les premiers mois de son séjour à l'Asile : « J'étais folle, dit-elle. »

15 janvier 1893. — « On me parle toute la nuit, on me brise les dents... ces personnes-là savent tout ce qui s'est passé ici... c'est M. F... qui me parle... c'est une pression ». Période de silence pendant laquelle les lèvres sont agitées de mouvements, et les masséters se contractent (on lui dit intérieurement qu'elle n'ira plus au parloir, que son mari ne viendra plus la voir) : « Vous êtes une crapule ! répond-elle ; qu'est-ce que je vous ai fait ? » Puis un dialogue très animé s'engage, des mouvements de mastication accompagnant l'hallucination verbale ; le dialogue se termine par ces mots qu'elle perçoit dans la bouche : « C'est fini, nous ne le ferons plus. » Idées de suicide. P... raconte à sa sœur qu'on la méprise, qu'on va la mettre toute nue, la faire passer en cour d'assises, la faire mourir : « J'ai une persécution dans les dents, dit-elle, on me raconte des choses dans mes dents. »

20 janvier. — « On lui a dit, dans la bouche, qu'on allait lui brûler la cervelle. » Elle répond avec véhémence à ses hallucinations : « Je vais aller en prison, s'écrie-t-elle, avec indignation, comme répondant à une menace qu'elle vient de sentir articuler ; des femmes publiques... saletés ! » La mémoire est assez bien conservée. La voix devient nasonnée.

22 janvier. — Accès de larmes : « On me parle horriblement. » P... désigne par leurs noms ses persécuteurs : « Qu'est-ce que je vous ai fait, Léontine ? » Elle ira se plaindre à la préfecture quand elle sera sortie ; il y a un grand nombre de gens qui lui causent. Quatre personnes de l'Asile lui parlent pendant la nuit.

La recherche des signes physiques en rapport avec les hallucinations motrices verbales a donné les résultats suivants : il n'existe pas de trismus à proprement parler, pas de contracture permanente des muscles releveurs de la mâchoire, pas de claquements

de dents, mais bien tantôt des mouvements rythmiques de *mastication* d'une faible amplitude, tantôt des mouvements de *diduction* se traduisant par des grincements de dents. Les hallucinations motrices verbales sont le plus souvent associées aux convulsions des muscles masticateurs que l'on perçoit par la vue et par le toucher, pendant que se produisent les hallucinations. Il ne nous a pas été possible de constater l'existence de mouvements simultanés de la langue : « la langue, dit la malade, ne remue pas; ce sont les dents qui appuient. » Parfois nous avons pu observer des mouvements des lèvres accompagnant l'hallucination verbale. Pas de convulsions dans le domaine du facial ni dans les membres d'aucun côté du corps. A deux reprises seulement, et cela passagèrement, P... nous a dit avoir ressenti un jour un engourdissement du côté droit, et une autre fois un engourdissement du pouce gauche. Pas de paralysie des muscles de l'œil. Les convulsions des muscles masticateurs sont très intenses, douloureuses et absolument involontaires, puisque, malgré ses efforts, la malade ne peut réfréner les spasmes : « Ce n'est pas moi, répète-t-elle, je n'irais pas broyer mes dents toute seule pour me faire du mal. » Parfois, pour empêcher le grincement, elle mord ses draps, ses bras, ou soulève énergiquement avec son pouce la mâchoire supérieure pendant que la main maintient l'inférieure écartée. La langue ne présente pas de tremblement fibrillaire, pas de contracture spasmodique, mais tremble en masse (mouvement de trombone). Le réflexe massétérin est exagéré. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité au niveau de la face et de la langue; le contact, la piqûre sont perçus aussi bien à la moitié droite qu'à la moitié gauche de cet organe. Les sensations amères sont également perçues. Pas d'engourdissement de la langue. Pas de névralgie des branches du trijumeau. La pupille gauche est plus dilatée que la droite. Dynamomètre = M. D : 31 k. — M. G : 32 k.

2 février. — P... a éprouvé des fourmillements dans le côté droit du corps: la jambe droite serait plus faible. La malade nous aborde avec satisfaction : « C'est fini, dit-elle, je n'ai plus mes voix dans la bouche. » Légère excitation avec idées ambitieuses.

14 février. — L'excitation a augmenté et nécessite le transfert du quartier des convalescentes au quartier des agitées. P... frappe sans cesse les autres malades, casse des carreaux, jette ses vêtements, exécute des mouvements désordonnés. Insomnie persistante.

5 mars. — Agitation extrême. Idées délirantes protéiformes et loquacité incessante : « Je suis reine de France, .. la grande-duchesse... je fais de l'or... le canal Saint-Martin est de l'or... je n'ai plus que l'anus... le corps, c'est de l'or, des cristaux... on a voulu me tuer... je suis empoisonnée.. c'est une femme... je suis

intelligente... vous êtes mon fils... et vous ma tante... nous vivrons dans un autre monde ».

Puis P... se met successivement à chanter, à prier, à sangloter, à causer avec son mari qu'elle croit auprès d'elle; elle quitte ses vêtements, s'accroche aux assistants. Elle a toujours des hallucinations motrices verbales, mais il s'y ajoute des *hallucinations de l'ouïe* (elle entend le bruit des orgies que l'on fait à côté d'elle, etc.), *de la vue* (bateaux dorés, etc.) et de la *sensibilité générale* (nous sommes en chemin de fer... ça marche). Elle parle les dents serrées (trismus probable), exécute des mouvements automatiques, fait tourner les avant-bras l'un autour de l'autre, pousse des cris analogues à ceux des employés des gares; croit être « au château, sur un piano ». La voix est nasonnée.

6 mars. — État de *confusion hallucinatoire*; hallucinations de l'ouïe : « Pourquoi crie-t-on?... Ce sont les enfants... Allez-vous-en, dit-elle, en s'adressant à la « voyoucratie. » Elle voit des étoiles; sent un goût de miel, « mes dents, c'est sucré... je suis riche... mon mari est le roi... je n'ai plus mes voix dans la bouche. »

15 mars. — Même état de vive excitation avec hallucinations multiples, confusion, désorientation extrême : « Nous revenons des îles... nous sommes en chemin de fer... entendez-vous ! le train déraile ! (elle chante le *Train des amours*)... c'est joli... ça roule, ça coule. Mac-Mahon est à côté... il y avait un petit trou, nous avons tout débouché (se bouche les oreilles en remuant les lèvres)... Le général est là... Una... li... una... la... la... portez armes ! » Physionomie satisfaite, agitation automatique.

20 mars. — P... ne garde aucun vêtement : « On ne me parle plus dans les dents... on a fait des orgies avec des prêtres..., je les ai vus..., une belle perruche est descendue du ciel... nous renaissions. » Ptosis léger du côté gauche.

P... est toujours préoccupée de son idée de voyage entretenue sans doute par des troubles de la sensibilité générale (hallucinations kinesthétiques, sensation de déplacement du corps). « Ça marche, dit-elle. »

25 mars. — « J'ai été dans les îles... j'ai trente-six dents... nous avons des milliards à toucher... Nous sommes en chemin de fer... » P... parle sans presque desserrer les dents.

3 avril. — « C'est fini le voyage... nous sommes d'accord avec l'Alsace-Lorraine... vous n'avez pas vu le général Boulanger... ça tourne cette maison là... nous arrivons des îles... je suis nommée reine... je n'ai plus dans la bouche l'électricité qui me broyait les dents... ça voyage ces propriétés-là... nous venons de Tunisie... j'ai vu cinq trous au ciel... vous êtes mes fils. » P... adopte une attitude qu'elle va conserver pendant plusieurs jours : elle se bouche

les oreilles croyant entendre marcher le train et met un brin de paille entre ses dents : elle croit ainsi empêcher l'électricité de lui serrer les dents : « C'est joli, c'est vert, c'est doré... il y a des étoiles bleues... je suis à l'asile de Villejuif... mon mari est empereur... nous allons tenir un café... nous sommes dans un autre siècle... le bateau marche... nous vivrons éternellement... nous avons cent milliards. »

5 avril. — P... se bouche les oreilles en disant à un interlocuteur imaginaire : « Laissez-moi donc tranquille avec votre train ! » Elle est convaincue que le train dans lequel elle s'imagine voyager dérailleurait si elle enlevait ses doigts. (Le brin de paille qu'elle tenait entre ses dents aurait eu aussi pour but d'empêcher le déraillement). P... injurie les interlocuteurs dont elle croit entendre les voix : « Mais qui êtes-vous donc ? qu'il déraille votre sacré chemin de fer ! laissez-vous !... On me serre les dents ».

11 avril. — Même état d'agitation : « Je suis arrivée à terre, mon bateau est arrivé... je recommande mon régiment ! »

3 mai. — Mort à la suite d'une pneumonie.

*Autopsie* (faite avec le concours de M. Trénel, interne du service). — *Crâne* : résistant, paroi externe normale. Cavité crânienne : la moitié gauche du frontal a 1 centimètre d'épaisseur ; elle est le siège d'une *exostose* en nappe, lisse, plus accentuée au niveau de la bosse frontale. La calotte, très résistante, pèse 460 grammes. La *dure-mère* a contracté des adhérences avec les parois crâniennes, surtout au niveau de la région frontale et de la scissure interhémisphérique : elle est plissée, dépolie, mais non congestionnée. L'*arachnoïde*, adhérente çà et là à la dure-mère, n'est pas congestionnée. Léger œdème des méninges.

*Hémisphère gauche*. — 617 grammes. Il existe des suffusions sanguines au niveau de la deuxième frontale. Les méninges, minces au lobe occipital, épaissies à la partie antérieure, soudées au niveau des scissures, se décortiquent assez facilement sur la plus grande partie de l'hémisphère, il n'existe d'adhérences qu'au niveau du lobe frontal ; les points intéressés sont : le pied de la 3^e frontale, la 3^e frontale, l'extrémité inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, l'extrémité antérieure de la 1^{re} et de la 2^e frontales, la partie tout à fait antérieure de la face interne de la 1^{re} frontale. Il existe quelques adhérences très légères au niveau de la 1^{re} temporale. Les *ulcérations* déterminées par la décortication des méninges sont peu accentuées ; elles augmentent de profondeur au niveau de la pointe du lobe frontal et à sa partie interne. La pie-mère lèche sur le reste de la surface de ce lobe. Le lobe occipital, le lobe pariétal, le lobe temporal, la plus grande partie des circonvolutions rolandiques et des deux premières frontales, le lobule orbitaire sont indemnes. (Voir fig. 27.)

Le ventricule latéral renferme des *granulations épendymaires*,

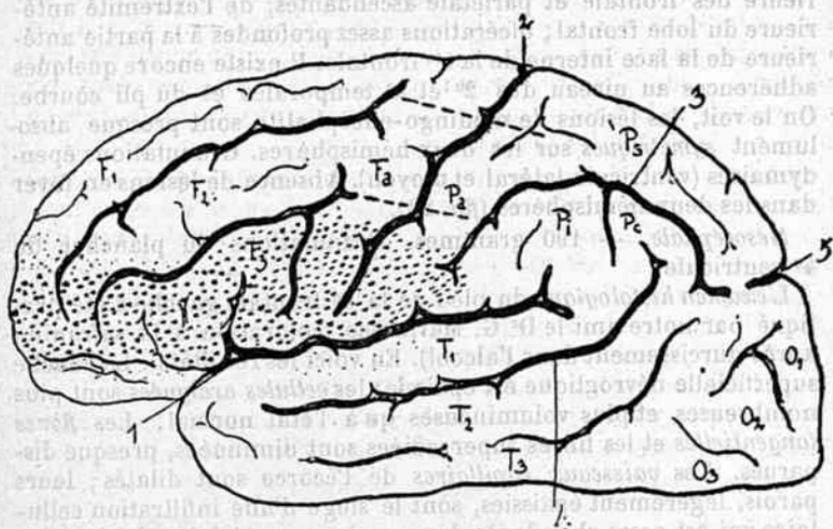


Fig. 27.

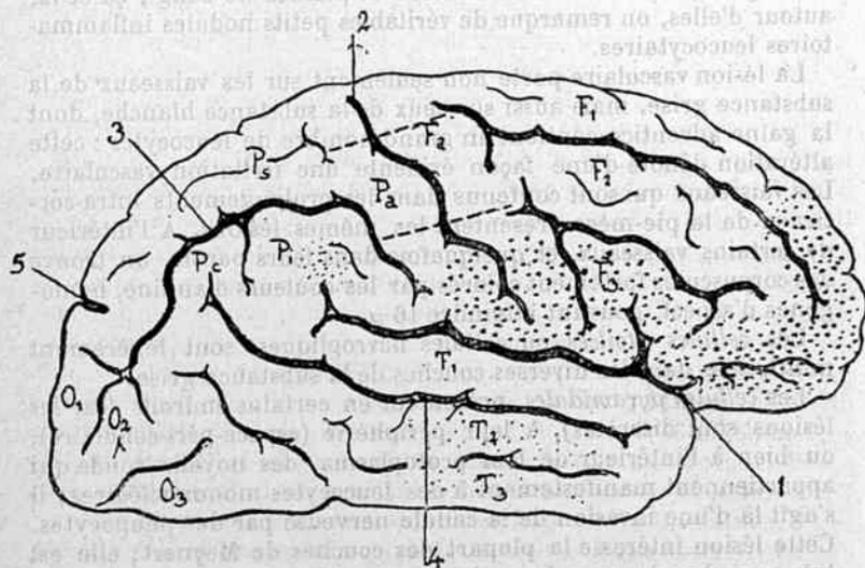


Fig. 28.

*Hémisphère droit.* — 612 grammes. Suffusions sanguines au niveau de la région sylvienne. Même prédominance des lésions (épaississement des méninges et adhérences) aux territoires des lobes frontaux intéressés du côté opposé : ulcérations, d'ailleurs

peu accentuées, au niveau de la 3^e frontale, de l'extrémité inférieure des frontale et pariétale ascendantes, de l'extrémité antérieure du lobe frontal; ulcérations assez profondes à la partie antérieure de la face interne de la 1^{re} frontale. Il existe encore quelques adhérences au niveau des 2^e et 3^e temporales et du pli courbe. On le voit, les lésions de méningo-encéphalite sont presque absolument *symétriques* sur les deux hémisphères. Granulations épendymaires (ventricule latéral et moyen). Absence de lésions en foyer dans les deux hémisphères (fig. 28).

*Mésocéphale.* — 190 grammes. Granulations du plancher du 4^e ventricule.

L'examen histologique du pied de la 3^e frontale gauche a été pratiqué par notre ami le Dr G. Marinesco (coloration à la safranine après durcissement dans l'alcool). En voici les résultats : La couche superficielle névroglique est épaissie; les *cellules araignées* sont plus nombreuses et plus volumineuses qu'à l'état normal. Les *fibres tangentielle*s et les fibres superradiées sont diminuées, presque disparues. Les *vaisseaux capillaires* de l'écorce sont dilatés; leurs parois, légèrement épaissies, sont le siège d'une infiltration cellulaire qui est assez abondante dans quelques artérioles de la substance grise; les veines sont dilatées et pleines de sang; çà et là, autour d'elles, on remarque de véritables petits nodules inflammatoires leucocytaires.

La lésion vasculaire porte non seulement sur les vaisseaux de la substance grise, mais aussi sur ceux de la substance blanche, dont la gaine adventice contient un grand nombre de leucocytes : cette altération dénote d'une façon évidente une irritation vasculaire. Les vaisseaux qui sont contenus dans les prolongements intracorticaux de la pie-mère présentent les mêmes lésions. A l'intérieur de certains vaisseaux, et quelquefois dans leurs parois, on trouve des corpuscules fortement colorés par les couleurs d'aniline, homogènes d'aspect, pouvant atteindre 16  $\mu$ .

Les *cellules étoilées* ou cellules névrogliques, sont légèrement multipliées dans les diverses couches de la substance grise.

Les *cellules pyramidales*, présentent en certains endroits (car les lésions sont discrètes), à leur périphérie (espace-péri-cellulaire), ou bien à l'intérieur de leur protoplasma, des noyaux ronds qui appartiennent manifestement à des leucocytes mononucléaires; il s'agit là d'une invasion de la cellule nerveuse par des phagocytes. Cette lésion intéresse la plupart des couches de Meynert; elle est très rare dans les grandes cellules pyramidales.

*Moelle.* — On constate, surtout dans la région lombaire, un léger degré de sclérose des faisceaux pyramidaux, avec prédominance au sommet du triangle pyramidal.

**RÉFLEXIONS.** — Nous ne croyons pas devoir insister sur le

diagnostic de paralysie générale. L'histoire clinique de la malade est par elle-même suffisamment démonstrative. Les signes d'affaiblissement psychique (diminution de la mémoire, de l'intelligence, modifications du caractère); la nature des troubles délirants (idées ambitieuses et hypocondriaques absurdes, contradictoires et mobiles; accès d'agitation maniaque automatique); les phénomènes somatiques (ictus cérébraux, hésitation de la parole, troubles pupillaires, tremblement des doigts et de la langue, exagération des réflexes); la marche de la maladie, avec une période de rémission caractérisée par la disparition des troubles délirants et la persistance des symptômes essentiels de la démence paralytique, tous ces faits ne permettaient pas d'hésiter à formuler un diagnostic que vinrent confirmer les résultats de l'autopsie, tant au point de vue macroscopique, qu'au point de vue microscopique.

Nous ne rappellerons également que pour mémoire certains points de détail de notre observation : à savoir l'*alcoolisme du père*; la *syphilis probable* de la malade (trois enfants mort-nés — deux enfants morts en très bas âge — rhagades de la langue — exostose crânienne); l'apparition à la période prodromique de *phénomènes hystérisiformes* (boule hystérique, étouffements, convulsions); l'existence d'un certain degré de *tachycardie*, d'un léger ptosis du côté gauche, du nasonnement observé dans les derniers mois de la maladie.

Il est d'autres particularités sur lesquelles il nous faut insister par suite de leur grand intérêt clinique : nous voulons parler de l'apparition, au cours d'une période de rémission, d'hallucinations motrices verbales, — de leur persistance pendant plus d'une année, — de leur existence en tant que symptôme psychique isolé et en particulier sans l'adjonction d'autres troubles hallucinatoires, — de leur association étroite avec un état d'excitation des centres des muscles masticateurs — de leur dépendance d'une lésion corticale localisée — de leur rôle important dans la genèse d'un délire de persécution et de réactions à forme mélancolique — et enfin de la variété d'aspect des accès délirants survenus au cours de la maladie (accès maniaques, mélancoliques, délire de grandeur, idées de persécution avec tendance à la systématisation, idées hypocondriaques, délire hallucinatoire aigu). Examinons méthodiquement ces divers points :

I. — *Hallucinations motrices verbales.*

Sous ce nom on désigne, on le sait, des hallucinations verbales d'une nature particulière, bien décrites par Baillarger sous le nom d'*hallucinations psychiques*. Tandis que les hallucinés de l'ouïe entendent, avec une netteté qui entraîne la conviction, des *voix sonores*, retentissant à leurs oreilles avec tous les caractères des sensations auditives normales, le patient atteint d'hallucinations motrices verbales, parle de *voix intérieures, secrètes, de voix sans son, qui parlent en pensée, de chuchotements*. Lui demande-t-on où il perçoit cette voix, il déclare ne pas l'entendre dans les oreilles, mais la sentir formulée dans la bouche, la gorge, la poitrine : « Ce sont, dit-il, des voix intérieures qui parlent silencieusement, des voix qui ne sont pas des voix, qui ne résonnent pas aux oreilles... il semble qu'une langue, placée dans la poitrine, articule tout intérieurement. »

Baillarger avait bien vu une des caractéristiques de ces hallucinations, à savoir, l'absence d'images sensorielles auditives, et le mot d'hallucinations psychiques avait pour but de mettre en évidence cette distinction, opposé qu'il était au terme d'*hallucinations psycho-sensorielles*¹. Mais, pour lui, ces fausses perceptions se rapportaient cependant presque exclusivement au sens de l'ouïe et restaient bornées à l'intelligence. En réalité, ces hallucinations, ainsi que l'a montré M. Séglas, ne contiennent aucun élément sensoriel auditif; elles ont pu être définies par cet auteur comme constituées par la représentation des mouvements d'articulation des mots, et comme intéressant la fonction du langage articulé dans ses éléments psycho-moteurs, d'où le nom d'*hallucinations verbales psycho-motrices*².

A l'état normal, quand nous prononçons mentalement un mot, nous percevons, à l'état faible, dans le gosier, la langue, les lèvres, des sensations musculaires, tactiles, articulaires qui sont les résidus des images kinesthétiques provoquées par

¹ Baillarger. — *Physiologie des hallucinations*; in *Recherches sur les maladies mentales*, 1890.

² J. Séglas. — *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage. Les hallucinations psycho-motrices*. *Progrès méd.*, 18, 25 août 1888. — *Des troubles du langage chez les aliénés*. *Biblioth. Charcot-Debove* 1892.

l'articulation des mots (écho musculaire de Maine de Biran ¹). L'*hallucination motrice verbale* ou *kinesthétique verbale* n'est pas autre chose que la reproduction, avec une intensité pathologique, de ces images sensitives, qui, suffisamment fortes, sont reportées à la périphérie, de sorte que le sujet sent se produire dans les organes de la phonation des mouvements d'articulation et perçoit ainsi des paroles sans l'intervention d'images auditives. Les centres dits moteurs sont en réalité mixtes ou sensitivo-moteurs (Tamburini), pour ne pas dire uniquement sensitifs (Munk, J. Soury) : le pied de la troisième frontale, centre des mouvements d'articulation, est donc le siège des sensations provoquées par les mouvements des organes de la phonation. L'éréthisme de ce centre produira : 1° la représentation de ces mouvements, les sensations motrices verbales ; « 2° un courant nerveux centrifuge qui, suivant le degré d'irritation pathologique du centre considéré, déterminera dans les nerfs et dans les muscles destinés à l'articulation, ou des états faibles d'innervation périphérique qui, sans qu'il y ait d'articulation véritable, provoqueront une sensation analogue pour la conscience ; ou des rudiments d'articulation perceptibles seulement pour le malade ; ou des mouvements réels, mais toujours sans qu'aucune parole soit prononcée en réalité. Toutefois, avec la durée et l'intensité de l'excitation du centre cortical, une émission de mots pourra se produire... » (J. Soury ²).

On ne peut s'attendre à trouver chez une paralytique générale l'*hallucination motrice verbale* analysée dans le détail comme sait le faire un délirant chronique. Cependant, chez notre malade, l'existence de ce genre d'*hallucinations* avec leurs caractères essentiels ne saurait être contestée. Rappelons qu'elles se produisirent en pleine rémission, alors que les phénomènes délirants avaient disparu, que le calme et la lucidité étaient revenus : l'absence de tout autre symptôme concomitant, l'amélioration de l'état mental permettait à la patiente de donner avec une exactitude très suffisante la description de ses *hallucinations*. Pendant plus d'une année, il nous fut pos-

¹ Voir sur ce sujet :

Gilbert Ballet. — *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*. 2^e édit. Paris 1888, p. 46.

Jules Soury. — *Les fonctions du cerveau*. 2^e édit. Paris, 1892.

² J. Soury. — *Loc. cit.*, p. 370.

sible de les observer d'une façon quotidienne, et de constater l'absence d'autres troubles hallucinatoires et en particulier d'hallucinations de l'ouïe. Nous ne pûmes qu'une seule fois mettre en évidence le retentissement sur le centre auditif verbal de l'éréthisme du centre moteur d'articulation : la malade nous ayant déclaré que « les chuchotements qu'elle avait dans la bouche lui répondaient dans l'oreille ».

Cette apparition et cette *persistance à l'état isolé* des hallucinations motrices verbales n'a pas été un des traits les moins curieux de cette observation. La description qu'en donnait la malade était des plus caractéristiques : « *On me parle dans la bouche, répétait-elle... je n'entends pas les paroles, mais je les comprends..., on me chuchote..., on me téléphone dans la bouche et dans les dents.* » Si, à de rares intervalles et à une période déjà avancée, il lui est arrivé d'employer en parlant de ses hallucinations, le mot « voix », le plus souvent elle s'exprime différemment : « *J'entends crier dans la bouche, dit-elle, on me parle dans les dents.* » Elle proteste énergiquement, s'impatiente quand on lui demande si elle a des « voix » et insiste en disant : « *Je n'ai pas de voix... je n'entends rien dans les oreilles... ce n'est ni une voix d'homme, ni une voix de femme.* » En novembre 1892, comme nous l'interrogeâmes à ce sujet, P... nous fit une réponse très significative : « *M^{me} X a des « voix », dit-elle, en nous montrant une malade en proie à des hallucinations de l'ouïe très actives, mais moi je n'ai pas de « voix »... Je sais bien ce que c'est que des voix : j'en ai eu quand j'étais folle (dans les premiers mois de son séjour à l'asile, la malade a, en effet, eu des hallucinations de l'ouïe très accusées...): moi... on me presse sur les dents, on me parle là dedans.* » Cette répugnance des sujets atteints d'hallucinations motrices verbales à se servir du mot « voix » a déjà été signalée par Baillarger, qui fait remarquer que certains de ces hallucinés n'emploient, disent-ils, le mot voix, que faute d'un autre plus convenable.

Les hallucinations motrices verbales sont localisées, comme toutes les sensations physiologiques ou pathologiques, dans les organes périphériques où se produit l'impression à l'état normal. Dans l'espèce, cette localisation doit donc avoir lieu dans les régions d'où partent les impressions kinesthétiques qui se produisent dans le langage articulé (organes de la phonation). C'est habituellement la *langue* qui semble au sujet

être le siège des mouvements d'articulation (cette localisation s'explique d'elle-même); souvent c'est la *gorge*, les *lèvres* (sensations musculaires et autres émanées du larynx, de la bouche); ce sont aussi la *tête*, l'*épigastre*, la *poitrine*, l'*estomac*, le *diaphragme*, le *ventre*, le *dos*. Ces diverses localisations, singulières au premier abord, du siège des hallucinations motrices verbales, s'expliquent par ce fait que les sensations tactiles, musculaires des lèvres et de la langue ne sont pas les seules qui se produisent au cours de l'articulation des mots. Il faut tenir compte, en outre, des sensations kinesthétiques variées émanées du larynx, des muscles respiratoires et enfin des muscles masticateurs.

« Les deux phénomènes musculaires (expiration volontairement réglée et mouvements phonateurs du larynx) qui précèdent, dit M. Paul Raugé¹, et préparent l'articulation intrabuccale, sont aussi indispensables qu'elle à la formation de la parole et font partie intégrante et nécessaire de l'acte d'ensemble... Trois actes aussi clairement volontaires et aussi indéniablement cérébraux doivent être représentés dans l'écorce... dans des zones distinctes, mais fonctionnellement réunies et anatomiquement associées entre elles par un système de fibres anastomotiques. »

Ces points étant admis, on comprend que l'éréthisme du centre cortical du langage articulé retentisse, chez les hallucinés que nous étudions, sur les centres sensitivo-moteurs corticaux respiratoire et laryngé avec lesquels le centre d'articulation verbale fonctionne synergiquement; de là, aux hallucinations kinesthétiques d'articulation, l'adjonction si fréquente des hallucinations kinesthétiques associées des muscles du larynx et des muscles respiratoires (localisation des voix dans la gorge, la poitrine, l'épigastre, le diaphragme, etc.).

Dans notre cas, l'hallucination motrice verbale n'était localisée dans aucun des organes périphériques signalés dans les observations antérieures, mais bien dans les *dents*; les hallucinations étaient en effet le plus souvent accompagnées de phénomènes convulsifs des muscles des mâchoires qui produisaient tantôt des mouvements de mastication, tantôt des grincements de dents.

¹ Paul Raugé. — *Sur les centres psycho-moteurs de la parole articulée. Bulletin médical*, 29 juin 1892.

II. — *Association des hallucinations motrices verbales et des contractions spasmodiques des muscles masticateurs.*

Si l'existence de spasmes produits par l'éréthisme du centre cortical moteur du trijumeau (centre masticateur) est un phénomène banal à la période avancée de la paralysie générale (mâchonnement, grincement des dents), la chose est plus rare au début de la maladie et au cours des rémissions. Quant à la *persistance* de ces spasmes durant seize mois, et à leur *association avec hallucinations motrices verbales* ces faits, jusqu'alors non observés, méritent d'attirer l'attention.

Les *mouvements de mastication* étaient en général d'une amplitude faible, et se reproduisaient suivant un rythme assez lent, comparable à celui de l'articulation scandée; parfois s'établissait passagèrement un certain degré de *trismus*. L'intensité des *mouvements de latéralité* (ptérygoïdiens internes) était souvent très grand; ils produisaient une véritable souffrance chez la malade qui s'écriait: « C'est horrible... On me brise les dents. » Leur reproduction incessante n'était pas moins notable; ils duraient parfois toute la nuit, empêchant le sommeil de P... et de ses voisins de lit, qui s'en plaignaient vivement. Nous n'avons jamais pu constater de trismus prolongé, ni de spasme glosso-labié.

Ajoutons que ces contractions des muscles masticateurs étaient non seulement absolument involontaires, mais tout à fait irrésistibles. « Je n'irais pas broyer mes dents toute seule pour me faire du mal, nous disait la malade ».

Le phénomène le plus intéressant est sans contredit l'association étroite des troubles hallucinatoires du centre moteur d'articulation verbale et des convulsions dues à l'éréthisme du centre masticateur: ces deux symptômes étaient presque toujours simultanés et lorsque l'hallucination motrice verbale se produisait, on pouvait percevoir par le toucher les contractions rythmiques des masséters et des temporaux. Bien plus, quand P... communiquait mentalement avec ses persécuteurs, qu'elle les interrogeait, ses masséters se contractaient simultanément. La malade traduisait ce fait dans son langage imaginé en disant: « Je n'entends rien dans mes oreilles... c'est mes dents qui marchent: *j'entends dans les dents... j'ai une persécution dans les dents.* On me serre les dents, on me parle là dedans. »

La solidarité pathologique des hallucinations kinesthétiques verbales et des spasmes des muscles masticateurs est un fait qui, bien qu'exceptionnel, est de même ordre que les localisations périphériques des hallucinations verbales dans les organes dont le fonctionnement est associé à celui de l'articulation verbale (diaphragme, etc.). Comme les muscles respiratoires, comme les muscles du larynx, les muscles annexés à la mâchoire inférieure entrent en effet en jeu dans le langage articulé (élévation et abaissement de la mâchoire inférieure, tension du plancher buccal), et l'on ne saurait s'étonner de les voir fonctionner synergiquement à l'état pathologique, puisqu'ils sont en rapports intimes et nécessaires à l'état physiologique.

Chez notre malade l'hallucination motrice verbale ne paraît pas avoir été accompagnée, comme la chose arrive fréquemment de mouvements d'articulation de la langue qui, chez certains sujets, « se meut involontairement pendant que parle la voix intérieure » (CHARCOT). Mais il faut savoir que ces mouvements sont parfois inconscients (SÉGLAS), et qu'ils peuvent rester ignorés des sujets. Il n'est pas invraisemblable que chez P..., l'hallucination s'accompagnant de spasmes douloureux des muscles masticateurs, les mouvements de la langue aient pu passer inaperçus.

En revanche, nous avons observé pendant les hallucinations motrices verbales des mouvements des lèvres.

Nous devons rechercher si, avant le début de l'affection, M^{me} P..., aurait dû, comme le fait a été signalé, être rangée dans la catégorie des sujets chez lesquels prédominent les représentations motrices d'articulation et qui parlent mentalement leur pensée (type moteur). Mais l'état mental de la malade se prêtait difficilement à une pareille analyse. Notons seulement que P... savait lire et écrire, qu'elle n'avait pas, au dire de sa sœur, l'habitude de parler seule. En la faisant lire mentalement nous avons constaté que la lecture s'accompagnait toujours de mouvements des lèvres; tous les mots étaient articulés.

L'attitude de M^{me} P..., au moment où se produisait l'hallucination motrice verbale, était très caractéristique; la malade cesse alors de nous regarder, devient soudain attentive, préoccupée, exécute des mouvements de mâchonnement qui durent quelques minutes, et pendant lesquels, si on lui adresse la

parole, elle fait signe de la main qu'on attende, qu'elle ne peut répondre; puis elle nous répète ce qu'on lui a dit pendant que se produisaient ces mouvements. Souvent la scène est pénible: on entend un grincement de dents d'une intensité extraordinaire; la physionomie exprime une vive souffrance; enfin la malade prend violemment à partie ses interlocuteurs imaginaires. Parfois, pour empêcher le grincement des dents, P..., maintient avec la main la mâchoire inférieure abaissée, ou mord une serviette; elle s'est même mordu les bras.

²³ L'association de spasmes des muscles innervés par le trijumeau avec des troubles du langage a déjà été signalée dans la paralysie générale et dans d'autres affections cérébrales.

M. Christian rapporte l'observation d'un malade de cinquante et un ans, non paralytique, mais habituellement plongé dans un certain état de torpeur intellectuelle: « il avait de la peine à parler, et en outre il avait un grincement des dents presque continu qui finissait par l'agacer, disait-il, et auquel il remédiait en plaçant son mouchoir entre les arcades dentaires ⁴. » Souvent le grincement de dents très accentué est un symptôme de la dernière période de la paralysie générale qui se manifeste alors que le patient est presque incapable d'articuler aucun mot; il coïncide encore avec des accès de mutisme.

Bayle parle d'un paralytique général chez lequel en outre de convulsions épileptiformes limitées au côté droit, on constatait des grincements de dents très accusés en même temps qu'une impossibilité de parler malgré tous les efforts que faisait le sujet ².

M. Kœnig a observé, également chez des paralytiques, des convulsions des muscles masticateurs coïncidant avec des troubles passagers du langage ³. La première malade se plaint « d'une crampe quand elle veut parler », qui l'empêche de continuer à articuler: elle ne cesse pas de remuer les lèvres et fait des efforts pour triompher de l'obstacle à l'articulation; elle ne sent rien à la langue, qui ne peut exécuter que des mouvements lents; il y a des troubles respiratoires. Puis la parole redevient normale après quelques balbutiements. Il

¹ Christian. — *Epilepsie, folie épileptique*. Masson, 1890, p. 67.

² Bayle. — *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, 1826, p. 238.

³ Kœnig. — *Ueber passagere Sprachstörungen bei progressiver Paralyse*. Allgemeine Zeitsch. f. Psychiatrie, t. XLIX, p. 143-159. Berlin 1892.

s'agit d'épilepsie corticale, portant sur les centres moteurs du trijumeau, de l'hypoglosse et du facial. Chez une autre femme, les troubles de la parole, caractérisés par une impossibilité complète de parler survenant par accès, s'accompagnaient de contractions toniques du bras gauche et de crampes des muscles masticateurs : la bouche, entr'ouverte, ne pouvait être ni fermée ni ouverte complètement, la langue ne pouvait être remuée.

Ce qu'il y a de particulier dans notre cas, et ce qui est d'accord avec ce que nous savons au point de vue anatomique et physiologique sur des rapports les centres corticaux intéressés, c'est d'une part, la précocité (attaque épileptiforme avec *trismus* dès le début de l'affection), l'intensité et la permanence des spasmes des muscles masticateurs, d'autre part l'irradiation presque constante de l'état d'éréthisme du centre moteur du trijumeau au centre moteur verbal d'articulation et réciproquement.

Les hallucinations motrices verbales n'ont guère été étudiées dans la paralysie générale : il n'en est pas fait mention dans les travaux de Baillarger sur les hallucinations psychiques, ni dans le livre de Brière de Boismont sur les hallucinations, ni dans les recherches spéciales de Claus¹, de Jung², de Gellhorn³, d'Obersteiner⁴ sur les hallucinations dans la paralysie générale, ni enfin dans les travaux cités précédemment de M. Séglas sur les hallucinations psycho-motrices. Nous ne les avons trouvées notées, d'une façon très brève d'ailleurs, comme on va en juger, que par M. Girma⁵ qui dans un chapitre intitulé : *Hallucinations psychiques chez des paralytiques généraux à la première période ou en rémission*, en

¹ Claus. — *Ueber das Vorkommen von Hallucinationen bei der Dem. paral.* All. Zeitsch. f. Psych. 1878, p. 551.

² Jung. — *Ueber Sinestäuschungen paral.* Frauen. Ibid., 1879, p. 406.

³ Gellhorn. — *Die Hallucinationen bei der Dem. paral. und eine kurze kritik ders.* Inaug. Diss. Marburg 1890. Anal. in Allg. Zeitsch. f. Psych. 1891.

⁴ Obersteiner. — *Hallucin. im Verlaufe der Progres. Paralyse.* Internat. Klin. Rundschau, 1892, n° 4. Anal. in Allg. Zeitsch. f. Psych. 1893. (Nous faisons des réserves pour les travaux de Gellhorn et d'Obersteiner, n'ayant eu à notre disposition que les analyses dont ils ont été l'objet.)

⁵ Girma. — *Des hallucinations dans la paralysie générale.* Thèse Paris, 1881.

cite trois cas observés dans le service de M. Christian. Nous reproduisons ci-dessous *in extenso* ce qui a trait dans les observations de l'auteur aux hallucinations motrices verbales :

OBSERVATION XIII. — Au milieu du calme le plus complet (le patient est en rémission), les hallucinations reparaissent, mais elles ne semblent pas enchaîner au même point la conviction du malade qui les discute et les considère quelquefois comme des illusions de son esprit; il a conscience qu'elles ne viennent pas du dehors, qu'elles se développent sur place dans le cerveau. (Hallucinations psychiques).

OBSERVATION XIV. — Paralyse générale à la première période : état stationnaire pendant plus d'un an, lucidité intellectuelle assez conservée; pendant toute cette époque hallucinations psychiques, toujours de même nature. Le malade entend la voix de Dieu articulée comme l'est celle des hommes, mais elle n'a aucun caractère d'extériorité : il a conscience qu'elle se développe dans son cerveau..... Idées de grandeur.

OBSERVATION XV. — Au cours d'un accès mélancolique chez un paralytique, « des hallucinations qu'on peut rapporter au sens de l'ouïe se manifestent; on lui conseille de ne plus manger; il reconnaît bien que personne n'est là pour lui tenir ce langage, mais il n'en doit pas moins obéir à cette voix intérieure. »

Dans la monographie très complète que M. Mendel a consacrée à l'étude de la paralyse générale¹, nous ne trouvons rien de précis au chapitre des hallucinations : l'auteur se borne à dire, à propos de la fréquence des hallucinations dans la démence paralytique, qu'il faut distinguer de celles-ci les hallucinations psychiques, les simples conceptions délirantes, les rêves. En revanche, dans les pages consacrées aux *conceptions délirantes* de la paralyse progressive, une courte notice que nous reproduisons également dans ses détails, fait allusion à l'existence chez un sujet atteint de paralyse générale (diagnostique confirmé par l'autopsie), d'*obsessions* au cours d'un accès mélancolique et hypocondriaque. Le patient se plaignait d'être *obsédé sans cesse par des maximes latines* et de ne pouvoir qu'à grand'peine s'empêcher de les prononcer; puis, c'étaient des refrains de chansonnettes qui le poursuivaient. *C'est, disait-il, comme si ces voix me venaient à la langue.*

¹ Mendel. — *Die progressive Paralyse der Irren*. Berlin, 1880.

Il n'y a pas trace, ajoute M. Mendel, d'hallucinations¹. Pour nous, il s'agit, à n'en pas douter, d'onomatomanie compliquée d'hallucinations motrices verbales.

### III. — Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous rappellerons seulement que le diagnostic de paralysie générale fut confirmé par les résultats de l'examen microscopique (méningo-encéphalite, ulcérations de la substance corticale, granulations de l'épendyme ventriculaire), et par ceux de l'examen histologique (lésion des cellules névrogliques, des vaisseaux de l'écorce et de la substance blanche, envahissement des cellules pyramidales par des leucocytes, lésions médullaires).

Un point plus intéressant doit nous retenir : on sait, — M. Magnan l'a montré, — que certains symptômes exceptionnels de la paralysie générale (aphasie, surdité verbale, accidents spasmodiques et paralytiques, etc.) relèvent soit d'une prédominance de l'encéphalite interstitielle au niveau de certains territoires de l'écorce, soit même de lésions circonscrites surajoutées (foyers d'hémorragie, de ramollissement, etc.)². Notre malade ayant succombé, non pas aux progrès de la paralysie générale, mais bien à une affection intercurrente (pneumonie), nous pouvions espérer rencontrer des lésions encore peu étendues, et dont la localisation, en rapport avec les symptômes, viendrait confirmer l'hypothèse de Crichton-Browne et de A. Foville : ces auteurs pensaient, on le sait, que le grincement des dents tenait à une lésion des centres moteurs de l'écorce qui ont sous leur dépendance les mouvements des mâchoires³.

L'autopsie nous a en effet montré que les adhérences des

¹ Mendel. — *Loc. cit.*, p. 114.

² Magnan. — *Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale.* (*Soc. de Biologie*, 8 nov. 1879.) *Localisations cérébrales dans la paralysie générale. Lésions accidentelles (congestions et hémorragie corticales) surajoutées à l'encéphalite chronique interstitielle diffuse.* (*Revue mensuelle de médecine*, déc. 1877); in *Recherches sur les centres nerveux*, 2^e série, Masson, 1893.

³ A Foville. — *Des relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions fronto-pariétales.* Académie de médecine, 5 déc. 1876. (*Annal. méd. psychol.*, 1877.)

méninges à l'écorce étaient très circonscrites, et qu'elles siègeaient *symétriquement* sur les deux hémisphères, intéressant, au niveau de la zone sensitivo-motrice, la troisième frontale, le quart inférieur des circonvolutions rolandiques, et en dehors des territoires dits moteurs, la frontale interne et l'extrémité antérieure du lobe frontal. Ces foyers maxima de méningo-encéphalite comprennent donc précisément cette partie de l'écorce dont les symptômes observés pendant la vie avaient traduit l'excitation, à savoir : le *centre sensitivo-moteur verbal* (pied de la F³), siège des résidus des images kinesthétiques correspondant aux mouvements d'articulation, et le *centre masticateur* du trijumeau (pied de la frontale ascendante). Cette dernière localisation, qui nous intéresse tout particulièrement en raison de la contiguïté de ce centre avec le centre d'articulation et des connexions physiologiques qui les unissent, peut être considérée comme définitivement acquise¹.

Les expériences de Ferrier sur différentes espèces animales avaient conduit ce physiologiste à localiser le centre masticateur dans le tiers postérieur de la troisième frontale et dans le tiers inférieur des circonvolutions centrales, et plus particulièrement à la *partie inférieure de la frontale ascendante*. « C'est, dit Ferrier, de tous les centres excito-moteurs, celui qui est le plus antéro-inférieur. » Hitzig le plaçait au-dessous de la scissure de Sylvius; Beevor et Horsley le localisent dans la partie inférieure de la frontale ascendante, en arrière du centre du pharynx, situé lui-même en arrière du centre du larynx. Les observations cliniques confirment ces données expérimentales². Rappelons brièvement le fait de Seeligmuller (convulsions des muscles masticateurs durant dix minutes; mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement. Autopsie : tumeur de la partie inférieure de la pariétale ascendante gauche comprimant les parties voisines); — les observations de Pétrina (1^{er} cas : trismus durant un jour; à l'autopsie : tumeur du volume du poing entre les circonvolutions cen-

¹ D. Ferrier. — *Les fonctions du cerveau.*, trad. franç. 1878, p. 78, 230, 239, 253.

Grasset. — *Des localisations dans les maladies cérébrales*, 1880.

F. Raymond et Artaud. — *Contribution à l'étude des localisations cérébrales.* (Arch. de Neurologie, 1884.)

Ferrier. — « *The Croonian lectures* » sur les localisations cérébrales, trad. franç. Sorel. (Arch. Neurologie, 1891, n° 61.)

² Lépine. — *Du trismus d'origine cérébrale.* (Revue de médecine, 1882.)

trales; — 2^e cas : trismus très accentué. Autopsie : gliome du volume d'une pomme dans le lobe pariétal gauche, comprimant les deux tiers inférieurs de la frontale ascendante et l'insula; — le fait de Senator (trismus et aphasie causés par un abcès renfermant 50 grammes de pus et ayant incomplètement détruit la partie postérieure de F³ et aplati F¹ et F³). Rappelons aussi les cas de Hirt¹ (mouvements convulsifs, puis paralysie isolée double des muscles masticateurs, par lésion unilatérale du tiers inférieur de la circonvolution centrale antérieure et du pied de F² et F³); — de Langer² (aphasie avec trismus intense, suivis de paralysie des muscles masticateurs; autopsie : ramollissement des T¹ et T², de l'insula et de la partie adjacente de la frontale ascendante); — de Barlow³ (paralysie de tous les mouvements volontaires de la bouche et de la langue : ramollissement jaune bilatéral de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante et du pied des F¹ et F²); — de Verneuil (enfonce-ment des os du crâne; spasmes de la langue et des mâchoires. Contusion occupant la scissure de Sylvius, depuis le lobe sphénoïdal jusqu'à la F³); — de M. Lépine (trismus permanent à l'état isolé, foyer hémorragique bilatéral de la grosseur d'un œuf de pigeon sous-jacent à la substance grise de l'insula et du pied de la FA.).

Citons enfin, d'après M. Lépine⁴, le cas d'Oulmont (paralysie des muscles masticateurs; autopsie : foyer ocreux limité en avant par la coupe pédiculo-frontale, en arrière par la coupe pariétale, et ayant disséqué l'insula et le pied de F³); — celui de Magnus (parésie des muscles de la mâchoire : kyste hémorragique ayant détruit deux circonvolutions au bord externe de l'hémisphère droit, là où le lobe antérieur et le lobe moyen se confondent); — celui de M. Féré (difficulté pour ouvrir la bouche, mouvements très limités; autopsie : lésions bilatérales, insula et pied de F³, partie moyenne du segment externe du noyau lenticulaire; — l'observation de M. Boix (trismus isolé durant quatre jours, suivi d'attaques tétani-

¹ Hirt. — *Localisation du centre cortical des muscles masticateurs chez l'homme*. Rev. Hayem, t. XXXII, p. 114.

² Langer. — *Des paralys. des muscles de la mastication et du trismus dans les maladies cérébrales en foyer*. Wien. med. Wochensch., 1886 (cité par Boix).

³ Ferrier. — *De la localisation des maladies cérébrales*, p. 136.

⁴ Lépine. — *Revue mensuelle de chirurgie*, 1877.

formes; autopsie : semis de tubercules au niveau des circonvolutions rolandiques et du pied des frontales¹.

De ces faits cliniques et expérimentaux, on peut conclure à l'existence d'un centre cortical des mouvements de mastication au niveau de l'*extrémité inférieure de la frontale ascendante*. L'observation que nous rapportons ici tend à confirmer cette localisation.

Ajoutons, puisque nous sommes amenés à parler du centre masticateur, qu'on a cru devoir admettre, sans raison suffisamment démonstrative à notre avis, que ce centre cortical était moins excitable que les autres. En réalité, le centre moteur du trijumeau paraît très sensible aux divers excitants. On connaît la fréquence du *mâchonnement*, des *mouvements de déglutition* dans le vertige épileptique dont ils constituent souvent les seuls troubles moteurs, dans la paralysie générale. On a signalé l'apparition du *trismus* comme signe précurseur de l'accès convulsif épileptique, et comme symptôme réflexe provoqué, chez des hystériques, par les lésions des dents, du maxillaire, des traumatismes; rappelons aussi la fréquence du *grincement de dents*, des *mouvements de dégustation* chez les idiots, chez les paralytiques généraux, les hystériques, dans l'épilepsie absinthique expérimentale, dans les lésions circonscrites du cerveau. En outre, le centre masticateur est parfois un des premiers à réagir sous l'influence des toxiques, qu'ils soient appliqués directement sur l'écorce (Landois) ou ingérés : absinthe (grincements de dents); santonine, térébenthine, œnanthe (trismus)²; urémie (trismus et grincements de dents)³; intoxications d'origine infectieuse (toxine du tétanos, toxine de la tuberculose) (Boix). En outre, cette prétendue excitabilité faible du centre masticateur, n'est pas confirmée, ainsi que le fait remarquer M. Boix, à qui nous empruntons l'exposé de ce point de la physiologie de trijumeau, par les expériences de Luciani et Tamburini : ces auteurs ont observé que le centre des mouvements des lèvres et des mâchoires était le plus exci-

¹ Boix. — *Contribut. à l'étude de la tuberculose méningée de l'adulte forme-tétanique. Trismus d'origine cérébrale.* (Revue de médecine, 1893, p. 413.)

² Legrain. — *Étude sur les poisons de l'intelligence.* (Annal. méd. psych., 1891-92.)

³ Potain. — *Sur un cas d'urémie.* (Annal. de méd. scientifique et pratique, 19 juillet 1893.)

table. Tarchanoff, Langlois ont vu ce centre apparaître le premier chez les animaux nouveau-nés. D'autre part, le centre masticateur, dont les fonctions sont pour M. Lépine aussi peu cérébrales que possible, commande en réalité également à des mouvements volontaires qui jouent un rôle important dans la phonation : or, on sait que l'excitabilité des centres moteurs paraît être en raison directe de la fréquence des mouvements volontaires dont ils sont l'origine ¹.

#### IV. — États délirants.

Au point de vue des accès délirants survenus au cours de la démence paralytique et de la période de rémission, nous avons à noter certains points intéressants. On peut considérer quatre accès délirants : le *premier*, caractérisé par un état de *dépression mélancolique* avec des idées de suicide, de persécution et de ruine, du refus d'aliments, a souligné pour ainsi dire la période de début. Il a duré environ un mois.

Quelques semaines après survient le *deuxième accès* qui provoque l'internement : c'est alors un *état d'excitation maniaque* avec idées de grandeur et de persécution : la malade fait des achats inutiles, commet des excès de boisson; des hallucinations auditives et visuelles se manifestent et provoquent le retour de quelques idées mélancoliques. Cet accès dura trois mois avec la même activité délirante, la même intensité des troubles hallucinatoires. Ceux-ci et surtout les hallucinations auditives paraissent avoir tenu sous leur dépendance les *idées de persécution* et les réactions violentes qui se manifestaient. Puis les hallucinations diminuèrent, disparurent; l'excitation tomba, les idées délirantes s'effacèrent : la malade entra franchement en *rémission*. Il ne subsista pendant longtemps d'autres symptômes qu'une légère hésitation de la parole et un certain optimisme.

C'est au cours de cette période de rémission très accentuée que survint le *troisième accès délirant*. La persistance d'hallucinations motrices verbales de nature pénible, très actives, provoqua des idées de persécution avec tendance à la systématisation. Ce *délire de persécution* qui dura plusieurs mois,

¹ Boix. — *Loc. cit.*, p. 433-434.

sans que la malade, pareille à une véritable délirante systématique, fût empêchée de s'occuper régulièrement dans un atelier de l'établissement, nous paraît avoir été d'une façon évidente sous la dépendance des troubles hallucinatoires, eux-mêmes tout à fait localisés au centre d'articulation ; la malade est accusée d'actes odieux, on la menace de lui brûler la cervelle, de la mettre en prison, on la tutoie, en lui disant qu'elle ne sortira pas, etc. M^{me} P... se trouvait alors en rémission, l'intelligence était suffisamment conservée : aussi, après une période assez longue d'hésitation pendant laquelle la patiente se demandait « ce que tout cela voulait dire, » « ne comprenait pas, » le délire tendit à s'organiser, et avec le temps une ébauche de systématisation se dessina. Aux mots vagues du début (*on* la calomnie, *on* l'injure, *on* lui parle dans les dents, *on* la fait trembler dans son lit), P... substitua des termes plus précis : elle désigna ceux qui la tourmentaient par leur nom (« c'est Léontine. c'est M. M... »). Cependant on ne put jamais lui faire préciser la cause des persécutions dont elle se croyait victime. Les interprétations de ses sensations anormales, les réactions provoquées par les hallucinations, l'attitude, le langage même de la malade furent ceux des délirants chroniques, des persécutés ordinaires : « C'est l'électricité, disait-elle, c'est le téléphone qui parle dans ma bouche ; » et elle entamait un *dialogue* animé avec ses persécuteurs, silencieuse et attentive, tandis que se produisait l'hallucination motrice rendue visible pour ainsi dire à l'observateur par les mouvements simultanés de mastication ou de diduction, puis se répandant contre ses interlocuteurs en invectives énergiques, menaçant d'aller porter plainte aux autorités si l'on ne mettait pas fin à ses tourments.

L'existence chez notre malade, au cours d'une rémission, d'idées de persécution avec tendances à la systématisation, doit faire rapprocher notre observation des faits récemment étudiés par notre maître, M. Magnan ¹. Dans ses dernières leçons cliniques, M. Magnan a montré, en effet, qu'au début de la paralysie générale et pendant les rémissions on pouvait rencontrer des délires systématiques. Il a présenté un paralytique en voie de rémission chez lequel un délire de persécution s'était développé et se systématisait d'autant mieux que

¹ V. Magnan. — *Des délires systématisés.* (Bulletin médical, 29 novembre 1893.)

l'amélioration augmentait; à deux reprises, un ictus étant venu aggraver la paralysie générale, le délire systématique s'effaça pour reparaitre avec l'amélioration des symptômes de l'encéphalite interstitielle.

D'autre part, chez notre malade, sous l'influence des idées de persécution, se produisirent, à un moment donné, des réactions très particulières : nous voulons parler de véritables bouffées à forme *mélancolique*, qui venaient se greffer sur les idées de persécution et qui coïncidaient avec un redoublement des troubles hallucinatoires. Ces épisodes passagers, qui mettaient en évidence les tendances mélancoliques déjà révélées par le premier accès, étaient caractérisés par des crises de larmes, de désespoir, des idées de culpabilité reproduisant le contenu des hallucinations motrices verbales, du refus d'aliments, des tentatives de suicide : « Je suis l'auteur de tout ce qui existe de mal, répétait P..., j'ai offensé Dieu, je suis coupable... mettez-moi au cachot. » Ce tableau clinique n'est pas sans analogie avec les faits observés par M. Ballet et MM. Séglas et G. Brouardel chez des dégénérés (*persécutés auto-accusateurs*¹).

Pendant quelque temps les hallucinations motrices s'amendèrent, puis disparurent; les idées délirantes suivirent une régression parallèle. Cette amélioration ne fut pas de longue durée : il survint bientôt un quatrième accès délirant caractérisé par un état d'*agitation maniaque* des plus intenses avec des idées ambitieuses et hypocondriaques incohérentes et absurdes (la malade parle de milliards, ses dents repoussent, etc.). Puis des troubles hallucinatoires se manifestèrent, d'une activité très grande, dont la multiplicité et la généralisation contrastaient singulièrement avec la localisation si longtemps isolée de l'éréthisme cortical au centre moteur d'articulation. Tous les territoires sensoriels et sensitivo-moteurs participent à l'excitation : ce sont, se renouvelant sans cesse, des hallucinations motrices verbales, kinesthétiques générales, auditives, visuelles, gustatives (la malade éprouve des sensations de déplacement du corps en son entier, croit voyager en chemin de fer; elle entend crier des enfants, sent un goût de miel, voit des étoiles bleues, des choses vertes, dorées, etc.). Cette production excessive de troubles sensoriels et sensitifs amène un

¹ Congrès des médecins aliénistes. Blois et La Rochelle. (*Arch. de Neurol.* 1892, p. 308 et 1893, p. 262.)

véritable état de *confusion hallucinatoire*, ainsi que des réactions maniaques. La malade, complètement désorientée, ne sait plus où elle est, elle se croit dans un train qu'elle sent à différentes reprises dérailler, tantôt sur un piano, tantôt dans un bateau (« ça marche, » dit-elle avec conviction); elle croit avoir fait un long voyage en mer (« nous revenons des îles »), puis elle prie, chante, sanglote, cause avec des interlocuteurs imaginaires, se dépouille de ses vêtements, exécute des mouvements désordonnés et automatiques, grince des dents. C'est au cours de cet accès délirant, aigu, qui montre, dans un cas où l'alcoolisme ne saurait être mis en cause, quelle activité et quelle complexité peuvent avoir, chez certains paralytiques, les troubles hallucinatoires, que la malade mourut de pneumonie.

Avant de terminer cette longue observation, rappelons-en brièvement les traits principaux :

a) Existence des hallucinations motrices verbales dans la paralysie générale.

b) Association étroite des hallucinations motrices verbales à des convulsions des muscles masticateurs.

c) Apparition de ces hallucinations au cours d'une période de rémission, à l'état de symptôme isolé, sans association d'autres troubles hallucinatoires; leur durée prolongée (seize mois); leur reproduction incessante.

d) Rôle de ces hallucinations motrices verbales de caractère pénible dans la genèse, au cours d'une rémission, d'idées de persécution avec tendances à la systématisation. Accès mélancoliques secondaires.

e) A l'autopsie, lésions de méningo-encéphalite, symétriques dans les deux hémisphères, n'intéressant dans la zone sensitivo-motrice que le pied de la troisième frontale (centre moteur verbal) et l'extrémité inférieure de la frontale ascendante (qui renferme, entre autres, le centre masticateur).

f) Existence dans la paralysie générale non seulement d'hallucinations isolées des divers sens, mais d'un état de confusion hallucinatoire déterminé par la multiplicité des diverses hallucinations (auditives, visuelles, kinesthésiques, gustatives).

g) Variété extrême des accès délirants que l'on peut rencontrer dans la paralysie générale¹ : les uns greffés sur la dé-

¹ Voir sur ce sujet : Magnan et Paul Sérieux. — *La paralysie générale*, vol. de l'Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire. Masson, 1894.

mence paralytique (accès maniaques, mélancoliques, idées de grandeur et hypocondriaques), les autres provoqués par les hallucinations motrices verbales (délire de persécution), ou par l'ensemble confus d'hallucinations de tous les sens (état de confusion ayant quelque analogie avec le délire hallucinatoire aigu des Allemands (*Hallucinatorischer Wahnsinn, Paranoïa acuta*).

---

## HISTOIRE ET CRITIQUE

---

### BARBE BUVÉE

EN RELIGION, SŒUR DE SAINTE-COLOMBE ET LA PRÉTENDUE  
POSSESSION DES URSULINES D'AUXONNE (1658-1663).

(Étude historique et médicale, d'après des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives de l'ancienne province de Bourgogne),

Par le Dr SAMÜEL GARNIER,

Médecin en chef, Directeur de l'Asile de Dijon,

---

### AVANT-PROPOS

De toutes les épidémies convulsives et délirantes qui atteignirent au xvii^e siècle les monastères de femmes, les plus connues sont, sans contredit, celles qui envahirent les cloîtres des religieuses Ursulines et les procès iniques de Louis Gaurfridi et d'Urbain Grandier, victimes innocentes livrées au bûcher sur les dénonciations de malheureuses hystériques hallucinées, ont rendues tristement célèbres ceux d'Aix et de Loudun.

Pour avoir eu un dénouement infiniment moins tragique et cruel, grâce au parlement de Bourgogne, l'épidémie d'hystéro-démonopathie, qui du couvent des Ursulines d'Auxonne avait fini par s'étendre hors de leur communauté, n'en est pas moins intéressante à plus d'un titre. Se borner à la connaître par le jugement que porta sur elle, en 1662, une commission royale composée de quatre dignitaires de l'Église,

de docteurs de Sorbonne et d'un médecin, serait vouloir oublier, de parti pris, le rôle protecteur joué par le parlement de Dijon dans cette affaire, et ignorer les efforts continus du clergé local de l'époque pour essayer de couvrir jusqu'au bout, du manteau d'une prétendue possession diabolique, tous les faits imputables en majeure partie à une maladie dont plus d'un médecin contemporain des événements avait déjà presque l'intuition nosologique véritable.

L'épidémie d'hystéro-démonopathie d'Auxonne doit être tout à fait rapprochée de celles d'Aix, de Loudun, de Louviers, au double point de vue étiologique et clinique ; la seule différence appréciable qui puisse la séparer de ces dernières, c'est que les accusations de magie, de sorcellerie, etc., portées par des religieuses soi-disant maléficiées, visèrent dans celles d'Auxonne, non plus un prêtre, mais une religieuse de l'ordre même que l'officialité, n'eût été l'intervention du parlement de Bourgogne, aurait réléguée à perpétuité dans ses cachots.

Comme, d'autre part, il est historiquement établi que les descriptions des crises des Ursulines de Loudun et des religieuses de Louviers parvinrent à la connaissance complète de celles d'Auxonne, on comprendra comment, malgré l'éloignement, une sorte de contagion morale put s'établir à un moment donné d'un couvent à un autre, et pourquoi, toutes choses étant égales d'ailleurs, les mêmes symptômes convulsifs et délirants ne pouvaient manquer d'éclater, tantôt à l'ouest, tantôt à l'est.

Toutefois n'omettons pas de signaler, d'ores et déjà, le rôle provocateur adjuvant dans l'apparition des phénomènes de la possession d'Auxonne, des premiers exorcistes, et de flétrir ici leurs agissements habilement masqués par la prétendue possession, parce qu'ils furent d'une moralité très douteuse. Nous verrons en outre comment le clergé d'Auxonne lutta pied à pied avec le Parlement, et l'habileté dernière avec laquelle, profitant de l'antagonisme des pouvoirs de l'intendant royal de la province avec ceux du Parlement, il essaya de les opposer l'un à l'autre en vue d'un profit éventuel pour la cause de la possession qu'il sentait perdue. Nous relaterons les manœuvres et les démarches faites par les prêtres dans le but de faire casser l'arrêt final du Parlement, qui, renvoyant la sœur Buvée des accusations portées contre elle

par ses compagnes, devenait la condamnation indirecte de leurs pratiques.

Nous pensons pouvoir établir enfin que si l'interprétation par la possession diabolique des phénomènes constatés chez les religieuses du couvent d'Auxonne, fut alors la vérité canonique officielle, elle ne put cependant obtenir l'adhésion des personnes éclairées et impartiales (le parlement lui ayant été absolument hostile); et que, de leur côté, plusieurs médecins surent à peu près dépister l'hystérie, malgré les voiles nombreux dont elle était sciemment ou inconsciemment entourée.

Les recherches qui nous ont été nécessaires, dans la gestation de ce travail, proviennent des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives départementales. Tout ce que nous avancerons sera scrupuleusement exact et emprunté à ces sources historiques, que nous avons pu largement mettre à contribution, grâce à notre savant homonyme, M. le conservateur Joseph Garnier, près duquel nous avons toujours trouvé une obligeance sans bornes; nous nous plaignons à lui en rendre un public hommage.

Nous devons aussi quelque gratitude à MM. Léopold Delisle et Servois, garde général des Archives nationales: qu'ils veuillent bien nous permettre de leur offrir l'expression très sincère de nos sentiments reconnaissants.

Un dernier mot avant d'entrer en matière. Si quelque lecteur susceptible venait à s'effaroucher du réalisme de certaines descriptions que notre plume devait nécessairement reproduire, qu'il veuille bien ne pas crier au scandale avant d'avoir réfléchi qu'une histoire médicale doit avant tout être documentée. Au surplus, le public spécial auquel nous nous adressons ne peut ignorer que notre œuvre n'est pas un pamphlet, et nous le savons d'ailleurs doué d'une largeur de vue qui le met à l'abri de tout accès de fausse pruderie.

I. — Ce fut le 28 août 1625 que les religieuses Ursulines du couvent de Chaumont établirent une communauté de leur ordre à Auxonne. Elles demeurèrent sur la place, puis dans la rue aux Febvres¹, où elles commencèrent la construction d'un monastère en 1645.

¹ D'après un plan d'Auxonne dressé en 1677 et déposé à la mairie, la rue aux Febvres est actuellement la rue Davot, précédemment appelée Sainte-Anne.

À l'époque de la prétendue possession, plus de quatre-vingts filles y avaient été reçues, après avoir fourni respectivement des dots dont le montant atteignait une somme de 90,000 livres ¹. Peu de temps après la création du couvent d'Auxonne, Barbe Buvée, âgée seulement de treize ans, y entra en qualité de novice. Trois ans plus tard, elle fit profession sous le nom de Sainte-Colombe, et apporta une dot de 3,000 livres.

En 1632, des Ursulines du couvent de Langres et sœur Buvée furent désignées pour fonder une maison de l'Ordre à Flavigny ². La sœur Sainte-Colombe demeura dix-neuf ans dans ce dernier couvent sans reparaitre à Auxonne : elle fut investie pendant ce laps de temps de la plupart des charges de la communauté nouvelle et notamment de celle de Supérieure pendant six années. Ces circonstances diverses, jointes à l'apport d'une dot assez considérable pour cette époque, donnent à penser, même en l'absence de renseignements sur sa famille, que Barbe Buvée n'était pas de condition vulgaire et devait posséder une certaine aisance.

Au mois de mai 1651, après avoir obtenu l'agrément de l'évêque d'Autun de qui dépendait le couvent de Flavigny, la sœur Sainte-Colombe revint à celui d'Auxonne. Quelle fut la raison de ce tardif retour ? On ne peut à cet égard que se livrer à de pures conjectures. Quoi qu'il en soit, la rentrée de sœur Buvée au couvent d'Auxonne présenta quelques difficultés. Elle avait négligé, en effet, de solliciter l'autorisation préalable de l'Archevêque de Besançon, sous la juridiction duquel était placé le monastère des Ursulines, puisque Auxonne faisait alors partie de son diocèse.

Le supérieur et la supérieure refusèrent donc de la recevoir, et l'interdiction de franchir la porte du couvent ne fut levée qu'après que sœur Buvée, s'étant excusée sur son ignorance de son manque de respect, eut racheté cette faute par une pénitence qui lui fut infligée. Le couvent d'Auxonne était à l'époque dirigé par Marguerite Jeannel, dite sœur Sainte-Croix, qui avait remplacé, comme supérieure, Jeanne Jurain, dite sœur de la Nativité. Cette dernière, qui avait succédé à Marguerite Jobrot, dite sœur de Saint-Jean, n'avait pu se

¹ La livre tournois était de 20 sous à l'époque, mais elle ne correspondrait pas à un franc de notre monnaie actuelle.

² Flavigny, chef-lieu de canton de la Côte-d'Or, ne possède plus ni Ursulines ni Bénédictins, mais une maison de l'ordre de Saint-Dominique.

maintenir quoique possédant toutes les vertus nécessaires pour la conduite d'une maison religieuse, son parti dans la communauté étant le plus faible.

En 1655, le sieur Borthon, jeune prêtre, âgé de vingt-sept ans, et curé de Notre-Dame d'Auxonne, fut élu supérieur des Ursulines. La même année, un différend ayant surgi entre lui et la sœur Buvée, celle-ci porta plainte à l'Archevêque de Besançon, en lui demandant de prescrire une enquête. Le sieur Leferreuil, commissaire délégué à cet effet, vint alors à Auxonne; mais sœur Buvée ne put prouver ce qu'elle avait avancé contre le curé Borthon. Elle fut donc, à la suite de l'enquête, condamnée à faire réparation à son supérieur. La même sentence lui enjoignit en outre de « jeûner cinq vendredis avec cinq disciplines », et ordonna qu'elle demeurerait consignée un mois dans sa chambre avec défense « d'écouter aux parloirs et de communiquer avec les ouvriers ».

Ce jugement fut exécuté, mais la procédure ecclésiastique, sur le vu de laquelle il fut rendu, étant toujours restée secrète, et aucune religieuse n'ayant voulu plus tard déposer sur les faits qui l'auraient motivée, la légitimité de la punition de Barbe Buvée n'apparaît point incontestable. D'aucuns même ont soutenu, à l'époque, que la haine seule avait inspiré ce jugement, car le curé Borthon avait trois sœurs dans le couvent et plusieurs parentes.

Toutes ces circonstances désignaient suffisamment déjà Barbe Buvée à la suspicion générale et même à une quasi-animadversion; aussi fut-elle entourée, dès ce moment, d'une atmosphère de défiance qui rendait sa situation particulièrement délicate et difficile au milieu de ses compagnes. Si maintenant on veut bien se souvenir que les croyances populaires de l'époque étaient dominées à un haut degré par des idées de sorcellerie, de magie, de possession démoniaque, d'influence de malins esprits, à l'imprégnation desquelles l'esprit des religieuses d'un couvent n'avait pu échapper, on saisira sans peine comment Barbe Buvée put facilement devenir plus tard (son attitude en face de ce qui se passa au couvent ayant heurté, comme nous le verrons, l'opinion du plus grand nombre), le bouc émissaire chargé des iniquités empruntées aux idées régnantes.

Sans doute la dernière sorcière brûlée l'avait été à Dôle, en 1607, après avoir été accusée et convaincue d'avoir, « en

pissant dans un trou, composé une nuée de grêle qui ravagea le territoire de son village¹ »; mais si la Justice ne se montrait plus aussi crédule en pareille matière, et aussi sauvage dans sa répression, le peuple n'en ajoutait pas moins une foi inébranlable aux sortilèges, à la puissance terrestre du démon; et tout ce qui arrivait de fâcheux était pour lui d'origine surnaturelle. C'est ainsi qu'en 1644, le 23 juin, une grêle ayant perdu tous les fruits de la terre, on s'imagina aussitôt dans le peuple que c'étaient les sorciers qui l'avaient causée. Un jeune homme de dix-sept ans, se disant alors prophète et capable de reconnaître les sorciers aux yeux, accusa de sortilèges un grand nombre de personnes qui furent appréhendées par des paysans, baignées² et assommées ensuite sur l'eau. Sur les mêmes déclarations de ce jeune insensé, plusieurs autres furent brûlées avec des pelles rougies au feu. Dans les remontrances que le procureur général du roi au parlement de Dijon fit à Sa Majesté³, on lit « que les maris firent tuer leurs femmes, les enfants empoisonnèrent leurs pères, et d'autres furent jetés vifs dans les fourneaux de forges; d'autres enfin jetés vifs dans les précipices; le parlement, sur l'avis qui lui fut donné de ces cruautés, commit les sieurs Berbis et Legoux, qui, avec le sieur Millotet, avocat général, s'étant acheminés sur les lieux, arrêterent par leur présence la fureur de ces peuples, informèrent contre les auteurs. Ils les firent arrêter prisonniers, et la sévérité des peines et des châtimens qui en furent faits, arrêterent les désordres et rétablirent la sûreté dans la campagne ».

Cette peinture de l'état des esprits, si effrayante qu'elle nous paraisse aujourd'hui, est cependant absolument authentique, et il en résultait que le soupçon seul de magie pouvait devenir très facilement, à cette époque, le prologue d'une exécution sommaire qui supprimait toute juridiction pour le magicien supposé. Il était d'autant plus nécessaire de faire cette constatation dès maintenant, que cet état général des esprits fut un terrain favorable de sa nature à la

¹ Marquiset. Vol. 1, p. 297. *Statistique historique de l'arrondissement de Dôle.*

² L'épreuve du bain consistait essentiellement dans le fait de lier l'individu soupçonné de sorcellerie et de le jeter à l'eau. Si la victime surnageait, elle était jugée réellement sorcière.

³ Manuscrit fonds français, n° 18695, fol. 149. Archives nationales.

croissance de la réalité de l'accusation de magie portée contre sœur Buvée, et eut ainsi une part indirecte dans sa genèse.

En 1656, le sieur Arnoult, qui était confesseur du couvent d'Auxonne, ayant été désigné pour desservir la cure de Seurre¹, dut abandonner la conduite spirituelle du monastère dont il avait la charge. Le curé Borthon fit élire à sa place Claude Nouvelet, vicaire à la paroisse Notre-Dame, et pour confesseur extraordinaire Jean-Baptiste Pelletier, tous deux âgés de vingt-sept à vingt-huit ans. Ces jeunes ecclésiastiques se montrèrent aussitôt fort assidus dans les parloirs de la communauté où leurs conversations avec les religieuses se multiplièrent outre mesure. Les entretiens du prêtre Nouvelet notamment, avec plusieurs religieuses qu'il faisait appeler, devinrent si fréquents et si suspects que le curé Borthon s'en émut². « Les plus vertueuses religieuses et les plus anciennes » convinrent « que la conduite du sieur Nouvelet était remplie d'abus dont elles ne se veulent pas expliquer. » Il y eut preuve « que huit des plus jeunes religieuses qui se confessaient à lui, souffraient de grandes tentations de la chair pour le dit Nouvelet, quoiqu'il fût l'un des plus laids hommes qui se voye ».

Du nombre de ces religieuses était la sœur Marie Borthon³, dite du Saint-Sacrement, qui demeura plus tard « d'accord par sa déposition de son attachement pour Nouvelet, et que les plus fortes tentations de la chair se terminaient à sa personne⁴ ». Dans cette occurrence, le curé Borthon commit d'abord une religieuse âgée, du nom de sœur Jeanne Jannon, pour observer les faits et gestes du sieur Pelletier, confesseur extraordinaire, ainsi que les entretiens qu'il aurait avec trois ou quatre religieuses quand il les manderait au parloir, puis invita toutes celles qui souffraient de tentations pour le prêtre Nouvelet de le mettre par écrit, en y ajoutant leurs griefs contre lui.

Toutes ces mesures causèrent un certain émoi dans la communauté, et Barbe Buvée ne manqua point, au sujet des faits qui les avaient provoquées, de satisfaire sa curiosité naturelle en les observant, et de les juger en jetant contre

¹ Chef-lieu de canton de la Côte-d'Or, arrondissement de Beaune.

² Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 127. B. N.

³ Une des sœurs du curé Borthon.

⁴ Manuscrit fonds français, *loc. cit.*, p. 165.

eux sa note critique personnelle. Les ordres du curé Borthon ayant été exécutés, ce dernier, après mûre réflexion, en donna communication à M. de Mesmay, vicaire général de l'Archevêché de Besançon qui, ayant examiné le tout avec soin, ordonna aussitôt par écrit d'éloigner le prêtre Nouvelet, en lui interdisant formellement l'entrée du couvent.

La religieuse commise à la surveillance des actes de Pelle-tier, que le curé Borthon n'avait pas voulu éloigner en même temps que Nouvelet pour ne pas lui faire injure, d'autant plus qu'il était le neveu de la mère Saint-Jean, ayant rapporté un propos tenu par lui aux sœurs Piron, Joly et de Salins, la mesure dont avait été l'objet son collègue Nouvelet lui fut également appliquée par décision de M. de Mesmay. On fit alors choix d'un nouveau confesseur ordinaire, à la place de Nouvelet, en la personne d'un jeune prêtre vertueux mais assez simple, nommé Terrestre. En même temps le père Gilles, capucin, fut désigné comme confesseur extraordinaire.

Peu après le renvoi de Nouvelet du couvent, la sœur Marie Borthon, dite du Saint-Sacrement, entra dans quelques agitations. Elle disait maintenant « souffrir des pensées d'impiété contre sa vocation et d'autres choses » qui, ayant été rapportées au curé Borthon, son frère, furent jugées comme une marque de possession. Le curé Borthon n'était pas de cet avis, et plus tard « un religieux capucin a dit au commissaire du Parlement qu'il suspectait sa sœur d'être enceinte ». Néanmoins pour ne rien omettre de ce qu'il devait à sa sœur, comme frère ou comme supérieur dudit monastère, il alla à Dôle où il consulta le père Planchette, jésuite. Il vint à Dijon où il conféra avec le père Aysement, minime, avec le père Jacques de Chevanne, capucin, qui tous lui conseillèrent de ramener cette fille dans la piété par la voie des sacrements, et qu'il n'y avait rien qui dût l'obliger à l'exorcisme. Le père Chifflet, jésuite, ayant été consulté, fut de l'avis des trois premiers et qu'il fallait emprisonner le dit Nouvelet ». Pourquoi, hélas, l'avis unanime de ces personnes éclairées ne fut-il pas suivi? La suite des événements ne démontra que trop, en effet, leur clairvoyance et le tort qu'on eut de ne pas s'en inspirer.

¹ Manuscrit fonds français, *loc. cit.*, n° 18696, folio 128. Bibl. nat.

« Il arriva néanmoins vers le carême de l'année 1658, qui fut celle de l'éloignement dudit Nouvelet, que le sieur Terrestre qui lui fut substitué, fort surpris des pensées que cette fille¹ lui communiquait, et particulièrement de ce qu'elle disait mieux aimer le diable que Dieu, persuada au sieur Borthon d'en venir à l'exorcisme, qui fut exécuté par ledit Borthon, par le père Gilles et par le sieur Terrestre. Ils prétendirent qu'elle avait été délivrée la veille du dimanche de la Passion, quinze jours avant Pâques². »

II. — Avant d'aller plus loin, suivons l'abbé Nouvelet hors du monastère et de ses anciennes fonctions. Tout d'abord, il répandit le bruit qu'il était tourmenté, pendant qu'il avait la conduite spirituelle des Ursulines, par des sorciers qui avaient mis plusieurs maléfices sous son confessional et dans sa maison. Il raconta complaisamment que ces mêmes sorciers l'avaient fait tomber dans de grandes indispositions de corps et d'esprit, qui le rendaient faible au point de ne pouvoir ni tinter une petite clochette dont on a coutume de sonner les messes, ni de s'appliquer à l'étude; car lorsqu'il voulait lire toutes les lettres du livre lui paraissaient tantôt en mouvement, tantôt renversées. Il ajouta qu'il avait peine à se confesser et que, pendant l'office divin, il parvenait difficilement soit à consacrer les saintes espèces, soit à entendre les confessions ou à administrer les sacrements. Puis il chercha un prétexte pour attribuer définitivement aux démons ce qui s'était passé au couvent; car il n'ignorait pas l'aveu fait par la sœur Marie Borthon de l'attachement qu'elle lui portait, et, quoique séparé d'elle, les pensées de cette religieuse lui avaient été rapportées aussitôt. Une jeune fille de Fauverney, nommée Claudine Bourgeot, dont il était le confesseur, lui fournit ce prétexte de la façon la plus opportune, ainsi que nous le verrons dans la suite.

Nous avons dit plus haut que Marie Borthon, ayant été exorcisée par le père Gilles et l'abbé Terrestre quinze jours avant Pâques, il avait été déclaré par ces exorcistes qu'elle avait obtenu sa délivrance. Huit jours après, le curé Borthon mourut d'une hernie étranglée; mais comme on le connaissait

¹ Marie Borthon.

² Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 129, *loc. cit.*, Bibl. nat.

peu partisan de l'exorcisme, on ne manqua pas de dire que sa mort était une punition de ce qu'il avait contribué à l'éloignement de Nouvelet. Au surplus, pendant sa courte maladie, on l'avait positivement obligé à une réconciliation avec ce prêtre, et comme on lui avait suggéré de plus que, pour en prouver l'entière sincérité, il devait brûler les plaintes adressées jadis contre le même Nouvelet, et dont il avait gardé le double en laissant l'original au couvent, il consentit à tout.

Quelques jours après le décès du curé Borthon, le prêtre Devenet fut élu supérieur de la communauté. Aussitôt après son élection, il écrivit à Mgr de Mesmay en lui demandant quelle conduite il devait tenir à l'égard de la sœur Borthon après sa prétendue délivrance.

Le vicaire général lui envoya sans retard un avis dressé par le père Planchette sur ce qu'il y avait à faire. Le supérieur devait, en premier lieu, faire suivre à la sœur Marie Borthon tous les exercices de la communauté, et défendre qu'on l'entretint de ce qui s'était passé, puis faire placer en divers endroits du monastère des croix avec ces mots : « Sit nomen Domini benedictum » et enfin tenir éloignés du couvent les abbés Nouvelet et Pelletier, quelque vertueux qu'ils paraissent.

Quinze jours après la fête de Pâques de 1658, la sœur Marie Borthon parut retomber en de nouvelles agitations, et elle communiqua au père Gilles différentes pensées analogues à celles qui la poursuivaient autrefois. Celui-ci, se persuadant alors que tous les démons qui possédaient son corps avant l'exorcisme n'en étaient pas tous sortis, ou qu'il en était rentré quelques-uns après, conseilla de faire un nouvel exorcisme. Cet avis ayant été partagé par le supérieur Devenet et le confesseur ordinaire Terrestre, ils résolurent ensemble d'y procéder sans prendre conseil et sans appeler ni médecins ni parents.

« Dès le premier exorcisme qu'ils firent, cette fille ou les démons qui l'agitaient dirent qu'il fallait rappeler pour exorciser lesdits sieurs Pelletier et Nouvelet, éloignés par le feu sieur Borthon, supérieur, et que Mgr de Mesmay avait conseillé d'éloigner par son avis envoyé audit sieur Devenet. Néanmoins, sur cet avis donné par la fille ou par le diable, ces deux ecclésiastiques sont mandés au couvent. On les fait venir en présence de cette fille qui leur fait un compliment ou

le diable parle par sa bouche, et les invite à venir prendre un emploi pour la gloire de Dieu dans cette maison religieuse. Cet emploi est l'exorcisme¹. » Pelletier et Nouvelet furent donc introduits dès ce jour dans le couvent, au mépris de l'ordre formel de Mgr de Mesmay. Ils réussirent depuis à s'y maintenir, en obtenant par surprise, de l'official et de Mgr de Mesmay, des commissions spéciales pour procéder aux exorcismes.

Le 2 juillet, Marie Borthon et ses nouveaux exorcistes prétendirent avoir obtenu sa délivrance. Les marques de celle-ci, ainsi qu'elle en témoigna elle-même plus tard devant le commissaire du parlement, furent du « sang qu'elle rendit par le nez et du sang clair et en caillots qu'elle rendit par les parties basses. On laisse à juger si ce signe n'a point de rapport au soupçon qu'avoit le sieur Borthon que sa sœur était enceinte² ».

Après leur réintégration au couvent, les abbés Pelletier et Nouvelet reprirent leurs conciliabules, et plusieurs religieuses commencèrent aussitôt à prendre en aversion leur confesseur ordinaire Terrestre, refusant de se confesser à lui, ou disant qu'elles n'avaient que des fautes vénielles ne donnant pas matière à confession. Cependant elles communiquaient à Nouvelet et à Pelletier des pensées d'impiété et de blasphème pour lesquelles ceux-ci jugeaient l'exorcisme nécessaire. Les premières qui tombèrent dans cet état moral les unes après les autres furent les plus intelligentes et l'exorcisme fut appliqué aux religieuses Joly, Piron, Jannin, Françoise et Humberte Borthon, sœurs de Marie, les trois sœurs de Malo du Bousquet. Bientôt d'autres furent aussi exorcisées, parce que les démons qui habitaient les corps des premières, ou les possédées elles-mêmes, recommandaient de le faire. On en arriva à l'exorcisme chez celles qui se plaignaient de douleurs de tête ou d'estomac, de coliques ou de tentations charnelles jointes à des idées de quitter la religion; tous ces phénomènes étaient regardés indistinctement comme des maléfices certains ou des marques évidentes de possession. Aussi le nombre des religieuses soi-disant possédées s'augmenta des noms de Marie de Laramisse, Gabrielle Jannin, Pierrette de Saint-Paul, Anne Mol, Elisabeth Nicolas, Lazare Arnier; pour

¹ Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 130, *loc. cit.*, B. N.

² *Loc. cit.*, même folio, B. N.

arriver à un total de quinze personnes. Il y en avait bien, parmi elles, qui ne voulaient point se reconnaître possédées et qui le déclarèrent à la supérieure ; mais celle-ci leur disait qu' « elle voulait qu'elles le crussent, que les exorcistes l'avoient dict, et qu'elles ne mangeroient et ne dormiroient que par son commandement¹ ». Quelques-unes ont avoué qu'elles éprouvaient des tentations contre la pureté et que « s'estant renversées en arrière² », on leur a dit qu'elles étaient possédées.

Il n'est pas sans importance de faire remarquer ici que l'attachement qu'avaient les premières prétendues possédées pour les prêtres rappelés si fort à propos par les démons de la sœur Marie Borthon, et dont la plupart étaient de celles qui éprouvaient des tentations pour Nouvelet, fut la cause de leur aversion pour leur confesseur ordinaire. Celle-ci ne fit qu'augmenter de jour en jour quand on sut qu'il doutait maintenant de la possession, qu'il critiquait la longueur et la fréquence d'exorcismes répétés deux fois dans une journée, et qu'enfin il avait déclaré qu'il fallait user de rigueur envers les prétendues possédées, moyen dont il s'était servi avec succès à l'égard de quelques-unes d'entre elles.

Le ressentiment contre lui fut poussé bientôt à un tel point que ces religieuses le battirent et lui mirent en pièces sept ou huit surplis, de sorte qu'il n'osait plus se montrer au couvent. Pendant ce temps l'entrée du monastère était libre à toutes les heures de la nuit et du jour pour Pelletier et Nouvelet, qui avaient fini par s'adjoindre les nommés Bretin, Denizot, Rabier et Rigollier³. Ils exorcisaient dans des chambres, « dans le lit, tout bas et de si près que quelques religieuses déposent qu'il n'y avait que le voile de la religieuse exorcisée qui séparast le visage de l'exorciste⁴ » ; sous prétexte qu'ils disaient devoir arriver aux délivrances des démons qui occupaient ces filles.

Les mêmes Pelletier et Nouvelet persuadèrent en outre à la supérieure que, pour parvenir plus facilement à ce but de la délivrance qu'ils annonçaient comme possible, il fallait leur remettre en mains la conduite de la conscience de toutes

¹ Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 130.

² *Loc. cit., id.*

³ Ces deux derniers quittèrent peu de temps après l'emploi d'exorcistes.

⁴ Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 131.

les religieuses possédées, puisqu'elles détestaient si fort l'abbé Terrestre. Ils eurent gain de cause.

Nous laissons à penser ce qui devait se passer dans ces exorcismes à huis clos, auxquels se montrait surtout assidu le jeune abbé Bretin qui, ordonné prêtre depuis dix-huit mois seulement, avait recherché en mariage la sœur Gabrielle de Malo dont il se trouvait être alors l'exorciste. On pourra puiser des éléments de jugement à cet égard dans la lecture du passage suivant, relatant les services retirés de la pratique des exorcismes et les signes invoqués en faveur de la possession¹ : « Par le moyen de l'exorcisme, elles assurent et les prestres aussy leur avoir guéry des hernyes, qu'ils leur ont fait rentrer des boyaux qui leur sortoient par la matrice, qu'en un moment ils ont guéry les blessures que les sorciers leur avoient faict à la matrice qu'ils leur avoient déchirée; qu'ils leur ont fait tomber des bastons couverts de prépuces de sorciers qui leur avoient esté mis dans la matrice, des bouts de chandelle, des bastons couverts de langes et d'autres instrumens d'infamie, comme des boyaux et aultres choses desquelles les magiciens et les sorciers s'étaient servis pour faire sur elles des actions impures. Ils assurent aussy avoir guéry des colliques, des douleurs d'estomac, des maux de teste, guéry des duretez de sein par la confession; arrêté des pertes de sang par l'exorcisme, faict cesser des enflures de ventre causées par les accouplements des démons et des sorciers par l'eau benoite qu'ils leur font avaler. »

« Trois annoncent sans déguisement avoir souffert l'accouplement des démons et d'estre déflorées. Cinq disent qu'elles ont souffert des actions des sorciers, des magiciens et des démons que la pudeur leur défend de dire, qui ne sont aultres que celles que les trois premières ont déclaré. Les dicts exorcistes déposent de tout ce que dessus, qui sont, si on les veult croire, des marques de possession, outre lesquelles ils assurent avoir eu toutes celles du rituel. »

« Qu'elles leur ont paru avoir des forces de corps extraordinaires, comme d'être renversées en arrière, estant à genoux, et d'avoir touché la terre de la teste. »

« Qu'elles ont obéi au commandement mental qui consiste en ce que leur ayant commandé, dans le secret de leurs pen-

¹ Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 132.

sées, de se rendre proche d'eux, elle s'y sont rendues. On laisse à penser si la coutume de leur parler quand ils sont dans le monastère ne les a pas plutôt obligées d'aller proche d'eux que le commandement. »

« Qu'elles leur ont prédit le futur, savoir que la sœur de l'un des exorcistes, qui estoit enceinte, accoucheroit d'un fils avec de grandes douleurs, ce qui arriva. »

« Qu'elles ont dit des choses qui s'estoient passées hors de leur présence, savoir ce qui s'estoit fait dans le bal à Auxonne. »

« Qu'elles ont révélé les secrets de ce qui se passait dans la maison de ces prêtres exorcistes. » « Qu'elles ont rendu des sorts qui consistoient en de petits gâteaux composez de cire, de graisse et de terre, des marques de délivrance de quelques démons qui consistoient en des papiers sur lesquels estoient escripts en caractère rouge quelques majuscules, des coquilles dans lesquelles s'étoient trouvez des billets, des cailloux, des noisettes; que toutes ces choses les avoient obligé d'en venir à l'exorcisme et de les continuer. »

L'histoire entière de cette prétendue possession a été écrite et les prêtres d'Auxonne en composèrent un volume qui se trouvait au couvent; mais ni la supérieure, ni le supérieur, ne voulurent le déposer plus tard entre les mains du commissaire du parlement, qui dressa procès-verbal de ce refus. Malgré la disparition de cette relation, assurément fort documentée, on peut néanmoins affirmer que les religieuses prétendues possédées racontèrent de leur côté tout ce qui pouvait convaincre de la réalité de leur possession.

Elles disaient notamment avoir entendu des bruits nocturnes, avoir été transportées en enfer où elles avaient vu tourmenter des âmes, souffert des actions abominables, éprouvé des pensées qui font horreur, et assuraient que leurs tourments venaient surtout de deux prêtres apostats de Genève nommés Macaire et César Auguste qui les visitaient la nuit dès le commencement de 1658.

Tous ces exorcismes auxquels furent soumises les ursulines demeurèrent secrets pendant deux années, et, ni les parents, ni même toutes les religieuses n'en eurent connaissance. Cependant les voisins qui voyaient entrer les prêtres à toutes les heures du jour et même de la nuit, avec des lanternes sourdes, commençaient à s'inquiéter de ces allées et

venues assez suspectes. D'autre part, le P. Gilles, qui avait assisté aux exorcismes pratiqués sur Marie Borthon, n'ayant pas voulu être dupé plus longtemps, avait quitté définitivement le couvent, en confiant à une religieuse que s'il avait su ce qu'il savait maintenant, il aurait chassé le diable comme un chien.

Nous avons vu comment Nouvelet avait déjà mis habilement en circulation le bruit de l'existence de sortilèges et de maléfices dirigés contre lui pendant qu'il était au couvent la première fois. On employa de nouveau la même tactique, et, afin qu'on ne pût rien découvrir par d'autres voies, on s'empressa de publier que les sorciers et les magiciens étaient cause de tout ce qui arrivait, soit au couvent, soit en ville, qu'ils étaient nombreux et qu'il fallait les surveiller. Les prêtres donnaient l'exemple de cette surveillance en faisant, à des jours indéterminés, de véritables patrouilles nocturnes, se plaçant en sentinelle en différents lieux, afin de voir, disaient-ils, si ceux qu'ils suspectaient ne se rendaient pas au sabbat.

Le résultat de ces manœuvres ne se fit point attendre; aussi bien l'esprit public était d'une crédulité aveugle pour tout ce qui touchait à la sorcellerie. Ceux même qui étaient investis des charges publiques, loin de pouvoir enrayer les mouvements irrésistibles de l'opinion, en subissaient l'impérieux ascendant. On fit donc, aux frais de la ville d'Auxonne, le procès à deux paysannes qu'on disait être magiciennes; mais les charges furent si faibles qu'on ne put les condamner pour sortilège. Toutefois, au lieu de les renvoyer indemnes, on prononça leur bannissement afin d'éviter quelque extrémité fâcheuse de la part du peuple qui ne se montrait pas satisfait. Cette solution bâtarde ne fit que confirmer les soupçons, et les deux malheureuses étant rentrées dans leur demeure pour emporter ce qui leur appartenait, furent appréhendées par une populace furieuse. L'une fut jetée dans la Saône et noyée, l'autre assommée.

A peu près à la même époque, des personnes séculières, atteintes les unes de maladies ordinaires, les autres de démence plutôt que de possession, furent exposées à l'exorcisme en la chapelle de Notre-Dame de la Levée.

Pendant que le prêtre Parize en exorcisait une, nommée Coudry, il fut assez imprudent pour demander au prétendu

diable qui l'agitait s'il n'y avait point de sorcières ni de magiciens présents. La possédée ayant remarqué dans l'église une inconnue, la désigna immédiatement comme sorcière. Il se trouva que c'était une pauvre paysanne de Foucherans¹ appelée Emilande Lefils, qui, après avoir vendu quelques cerises apportées par elle au marché, était entrée par curiosité dans l'église. A la déclaration de l'exorcisée, les assistants s'excitèrent contre la pauvre innocente au point que les magistrats de la ville durent, pour lui éviter d'être assommée, l'envoyer en prison avec recommandation de la faire sortir pendant la messe de la paroisse.

Cette précaution fut vaine, car à peine les sergents l'eurent-ils tirée de son cachot que les femmes et les enfants la poursuivirent à coups de pierre, et, des gens de métier s'en étant mêlés, elle fut tuée à la barrière. Du bois fut ensuite coupé dans les buissons, et à quelque distance d'Auxonne, le corps de cette malheureuse fut brûlé sur un bûcher improvisé, sans que l'autorité des magistrats ait pu empêcher cette suite barbare d'atrocités. Le parlement en fut averti et confia la procédure de ces cas au conseiller Belin; mais le désordre des esprits n'en fut point diminué. C'est ici que se placent les incidents dont fut l'héroïne cette fille de Fauverney, appelée Claudine Bourgeot, dont nous avons déjà parlé en disant que Nouvelet s'était servi d'elle pour révéler l'existence de la possession des Ursulines par l'intermédiaire du diable qui était censé parler par sa bouche. Il n'est pas douteux, en effet, qu'après avoir préparé l'opinion dans le sens de l'existence de la possession, Nouvelet, qui confessait Claudine Bourgeot, ne lui eût suggéré les déclarations qu'elle fit ultérieurement.

Cette fille avait été malade et sa mère l'avait obligée à garder la chambre pendant quatre mois. Devant le commissaire du parlement, elle avait dit plus tard qu'elle avait souffert d'une enflure d'estomac; mais le chirurgien Pierre Borthon prétendit l'avoir traitée d'une dysenterie. Quoi qu'il en soit, dès qu'elle fut en état de se faire voir, le bruit qu'elle était possédée se répandit, bien qu'elle n'eût donné aucune marque de possession, mais commis plutôt des insolences dans les rues et l'église. A l'église notamment, elle battit un des

¹ Foucherans, village du canton de Dôle qui faisait partie autrefois du duché de Bourgogne.

gardes du duc d'Epéron. Dans la rue, ayant rencontré une personne de fort honnête condition qui lui avait refusé l'aumône, elle feignit que le diable parlait par sa bouche et lui dit ces paroles : « Viens, viens, ma mie, tu es à moi ». Sur cette dernière déclaration, l'official invita le père de cette jeune personne à la confronter publiquement à la fille Bourgeot. Malgré la conviction unanime de tout le monde qu'elle n'était point possédée, on tira Claudine Bourgeot du domicile de sa mère pour l'isoler dans une maison appartenant au prêtre Denizot. L'abbé Nouvelet, averti par la mère de Claudine, y vint, « avec de jeunes prestres qui fisrent des prières, y couchèrent pendant quinze jours, y portèrent un matelas ; pendant que l'un de ces prestres faisoit des prières, l'autre allait dormir, qu'il demeurast quelque fille ou femme dans la chambre. Tous les prestres entroient à toutes les heures du jour et de la nuit en ceste maison ; pendant la nuit on lui donnoit de l'encens ¹ », et tout le temps qu'elle demeura dans la maison Denisot, « les prestres lui fournissoient nourriture et portoient à la mère et à la fille une pinté et demie de vin pour chaque repas ² ».

Bien qu'on n'eût jamais trouvé chez Claudine Bourgeot un signe, même douteux, de possession, cette fille fut néanmoins exposée à l'exorcisme public dans l'église paroissiale d'Auxonne, ce qui, joint à la confrontation ordonnée par l'official avec des personnes qu'elle accusait de sortilège, donne une idée de l'affolement des esprits. Dans ses exorcismes, Claudine Bourgeot disait aux prêtres « d'aller aux Ursules », qu'il y avait du mal ; ce qui fut l'origine réelle du bruit répandu dans la ville qu'il y avait des religieuses possédées des démons.

Il y a lieu d'affirmer avec une certitude absolue que Claudine Bourgeot fut en cette occasion l'instrument docile de Nouvelet ; et qu'elle répéta ainsi, en public, les propos qu'il lui suggérait en particulier. Et en effet, plus tard, lors de l'arrestation de Claudine Bourgeot qui fut amenée à la prison de Dijon, Nouvelet en fit l'aveu implicite en écrivant au sieur Gaultier, secrétaire de la Sainte-Chapelle, d'aller consoler Claudine en prison, de lui fournir jusqu'à cinq écus blancs et en ajoutant en marge de ne pas s'étonner du soin qu'il

¹ Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 167. B. N. *loc. cit.*

² *Id.*, *loc. cit.*

prend de cette femme, car c'est d'elle que dépendent leurs affaires d'Auxonne. Nous donnerons du reste le récit de sa conduite scandaleuse avec cette fille qui, à la suite des exorcismes auxquels on la soumit, fut chassée d'Auxonne jusqu'à trois fois, par ordre des magistrats de la ville.

Dès que les propos tenus en public par Claudine Bourgeot au sujet des religieuses Ursulines furent connus en ville, on en avisa officiellement les parents des religieuses et quelques personnes séculières qui fréquentaient le couvent. En même temps qu'on redoublait les prières et les jeûnes, on multiplia encore les exorcismes dans lesquels les religieuses exorcisées ne manquèrent pas de leur côté d'imputer leurs maux à des sorciers et à des magiciens. Mais ce n'était pas assez d'établir qu'il y avait des filles possédées dans la maison, il fallait en découvrir la cause; les prêtres Devenet, Pelletier et Nouvelet, Bretin et Denizot, exorcistes, tinrent conseil et résolurent de faire dans le monastère une procession solennelle au cours de laquelle le saint-sacrement serait porté dans toute la maison. La procession décidée, les prétendues possédées annoncèrent que la source de leurs maux s'y dévoilerait, et Lazare Arnier, l'une d'entre elles, raconta imprudemment plus tard qu'elle savait, trois jours avant que la procession se fit, que la sœur Barbe Buvée serait accusée par les démons d'être la sorcière et la magicienne, cause de la possession de ses compagnes et d'elle-même. Ce fait ne doit plus étonner quand on songe à la situation de Barbe Buvée au couvent. Depuis les premiers exorcismes la défiance qui l'entourait n'avait fait que s'accroître, car sœur Buvée ayant observé fort exactement ce qui s'y passait, avait trouvé à redire aux familiarités des exorcistes avec les religieuses qui se disaient vexées¹. Elle avait critiqué en outre, avec âpreté, leur manière d'exorciser dans le lit, visage contre visage, et n'avait guère approuvé que les diables de la sœur Gabrielle de Malo eussent traité l'abbé Bretin de « Cardinali signori Bretini ». Cette attitude significative de sœur Buvée, en face de la conduite équivoque des ecclésiastiques exorciseurs, leur déplut fort. A leur ressentiment contre elle vint encore s'ajouter la haine des sœurs du curé Borthon, contre lequel sœur Buvée avait jadis porté plainte à l'Archevêque de

¹ Synonyme de possédées.

Besançon. Comme on supposait de plus, dans tout le couvent, qu'elle aspirait, malgré tout, aux charges de la maison (ce dont elle avait été jugée capable à Flavigny), elle était devenue l'objet d'une réprobation générale d'autant plus grande qu'on la savait encore au courant des affaires temporelles du monastère qui avaient périclité, puisque le capital d'origine n'était plus à ce moment que de 18,000 livres, par suite d'acquisitions de places nécessaires, de dépenses affectées aux bâtiments, ou même d'administration défectueuse.

(A suivre.)

## REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

LI. SUR LA FORMATION DES MEMBRANES SIÉGEANT SOUS LA DURE-MÈRE (*Pachyméningite hémorrhagique*); par George M. ROBERTSON. (*The Journal of Mental Science*, avril et juillet 1893.)

On sait que deux théories ont été proposées pour expliquer la formation de la pachyméningite hémorrhagique, la théorie de l'inflammation et la théorie de l'hémorrhagie primitive. L'auteur les résume rapidement pour arriver à l'exposition de la troisième théorie, qui lui est propre.

Il expose tout d'abord que, pour lui, la cause primitive de cette lésion anatomique est un facteur physique, lequel n'est autre qu'un brusque abaissement de la pression intra-cranienne, agissant sur la dure-mère à la façon d'une ventouse sèche. Il ne croit pas d'ailleurs que l'intervention de ce facteur physique puisse être attribuée à l'atrophie : celle-ci en effet n'est jamais assez soudaine pour déterminer une brusque diminution de tension, il n'y a qu'un seul agent qui puisse jouer un rôle aussi rapide, c'est le sang des vaisseaux cérébraux, soit qu'il y ait constriction de ces vaisseaux, soit que la tension artérielle soit abaissée par une cause pathologique quelconque. On remarquera que les sujets les plus exposés à la pachyméningite hémorrhagique sont les vieillards et les paralytiques généraux, chez lesquels, on le sait, les troubles vaso-moteurs du cerveau sont très accentués.

En présence d'un spasme vasculaire brusque, le cerveau anémié quitte par rétraction la paroi crânienne, laissant entre elle et lui un vide relatif, temporaire, à la vérité, mais durant lequel les

vaisseaux superficiels du cerveau et de la dure-mère sont physiquement soumis à des conditions qui rappellent l'action de la venlouse, et qui ont probablement pour effet de provoquer l'engorgement, quelquefois même la rupture des vaisseaux superficiels, principalement des grosses veines, de la pie-mère et de l'arachnoïde. Le premier effet de la diminution de la pression intra-cranienne sur les capillaires superficiels de la dure-mère est la rupture de l'équilibre normal entre la tension sanguine intra-vasculaire et l'énergie contractile, ou tonicité des vaisseaux; d'où dilatation vasculaire. Et, cette dilatation, cet engorgement, ce n'est pas seulement la théorie qui conduit à les admettre; on les observe communément sur le cadavre. L'aspect de la dure-mère, à cette période de la formation pachyméningitique, est d'ailleurs très remarquable, non seulement à l'œil nu, mais surtout au microscope sous de faibles grossissements.

À cette période, la lésion peut disparaître, sans laisser d'autres traces que quelques granulations pigmentaires. Mais si rien ne vient détruire les causes qui ont diminué la pression intra-cranienne, si les effets de cette diminution ne sont pas neutralisés par l'abondance compensatrice du liquide céphalo-rachidien, la lésion passe à la deuxième période: il se fait à travers les vaisseaux superficiels de la dure-mère une transsudation des éléments fluides du sang. Quelquefois même il se fait de petites hémorrhagies, qui teignent légèrement de rouge le liquide transsudé; mais cela n'est pas fatal, et l'on peut même dire que, dans les cas types, c'est à ce point précis que s'arrête la deuxième période.

Quand l'excès de distension des vaisseaux dépasse la mesure qui vient d'être signalée, leurs orifices pariétaux deviennent béants et un sérum plus lourd s'en échappe, avec des leucocytes en grand nombre. Ce sérum s'épanche autour des capillaires, dans la trame lâche du tissu connectif, et passe jusqu'à la surface épithéliale par les orifices du tissu de la dure-mère. Dans quelques circonstances assez rares, mais signalées par Cohnheim dans sa description de la congestion passive, la fibrine, au sein du sérum épanché se coagule, et si l'on n'observe pas plus ce coagulum fibrineux, c'est que la période pendant laquelle il peut apparaître est très courte.

La troisième et dernière période est la période hémorrhagique: les hémorrhagies primitives sont ordinairement nombreuses, mais peu abondantes, — leur volume varie d'une tête d'épingle à un pois — aussi le sang est-il aisément retenu par la membrane fibrineuse; elle s'y coagule et en augmente l'épaisseur: aussi, dans les membranes de formation ancienne trouve-t-on des hémorrhagies d'âge très différent. Consécutivement, il se produit une légère irritation de la dure-mère avec néo-formations vasculaires, et ces nouveaux vaisseaux subissent à leur tour les effets déjà décrits de la diminution de pression.



Dans la seconde partie de son travail l'auteur étudie les conditions physiques et générales de la formation des membranes, et revient à l'examen de la diminution de la pression intra-cranienne à laquelle il attribue, comme on l'a vu, le rôle primordial dans la création de la pachyméningite hémorragique. Il fait remarquer que cette diminution peut être soudaine (spasme vasculaire) ou lente (atrophie du cerveau) et que naturellement son maximum de puissance se réalise lorsque les deux causes agissent simultanément : or, il se trouve précisément que leur combinaison n'est pas rare. Il faut noter toutefois que la diminution de pression qui résulte de l'atrophie cérébrale peut être compensée dans une large mesure par l'afflux plus considérable du liquide céphalo-rachidien. Le cerveau est contenu dans une cavité inaccessible à l'air et à parois rigides; il est donc nécessaire que des dispositions anatomiques spéciales président à sa protection. Le rôle du liquide céphalo-rachidien dans la régulation de la pression intra-cranienne est, quoi qu'on en ait dit, un rôle extrêmement passif; — le rôle actif appartient au sang — et le liquide céphalo-rachidien n'intervient que si le sang ne remplit pas, ou remplit mal son office. L'auteur rapporte ici, avec détail, quelques cas qu'il a observés et qui viennent à l'appui de sa manière de voir; et il s'attache ensuite à démontrer les conditions dans lesquelles se produit, à la convexité du cerveau, le vide qui provoque la diminution de la pression intra-cranienne : nous ne pouvons malheureusement le suivre dans cet intéressant exposé, non plus que dans l'étude des principales maladies qui peuvent prédisposer à la pachyméningite, et nous noterons seulement, d'après lui, que la paralysie générale en est de beaucoup la cause la plus fréquente.

En résumé, l'auteur pense que l'explication de la pachyméningite hémorragique ne doit pas être demandée à l'hypémie inflammatoire active, mais bien dans un engorgement passif, de nature compensatrice, déterminé par un mécanisme analogue à celui de la ventouse sèche. Un fait négatif important qui vient à l'appui de la théorie de l'auteur, c'est que, dans ses nombreuses recherches d'anatomie pathologique, M. Bevan-Lewis n'a jamais rencontré cette lésion autour du cervelet. Or, il est aisé de déduire les raisons anatomiques pour lesquelles les conditions mécaniques que M. Robertson invoque comme provocatrices de la pachyméningite hémorragique sont irréalisables pour le cervelet.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

Voir dans le tome IX (p. 102), des *Œuvres complètes de Charcot*, un mémoire très important où sont résumées aussi les idées de M. le Dr Brunet sur le même sujet.

LII. L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL CONSIDÉRÉ COMME CENTRE THERMIQUE ET COMME MOTEUR HYDRAULIQUE; par B.-W. RICHARDSON. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1892.)

Ce travail est extrêmement curieux, car il envisage l'appareil cérébro-spinal à un point de vue nouveau et très original; nous ne pouvons pas malheureusement reproduire, ni même analyser toutes les expériences sur lesquelles se base l'auteur; il faut nous borner à lui emprunter à lui-même, presque textuellement, le résumé de sa théorie et des conséquences qu'il lui attribue en pathologie nerveuse. Voici comment l'auteur expose sa théorie :

1° L'axe cérébro-spinal est un centre thermique statique et un moteur hydraulique; il est le grand ressort de toutes les actions vitales. Les nerfs cérébro-spinaux sont des prolongements tubulaires de la substance blanche centrale; ils produisent un liquide répondant à ces centres, liquide qui, pratiquement, est statique et fluide pendant la vie, mais qui est susceptible, lorsqu'il est normal, de recevoir et de transmettre des pressions, susceptible aussi, par changement d'état, de se condenser rapidement.

2° Dans les parties des centres nerveux désignées sous le nom de substance grise, où la surface se trouve en contact avec du sang chargé d'oxygène, il s'établit progressivement une combustion lente, dans laquelle le phosphore joue le principal rôle en maintenant une combustion uniformément réduite avec formation de produits salins dialysables. La substance grise, siège de la combustion, emprunte sa couleur au sang, qui s'étend jusqu'à la profondeur de la membrane sanguine qui pénètre de dehors en dedans cette substance, que les replis de la membrane divisent en centres dont chacun possède sa surface propre d'oxydation et agit à la façon d'un organe indépendant. D'autre part la substance blanche est le grand centre de réception qui fournit aux centres gris de combustion les matériaux nécessaires à cette combustion, comme une bougie alimente sa mèche : mais cette substance blanche fonctionne en même temps comme l'appareil récepteur des vibrations qui se dirigent vers les nerfs ou qui en proviennent. Dans les combustions qui s'accomplissent dans les grands centres, il se développe suffisamment de chaleur pour maintenir le volume total de ces centres au degré convenable de tension. Dans les cordons nerveux le même processus s'accomplit, en sorte que sous l'influence de la combustion qui se passe dans les centres, les cordons nerveux, cérébraux et spinaux sont amenés à l'état de tension propre au transport des vibrations dans le sens soit des centres vers la périphérie, soit de la périphérie vers les centres. Dans les nerfs, le liquide nerveux est à l'état statique; il se condense facilement, s'il est mis à nu ou en cas de lésion; mais il est très

probable que, à son extrémité périphérique, sous l'influence de la pression venue des centres, le nerf abandonne une partie de son liquide, lequel va stimuler les muscles et les glandes en provoquant chez les premiers, la contraction, et chez les secondes l'excrétion.

3° Cette théorie explique les grands phénomènes nerveux de la vie dans l'activité et dans le repos. La veille et le sommeil dépendent des variations de la tension. Quand le cerveau est à l'état de tension complète, mais non excessive, quand le feu cérébral brûle avec toute son activité, mais non avec un excès d'activité, toutes les parties qui correspondent avec les centres nerveux sont à l'état de veille et d'action. Si la tension est diminuée, en d'autres termes quand les oxydations s'abaissent, il en résulte un processus de condensation centrale, avec production de liquide cérébro-spinal et phénomènes de fatigue et de sommeil : cet état persiste jusqu'au moment où le feu cérébral se rallume, où la tension se rétablit, et où les fonctions organiques placées sous la dépendance des centres nerveux, y compris les fonctions musculaires, sont ramenées à ce qu'on appelle la vie. Le système cérébro-spinal est donc en réalité une véritable machine hydraulique, et cela est si vrai que l'on pourrait construire d'après les mêmes principes une machine artificielle capable de produire du mouvement.

4° Cette théorie explique les effets bien connus des variations de pression et de température extérieures sur l'organisme nerveux central. La pression atmosphérique agit sur l'organisme, par l'intermédiaire de ses prolongements nerveux, absolument comme elle agit sur le mercure du baromètre, mais d'une manière plus délicate. Une diminution modérée favorisera l'expansion des centres. Une température élevée sans transpiration, réduira la tension. Une température modérément basse favorisera l'élévation de tension; mais un abaissement extrême de tension, suffisant pour produire une véritable solidification des surfaces nerveuses centrales ou périphériques, provoquera une véritable cessation d'activité, fait que l'on peut démontrer soit d'une façon locale, soit d'une façon générale, par l'action qu'exerce le froid.

5° Cette théorie attribue au liquide cérébro-spinal les fonctions les plus importantes; elle admet que ce liquide est le produit condensé des combustions de l'axe cérébro-spinal, qu'il remplit l'office d'un régulateur de pression, et qu'il constitue la voie par laquelle le sang se débarrasse d'un grand nombre de poisons. Chargé de substances étrangères très diverses, telles que l'alcool, la glucose, l'urée, le chloral, la strychnine, il en élimine un certain nombre directement, et les autres, celles qui sont le moins facilement décomposables, par des poussées éliminatoires successives et accompagnées de phénomènes paroxystiques.

6° L'axe cérébro-spinal n'est pas seulement un centre d'absorp-

tion pour la réception des vibrations venues de l'extérieur, mais il est un véritable centre chimique et un appareil dialyseur : il est encore un centre de combustion statique au moyen duquel, sous l'influence de la pression liquide, réglée par le liquide spinal, se trouve maintenu le degré de tension nerveuse nécessaire à la vibration dans toutes les parties du corps qui correspondent avec lui. Il y a là une véritable autonomie physique.

7° Dans cette théorie, les ganglions sont des centres supplémentaires, alimentés par les sources principales : ils sont placés, comme des intermédiaires, entre les grands centres et les muscles involontaires : ils fournissent à ces derniers, d'une façon régulière et continue, le stimulus nerveux tant qu'ils sont eux-mêmes convenablement alimentés, mais ils excitent les muscles au delà de la normale, lorsqu'ils reçoivent eux-mêmes un apport excessif. Les plexus sont des carrefours nerveux, dont la complexité assure le transfert des vibrations alors même que l'une des voies nerveuses qui les constituent viendrait à être fonctionnellement anéantie par une maladie ou une lésion directe. La décussation nerveuse est l'artifice par lequel les centres sont mis dans l'impossibilité de devenir indépendants les uns des autres et de perdre leur équilibre de compensation.

8° Si cette théorie est exacte, il existe dans l'organisme animal deux combustions d'ordre différent : l'une, centrale ou nerveuse, amenant un abaissement de tension et de pression ; c'est une combustion statique ; — l'autre, la combustion, plus énergique, des muscles et des autres organes, qui fournit la chaleur animale que nous connaissons à l'état de chaleur sensible du corps ; cette dernière est en apparence indépendante et plus active ; peut-être cependant dépend-elle, au moins au point de vue de sa continuité, de la lente combustion centrale, qui la maintient au niveau utile, et qui règle son activité en réglant l'apport sanguin et, par là, l'oxygène, qui est son élément de soutien.

L'auteur passe ensuite aux applications de cette théorie à quelques faits de physiologie pathologique usuelle, mais il le fait rapidement, pour arriver sans retard à ses applications spéciales aux phénomènes de physiologie et de pathologie nerveuses : ici encore nous traduisons à peu près textuellement.

*Action réflexe.* — Cette théorie fournit une explication du mécanisme de l'action réflexe : l'impression périphérique, qui donne naissance au mouvement réflexe après s'être propagée jusqu'au centre par vibrations le long d'une ligne liquide, s'épanouit dans ce centre, elle y excite, elle y hâte l'oxydation et provoque ainsi une impulsion qui détermine une sorte de lésion locale centrale, avec vibrations en retour le long des nerfs, vibrations qui se répandent dans le muscle ou les muscles que ces nerfs animent.

Mais pour tout cela il faut du temps; de là, le temps nécessaire à l'accomplissement d'une action réflexe. Si l'impression périphérique est trop forte ou trop générale, le réflexe peut manquer; mais alors l'action centripète se traduit par une lésion centrale, qui peut être mortelle, ou sinon elle est suivie d'une gerbe de vibrations de réaction, qui, partant du centre, aboutissent à de grands groupes musculaires et donnent lieu à des convulsions générales.

*Epilepsie.* — D'après cette théorie les crises épileptiques peuvent être d'origine périphérique; elles sont déterminées par une vibration intense vers les grands centres, une augmentation passagère de la vibration dans ces centres mêmes, et une radiation en retour vers les muscles; lorsque ceux-ci sont épuisés par l'intensité de l'excitation, l'équilibre se rétablit. En d'autres termes, s'il n'y avait pas épilepsie, il y aurait apoplexie et mort si bien que les phénomènes mêmes de l'attaque épileptique nous font comprendre comment son apparition et la fréquence de ses récidives sont compatibles avec la prolongation de la vie.

*Manie.* — Cette même théorie explique logiquement la manie à la façon d'une fièvre, elle y voit un excès d'activité des grands centres nerveux, ayant leur origine dans ces centres mêmes, ou bien ayant pour cause une activité anormalement rapide des oxydations en un point périphérique des prolongements du système nerveux, comme dans la pneumonie ou la pleurésie aiguës.

On peut aussi expliquer la manie par des modifications du liquide cérébro-spinal. Si le liquide cérébro-spinal était brusquement soustrait, cette soustraction donnerait lieu à des mouvements convulsifs et spasmodiques, avec excitation intense allant jusqu'aux phénomènes tétaniques. S'il était soustrait lentement en même temps que d'autres liquides provenant du sang, le résultat serait un collapsus accompagné de phénomènes spasmodiques, comme dans le choléra. S'il s'accumulait en quantité trop considérables, il y aurait coma par compression, avec quelques mouvements convulsifs. Enfin s'il se chargeait de substances toxiques, les effets varieraient suivant la nature de ces substances.

*Altérations de structure.* — Cette théorie s'applique également à l'application des altérations de structure des masses nerveuses elles-mêmes. L'excès des matières grasses abaisse le taux des oxydations d'accroissement de la proportion d'eau dans le tissu nerveux, diminue aussi les oxydations, provoque des compressions, amène une diminution générale de tension et cause la paralysie. La présence de l'alcool provoque nécessairement d'une façon rapide et passagère une expansion et une excitation dues à sa combustion sur place et suivies d'une condensation très accusée, de stupeur et d'épuisement. Souvent renouvelée, l'action de l'alcool

provoque fatalement une paralysie généralisée chez les sujets qui ne peuvent pas éliminer rapidement le poison.

— L'auteur termine par quelques considérations finales secondaires, sur lesquelles l'étendue que nous avons déjà donnée à cette analyse ne nous permet pas d'insister.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

### LIII. LES LÉSIONS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par le Dr J. DAGONET.

Dans un intéressant article, extrait du chapitre « Paralysie générale » du *Traité des Maladies mentales* (sous presse) du Dr Dagonet, l'auteur résume les diverses opinions émises sur la nature anatomique et les lésions complexes de la paralysie générale. Tout d'abord, il remarque qu'il n'existe pas de dénomination anatomopathologique satisfaisante pour cette maladie et qu'il est préférable de lui laisser encore son nom clinique. En ce qui concerne la lésion primitive de la paralysie générale, Calmeil déjà disait avoir trouvé à l'aide du microscope, à tous les degrés de la paralysie, les modifications histologiques de la phlogose : il existait ainsi d'épaissies traînées de noyaux dans les gaines adventitielles, et les fibres nerveuses comprimées ne tardaient pas à s'altérer.

Rokitansky attribua au tissu interstitiel le principal rôle dans les lésions histologiques de la paralysie générale. Il se passerait de la sorte dans le cerveau quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans le foie pour la cirrhose; la lésion primitive serait interstitielle et la lésion secondaire parenchymateuse : le rôle principal serait joué par les vaisseaux, puis le processus inflammatoire gagnerait la névroglie et amènerait la destruction des fibres nerveuses et les altérations des cellules nerveuses. Enfin, depuis que Tuzek eut constaté, dans la paralysie générale, la disparition des fibres nerveuses à myéline de l'écorce cérébrale, une nouvelle opinion s'est formée, contestée encore par quelques auteurs, mais à laquelle se rattache M. Dagonet, après ses propres recherches, à savoir que la lésion primitive, le point de départ, est la dégénérescence des fibres nerveuses, tandis que les lésions des vaisseaux, des cellules nerveuses, sont secondaires. Les travaux récents confirment tous l'opinion de Tuzek sur l'altération primitive des fibres nerveuses : il s'agit, en effet, d'après Schütz, dans la paralysie générale progressive, d'une disparition générale des fibres, s'étendant à tout le système nerveux central et ce sont les fibres les plus fines qui sont atteintes. La disparition de toutes ces fibres, ajoute M. Schütz, doit être considérée comme une lésion de système, comparable à la dégénérescence des cordons latéraux et des cordons postérieurs de la moelle.

Lorsque la paralysie générale a présenté une certaine durée, les lésions sont devenues complexes et multiples : l'auteur les énu-

mère et discute leur valeur. Les unes sont des lésions inflammatoires et de sclérose (multiplication des noyaux des vaisseaux, hypertrophie et prolifération de la névroglie, etc.), les autres sont des altérations de dégénérescence et d'atrophie.

En résumé, si la compression des éléments nerveux par le tissu interstitiel agissant comme dans la cirrhose du foie, est une ancienne conception qui ne saurait plus être admise de nos jours, il n'en est pas moins vrai que les troubles circulatoires et la stase lymphatique, jouent un rôle des plus néfastes dans la paralysie générale : ils favorisent la dégénérescence et l'atrophie des éléments nerveux dont les échanges nutritifs se font d'une manière défectueuse.

L'expression anatomique de la prédisposition individuelle serait pour Schüle la vulnérabilité des parois vasculaires et, pour Zacher, la vulnérabilité des éléments nerveux, des fibres d'association. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1893.) E. B.

## REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

### LXXVII. AUTOMATISME AMBULATOIRE; par le Dr SEMELAIGNE.

L'automatisme ambulatoire se présente sous des aspects divers. Tantôt, c'est un épisode fugitif que perçoivent à peine les personnes présentes : un arrêt subit au cours d'une conversation, quelques pas en avant et tout rentre dans l'ordre.

Tantôt, c'est une marche rapide, sans but apparent, dans une même direction; après quelques minutes, quelques heures, le sujet revient à lui. Il est des gens qui se retrouvent, sans savoir comment, dans une localité située à une grande distance de leur résidence habituelle. On voit encore des individus circuler et accomplir tous les actes de la vie ordinaire; pourtant ils ne sont plus les mêmes, une nouvelle personnalité s'est développée en eux, leur existence se passe en partie double. Dans certains cas, il y a inconscience absolue; dans d'autres, la conscience persiste, mais le mouvement s'impose sans résistance possible : la volonté semble annihilée. Des crises épileptiques ou hystériques s'observent quelquefois, soit avant, soit après. Dans cet état peuvent être accomplis des suicides, des délits ou des crimes.

Passant en revue les différents cas signalés dans les auteurs, avant même que le mot d'automatisme ambulatoire ne fût créé,

M. Semelaigne fait ressortir toute l'importance de l'étude de l'automatisme ambulatoire, tant au point de vue clinique que médico-légal.

L'automatisme ambulatoire, qu'il ne faut pas confondre avec ce besoin de mouvement que ressentent certains aliénés, reconnaît trois causes principales vers lesquelles doivent tendre les recherches des médecins : l'alcoolisme, l'épilepsie, l'hystérie.

S'il est évident qu'une personne qui, dans un accès d'automatisme ambulatoire, a commis un crime, doit être acquittée, il est indiqué, en outre, de ne pas rendre à la vie commune cet être irresponsable qui constitue un danger public et permanent. (*Annales médico-psychologiques*, 1894.) E. B.

LXXVIII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA KLEPTOMANIE ;  
par les D^{rs} BOISSIER et LACHAUX.

La vraie kleptomanie, d'après la définition qu'en a donnée M. Magnan, est l'obsession poussant irrésistiblement au vol, avec la résistance, la lutte et l'angoisse, et la détente consécutive à l'acte. Ainsi définie, la kleptomanie ne se rencontre que chez les dégénérés héréditaires.

Les auteurs nous fournissent deux observations absolument typiques de kleptomanes. L'une et l'autre se ressemblent étrangement. Sur les deux malades, déséquilibrées dès leur enfance, pèse une lourde tare héréditaire. Les syndromes épisodiques des dégénérés y sont manifestes. Toutes deux savent fort bien l'inutilité des vols qu'elles accomplissent, puisqu'elles sont dans une situation aisée et toutes deux racontent très nettement la lutte intérieure avant le vol, la résistance même à l'obsession depuis la constriction à l'épigastre, l'angoisse, la sueur froide sur le front, enfin, le soulagement, la délivrance après l'acte accompli, la honte et le repentir lorsque l'accès a disparu.

En présence de pareilles malades, le médecin légiste ne doit pas hésiter à proclamer devant les magistrats leur irresponsabilité absolue. (*Annales médico-psychologiques*, 1894.) E. BLIN.

LXXIX. DE LA PEPTONURIE CHEZ LES ALIÉNÉS ; par M. LAILLER.

Les recherches de l'auteur ont eu pour but de contrôler les assertions suivantes du D^r Marro : « L'urine des paralytiques généraux renferme constamment des peptones. L'intensité de la peptonurie est proportionnelle à la rapidité de l'évolution de cette dernière. Dans les cas de diagnostic douteux, l'absence de peptone dans l'urine permettrait d'écartier l'idée de paralysie générale. »

A la suite de ses recherches, M. Lailler conclut que la présence de la peptone dans l'urine ne peut être invoquée comme symptôme

de la paralysie générale : 1° Parce que la peptonurie se rencontre dans des indispositions passagères; 2° parce qu'elle se présente dans un grand nombre de maladies, les phlegmasies en particulier; 3° parce qu'on la trouve dans les différentes formes de l'aliénation mentale, soit que sa présence dépende de la maladie mentale elle-même, soit qu'elle dépende des perturbations d'ordre physique qu'engendrent souvent les perturbations d'ordre psychique; 4° parce que, si elle est plus fréquente dans la paralysie générale que dans les autres formes de maladies mentales, elle fait généralement défaut au début de l'affection, alors que le diagnostic est incertain.

Il est à remarquer que la recherche des peptones dans l'urine ne constitue pas une opération banale; elle est, au contraire, difficile et compliquée. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1894.) E. B.

**LXXX. IDIOTIE SYMPTOMATIQUE D'UNE ATROPHIE DE L'HÉMISPHERE GAUCHE;**  
par M. MENEREUL.

Enfant de douze ans, atteint d'idiotie congénitale avec rachitisme, gâtisme. A l'autopsie, l'hémisphère droit est petit, mais semble normal: il pèse 362 grammes. L'hémisphère gauche ne pèse que 197 grammes; aux dépens de sa substance blanche s'est formé un pseudo-kyste; la perte de substance est considérable, car la cavité pseudo-kystique comprend, outre le lobe pariétal en entier (sauf la pariétale ascendante), tout le lobe occipital. (*Annales médico-psychologiques*, 1893.) E. B.

**LXXXI. OBSESSIONS SURVENUES AU COURS D'UNE ATTEINTE D'INFLUENZA;**  
par le Dr PAILHAS.

Homme de cinquante-deux ans, de nature impressionnable, sans tare nerveuse héréditaire, atteint d'influenza. Cinq jours après le début de l'influenza, s'installe dans son cerveau à l'état d'obsession constante, certaine préoccupation au sujet d'un mince détail de comptabilité domestique. Cet état dure pendant six jours: au bout de ce temps survient, après d'abondantes sueurs, une détente dans les manifestations mentales. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1893.) E. B.

**LXXXII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE;** par le  
Dr VIGOUROUX.

On sait de quelle importance est l'apparition de la démence au cours d'une vésanie car elle seule permet de porter le diagnostic d'incurabilité. Tandis que, dans certains cas, la démence est tardive et ne survient qu'après de longues années de délire (délire

chronique), d'autres fois elle paraît être indéfiniment reculée, chez certains héréditaires dégénérés, les fous moraux, les persécutés persécuteurs, par exemple; mais, dans certains cas aussi, on la voit apparaître précoce, succédant à une très courte période de troubles vésaniques et, dans ces derniers cas, la plupart des auteurs accusent aussi l'hérédité.

L'hérédité prédispose donc certains aliénés à la démence, alors qu'elle permet à certains autres de l'éviter.

Les observations très précises de l'auteur montrent qu'il n'y a dans cette apparente contradiction qu'une question de degré de dégénérescence héréditaire, l'accumulation de l'hérédité paraissant prédisposer à la précocité de la démence.

Il s'agit de deux malades entrées à l'asile d'Evreux, l'une il y a quatorze ans, l'autre il y a sept ans, à peu près en même temps que leurs filles. Les mères ont continué à délirer de la même façon, tandis que les filles, après un court délire de quelques mois, sont depuis longtemps déjà tombées en état de démence. Les deux mères ont déjà des antécédents héréditaires: elles délirent depuis longtemps; les filles, démentes précoces, ont à supporter en plus l'hérédité maternelle. (*Annales médico-psychologiques*, 1894.)

E. B.

LXXXIII. EDGARD POË. — ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE MORBIDE;  
par le D^r Paul MOREAU (de Tours).

Dans un article aussi intéressant au point de vue littéraire qu'au point de vue psychologique, l'auteur recherche l'état psychologique, véritablement morbide, qui a inspiré le plus grand nombre des œuvres d'Edgard Poë et montre que le fantastique qui éclate à chaque page de ses contes est une conséquence naturelle de ce que Poë lui-même a appelé « sa névrose constitutionnelle et héréditaire ».

D'un caractère bizarre, mal équilibré, d'une humeur batailleuse, qui lui faisait rechercher les aventures, Poë fut un véritable dipsomane qui finit par succomber aux accidents résultant de l'abus des boissons alcooliques. Aussi, dans la plupart de ses contes extraordinaires, on retrouve la trace manifeste de ce délire alcoolique qui le tint sous sa domination lorsqu'il composait, les créations de son imagination prenaient parfois les proportions de véritables hallucinations, et il traduisait fidèlement les visions qui assiégeaient son esprit. L'auteur met en parallèle certains passages de Poë et quelques observations prises au hasard parmi des observations de dipsomanes et il en montre la similitude. Est-ce à dire que Poë fût un fou dans l'acceptation du mot? non certes! Poë fut fou à la façon des dipsomanes, par intermittence. En proie au délire, il composait ces histoires terrifiantes, se jetant dans l'horrible par amour

de l'horrible; dans ses moments de calme et de lucidité, il écrivait ces articles si fins, si acérés et si mordants de critique, un poème philosophique et des poésies où vit cet amour insatiable du beau qui, dit Beaudelaire, est son grand titre à l'affection et au respect des poètes. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1894.) E.B.

LXXXIV. TROUBLES DU LANGAGE CHEZ LES ALIÉNÉS; par OTTO KLINKE.

L'auteur, appliquant ces distinctions à la clinique, rapporte plusieurs observations détaillées, analysées avec beaucoup de détails.

A. MARIE.

LXXXV. MIRROR WRITING; par IRELAND (d'Edimbourg).

Sous ce titre, l'auteur étudie l'écriture intervertie par la main gauche, traçant de droite à gauche. Il rapporte plusieurs observations personnelles d'idiots gauchers écrivant ainsi en croyant copier un modèle ordinaire d'écriture. Il cite ensuite un certain nombre d'expériences faites sur des classes enfantines de petites filles et garçons normaux, dans lesquelles on a obtenu un assez grand nombre d'écrits en miroir de la main gauche. C'est presque toujours des enfants gauchers ou ambidextres qui manifestent cette tendance. Elle reparait dans la sénilité à la suite d'accidents hémiplésiques, connue dans le cas historique de Léonard de Vinci, dont l'écriture intervertie dans les mémoires du déclin de sa vie doit être attribuée à un foyer cérébral gauche et non au désir de cacher les secrets de ses écrits au lecteur non prévenu.

On peut se demander si normalement il existe dans la substance corticale une double modification concomitante dans les deux hémisphères lors de la vision d'une ligne d'écriture, ou si l'écriture en miroir n'est que l'épreuve en quelque sorte négative du même cliché pour se servir d'expressions empruntées à la photographie. Les faits tirés de l'hypnotisme et de l'observation clinique des hémiplésiques permettent de penser qu'il y a dualité d'images visuelles correspondant à la vision binoculaire et aux localisations bilatérales, corticales, symétriques, d'où images motrices également symétriques. L'auteur signale en passant la théorie italienne de l'atavisme qui voit chez l'hémiplégiq ue à écriture intervertie du côté gauche un retour à l'état de l'enfant naturellement ambidextre, ou aux écritures primitives de gauche à droite. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, n° 1.) A. MARIE.

LXXXVI. ALCOOL ET INHIBITION; par HAROLD MEYER (de Chicago).  
(*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, n° 1, p. 94.)

L'auteur estime que l'adage ancien, *in vino veritas*, s'applique

aux cerveaux invalides dont l'alcool peut en quelque sorte être considéré comme le réactif révélateur des *tares latentes*. Normalement inhibées par l'éducation, les influences sociales et la vie commune, ces tendances se font jour lorsque l'alcool annule les actions frénatrices habituelles. L'homme ivre devient querelleur de doux qu'il paraissait être d'ordinaire. C'est son vrai fond instinctif qui transparaît. Si ce fond est pathologique, il se révèle de même et l'on peut ainsi redire : que ne devient pas alcoolique délirant qui veut.

Comme médecin du *Temporary detention hospital* (infirmerie spéciale du dépôt de Chicago), l'auteur a vu quantité d'alcooliques délirants relâchés ensuite, sans être envoyés à l'asile, après une courte observation. Pour lui, bien peu de ces ivrognes étaient normaux, il a pu les suivre et les étudier ensuite en liberté; de son enquête, il résulte que beaucoup conservaient, malgré leur apparent rétablissement, des lacunes permanentes; leurs antécédents héréditaires ou personnels étaient encore plus convaincants; c'étaient, pour la plupart, des dégénérés héréditaires et bon nombre avaient présenté des accès d'aliénation caractérisée.

A. MARIE.

LXXXVII. OBSERVATION DE SOMNAMBULISME; par W. IRELAND.

L'auteur rapporte qu'étant médecin militaire de l'armée anglaise au siège de Dehly, en 1857, il assista à un accès de somnambulisme d'un officier couché sous la même tente. L'officier dont il parle eut un rêve hallucinatoire curieux, où il se crut appelé la nuit, se leva, et reçut une communication imaginaire d'estafettes invisibles à d'autres qu'à lui. Il alla réveiller ses hommes et allait partir du camp à leur tête, lorsqu'il fut terrassé et réveillé par son compagnon, non sans peine, ni danger du côté des soldats indigènes, spectateurs d'un fait si inattendu.

Eveillé, le somnambule tomba dans un sommeil lourd, avec amnésie complète du rêve et de ce qui s'en était suivi. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, n° 1.)

A. MARIE.

LXXXVIII. FOLIE PAR ABUS DU CHANVRE INDIEN; par Thomas IRELAND (d'Edimbourg).

L'auteur rapporte trois observations personnelles d'aliénation causée par cette intoxication. L'une est un cas de manie homicide, l'autre une mélancolie suicide, la troisième une démence précoce. L'auteur donne d'intéressants détails sur les différents modes de préparation du toxique, sur les diverses façons de l'absorber (en fumant, en mangeant, etc.).

Il rapporte des chiffres statistiques tirés des asiles indiens de

Dacca, Caire et Berbice, où les coolies internés sont, dans une proportion de plus de 30 p. 100, des victimes de ces funestes habitudes, d'autant plus difficiles à combattre qu'elles ont une sorte de caractère de pratique religieuse. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, no 4.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### CONGRÈS ANNUEL DES ALIÉNISTES ALLEMANDS.

#### SESSION DE FRANCFORT-SUR-LE-MEIN.

Séance du 25 mai 1893. — PRÉSIDENTIE DE M. JOLLY.

Le président annonce à la Société que M. le ministre de l'instruction publique, des cultes et des affaires médicales, envoie une délégation composée de M. le directeur du département médical, le D^r de Bartsch, et M. le conseiller médical supérieur, D^r Schönfeld. Ces commissaires du gouvernement annoncent qu'ils sont porteurs d'un message les invitant à prendre part aux délibérations de l'assemblée dont les décisions exerceront sans nul doute une influence légitime sur les résolutions du gouvernement.

Le président communique un arrêté du ministère de l'intérieur et du ministère de l'instruction publique, des cultes et des affaires médicales d'après lequel, à la date du 18 juillet 1892, les directeurs-médecins d'asiles de traitement et d'hospitalisation d'aliénés des provinces sont autorisés à délivrer un certificat attestant que « les cadavres dont on a demandé la circulation n'étaient porteurs d'aucune maladie soulevant des préventions hygiéniques ».

Rapport de MM. SIEMENS et ZINN aliné, sur la question proposée : *Psychiatrie et traitement spirituel*.

En voici les conclusions : I. — La folie est une maladie du cerveau et du système nerveux, l'aliéné est un malade irresponsable de ses actes. Ce n'est point, comme le prétendent les pasteurs von Bodelschwingh, Hafner, Knodt et consorts, un pécheur possédé du démon, responsable de ses fautes. Cette théorie spirituelle est combattue

par le droit, la législation, l'idéologie moderne de tous les États civilisés du monde; 2° en rééditant des théories surannées, les pasteurs ont pour but de créer un conflit entre les prêtres des asiles publics et les directeurs-médecins de ces établissements, d'en vicier le fonctionnement, et par cela même ils nuisent aux intérêts des malheureux malades et de leurs familles. Ils voudraient revenir à l'organisation pénitentiaire des asiles d'aliénés, aux pratiques de l'exorcisme, aux procès contre les sorciers des xvii^e et xviii^e siècles. — 3° les asiles d'aliénés curables ou non, qui ne sont pas conduits par des médecins ou dont les médecins ne sont pas responsables, les établissements d'épileptiques et d'idiots du même genre ne correspondent point aux exigences de la science, de l'expérience et de l'humanité; ils ne sauraient donc être tenus pour « des établissements propres à préserver, à soigner, à hospitaliser ces malades », au sens de la loi prussienne du 11 juillet 1891. Les aliénés incurables ont, du reste, au même titre que les aliénés curables, besoin de l'assistance médicale; — 4° c'est donc un devoir pour l'État et les bureaux de bienfaisance des provinces ou des communes de placer les aliénés épileptiques ou idiots indigents dans des établissements conduits et administrés par des médecins; c'est là qu'ils doivent être gardés, traités, hospitalisés; — 5° il faut que les établissements possédés par des sociétés particulières ou religieuses soient conduits et administrés par des médecins; il faut qu'ils soient surveillés par des fonctionnaires de l'État; — 6° les médecins chargés de conduire et d'administrer sous leur responsabilité de semblables établissements doivent être des psychiatres instruits et rompus à la théorie et à la pratique de la psychiatrie.

II. — 1° Les pasteurs attachés aux établissements d'aliénés sont partout en Allemagne appréciés et appuyés par les directeurs et les médecins à la condition qu'ils se soumettent aux prescriptions médicales. Ils rendent évidemment aux malades des services spirituels quand ils collaborent à l'activité éclairée du médecin. Il est inexact que l'on empêche les malades de fréquenter le temple et qu'on les prive des consolations de la religion; — 2° les établissements en question doivent recevoir des malades de tous les cultes; il n'y a pas lieu de créer d'asiles spécialement destinés à telle ou telle religion. On ne saurait davantage choisir pour infirmiers ou infirmières des éléments pris dans les sociétés ou les ordres religieux même en conservant l'unité nécessaire de la direction médicale. Il est inexact d'ailleurs que les aliénistes s'opposent à l'introduction dans les asiles du personnel religieux, par suite de considérations privées. Les aliénistes se guident simplement sur le bien-être matériel et moral des aliénés. Sur la motion de M. FUERSTNER, les conclusions précédentes sont adoptées à l'unanimité.

Pour corroborer ce vote, on discute la teneur des rapports qui ont entraîné la rédaction des précédentes formules. A cette discussion prennent part MM. MESCHÉDE, SOMMER, PELMAN, WILDERMUTH, SCHEFFER et le pasteur TEICHMANN. Les faits et les opinions exposés établissent la parfaite communauté de vues de l'assemblée avec les rapporteurs.

Rapport de MM. ZINN aîné et PELMAN sur les *efforts propres à modifier la procédure d'admission des aliénés dans les asiles ainsi que leur interdiction*. Ils concluent ainsi : I. — 1^o Les décisions légales actuellement en vigueur pour l'admission des malades dans les asiles privés et publics ainsi que pour leur sortie, donnent toute garantie contre les séquestrations illégales ou arbitraires. On n'a même jamais retardé la sortie d'un aliéné par malveillance. Les allégations du pasteur Stœcker et la proclamation du journal *la Croix* sont inexactes; — 2^o loin de là, on peut atténuer les formalités des admissions sans aucun danger pour la liberté individuelle; il faut même simplifier ces formalités dans l'intérêt des malades et pour précipiter leur guérison; — 3^o si, comme le veulent le pasteur Stœcker et le journal *la Croix* (9 juillet 1892), on multiplie les formalités en question, si l'on confie les admissions à une commission d'hommes indépendants, loin d'établir des rouages dits de préservation, on rendra impossible le traitement rationnel, l'assistance, la protection des aliénés; l'on portera atteinte à l'ordre et à la sécurité publics, sans compter que les formalités en question deviendront impraticables; — 4^o l'admission dans un asile public ou privé ne peut et ne saurait dépendre de l'interdiction préalable; c'est ce qu'ont reconnu tous les Etats de l'Allemagne, et en particulier la Prusse.

II. — 1^o Les prescriptions actuelles relatives à la surveillance des asiles d'aliénés publics et privés et le rôle en cette affaire des fonctionnaires suffisent amplement aux plus rigoureuses exigences et donnent toutes garanties; — 2^o La Société des aliénistes allemands ne peut que souhaiter l'application mathématique et régulière de tous les dispositifs de la loi actuelle. Déjà, elle a demandé que la surveillance en question soit confiée à un psychiatre; — 3^o Elle ne voit aucune objection à ce qu'on associe à ce psychiatre un haut fonctionnaire administratif tel que le Landesdirector, l'Oberpräsident, le Regierungspräsident. Mais elle ne voit pas bien ce que viendront faire en cette affaire des personnes incapables d'apprécier les connaissances spéciales indispensables et ne se déterminent que d'après l'évidence; — 4^o Il est impossible de se passer des asiles privés; les attaques dirigés contre eux par le pasteur Stœcker et le journal *la Croix* sont injustifiées; elles sont en outre regrettables parce qu'elles éveillent la méfiance, suscitent et entretiennent des préjugés.

III. — 1^o Faut-il interdire? Faut-il lever une interdiction? Il n'y a qu'un magistrat qui puisse conclure en pareille matière, sur rapport médico-légal; une commission formée d'hommes indépendants ayant la confiance de leurs concitoyens et jugeant non d'après les éléments spéciaux de la psychiatrie, mais d'après l'évidence du bon sens, est incapable de faire une besogne rationnelle; — 2^o les lois en vigueur actuellement en matière d'interdiction en Prusse et en Allemagne ordonnent: l'assistance provisoire — l'enquête — les moyens légaux propres à conserver la personne et les biens — la levée de l'interdiction à n'importe quelle phase du procès quand elle est reconnue légitime — la revision et l'examen de toutes les difficultés légales ou médicales qui peuvent se produire — l'intervention du procureur agissant pour l'intéressé. — Voilà une série de mesures réglées d'avance propres à protéger la liberté individuelle, l'autonomie civile, les biens de toutes personnes soupçonnées atteintes d'aliénation mentale et par suite menacées d'interdictions. Il n'y a pas mieux; — 3^o on a soutenu qu'on a interdit à tort, à raison de lacunes dans la loi. C'est inexact. La législation actuelle est parfaitement suffisante. Il est à regretter qu'il n'y ait pas eu d'enquête officielle sur les faits signalés par le pasteur Stœcker et le journal *la Croix* comme démontrant une interdiction et une séquestration arbitraires.

IV. — 1^o L'Etat a pour devoir d'enseigner à tous les médecins la psychiatrie théorique et pratique. Il faut donc obliger les étudiants, avant de passer leurs examens, à fréquenter pendant six mois au moins, une clinique psychiatrique et introduire dans les examens en question la matière de la médecine mentale; — 2^o l'administration centrale doit s'adjoindre un médecin aliéniste expérimenté. C'est à lui qu'elle devra confier la direction de l'assistance générale des aliénés, la surveillance supérieure de cette assistance. Ce médecin doublera le représentant supérieur de l'administration. — Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité. (*All. Zeitsch. f. Psychiat. L. 1 et 2.*) P. KERAVAL.

Séance du 26 mai 1893. — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY.

Rapport de M. SIEMERLING sur le meilleur moyen d'autopsier l'encéphale.

Après avoir étudié les diverses méthodes d'examen de l'encéphale au couteau de Galien à Pitres et à Nothnagel, l'orateur examine les méthodes de durcissement et de microtomie de Burckhardt, de Gudden, Byron Bramwell. Il en tire une première conclusion. C'est que l'autopsie macroscopique doit en un cas donné toujours se faire en vue de l'examen microscopique qui doit suivre et par conséquent s'adapter à ce dernier. Selon le but que l'on se propose,

selon les organes que l'on a besoin de disséquer en fin de compte, on se déterminera à l'adoption de telle ou telle méthode d'autosie. *Il n'y a donc pas en thèse générale, de meilleur moyen d'autopsier le cerveau.* Si, par exemple, les coupes perpendiculaires et transverses de Pitres et Nothnagel doivent être préférées quand on veut étudier les lésions du centre ovale, il est des cas dans lesquels les divisions de Meynert sont plus indiquées, notamment pour l'étude du tronc du cerveau et pour les pesées des diverses régions de l'encéphale. A-t-on affaire à une tumeur ou à un foyer de ramollissement, on peut avoir intérêt à combiner les coupes perpendiculotransverses aux coupes horizontales et antéro-postérieures; cela dépend de la localisation et de l'étendue des altérations. Souvent aussi il est indispensable d'envisager les rapports du crâne avec l'encéphale par les coupes totales de Griesinger. Qu'une altération occupe l'étage postérieur de la cavité crânienne, on pourra se trouver bien également de sacrifier les hémisphères ou tout au moins de les enlever et de conserver les organes qui sont situés au-dessous de la fente cérébelleuse.

Dans bien des cas de lésions profondes, on a avantage à enlever l'encéphale tout entier du crâne, par le procédé accoutumé et d'examiner les organes de la base, les organes de la convexité, les vaisseaux, en se rendant compte du degré d'adhérence de la pie-mère en ces régions. Les coupes transverso-perpendiculaires de la base à la convexité ont alors l'avantage d'un examen graduel et méthodique qui permet aussi de s'orienter; on procède ainsi, au niveau de la partie postérieure du genou du corps calleux, en avant du chiasma, immédiatement en arrière du chiasma, à travers les tubercules mamillaires, jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. Alors, on fait passer le couteau à travers le bourrelet du corps calleux, on détache le tronc et l'on procède à la section de la partie postérieure de chaque hémisphère. On réservera à l'examen microscopique le tronc du cerveau depuis les tubercules quadrijumeaux et le pulvinar.

On peut combiner suivant les régions corticales ou médullaires que l'on trouve lésées, les espèces de coupes transverso-perpendiculaires, horizontales, antéro-postérieures, en les adaptant au genre et à l'étendue des altérations. L'éclectisme est ici de mise.

Rapport de M. EDINGER sur le même sujet.

De concert avec M. Siemerling, l'orateur a pensé que l'autopsie macroscopique du cerveau ne suffit pas aux besoins de la science et que, par suite, il convenait de traiter de *l'examen ultérieur de l'organe central séparé du corps.*

Ce qui revient à dire que l'autopsie proprement dite doit toujours être pratiquée en vue d'une recherche plus fine et plus complète des organes. Il faut éviter avant tout si l'on ne veut pas léser artificiellement les manchons de myéline, de toucher les centres ner-

veux avec l'éponge humide. Il faut aussi avoir soin de sectionner les organes de façon à en ménager la structure, à en établir les rapports, sans trop les défigurer, afin que l'on puisse s'y reconnaître. On en fixe le dessin ou le schéma, soit à l'aide du crayon ou de la chambre claire de Lucæ qui permet d'en dessiner les contours à l'individu peu familier avec le crayon, soit en les congelant par la méthode de Pirogoff et en appliquant sur les régions le papier à calquer, sur lequel on décalque les contours, soit enfin au moyen de la photographie.

Il est des cas rares dans lesquels on conserve l'encéphale entier, par exemple quand on veut garder le trajet des circonvolutions. Les procédés les meilleurs sont : — celui de Giacomini à la glycérine — de Broca, à l'acide nitrique — l'inclusion à la paraffine de Schwalbe — l'huile de lin de Teichmann — le vernis de Stieda.

Les fractions du cerveau qui doivent être soumises à l'étude microscopique doivent naturellement être préalablement durcies. Pour en conserver la marque topographique, le mieux, c'est de les fixer avec un fil sur un carton au coin duquel on inscrit sa spécification. Pour la moelle on a pour points de repère le numéro du nerf spinal auquel le morceau donnait naissance et les régions supérieures, inférieures et latérales qui le limitaient. Il est facile de mettre une étiquette attachée aux segments en question, quand ils doivent être plongés dans l'alcool ou inclus dans la celloïdine.

L'emploi du liquide durcissant dépend d'ailleurs de ce que l'on se propose d'étudier ultérieurement. Les chromates sont généralement les plus utilisés, mais ils ont l'inconvénient de détruire la substance des cellules; de plus, ils forment avec les manchons de myéline des composés qui, eux, sont colorables à l'hématoxyline et à la fuchsine acide, et non pas la myéline.

Le carmin, qui jusque dans ces dernières années était utilisé comme agent colorant, a été reconnu défectueux. En effet, il demeure sans action sur un nombre infini de cellules et peut aisément induire en erreur. La période contemporaine fourmille de procédés et de mélanges les plus bizarres ayant pour base les couleurs d'aniline. Comme il est impossible de les énumérer par le menu, nous nous contenterons de signaler les *conditions que doit remplir une coloration donnée pour qu'elle puisse servir au diagnostic de lésions pathologiques.*

1° Il faut que les éléments présentent une netteté parfaite dans tout le champ de la préparation. Il n'en est pas de même pour les études anatomiques; la preuve en est que la méthode de Golgi qui a fait faire de si grands progrès à la structure du système nerveux ne colore que peu de cellules et peu de fibres; elle est par suite inutilisable pour les recherches anatomo-pathologiques. Il faut pour la même raison se désier des méthodes qui recommandent la plus grande prudence dans le lavage des coupes sous peine de

voir la matière colorante quitter les cellules. Ceci s'applique à bien des couleurs d'aniline et à l'hématoxyline; — 2^e l'élection de l'agent colorant doit être parfaite, sinon on risque de confondre plusieurs éléments entre eux. Il faut autant que possible que, le fond de la préparation restant clair, les éléments soient foncés. On peut dire qu'il n'y a pas de procédé colorant les cellules avec leurs prolongements et les ramifications de ces derniers. Mais les fibres nerveuses à myéline sont très heureusement colorées par les méthodes de Weigert et par la méthode de Weigert modifiée par Pal. Celle d'Exner à l'acide osmique est également bonne, bon aussi pour déterminer les produits de destruction de la myéline, le procédé osmio-chromique de Marchi et Algeri. Ce qui nous manque, c'est un agent électif pour la névroglie. L'étude de la structure des cellules nerveuses exige un durcissement préalable qui les fixe et les durcisse promptement. L'alcool, le sublimé, l'acide nitrique, sont excellents, car seuls ils permettent de colorer ultérieurement à l'aide des couleurs d'aniline; celles-ci en mettent en évidence la texture ainsi que les modifications les plus fines de celle-ci (Nissl). Signalons les résultats obtenus par Gerlach (carmin), Schmaus (carmin urané), van Gieson (acide picrique et fuschine acide), Wolters (hématoxyline), Golgi, les coupes microscopiques macérées et les préparations de Nissl, dont on peut se procurer des types parfaits et délicieux chez les fabricants de microscopes.

L'application de la chaleur au durcissement mérite également quelques lignes. Mais elle présente les inconvénients d'un surdurcissement, que ne présente pas le froid. L'électrolyse utilisée par Minor est à son début; il faudrait que ce savant pût déterminer la force des courants employés et ses rapports avec les nouvelles méthodes de durcissement.

Un cerveau étant arrivé à ce point de durcissement que l'on puisse le couper sans risquer de provoquer des soulèvements sur la surface de coupe, on fait quelques coupes minces pour se rendre compte de l'étendue des coupes que l'on peut pratiquer. Si le durcissement à point est uniforme, on établit la quantité de coupes en séries que l'on peut produire. Et alors on inclut dans la celloidine, la paraffine atténuant la capacité colorable des gaines myéliniques. Des coupes bien durcies et récentes se trouveront très bien de l'inclusion dans la cire et l'huile de de Gudden.

On coupe au microtome. Malheureusement, pour obtenir des coupes larges, il faut avoir des microtomes immenses et très chers, parce que les substances d'inclusion ne donnent pas à la matière nerveuse une résistance et en même temps une souplesse suffisantes. Il en faudrait trouver d'autres pour arriver à faire de larges coupes à l'aide de petits instruments.

Pendant l'opération on examine attentivement chaque surface qui se présente. Si l'on éprouve quelque difficulté à cueillir la

tranche sur le couteau, on a recours au papier de soie assez résistant (papier hygiénique) de Weigert. Si l'on veut augmenter la consistance de la tranche on s'adresse au collodionage des surfaces de Duval, à l'application du papier mince de Lissauer, aux bandes de papier de Strasser, ce dernier subterfuge ne peut s'employer qu'au microtome de Strasser pour les coupes dans la paraffine, mais il assure des coupes étendues. Il y a pour les enlever et les examiner sur le porte-objet, un petit tour de main, on huile le papier, la numérotation en est en tout cas facile.

La photographie des images microscopiques ne rend guère la finesse des préparations; elle ne rend point les tons colorés des coupes. Mais elle peut servir à la copie même de la coupe en grandeur naturelle; il suffit de porter la préparation avec le couvre-objet sur le papier sensible et de l'exposer à la lumière solaire. C'est le système de Trambusti. On fixe ensuite comme si le papier sensible venait d'un cliché négatif.

Le dessin pour rendre l'image microscopique n'est lui-même applicable qu'à de faibles grossissements. Aux chambres claires de Oberhäuser, Abbé et autres, avec l'attirail supplémentaire qu'elles comportent, je préfère une sorte de *lanterne magique* que j'ai fait construire par Leitz de Wetzlar qui projette l'image de la coupe directement sur le papier; on suit aisément les contours ainsi projetés avec la pointe du crayon. On arrive ainsi sans fatigue à dessiner des grossissements de 2 à 30.

En résumé, ce sont les progrès de la technique et de l'instrumentation qui ont accru nos connaissances en anatomie pathologique microscopique. Pour progresser encore il nous faut de meilleures méthodes de durcissement, de nouvelles substances d'inclusion de nouvelles couleurs électives.

Une petite exposition des instruments et préparations relatifs à l'anatomie pathologique et à l'histologie morbide du système nerveux complète les deux mémoires précédents. On pourrait l'appeler Exposition de *technique* et de *methodologie des autopsies de l'encéphale*. Les membres du congrès la visitent avec curiosité.

DISCUSSION. — M. WEIGERT recommande d'associer le procédé d'autopsie de Virchow à celui de Meynert. Ouvrir les ventricules par en haut, tracer une incision circulaire contournant les gros ganglions et gagnant le prolongement inférieur du ventricule. Faire des coupes régulières à travers les hémisphères se dirigeant de dehors en dedans; ces coupes seront transverso-perpendiculaires (frontales) jusqu'aux ascendantes, puis horizontales jusqu'au lobe temporal, elles redeviendront alors perpendiculaires aux circonvolutions. Aux ganglions centraux on appliquera le traitement accoutumé. Quand on a affaire à une tumeur on se guide sur l'empatement de ces néoplasmes et leur implantation probable.

M. FURSTNER. — Enlever le cervelet et la protubérance, puis pra-

tiquer des coupes transverso-perpendiculaires par le lobe frontal; les ascendantes seront laissées intactes et autant que possible soumises à des coupes longitudinales; le lobe occipital subira les coupes transverso-perpendiculaires.

M. MÆLI. — Dans bien des cas il faut se garder précisément d'un système étroit. La méthode la plus fréquemment utilisable, c'est celle des coupes transverso-perpendiculaires qui permet, au moins aussi bien que celle des coupes horizontales, de comparer la capacité des ventricules, qui n'attaque pas la capsule interne et les gros ganglions et ne détruit pas les points de repère à l'aide desquels, s'orientant, on peut s'y retrouver plus tard. Ces coupes-là conviennent aussi à la protubérance parce qu'elles nous permettent de nous rendre compte des longs tractus qui se dirigent d'avant en arrière.

M. TUCZEK rappelle la coupe de Flechsig indispensable pour déterminer les rapports des gros ganglions, de la capsule interne, de la capsule externe.

M. NISSL. *Communications relatives à l'anatomie de la cellule nerveuse.* — Par les méthodes d'examen que l'orateur a introduites dans la science, il est arrivé à déterminer que le terme *cellule nerveuse* est un terme générique qui comprend bien des formes de cellules nerveuses, ayant chacune sa morphologie caractéristique, mais qui se distinguent plus ou moins nettement les unes des autres.

Parmi ces formes nombreuses, il en est une que nous rencontrons dans des ganglions spinaux. Son corps cellulaire, ou protoplasma possède deux substances. L'une, après un traitement préalable à l'alcool, se colore au bleu de méthylène; l'autre n'est pas colorée par cet agent. La substance colorable se présente sous la forme de nodules plus ou moins volumineux, arrondis, ovales ou sphériques, parfois aussi anguleux et irréguliers, qui possèdent des prolongements filiformes extrêmement fins. Ces nodules colorés sont contenus dans la substance incolore, en couches à peu près concentriques autour du noyau cellulaire; entre chaque nodule comme entre chaque couche de nodules, il y a la substance incolore. Le noyau lui-même possède une fine membrane sous la forme d'une couche colorée périphérique; dans cette membrane, il y a une charpente réticulaire coquette, un, deux ou trois nucléoles et souvent aussi des nucléoles accessoires, la substance propre du noyau se composant d'un suc nucléaire incolore qui remplit les mailles du réticule coloré.

Le prolongement de la cellule prend son origine dans un organite de substance incolore placé à la périphérie de la cellule (à un pôle de la cellule), cet organite prend contact avec le reste du protoplasma ou corps cellulaire par un demi-cercle ou un fer à cheval; le bord concave de la ligne limitante vers le prolongement consiste, à sa partie centrale, en une substance incolore, et

se distingue du reste incolore de la substance protoplasmique par ce fait qu'il possède un autre indice de réfraction que cette dernière.

Si donc, comme l'a signalé Flesch, les cellules d'un ganglion spinal sont colorées à des degrés divers, cela tient, non pas à des variétés chimiques de la substance protoplasmique, mais à des variétés dans la répartition ou dans le volume des nodules moins abondants ou moins gros dans les cellules par suite moins colorables, plus abondants ou plus gros dans les cellules par conséquent plus colorables.

En réalité les cellules fortement colorables de même que les cellules faiblement colorables possèdent la même constitution, la même structure.

La substance grise du système nerveux central est habitée par des formes cellulaires de même construction apparente. Il est des régions de cette substance grise dont nous connaissons la fonction. Ce sont par exemple les noyaux moteurs des nerfs et quelques-uns des centres originaires des organes des sens. Si nous trouvons dans ces noyaux moteurs une forme cellulaire à structure précise, tandis que les centres originaires de l'olfactif ou du noyau sensitif du trijumeau se traduisent par une forme de cellules à structure également déterminée, il sera démontré que les cellules de chaque espèce sont en rapport avec la fonction constatée. Or, on y trouve, comme dans les ganglions spinaux, des cellules composées de diverses substances; l'une de ces substances se colore, après le traitement à l'alcool, par le bleu de méthyle, l'autre ne se colore pas ou ne se colore que faiblement. Comme nous le disions tout à l'heure, ces degrés de coloration tiennent non pas à une variété chimique des substances dont se compose la cellule, ni à une variété de structure dans les cellules, mais bien à la proportion de substance colorable contenue dans la cellule.

Le courant faradique augmente le pouvoir colorable des cellules nerveuses. Il semble qu'après l'action de ce courant les cellules pâles deviennent des cellules fortement colorables. Peut-être les cellules, tout en ayant la même fonction, présentent-elles des états physiologiques distincts se traduisant par une modification anatomique. Et par états physiologiques distincts, nous entendons parler par exemple de l'activité, de la fatigue, ce qui revient à dire que la modification de texture d'une cellule nerveuse est l'expression anatomique de fonctions distinctes, ce qui n'a pas lieu dans l'espèce.

A côté de ces cellules, on en trouve qui ont la propriété de s'imprégner à ce point de matières colorantes qu'il est alors impossible de songer à la proportion plus ou moins grande qu'elles pourraient contenir, de substance colorable. Ce sont là des *cellules chromophiles* par excellence. Elles sont en très petit nombre. Elles sont tellement colorées qu'elles apparaissent complètement homogènes et qu'assez souvent elles ressemblent plutôt à un grumeau coloré

qu'à une cellule; en vain fait-on agir sur elles tous les réactifs possibles, elles conservent à un haut degré cette propriété de la tingibilité qui disparaît quand on fait agir beaucoup de réactifs sur les autres. Elles possèdent généralement un noyau cellulaire tout à fait différent de celui des cellules précédemment décrites. Elles sont aussi beaucoup plus petites que celles-ci. Leurs contours sont très accusés, les lignes limitantes décrivent des angles, leurs prolongements tracent des arabesques très variables. Elles tendent à dessiner des corps étroits et élancés. Ce sont là les cellules sombres de Flesch, séniles de Pfitzner, on les rencontre cependant chez des animaux très jeunes. On en trouve davantage aux environs d'un foyer pathologique. On pourrait penser qu'il s'agit là de cellules ne fonctionnant plus, en voie de régression pour des motifs inconnus.

M. ROLLER. *Des processus morbides psychiques et moteurs relativement isolés dans la folie simple.* — Il y a, chez un certain nombre de malades contradiction entre l'état mental et la manière d'être de la motilité. On voit des mélancoliques très déprimés présenter, au cours d'une agitation anxieuse avec anomalies de même nature du côté de la sensibilité et micromanie, une exaltation gaie avec rire intermittent. Ce rire n'a aucun rapport avec le rire du désespoir des gens normaux au point de vue psychique. Car chez ces malades l'expression du visage confirme la gaieté intérieure. Il y a aussi un paradoxe étrange chez ces agités qui en vous menaçant vous donnent tranquillement la main, chez ces aliénés qui tout en travaillant régulièrement, sont hantés par des idées délirantes très actives. Plusieurs d'entre eux ont conscience que leur état d'humeur ne correspond point à leurs manifestations extérieures. Il y a là une sorte d'automatisme irrésistible qui mérite le nom d'*aliénation*. Il est des cas dans lesquels il y a lieu de croire à des obsessions datant de la première jeunesse et s'étant implantés d'une façon ferme. Voici par exemple un malade de trente-huit ans, mélancolique, qui raconte que, à l'âge de dix ans, il a jeté une pierre dans l'eau; soudain s'est présentée à son esprit cette idée que « si la pierre s'enfonçait tu es perdu ». Voici maintenant une femme de vingt ans, qui à l'âge de quatorze ans pendant un orage se sentit contrainte à jurer. Cette impulsion lui a imposé l'idée qu'elle est damnée. En tout cas la contradiction entre les phénomènes moteurs et les conceptions inexplicables par des considérations psychologiques, et toute mécanique, au même titre d'ailleurs que les psychoses en général, mérite d'être signalée et d'être mise en relief dans les rapports médico-légaux.

DISCUSSION : M. SIEMENS. — Les faits auxquels fait allusion M. Roller sont hétérogènes. J'ai éprouvé moi-même des symptômes analogues pendant une courte intoxication.

M. SOMMER. — Non, les psychoses ne sont pas mécaniques. C'est seulement par l'analyse psychologique, par la décomposition des

états complexes en leurs composants et par l'examen critique de leurs rapports qu'on peut arriver à savoir quelque chose. L'analyse psychologique ne cédera la place à la mécanique que lorsque la mécanique cérébrale ne reposera plus sur des constructions douteuses ou hypothétiques.

M. JOLLY se défie de l'observation des intoxications personnelles.

M. SIOLI. *Contributions à la genèse de l'inversion du sens génital.* — La faiblesse du système des fibres d'association détermine la sensibilité consciente prématurée des sensations organiques; ainsi prend naissance l'onanisme. C'est le même système qui produit l'association des sensations de plaisir au concept de la personnalité du sexe de l'individu qui pense ou de l'individu du même sexe. Puis se développent les perversions sexuelles. L'affaiblissement de l'activité des associations cogitatives produit les concepts fixes de la perversion sexuelle.

DISCUSSION : M. MENDEL. — Le jeu des associations d'idées ne nous a fait faire aucun progrès dans l'interprétation des phénomènes. On ratiocine par périphrases, on n'explique point. Les livres populaires jouent un certain rôle dans le développement de l'inversion du sens génital. Les pédérastes vous le disent bien; ils ont fait leur instruction sur ces pratiques et d'ailleurs, ajoutent-ils, « nous sommes en bonne compagnie; nous ne sommes donc pas si vicieux que cela ». Les livres scientifiques vendus à tout venant apportent aussi leur contingent au développement des habitudes vicieuses.

M. WILDERMUTH. — Je ne vois pas bien le rôle du système d'association dans l'idiotie et la folie morale, affections connexes, ni dans l'idiotie et l'imbécillité également analogues.

Dans l'inversion du sens génital, je ne vois d'autre cause que l'onanisme.

M. HECKER. — La précocité des sollicitations sexuelles anormales chez l'enfant est la cause des perversions sexuelles. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L. 1 et 2). P. KERAVAL.

## BIBLIOGRAPHIE.

VII. *Essai sur l'histoire de la rage avant le XIX^e siècle*; par Michel DE TORNÉRY. (Paris, Jouve, 1893.)

L'auteur a consacré ce travail de 200 pages à l'étude des travaux sur la rage à la période gréco-romaine, au moyen âge, et XVII^e siècle. Il nous montre la rage connue déjà au temps d'Homère

et d'Hippocrate, et en compulsant les travaux des dogmatistes, des pneumatismes, il fait apparaître les cinq théories qui ont eu cours sur cette maladie : la théorie nerveuse faisant siéger la rage dans les méninges, la théorie angineuse dans l'œsophage et le cardia, la théorie diaphragmatique, la théorie des petits vers blancs sous la langue, et la théorie mixte; la thérapeutique très bizarre et très compliquée en dehors de la cautérisation au fer rouge; d'après Pline, un moyen pour guérir de la rage consistait à manger du foie de chien enragé, ce qui involontairement nous rappelle les repas actuels aux corps thyroïdes. A retenir une citation de Galien : « Il arrive donc que la diathèse prenant son point de départ d'une quantité de salive très petite et augmentant dans le corps se manifeste quand elle est arrivée à un développement considérable après six mois.

Les auteurs de la période gréco-romaine qui ont écrit sur la rage sont : Coelion Ancélianos, Thémison, qui en avait guéri, Aëtius, Paul d'Egine, Démocrite, pour qui la rage était un incendie des nerfs, et Columelle qui, comme moyen préventif, conseillait de couper le bout de la queue des jeunes chiens au quarantième jour de leur naissance.

La période du moyen âge est moins riche de faits, et l'auteur l'explique par la difficulté qu'il y a à se procurer et à déchiffrer les textes inconnus et endormis dans les bibliothèques. Les Byzantins n'ont rien écrit de nouveau. Parmi les Arabes, il faut citer Sérapion, qui indique la raucité de la voix, Rhazès, qui conseille l'ail et l'oignon, Avicenne qui voit dans la rage une modification de l'économie en une mélancolie grave et vénéneuse, et qui admet la plus grande fréquence au printemps et en automne, tandis que les Grecs et les Romains admettaient l'été, et, qu'enfin, insistant sur le danger des viandes corrompues, inaugure la théorie pythogène; Albucasis, qui insiste sur les hallucinations visuelles, admet un état de sécheresse du cerveau et un envahissement de l'économie par la bile.

Au XII^e siècle, Constantin l'Africain fait pénétrer l'influence musulmane dans l'école salernitaine et nous arrivons aux médecins arabisants : Batacius de Bologne, Gordon, Guy de Chauliac; peu d'originalité dans les écrits; période de rigueur dans le traitement de la rage : les malades sont liés et isolés; traitement religieux : influence de saint Hubert, ancien chasseur, qui guérissait les chiens de la rage; nombreuses guérisons à la chapelle de Saint-Hubert, dans les Ardennes; on n'y était admis qu'avec un certificat du curé et de l'état civil du lieu attestant la morsure reçue et la rage de l'animal; la pratique médicale consistait en une incision frontale avec introduction sous la peau d'une parcelle exigüe de l'étoile de saint Hubert.

Puis apparaissent successivement Fracastor, Silius Diversus, Am-

broise Paré. Fracastor émet l'hypothèse d'un contagé vivant constitué par des animalcules trop petits pour être visibles et qu'il nomme *seminaria* : — « Le virus de la rage est quelque chose de visqueux, épais qui ne peut s'agglutiner au sang ni à la salive c'est ce qui faut qu'il ne peut pénétrer dans l'organisme que par une effraction de la peau. » Il rejette la rage spontanée.

Siléus Diversus admet l'origine polygéniste de la rage contre Galien, qui admet une action directe du virus rabique sur l'œsophage, rejette la constance du délire dans la rage, nie l'influence des hallucinations visuelles terrifiantes pour expliquer l'horreur de l'eau et croit à un antagonisme inné du virus de la rage pour les liquides.

Ambroise Paré est monogéniste, croit que le grand froid allume la chaleur intérieure et favorise la rage, admet l'hydrophobie chez le chien, et réédite l'antique procédé pour diagnostiquer la rage consistant à présenter de la viande de l'animal supposé enragé à des poules, — si celles-ci en mangent et en meurent, c'est signe que la rage existait.

Au xviii^e siècle se produit un état stationnaire dans l'étude de la rage, et l'auteur ne cite que Zamtus Lucitanus, Bonnet et son *Sepulchretum*, Atomorius, Martin Lister, qui pense que la rage est plus fréquente chez le chien, parce que cet animal ne sue pas et que les principes toxiques de la voie cutanée ne peuvent plus s'éliminer que par la salive; il remarque de plus la gravité plus grave des morsures du visage et des membres supérieurs, et pense que la rage peut engendrer héréditairement la mélancolie et la folie.

Au xviii^e siècle, au contraire, les progrès scientifiques sur la rage s'accusent nettement grâce à ces deux grands moteurs des temps modernes : la presse et les réunions savantes : l'auteur a fait des emprunts nombreux au journal de médecine du Van der Monde, mais soit fatigue, soit nécessité de limiter l'étendue de son travail, cette partie nous a semblé relativement écourtée. Hunault, Andry, Enault, Chaussier, Boerhave, Van Swieten et Morgagni représentent cette époque.

Hunault croit aux merveilleux effets de la médication perturbante et rappelle que les matelots qui ont coutume de plonger dans la mer les mordus, prédisent suivant la terreur plus ou moins violente qu'ils leur remarquent ceux qui guériront ou qui ne guériront pas; il conseille d'attacher le malade tout nu à un poteau et de jeter sur lui cinquante seaux d'eau, afin de lui procurer tout le désordre et le renversement d'imagination possible.

A lire, la rage mue, la rage tombante, la rage endormie, la rage efflanquée et la rage rhumatique.

Boerhave est vivement critiqué par l'auteur qui insiste plus sur la dissertation d'Enault et Chaussier, sur la rage, et enfin résume la

septième lettre de Morgagni sur la rage; nous ne voyons pas mentionné dans cette lettre le passage où Morgagni avoue, et s'étonne de n'avoir jamais pratiqué d'autopsie d'individus morts de la rage. En résumé, ce travail est riche d'érudition, conçu avec méthode, écrit avec le style d'un homme qui a lu et pensé beaucoup.

CHARPENTIER.

## VARIA.

DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE MENTALE EN BELGIQUE; par le Dr X. FRANCOTTE. (*Bulletin de la Soc. méd. ment. de Belgique*, mars 1874.)

Il ressort de cet exposé que c'est seulement en 1876 qu'a été officiellement institué l'enseignement de la psychiatrie en Belgique. Actuellement trois universités, celles de Bruxelles, de Liège et de Louvain, possèdent une clinique psychiatrique. L'organisation de ces trois cliniques psychiatriques serait des plus défectueuses; elles sont encombrées de malades déments et incurables; les cas récents, les seuls propres à l'enseignement sont très peu nombreux; l'installation hydrothérapique laisse beaucoup à désirer quand elle ne fait pas complètement défaut. A Liège le service des hommes ne contient pas une seule cellule d'isolement. Enfin les seuls malades dont on puisse faire l'autopsie sont ceux dont les cadavres ne sont pas réclamés, ce qui est, paraît-il, tout à fait exceptionnel; du reste il n'existe pas de salle spécialement affectée aux nécropsies.

M. Francotte se plaint en outre que les cliniques psychiatriques sont délaissées par les étudiants et il attribue cette indifférence à ce que l'étude des maladies mentales ne fait pas partie du programme des examens. Il est vrai que le règlement spécial de l'Université de Liège sur la collation des grades académiques légaux autorise les jurys à délivrer, après examen, des certificats constatant les connaissances dont un élève a fait preuve sur une ou plusieurs matières rentrant dans le cadre de l'enseignement de la Faculté. Mais jusqu'à présent deux étudiants seulement, usant de cette autorisation, ont subi un examen spécial sur la clinique psychiatrique et ont obtenu le certificat constatant le succès de l'examen.

Pour que la disposition dont il s'agit ait des résultats utiles, il faudrait, — comme le fait remarquer M. Francotte, — que le cer-

ficat de clinique psychiatrique constituât un titre sérieux pour l'obtention de places de médecin légiste, de médecin de prison, médecin d'asile et en général de toutes les positions où des connaissances en médecine mentale sont particulièrement indispensables.

G. DENY.

A part quelques rares pays, l'enseignement des maladies mentales laisse beaucoup à désirer. Il serait nécessaire, dans l'intérêt du bien public, aussi bien que des médecins, que l'on exigeât d'eux, après le dernier examen par exemple, avant la thèse, l'assiduité duement constatée à la clinique des maladies mentales, durant au moins un mois. Les jeunes médecins auraient de la sorte au moins quelques notions élémentaires sur l'aliénation mentale, et ils seraient plus aptes à faire les rapports médico-légaux et les certificats exigés pour le placement des aliénés. La plupart des certificats que nous voyons font malheureusement peu honneur aux médecins.

FORMULE CONTRE LA MIGRAINE. (Frendenberg.)

Chlorhydrate de morphine . . . . .	0,01 centigr.
Salicylate de soude . . . . .	0,25 —
Phénacétine . . . . .	0,25 —

Pour un cachet n° 10, 1 à 2 suivant le besoin.

Où encore les pastilles suivantes :

Saccharine . . . . .	0,01 centigr.
Chlorhydrate de quinine . . . . .	0,05 —
Salicylate de soude . . . . .	0,15 —
Phénacétine . . . . .	3 grammes.

F. S. A. — 10 pastilles. — 1 pastille pour 1 dose (Tchelius).

SOUSCRIPTION

**POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.**

QUATORZIÈME LISTE.

M. Soleirol (Directeur de l'Etablissement hydrothérapique, 49, rue de la Chaussée-d'Antin) . . . . .	100	»
M. Ozanne . . . . .	5	»
Total de la quatorzième liste . . . . .	405	»
Total des listes précédentes . . . . .	3,486	05
Total général . . . . .	3,891	05

Bien que la souscription soit en bonne voie, nous faisons de nouveau un pressant appel à nos lecteurs, et en particulier aux aliénistes et aux neurologistes, pour qu'ils contribuent, par leur souscription, à permettre d'honorer comme il convient, la mémoire d'un savant qui est une des gloires scientifiques de notre pays.

---

## FAITS DIVERS.

---

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa réunion du jeudi 15 mars, la Faculté de médecine a présenté, pour la chaire de clinique des maladies nerveuses laissée vacante par la mort de M. Charcot, en première ligne, par 30 voix sur 31, M. le Dr F. RAYMOND; en deuxième ligne, M. le Dr Déjerine, et en troisième ligne M. le Dr Brissaud. Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami F. RAYMOND.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Nous rappelons à nos lecteurs que le concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles aura lieu fin mai ou dans le commencement de juin.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

BOURNEVILLE. — *Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron; l'Idiotie et la Surdi-mutité*, par ITARD. — Appréciation de ces rapports, par DELASIAUVE. — Éloge d'Itard, par BOUSQUET. — Préface, par BOURNEVILLE. — Un beau volume in-8° carré de 200 pages, avec le portrait du sauvage de l'Aveyron. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

BOURNEVILLE. — *Discours prononcés les 20, 27 et 29 juillet 1893, aux distributions des prix des Ecoles municipales d'infirmières laïques (seizième année scolaire)*. — Volume in-8° de 91 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

---

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

---

## CLINIQUE NERVEUSE

---

SUR UN CAS  
DE PARALYSIE GÉNÉRALE A FORME DE TABES AU DÉBUT  
CHEZ UN SYPHILITIQUE;

Par le D^r L. CHABBERT (de Toulouse),  
Médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre.

Il est deux questions tout d'actualité : les relations étiologiques de la syphilis avec la paralysie générale, et les rapports de la paralysie générale et du tabes. En ce qui concerne la première de ces questions, des travaux les plus récents, basés sur des statistiques dressées par des auteurs recommandables, il résulte que dans les deux tiers et même dans les quatre cinquièmes des cas, la paralysie générale reconnaît la syphilis comme un de ses facteurs étiologiques¹. Sa fréquence par suite dans les antécédents des paralytiques serait plus considérable que celle de la prédisposition héréditaire. Eu égard aux rapports du tabes et de la paralysie générale, s'appuyant sur l'association assez habituelle des symptômes tabétiques aux symptômes paralytiques, une nouvelle doctrine a vu le jour, qui tend à considérer les deux maladies comme une seule et même entité morbide². Tel est le débat engagé, qui ne recevra une solution que par l'apport de documents nouveaux. A ce titre, nous publions l'observation suivante :

¹ Fournier. — *Syphilis et paralysie générale*. (Bulletin médical du 26 avril 1893.)

² Fournier. — *Tabes et paralysie générale*. (Bulletin médical du 11 juin 1893.)

M. V..., quarante-trois ans.

**Antécédents héréditaires.** — Père mort à cinquante-deux ans dans un asile d'aliénés. Ancien militaire, il s'était retiré du service après deux congés, et s'était marié à la campagne, où il vivait très sobrement, quand, sans cause appréciable, son caractère se modifia complètement. D'un naturel ouvert, joyeux, il devint taciturne, ombrageux, se figurant être l'inventeur des canons rayés et accusant l'Empereur de lui avoir soustrait sa découverte. Il serait mort d'une affection intercurrente, quelques mois après son internement.

Il avait un frère et une sœur. Le frère, surnommé *Lé fat* (le toqué), était un original accompli, trouvant à redire à tout, et dont l'existence se passait à courir les fermes des environs. A la suite d'une querelle avec un de ses voisins, il aurait quitté le pays, et, depuis, on n'en a plus entendu parler. La sœur, d'humeur acariâtre, méchante, vindicative, est morte à soixante-dix ans paralysée.

La mère a succombé à un cancer de l'estomac à soixante-cinq ans; migraineuse, très emportée, elle avait contracté, depuis de longues années, des habitudes d'intempérance, allant souvent jusqu'à l'ivrognerie. De son mariage, elle a eu deux enfants; un fils, militaire, mort de la petite vérole, et une fille qui fait l'objet de cette observation.

Sur les grands-parents, les renseignements font défaut.

**Antécédents personnels et histoire de la maladie.** — Enfance strumeuse, caractère timide, peureux à l'excès; à treize ans, fièvre typhoïde grave; à la suite, état chlorotique prononcé; à quinze ans et demi, placée dans un couvent, elle se montre réfractaire à toute instruction — c'est à peine si elle a appris à écrire — mais appliquée aux travaux d'aiguille; en outre, elle se complait et s'absorbe dans les pratiques religieuses. Réglée à quinze ans, elle est sujette à des évanouissements, survenant à la moindre contrariété, avec sensation de boule et crises de pleurs; le jour de son mariage, elle se trouve mal au moment de la bénédiction nuptiale. Mariée à vingt ans, elle a eu trois enfants, âgés actuellement de vingt et un, dix-neuf et dix-sept ans; jamais de fausse couche. Deux ans après la dernière grossesse, bouton à la vulve, « entre chair et peau », légèrement ulcéré, mais sans retentissement du côté de l'aîne. Elle est amenée par une de ses proches chez un spécialiste qui, après examen, conclut à la syphilis, et conseille pommade au calomel *loco dolenti* et liqueur de Van Swieten. L'ulcération était cicatrisée au bout de quelques jours. Depuis lors, pas le moindre accident syphilitique, santé parfaite, caractère toujours égal supportant avec beaucoup de philosophie les vicissitudes de la vie.

En juin 1889, V... se plaint de vertiges et constate que sa vue baisse sensiblement, surtout de l'œil droit; elle voit comme à travers un brouillard; bientôt, elle a de la difficulté pour enfiler une aiguille; néanmoins, il est des jours où la vue est meilleure que d'autres. Concurrément, il existe des névralgies qui occupent la tempe, le front, du côté droit, sans caractères bien déterminés, plus ou moins vives, presque constantes le jour; les nuits sont bonnes. Cet état persiste environ six mois, puis période d'accalmie jusqu'en mars 1890.

A cette date apparaissent des crises de vomissements ainsi caractérisés: le matin, au lever, vers les 7 heures, nausées, mal au cœur et rejet pendant deux ou trois heures de mucosités mêlées de bile, mais sans grands efforts ni la moindre douleur; sauf un peu de fatigue, la malade peut ensuite vaquer à ses occupations et déjeuner comme à son habitude. Les vomissements se manifestent de la sorte tous les matins, durant huit à dix jours consécutifs, la langue restant bonne et l'appétit conservé. Cette première crise fut suivie de deux autres en tous points semblables, chacune à une quinzaine de jours d'intervalle. Les périodes intercalaires ne furent marquées par aucun phénomène appréciable, et les menstrues vinrent très régulièrement.

Deux mois s'étaient écoulés depuis les derniers vomissements, quand se produisirent des troubles de la miction et de la défécation. Du côté de la miction, c'étaient des besoins fréquents d'uriner après les repas. Le premier besoin satisfait, V... était obligée, toutes les dix ou quinze minutes, de se présenter sur le vase pour émettre simplement quelques gouttes d'urine; la crise durait une heure, une heure et demie, puis, plus rien. Dans ces moments, il existait un peu de cuisson au niveau de l'urèthre, mais la douleur était loin d'être vive et analogue à une sensation de brûlure. Ces épreintes se reproduisirent une dizaine de jours et firent place, sans transition, aux troubles de la défécation.

Selon son habitude, le soir, quelques instants avant de se coucher, V... allait à la garde-robe, mais, bientôt après, un nouveau besoin se faisait sentir qui se répétait cinq, six fois à quelques minutes d'intervalle, et donnait lieu à l'expulsion naturelle de quelques gaz et de mucosités.

Les faux besoins persistaient depuis une huitaine, lorsque apparurent des douleurs excessivement vives, aux genoux et aux cous de pieds, principalement à gauche, que la malade qualifie de « rapides comme la pensée, ou comme une balle pénétrant dans les tissus ». Elles survenaient dans les premières heures de la nuit, la réveillaient tout à coup, se poursuivaient à quatre ou cinq reprises presque consécutives, éclatant tantôt au-dessous du genou, tantôt au mollet ou au cou de pied. Les décharges effectuées, elle se rendormait, et le sommeil n'était plus interrompu jusqu'au lende-

main. Les douleurs persistent de la sorte une douzaine de jours, mais sans se produire d'une façon journalière, puis disparaissent brusquement, et, avec elles, les troubles de la défécation.

De 1891 à fin 1892, la malade suit les conseils d'un médecin oculiste. Durant cette période, aucun phénomène anormal ne se serait produit, mais l'affaiblissement de la fonction visuelle a fait des progrès.

*Examen de la malade* (février 1893). — Taille moyenne, embonpoint prononcé; le facies pâle, défait, les traits effacés, les paupières demi-closes donnent à V... un air de mélancolie, de résignation qui attire l'attention. Si on l'interpelle, l'expression du visage n'est nullement modifiée, mais les paupières découvrent largement les globes oculaires, et le regard alors devient comparable à celui d'une personne atteinte de cataracte.

La fonction visuelle, en effet, est presque complètement abolie; la malade distingue encore le jour de la nuit, reconnaît vaguement un objet de fortes dimensions, si la pièce est convenablement éclairée, mais en apprécie très imparfaitement les contours.

Les pupilles sont inégales: la droite légèrement dilatée, la gauche présentant une ouverture moyenne. Examinées au point de vue de leur sensibilité, on note: à droite, absence de réaction à la lumière et dans l'obscurité, parésie à l'accommodation; à gauche, mouvements d'accommodation intacts, légère parésie sous la projection d'un faisceau lumineux. Les mouvements des globes oculaires sont synergiques, s'exécutent sans soubresauts dans les différents méridiens.

Parole lente, — elle l'a été de tout temps — nullement scandée; les mots à labiales sont émis sans achoppement, même après conversation d'une certaine durée; la langue se meut aisément dans tous les sens et peut être retirée de la cavité buccale sans hésitation; à sa surface, comme dans toute l'étendue du tégument, en particulier à la face, on n'observe pas la moindre contraction fibrillaire.

L'ouïe, le goût, l'odorat sont intacts; la sensibilité dans ses divers modes est conservée; recherchée pour le tact, spécialement à la plante des pieds, à l'aide du compas de Weber, les résultats ont été les suivants:

Pied gauche, naissance des orteils. . . . .	5 1/2
Pied droit, naissance des orteils. . . . .	4 1/2
Pied gauche, voûte plantaire . . . . .	4 1/2
Pied droit, voûte plantaire . . . . .	4
Pied gauche, talon . . . . .	3 1/2
Pied droit, talon . . . . .	2 1/2

D'ailleurs, la malade apprécie très sûrement les inégalités du sol,

et se rend compte si ses pieds reposent sur de la brique, du parquet, sur un tapis, une natte, etc.

Réflexes conjonctival, cornéen, pituitaire, pharyngien conservés ; réflexe plantaire très net des deux côtés ; réflexe patellaire, marqué à droite, moins accusé à gauche ; absence de trépidation épileptoïde et de choc de la mâchoire. Le sens musculaire est intact ; recherché aux membres inférieurs à l'aide de poids, la malade distingue des différences de 25, 30 grammes.

Les mouvements n'offrent pas trace d'incoordination. Elle croise ses jambes, les soulève, les porte à droite, à gauche sans hésitation ; les bras étendus, les extrémités digitales écartées ne présentent pas la moindre oscillation ; elle boutonne ses vêtements sans difficulté ; une épingle placée entre ses doigts est tenue aisément et fixée au corsage. Marche naturelle ; au commandement, elle se lève de sa chaise, s'arrête, se retourne ; de même, elle gravit et descend les marches de l'escalier en s'aidant de la rampe. Cependant, les mouvements deviennent quelque peu indécis, si les paupières sont maintenues abaissées ou si on applique un bandeau sur les yeux. Ainsi, dans la station debout, les pieds rapprochés, avec les yeux ouverts, l'équilibre est parfait ; avec les yeux fermés, au bout de quelques secondes, l'équilibre devient instable ; sur un seul pied, avec les yeux ouverts, l'équilibre peut se maintenir un moment ; les paupières abaissées, aussitôt perte de l'équilibre. Force musculaire considérable ; la main droite donne au dynamomètre, 41 ; la gauche, 38. Pour s'opposer au redressement des jambes, il est nécessaire de déployer une certaine vigueur. Du reste, la malade ne se sent jamais fatiguée ; elle est toute la journée à courir dans son appartement ou au jardin.

Facultés intellectuelles conservées ; pas de lacune de la mémoire pour les faits récents ou remontant à un certain nombre d'années ; elle adore sa famille qui lui prodigue les soins les plus dévoués ; son affection, même pour eux, paraît s'être augmentée ; cependant depuis quelques mois, le caractère s'est notablement modifié ; tandis qu'auparavant elle était d'un naturel très patient, maintenant, elle s'irrite facilement, pour des riens ; en outre, dans ces moments, le visage s'injecte et il se produit du tremblement des membres.

Appétit excellent, meilleur qu'il n'a jamais été ; constipation habituelle ; urines normales, nullement modifiées dans leur quantité et leurs éléments ; sommeil difficile la nuit ; cœur et poumons sains, pouls 80 ; température prise sous la langue 37°,06.

*Février à juin.* — L'état s'est aggravé ; apparition presque simultanée des phénomènes somatiques et psychiques caractéristiques de l'affection. Dans l'ordre somatique, les premiers en date ont consisté en un tremblement vibratoire des doigts, chaque doigt tremblant pour son compte de huit à dix fois par seconde ; puis, à

quelques jours de distance, contractions fibrillaires localisées aux muscles, grand et petit zygomatiques du côté droit; la langue reste indemne, mais il y a de l'hésitation pour la sortir de la bouche. Les troubles pupillaires se sont accusés; à droite, la pupille est moins dilatée et ne réagit plus à la lumière ni à l'accommodation; à gauche, signe très net d'Argyll Robertson. Le trouble de la vision a également augmenté; la malade distingue encore le jour de la nuit, mais ne reconnaît pas, même vaguement, les objets. Pas de modification de la marche.

Dans l'ordre psychique, les colères sont devenues beaucoup plus fréquentes et plus violentes; ces dernières ont paru coïncider avec les époques; en outre, elles s'accompagnent de délire. Un jour, c'est contre son mari qui vient de lui verser à boire qu'elle entre en colère, sans le moindre motif, le traite d'assassin et l'accable d'injures; un autre jour, elle en a contre une de ses meilleures amies venue en visite, qu'elle qualifie d'émissaire des jésuites; une autre fois, elle accuse un de ses cousins d'avoir tué sa fille et de l'avoir jetée dans un puits. La crise passée, elle est comme anéantie, ayant un souvenir confus des propos qu'elle vient de tenir. La mémoire, cependant, ne paraît nullement atteinte dans ses autres manifestations.

*Juin à octobre.* — Les accidents n'ont fait que s'affirmer. Malgré des alternatives en bien et en mal, la cécité est absolue. Ainsi, il lui arrive fréquemment de demander, le soir venu, si on n'allume pas le gaz, alors que la pièce où elle se trouve est parfaitement éclairée; de même, s'il ne fait pas encore jour, alors que sa chambre est inondée de lumière. L'inégalité pupillaire a presque disparu; à droite, toute réaction de la pupille fait défaut; à gauche, en plus de la paralysie des muscles iriens, il y a de la parésie très marquée du muscle ciliaire. La parole, maintenant, est nettement scandée; l'émission des labiales est défectueuse; elle dira Touse pour Toulouse, inamovité pour inamovibilité, conversité pour conversibilité, etc.; quand elle parle, les contractions fibrillaires des muscles péri-buccaux sont plus manifestes: la langue peut être retirée de la bouche, mais avec mouvements alternatifs de retrait et de projection (mouvements de trombone); sur les côtés, il existe du tremblement vermiculaire. Le tremblement des mains est également plus accentué; aux avant-bras, la peau dessine les contractions successives des différents muscles. La marche n'est pas modifiée, les réflexes rotuliens persistent toujours.

Le trouble mental, pour le moment, paraît fixé: « On veut l'empoisonner. » En outre, il se manifeste, non seulement pendant les crises, mais aussi lorsqu'elle est calme. C'est sa fille, sa bonne, ses amies qui se font les complices des jésuites, et mettent du sel de nitre, de l'eau de cuivre dans ses aliments, ses boissons. Concernant sa fille, le délire est survenu brusquement, un matin, alors

que son enfant était venu demander de ses nouvelles. Elle entre aussitôt en colère, la traite de mauvais sujet, « toi aussi, tu veux m'empoisonner, dit-elle, mais tu mourras de mes mains ». C'est au point que la famille, voyant cette excitation se renouveler sans cesse et de crainte d'un malheur, est obligée d'éloigner la jeune fille de la maison. Quand on l'interroge à ce sujet et qu'on lui fait remarquer que son enfant lui témoignait beaucoup d'affection, — non, répond-elle, « elle faisait semblant de m'aimer ». Néanmoins, sans transition, elle change de conversation si on lui parle d'autre chose et alors raisonné juste. Toutefois, il y a de l'affaiblissement de la mémoire. Ainsi, elle ne se rappelle pas toujours, de ce qu'elle vient de manger, ou bien des personnes qui sont venues, la veille, la visiter. Si on lui demande à quelle époque son mari est parti en voyage, elle répond depuis une quinzaine, le départ remontant à peu de jours. Quant aux événements antérieurs de quelques années, il ne paraît pas y avoir de lacune.

*Octobre à novembre.* — Les pupilles tant la gauche que la droite ne réagissent plus du tout à la lumière et à l'accommodation : leur ouverture est égale et moyenne : les contractions fibrillaires ont gagné les membres inférieurs, les cuisses notamment, de même l'incoordination. Dans l'action de porter la jambe à droite, à gauche, le mouvement est hésitant, la direction vicieuse ; pendant la marche, la malade vacille, festonne quelque peu ; l'occlusion des yeux ne détermine pas de chute, mais l'équilibre est plus instable. Force et sens musculaires conservés, réflexe plantaire intact, réflexes rotuliens légèrement diminués ; état général bon ; insomnie nocturne habituelle ; aussi, soit manque de sommeil, soit affaissement, V... passe la plus grande partie de la journée couchée, ne se levant qu'aux heures des repas, où elle fait preuve d'excellent appétit.

L'analyse des urines faite par M. Surre, directeur du laboratoire municipal, a donné les résultats suivants :

Quantité d'urine émise dans les 24 heures : 1250 grammes.

Couleur . . . . .	jaune
Réaction . . . . .	acide
Poids spécifique . . . . .	1019

*Pour un litre :*

Résidu solide . . . . .	41 gr. 8
Sucre . . . . .	néant
Albumine . . . . .	néant
Urée . . . . .	12,23
Créatinine . . . . .	1,10
Acide urique . . . . .	0,55
Acide phosphorique . . . . .	1,42
Chlorure de sodium . . . . .	10,18

Dépôts presque nuls, formés d'urates acides.

Le trouble mental ne s'est pas modifié, seulement les crises sont excessives de violence ; elles apparaissent le plus souvent dans la première partie de la nuit et semblent être influencées par les digestions pénibles qu'expliquent plus que suffisamment la voracité de la malade et ses goûts pour les crudités. Dès qu'elle se sent l'estomac embarrassé, elle quitte le lit, marche dans la chambre, insensible au froid, gesticule comme une furie, appelle, criant à tue-tête : allez chercher les gendarmes, la police, je suis empoisonnée, courez chez les voisins, les assassins, etc., et pour combattre le prétendu poison, elle introduit les doigts dans la bouche, ingurgite des quantités de liquide, sa colère redoublant si on ne lui obéit pas, jusqu'à ce que les vomissements arrivent, alors elle se sent soulagée. La crise a duré trois, quatre heures. Le lendemain, le visage encore violacé, les yeux injectés, brillants, elle vous raconte sans trop d'animation les événements de la nuit, en vous recommandant d'instruire la police, car si cela continue, elle quittera la maison. D'ailleurs, depuis quelque temps, elle exige que les portes soient toujours fermées à clef.

En outre, la plupart des conceptions sont délirantes : si la bonne va au marché, elle lui recommande d'acheter par douzaines, gigots, poulets, etc. Elle-même se promet, un de ces jours, de faire des emplettes en conséquence pour renouveler son vestiaire. Auparavant, d'une très grande retenue, elle tient maintenant à son fils des propos peu convenables ; elle lui parle de sa jeunesse, de sa beauté, des personnes qui lui faisaient la cour, de son mariage, des scènes de jalousie de son mari, etc. Avant, très coquette dans sa mise, elle se montre actuellement d'une négligence extrême.

*Novembre à décembre.* — Aggravation de tous les phénomènes. Dans l'ordre physique, paralysie des sphincters ; la malade urine sous elle, parfois laisse échapper les matières fécales ; l'ouïe est presque abolie à droite : si la tête repose du côté gauche et qu'on vienne à l'interroger, elle ne répond pas ; le goût est fortement obnubilé, elle trouve les aliments fades ; l'odorat paraît conservé. L'incoordination a fait de notables progrès : si elle porte un verre à ses lèvres, non seulement le membre supérieur présente du tremblement, mais le maxillaire inférieur est animé de légères secousses ; si elle se lève et qu'elle fasse quelques pas, on dirait que ses jambes ne peuvent supporter le tronc, cependant, lorsqu'elle est agitée, il faut, pour la maintenir, déployer une certaine force ; elle garde constamment le lit, le plus souvent dans la position assise, le regard fixe, brillant, promenant de temps à autre, machinalement, — le facies n'exprimant aucune souffrance — les mains sur les tempes.

Au point de vue mental, le délire qui un moment paraissait vouloir se systématiser, est devenu général ; ce n'est plus que rarement qu'elle parle des prétendues tentatives d'empoisonnement ;

son animosité vis-à-vis de sa fille a disparu ; les qualités affectives sont éteintes ; la personnalité n'existe plus : elle ne s'appelle plus M^{me} V..., elle se nomme M^{me} D., ajoutant aussitôt qu'elle a épousé le fils du Président de la République. Mais si quelques minutes après on l'interpelle de son véritable nom, elle répond comme si de rien n'était. Elle tient les discours les plus insensés ; elle monte sur un éléphant en diamants, vole dans les les airs, l'univers lui appartient ; elle est jeune, belle, n'a que dix-huit ans ; des enfants, elle n'en a jamais eu, ceux qui l'entourent sont à sa mère ; la bonne est sa sœur, il faut qu'elle mange à ses côtés, qu'on la serve, qu'on ait à son endroit les plus grands égards. Si elle garde le silence, souvent elle part de grands éclats de rire, qui semblent motivés par l'excitation corticale du sens génital, car elle les traduit par des propos obscènes.

Pendant les crises devenues plus rares mais de plus longue durée, l'agitation est extrême, on a grand'peine à la contenir. Se figurant qu'elle va accoucher, elle veut se mettre sur le canapé, pousse des cris comme si elle avait des douleurs expulsives, envoie chercher la sage-femme, puis appelle pour recevoir l'enfant qui, dit-elle, s'échappe entre les cuisses. Mais non, lui fait-on observer. « Oh bien ! ajoute-t-elle, si je n'en ai pas maintenant, je n'en aurai plus. » Une autre fois, elle croit s'être arrosée de pétrole, veut qu'on l'allume et se voit flamber. Toutes ces scènes accompagnées de paroles ordurières et de vociférations.

Tels sont les signes de cette déchéance intellectuelle et morale qui, associés aux troubles somatiques, ne laissent pas le moindre doute sur la nature et l'issue de l'affection.

Pour le moment, réservant à plus tard l'examen de la syphilis comme facteur étiologique, envisageons la symptomatologie de l'affection. Deux périodes bien distinctes la caractérisent : l'une, la première en date, marquée par des symptômes somatiques irrégulièrement distribués (troubles de la vision, crises viscérales, douleurs fulgurantes) ; l'autre, au contraire, dans laquelle les phénomènes physiques, sans être relégués au second plan, sont dominés par les troubles psychiques. A ne prendre en considération que les symptômes de la seconde période, leur signification est des plus nettes, ils précisent la paralysie générale progressive. Pour ceux de la première période, l'hésitation non plus ne paraît guère permise, car leur simple énumération évoque aussitôt l'idée de tabes. Par conséquent, tabes au début, paralysie à la fin, telle serait la rubrique sous laquelle pourrait être classée cette observation. En d'autres termes, et pour adopter le langage

du jour, il s'agirait d'un cas de tabes ayant versé dans la paralysie générale. Mais ce diagnostic, pour si vraisemblable qu'il soit, nous paraît devoir être infirmé par l'analyse des symptômes prétendus tabétiques. Dans ce but, il convient de mettre en regard des caractères appartenant aux symptômes précités, ceux ressortissant aux phénomènes de même nature que l'on a coutume d'observer à la période préataxique du tabes.

D'abord, le plus frappant de tous, les douleurs fulgurantes. Chez la malade, les douleurs ont été rapides, explosives, ce dont témoignent les expressions auxquelles elle a recours pour les qualifier : « rapides comme la pensée, comme une balle pénétrant dans les tissus ». Elles apparaissaient le soir, dans les premières heures de la nuit, siégeaient aux membres inférieurs, le plus souvent à gauche et se succédaient à courts intervalles, à cinq ou six reprises ; puis, le sommeil, un moment interrompu, reprenait son cours. Le lendemain ou le surlendemain, nouvelle crise, en tout point semblable, et cela durant une période qui va de dix à douze jours. Elles ne se sont pas accompagnées de troubles de la sensibilité, et depuis cette époque elles n'ont plus reparu. Donc, les douleurs se sont manifestées par décharges, ont été exclusivement nocturnes et d'une durée, pourrait-on dire, éphémère. En est-il ainsi dans le tabes ?

En thèse générale, à la période préataxique, il n'y a pas de fulgurations ; les douleurs se composent de quelques élancements plus ou moins vifs, surviennent à des intervalles assez éloignés ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se manifestent sous forme de décharges présentant un « début solennel »¹. Mais, quel que soit leur mode d'apparition, elles ont pour caractère de revenir par accès pendant des années, de se produire tout aussi bien le jour que la nuit, de coïncider assez souvent avec des douleurs semblables dans les mains et les doigts, ou d'une sensation de constriction de la poitrine ; enfin, le plus habituellement, elles s'accompagnent d'une hyperesthésie très vive du tégument. En conséquence, fulguration à part, pas la moindre analogie avec les douleurs présentées par la malade.

Pour les crises gastriques, la dissemblance est tellement frappante, que si n'étaient le retour périodique des vomisse-

¹ J.-M. Charcot. — *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 267.

ments, l'époque à laquelle ils sont survenus, on serait en droit de leur refuser cette qualification. Ainsi, ils apparaissaient le matin au réveil, duraient de sept heures à dix heures, et les matières rendues étaient composées uniquement de mucosités et de bile. L'acte s'accomplissait sans la moindre douleur, après quoi, la malade mangeait avec son appétit habituel. Les vomissements se sont produits de la sorte à trois reprises différentes, sous forme d'accès, d'une durée de huit à dix jours, entrecoupés par des accalmies de quinze jours à trois semaines environ.

Il y a loin de ce tableau à celui des crises gastriques du tabétique chez lequel les accès se reproduisent pendant des années, dont les vomissements incoercibles sont incessants des huit et quinze jours, au point de rendre toute alimentation naturelle impossible, et qui s'accompagnent d'angoisse, d'irradiations douloureuses excessivement violentes, de dépression nerveuse considérable pouvant aller jusqu'au collapsus et à la mort.

Même comparées aux cas qui s'éloignent du type, les crises gastriques de la malade ne rentrent dans aucune catégorie. Elles ne sauraient être assimilées aux crises que M. Fournier qualifie de *crampoides* où figure l'élément douleur, et dont la principale particularité consiste en ce que les vomissements ont lieu à sec, si l'on peut ainsi parler; elles diffèrent également des anomalies signalées par Vulpian² et M. Pitres³ dont la caractéristique est fournie par l'absence des douleurs, et, par contre, par la longue persistance des vomissements — trois ans, cas de Pitres; — comme elles se distinguent du cas observé par M. Blocq⁴ où les vomissements étaient de courte durée — de quatre heures à dix heures du matin — mais se produisaient ainsi depuis onze ans, presque sans interruption, et s'accompagnaient d'une sensation de morsure dans la région épigastrique.

En ce qui concerne les crises vésicales et rectales, c'est encore ce caractère de bénignité que nous retrouvons. Au lieu d'urines rendues involontairement ou difficilement, de dou-

¹ A. Fournier. — *Leçons sur la période préataxique du tabes*, p. 207.

² Vulpian. — *Maladies du système nerveux*, p. 322.

³ Pitres. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 27 janvier 1884.

⁴ Blocq, cité par J.-M. Charcot. — *Leçons du mardi*, 1888-1889, p. 340.

leurs vives, brûlantes, se produisant au moment de l'émission et siégeant au niveau de l'urèthre ou du col de la vessie; ou bien de sensations pénibles du rectum « allant depuis la simple incommodité de la pesanteur (sensation d'un corps étranger) jusqu'aux souffrances comparables à celles que produirait l'introduction, dans le gros intestin, d'un fer rougi au feu¹ », nous voyons la miction se faire sans difficulté, suivie seulement d'un peu de ténésme qui oblige la malade à se présenter sur le vase, à plusieurs reprises, pour émettre quelques gouttes d'urine; le ténésme dure huit, dix jours et fait place à des épreintes rectales ou mieux à des faux besoins consécutifs à une première selle et caractérisés par le rejet de gaz et de mucosités.

Eh bien! quelles que soient les modalités que puisse revêtir la symptomatologie d'une affection, nous nous refusons à voir dans les phénomènes que nous venons de passer en revue, des manifestations tabétiques. Certainement, par leur localisation, ils rentrent dans le cadre symptomatique du tabes, mais par leur expression ils en diffèrent complètement. Il convient, il est vrai, de faire la part des cas frustes, dans lesquels les symptômes sont peu tenaces, peu bruyants; mais, pour admettre la légitimité de ces cas, est-il indispensable que chacun des signes composant l'appareil symptomatique converge vers l'affection supposée, que ceux de moindre valeur ou considérés comme atténués soient étayés par d'autres d'importance de premier ordre, et, surtout que, dans le nombre, il ne s'en trouve pas de disparates. Or, si, à la rigueur, il est possible de considérer les fulgurations, les crises viscérales, comme de nature tabétique, les phénomènes oculo-pupillaires viennent à l'encontre de cette hypothèse.

Les troubles de la vision ont consisté en une diminution progressive de l'acuité visuelle qui a abouti à l'amaurose. L'amblyopie a atteint presque simultanément les deux yeux; elle a évolué très lentement avec alternatives en bien et en mal, et s'est terminée seulement au bout de cinq ans par la cécité absolue.

Dans le tabes, rien de semblable. Ici, la marche vers l'amaurose est rapide, un an, deux ans, tel est en moyenne le délai habituel; s'il y a un temps d'arrêt, il est de très courte durée,

¹ Raymond. — *Dictionnaire des sciences médicales*, article *Tabes*, p. 310.

et, dans tous les cas, on n'observe pas ces longs attermoiements, ces rémissions trompeuses, qui font que souvent on trouve les malades mieux qu'on ne les avait laissés la veille. De plus, il arrive très fréquemment que la névrite optique ne débute pas dans les deux yeux à la fois, aussi, la lésion ne marchant pas *pari passu* des deux côtés, la vision est abolie pour l'un des yeux, alors que pour l'autre, elle est simplement diminuée. Enfin, ajoutons que la névrite optique, d'après M. Gowers, n'est pas une manifestation initiale du tabes, car, dans tous les cas où cet auteur l'a constatée, toujours elle avait été précédée, soit de la perte des réflexes tendineux, soit des douleurs fulgurantes¹. Or, chez la malade, le trouble de la vision est le premier en date, les fulgurations sont venues plus tard, et les réflexes tendineux ne sont pas abolis.

Pour les troubles pupillaires, leur évolution embrasse trois périodes successives :

1^{re} période. — Inégalité des deux pupilles : la droite plus dilatée que la gauche ; à droite, paralysie du sphincter de l'iris et légère parésie du muscle ciliaire ; à gauche, contraction peu marquée sous l'influence de la lumière, mais réaction normale à l'accommodation.

2^e période. — Ouverture pupillaire sensiblement égale des deux côtés ; à droite, paralysie complète des muscles iriens et du muscle ciliaire ; à gauche, signe d'Argyll Robertson dans toute sa pureté.

3^e période. — Pupilles parfaitement égales : à droite, toute contraction fait défaut ; à gauche, en plus de la paralysie des muscles iriens, parésie marquée du muscle ciliaire (faux signe d'Argyll Robertson) qui, au bout de quelques semaines, est à son tour paralysé.

En somme, la marche des phénomènes pupillaires démontre jusqu'à l'évidence la paralysie progressive et graduelle de la musculature interne des deux yeux, qui a abouti, en fin de compte, à l'ophtalmoplégie interne, double et complète.

Considérons, maintenant, les troubles pupillaires du tabes. Comme pour la névrite optique, il est rare que l'altération, au début, porte sur les deux pupilles à la fois ; en second lieu dans le tabes, la dilatation pupillaire, lorsqu'elle existe, est prononcée, habituellement, à un très haut degré ; enfin, point

¹ P. Marie. — *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892, p. 211.

capital, dans le tabes, le muscle ciliaire est constamment respecté par la lésion dans les premières périodes de l'affection, ce qui explique pourquoi la pupille se contracte encore à l'accommodation, alors que depuis longtemps elle ne réagit plus sous l'action d'un faisceau lumineux ou dans l'obscurité. Il importe encore de faire remarquer que dans le tabes les troubles pupillaires s'accompagnent très fréquemment de paralysie des muscles externes de l'œil, tandis que chez la malade on n'a relevé aucun phénomène de cette nature.

Ces caractères, d'ailleurs, ont été mis, récemment, en parfaite évidence par MM. Gilbert Ballet et Parinaud. Voici leurs conclusions à ce sujet : « La caractéristique des troubles oculaires de la paralysie générale réside, en effet, non seulement dans la nature de l'ophtalmoplégie, mais aussi dans l'établissement lent et progressif de cette ophtalmoplégie; si bien qu'une ophtalmoplégie qui reste interne et qui se développe d'une façon graduelle, relève presque certainement de la paralysie générale¹. »

« La paralysie de l'iris et de l'accommodation, constituant ce que l'on appelle l'ophtalmoplégie interne, est, selon moi, presque toujours en rapport avec la paralysie générale. Elle est souvent une manifestation précoce de la maladie. Alors même qu'elle paraît de nature syphilitique et qu'elle guérit, elle doit toujours faire redouter le développement ultérieur de la périencéphalite diffuse². »

Enfin M. Gilbert Ballet, après avoir démontré l'importance de l'ophtalmoplégie interne bilatérale et complète, et sa valeur au point de vue du diagnostic de la paralysie générale, se résume en ces termes : « Encore une fois, le vrai trouble de la paralysie générale, c'est l'*ophtamoplégie interne graduelle et progressive*³. »

De telle sorte que les troubles oculaires relevant de la paralysie générale, les seuls signes pouvant plaider en faveur du tabes se trouvent ramenés aux douleurs fulgurantes et aux crises viscérales. Et alors nous sommes en présence, d'une

¹ Gilbert Ballet. — *Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive.* (*Progrès médical* du 10 juin 1893.)

² Parinaud. — Communication à M. G. Ballet. — *Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive.* (*Progrès médical* du 10 juin 1893.)

³ Gilbert Ballet. — *Loc. cit.*

part, de symptômes fugaces, à peine esquissés, n'ayant qu'une analogie très vague avec ceux de même nature que l'on observe à la période préataxique, et, d'autre part, de symptômes précis, parfaitement définis, ressortissant sans contestation possible à la paralysie générale.

Par suite, convient-il de conclure à un cas de tabes ayant versé dans la paralysie générale? Mais cette hypothèse est inadmissible puisque les troubles oculaires ont été les premiers en date, et ont précédé les fulgurations et les crises viscérales; ou bien, à un cas de paralysie générale compliqué de tabes fruste? mais, il faudrait être de bonne composition pour voir, en dehors de tout signe de valeur, comme l'abolition du réflexe patellaire, l'absence du signe de Romberg¹, le prélude de l'ataxie dans des symptômes aussi mal caractérisés que ceux qui ont été notés. Aussi, dans l'espèce, nous estimons qu'il s'est agi simplement d'un cas de paralysie générale, dont certaines de ses manifestations au début ont simulé le tabes².

Cette interprétation, il est vrai, va à l'encontre de la doctrine cérébrale de la paralysie générale pour laquelle tout le processus morbide doit rester fatalement cantonné au cerveau; elle choque également les partisans à « systématisations », pour lesquels, de par une force inéluctable, les lésions du tabes doivent être confinées aux cordons postérieurs. Comme si les connexions intimes des éléments constitutifs de l'axe cérébro-spinal entre eux, avec leur système vasculaire, leurs enveloppes, ne justifiaient pas l'extension d'un processus morbide à un territoire voisin ou similaire, alors surtout que la cause est d'ordre général. Certainement, dans le principe, s'appuyant sur les premiers cas qui ont servi de paradigme à la description des maladies, la systématisation était utile, indispensable même, pour faire la lumière dans le chaos, mais il fallait s'attendre à ce que, dans la pratique, les choses ne

¹ A la lecture de l'observation on a pu voir que l'équilibre était plus ou moins instable, suivant que la malade avait les yeux ouverts ou fermés. De cette particularité, on ne saurait conclure à l'existence du signe de Romberg, même très atténué, car le phénomène, tel qu'on le conçoit, exige pour se produire, sinon l'intégrité, du moins le fonctionnement à peu près normal de la vision.

² Consulter à ce sujet une très remarquable leçon de M. le professeur Joffroy : *Sur les formes spinales de la paralysie générale*, in *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 avril 1894.

se passeraient pas toujours de la sorte, et que l'on rencontrerait des cas atypiques bien propres à démontrer qu'il n'existe pas de barrière infranchissable entre les parties constituantes de la moelle, comme entre la moelle et le cerveau. C'est ce dont témoignent les cas de scléroses combinées, ceux de sclérose latérale avec atrophie musculaire, de sclérose multiloculaire portant à la fois sur la moelle et le cerveau, de tabes à l'autopsie desquels on a trouvé des lésions de circonvolutions cérébrales, bien que pendant la maladie on n'eût constaté aucun des signes de la péri-encéphalite (Jendrassik)'. Et pourquoi n'en serait-il pas de même pour la paralysie générale? Cependant l'on n'est plus à compter les observations où les lésions de cette maladie se sont montrées associées à des lésions réputées propres au tabes; ce qui n'implique pas que tabes et paralysie générale soient une seule et même entité morbide. Les types créés par Duchenne (de Boulogne), et Charcot, par Bayle et Baillarger, conservent toute leur valeur; ces types, parfaitement définis, peuvent se montrer isolés ou coexister sans se confondre chez un même malade; mais à côté, il en est d'hybrides, dans lesquels les symptômes de l'une ou l'autre affection se trouvent très diversement répartis et imparfaitement caractérisés. Or, dans ces cas-là, au lieu de conclure à deux maladies distinctes, ou d'avancer que le tabes et la paralysie sont l'expression d'un état morbide général, comme la syphilis, il nous paraît plus naturel d'admettre un processus extensif anormal — irritatif (Rendu), vasculaire ou méningitique (Ballet, Minor, Déjerine) — relevant de l'une ou l'autre affection, qu'il appartient à la clinique de déterminer, en faisant la part des symptômes primordiaux de ceux qui sont surajoutés.

Le second point que soulève cette observation est relatif au rôle de la syphilis comme facteur étiologique. A cet égard, les antécédents de la malade, sans être des plus affirmatifs, autorisent cependant à croire qu'elle a eu la vérole. Elle aurait présenté un chancre des parties génitales à l'âge de vingt-quatre ans. Ce n'est là, évidemment, qu'une présomption, mais qui se trouve singulièrement fortifiée par ce fait qu'à l'époque où elle a été contagionnée, son mari était en pleine éruption de plaques muqueuses. Donc la syphilis paraît très plausible.

' In *Leçons sur les maladies de la moelle*, par Marie, 1892, p. 362.

Quant à attribuer à cette cause un rôle prépondérant, majeur si on peut dire, dans l'éclosion des manifestations paralytiques, nous ne pouvons y souscrire. Faire de la paralysie générale ou du tabes une étape tertiaire, en quelque sorte obligée de la vérole, la démonstration ne nous paraît pas encore acquise; c'est là, comme le dit M. le professeur Grasset, une « exagération de doctrine »¹. Que l'on porte à son actif les cas dans lesquels tous autres antécédents personnels ou héréditaires se trouvent ramenés à zéro ou demeurent insignifiants, rien de plus juste, car nous ne comprenons pas que l'on dénie à la syphilis toute action sur les centres nerveux, alors que l'on accorde ce pouvoir aux autres maladies infectieuses. Il en est de même des cas où les antécédents étant relativement chargés, les manifestations paralytiques ou tabétiques viennent à coexister avec des accidents tertiaires; il y a, dans cette coïncidence, une raison pour faire pencher la balance en faveur de la syphilis.

Mais la malade ne rentre nullement dans l'une ou l'autre de ces deux catégories; chez elle, absence de tout accident syphilitique depuis le chancre, et, par contre, hérédité très lourde. Le père est mort dans un asile d'aliénés, la mère était une alcoolique et un oncle paternel était surnommé le « toqué ». Elle-même offre des antécédents non équivoques; enfant, elle était timide à l'excès, très peureuse; jeune fille, elle a présenté des manifestations hystériques avec idées mystiques; son intelligence de tout temps s'est montrée réfractaire à une instruction même élémentaire; toujours, elle a été sans la moindre énergie, sans la moindre volonté. Ce sont là des prédispositions plus que suffisantes pour expliquer l'origine de l'affection, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la syphilis. Agir différemment, ne tiendrait à rien moins qu'à déclarer qu'en dehors de la syphilis, il n'y a point de paralysie. Et, sans vouloir tomber dans un excès contraire, il est licite d'avancer que la syphilis, sans le secours de l'hérédité, est impuissante le plus souvent à créer la maladie.

Comme preuve à l'appui, et en manière d'épilogue, vient s'offrir l'observation du mari de la malade, auteur de la contagion. Jusqu'à ce jour, il n'a offert aucun signe ou symptôme prémonitoire de tabes ou de paralysie, bien que jamais il n'ait

¹ Grasset, *Archives de Neurologie. Du vertige des ataxiques*, année 1893, n° 73, p. 3

suiwi le moindre traitement antisiphilitique. Chez lui, la syphilis a donné lieu aux accidents habituels; récemment il était soigné pour des lésions tertiaires par M. le Dr Cordier (de Lyon). Agé de quarante-quatre ans, il jouit d'une santé parfaite; cependant, il voyage dix mois de l'année, ce qui l'entraîne à commettre quelques excès. Or, si l'on recherche la cause de cette immunité, du moins dans le présent, vis-à-vis des centres nerveux, on trouve que l'hérédité pour les ascendants directs, les seuls sur lesquels il nous a été possible d'avoir des renseignements précis, est nulle. Le père est mort à cinquante-huit ans d'une fluxion de poitrine; la mère de vieillesse à quatre-vingt-quatre ans, et l'un et l'autre paraissent avoir été indemnes de toute tare nerveuse ou mentale.

## HISTOIRE ET CRITIQUE

### BARBE BUVÉE

EN RELIGION, SŒUR DE SAINTE-COLOMBE ET LA PRÉTENDUE  
POSSESSION DES URSULINES D'AUXONNE (1658-1663).

(Étude historique et médicale, d'après des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives de l'ancienne province de Bourgogne.)

Par le Dr SAMÜEL GARNIER,

Médecin en chef, Directeur de l'Asile de Dijon.

III. — Le 28 octobre 1660, au jour fixé pour la procession exceptionnelle qui se trouvait être la fête de Saint-Simon et Saint-Jude, le Saint-Sacrement fut porté dans une chapelle située dans le jardin et consacrée à Notre-Dame. Là, le supérieur Devenet, tenant en mains le Saint-Sacrement, prononça d'abord l'excommunication ordinaire contre les sorciers, les magiciens et les magiciennes, et commanda ensuite aux prétendus démons qui possédaient les religieuses de maltraiter publiquement les sorciers et sorcières pouvant se trouver

présents à la procession. A l'instant, sœur Gabrielle de Malo du Bousquet, élevant la voix, s'écria : « Barbe Buvée, dicte sœur de Sainte-Colombe, est la sorcière et la magicienne », et se jetant sur elle en même temps la frappa et lui arracha son voile.

Immédiatement sœur Marguerite Jannin qui portait un des cierges devant le Saint-Sacrement ajouta que l'excommunication étant tombée sur sœur Buvée, il fallait éteindre le cierge et assurant que ce que venait de dire sœur de Malo était bien la vérité, lança le cierge à la tête de Barbe Buvée et la battit à son tour. De son côté Lazare Arnier qui n'avait pas assisté à la procession accourut au bruit du tumulte et, après l'avoir décoiffée, la roua de coups. A la vue de cette scène scandaleuse, le supérieur Devenet, au lieu d'intervenir pour la faire cesser, se contenta de commander aux diables qu'il supposait posséder ces filles, de jurer sur le Saint-Sacrement que ce qu'ils avaient dit par la bouche des religieuses possédées, contre sœur Buvée était bien la vérité. Aussitôt celles-ci ou les diables le jurèrent et prêtèrent serment qu'ils avaient dit la vérité. Alors seulement le supérieur leur ordonna, comme preuve de cette vérité, de cesser de battre sœur Buvée, ce qui fut fait.

Pendant ce triste incident, la conduite de sœur Buvée fut des plus dignes. Avec un grand calme elle protesta de son innocence devant ses accusatrices, affirmant que les diables étaient des calomniateurs, et qu'ayant toujours vécu dans l'observance de la règle de sa communauté, elle n'était par conséquent ni sorcière, ni magicienne. Puis elle remit son voile et reprenant le rang qu'elle occupait, continua de chanter avec les autres religieuses.

La procession n'étant pas achevée, le supérieur Devenet porta ensuite le Saint-Sacrement depuis la chapelle dans un lieu appelé l'avant-chœur, où il commanda aux diables de jurer de nouveau que ce qu'ils avaient dit précédemment contre sœur Buvée était véridique : cela fut juré. Sœur Buvée, se prosternant à terre, eut beau se défendre encore, en répétant que les diables étaient des calomniateurs, qu'elle était tout à fait innocente de l'imputation dirigée contre elle ; on passa outre. L'abbé Pelletier, la voyant ainsi prosternée devant l'autel, déclara même qu'elle faisait des incantations, et qu'il fallait réciter l'oraison des maléfices pour les détruire.

Le Saint-Sacrement ayant été déposé ensuite dans le tabernacle et la procession terminée, le supérieur Devenet ordonna que sœur Buvée serait séparée de ses compagnes, séquestrée dans sa chambre sans pouvoir communiquer avec la communauté, et donna avis, dans un rapport au sieur de Salin, promoteur, de tout ce qui s'était passé à la procession, notamment de la dénonciation, faite par les diables, que Barbe Buvée était sorcière et magicienne.

Le 8 novembre suivant, le promoteur de Salin porta plainte à l'official en lui exposant que par les prières, les austérités, les jeûnes faits « dans le monastère des Ursulles d'Auxonne, la cause des possessions de quinze jeunes filles religieuses avoit été découverte, que la sœur Barbe Buvée avoit été convaincue par les démons des crimes de magie et de sortilège (ce sont les termes dont il use); que des accouplemens des démons et des sorciers elle avoit eu deux enfans qu'elle avoit perduz; qu'elle avoit commiz sur les religieuses plusieurs actions d'impuretez, les avoit sollicitées de se faire sorcières¹ ».

L'official d'Auxonne prescrivit immédiatement une information sur le contenu de cette plainte. Dès le 9 novembre il commença sa procédure, entendit trente-quatre témoins, savoir : les quatre exorcistes et les trente religieuses du monastère qui toutes accusèrent la sœur de Sainte-Colombe, avec cette différence « que les exorcistes et les religieuses qui ne sont pas possédées, dans les crimes de magie, de sortilèges, infanticide et lubricité, ne disent rien de leur chef, mais déposent qu'elles ont entendu les démons dans les exorcismes, accuser la dite sœur de ces cas énormes, au lieu que celles que l'on prétend estre possédées, et que l'on suppose avoir esté dans leur sens rassis au temps de leurs dépositions, l'accusent formellement d'une infinité d'actions lubricques qu'elles expriment sans pudeur, de magie, de sortilège et mesme d'infanticide² ».

Après la déposition des quatorze premiers témoins, l'official décerna, le 13 novembre 1660, prise de corps contre Barbe Buvée, et, sur la réquisition du promoteur, comme

¹ Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 135. B. N.

² Manuscrit, archives départementales, n° 127. « La vérité reconnue au fait de la possession ». Signé Legoux, page 5. La copie se trouve aussi au fonds français des archives nationales, n° 18696, fol. 39 à 87.

celui-ci faisait observer que dans le péril de la voir tirer de prison par les démons, il fallait mettre les fers aux pieds et aux mains de l'accusée, cette mesure fut aussitôt ordonnée. Le sieur Guy, lieutenant civil, maire d'Auxonne, ainsi que le promoteur allèrent de compagnie commander chez un serrurier des fers qui furent appliqués à Barbe Buvée pendant tout le temps de sa détention à Auxonne. Elle avait été reléguée dans un cabinet noir, situé sous un escalier.

Pendant la procédure de l'officialité, préjugant déjà la condamnation de la malheureuse, on fit construire, dans un coin du jardin du couvent, une prison de briques où on se proposait de lui faire achever ses jours. Et comme l'instruction faite ne paraissait pas encore renfermer assez de preuves contre l'inculpée, Claude Nouvelet alla, le 14 novembre, trouver l'official pour lui dire de plus que, pendant l'exorcisme de la sœur Elisabeth Nicolas, deux diables appelés Asdé et Asmodée, qui la possédaient, avaient déclaré, de la part de Dieu, qu'ils avaient quelque chose à dire à la magicienne pour sa conversion. L'official Thomas se rendit aussitôt au couvent pour commencer incontinent un nouvel exorcisme sur la sœur Elisabeth Nicolas (c'était une de celles dont Nouvelet dirigeait la conscience), et la pressant de dire ce qu'elle avait à révéler, celle-ci répondit qu'elle ne parlerait qu'en présence de la magicienne; et, sur interpellation de l'official: quelle était cette magicienne? elle ne manqua pas de nommer aussitôt Barbe Buvée. On amena cette dernière au lieu de l'exorcisme et les diables précités qui étaient censés posséder sœur Elisabeth, invitèrent par sa bouche Barbe Buvée à se convertir, en ajoutant qu'ils étaient contraints par Dieu lui-même de l'assurer de toute sa miséricorde, si elle voulait confesser tous ses crimes et en demander pardon; puis, en s'adressant à Barbe Buvée, ils ajoutèrent ces mots importants à retenir et très significatifs de la préméditation de toute cette mise en scène: « Qu'as-tu fait à ce pauvre confesseur, il en sera délivré¹. Nous te le devons déclarer, l'amour qu'il a pour Marie le délivrera ».

Après cet exorcisme fait sur la sœur Elisabeth Nicolas, plusieurs des autres prétendues énergumènes se présentèrent à l'official, accompagnées de leurs exorcistes. Ceux-ci racon-

¹ Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 136. Bibliothèque nationale. *Loc. cit.*

tèrent, à leur tour, que les diables qui possédaient les religieuses dont ils avaient la conduite, avaient également quelque chose à dire, de la part de Dieu, à la magicienne pour sa conversion. Aussitôt, en présence de Barbe Buvée, ils renouvelèrent leurs accusations contre elle, répétant qu'elle était sorcière et magicienne, et lui promettant, de la part du Seigneur, miséricorde si elle voulait reconnaître ses crimes. Sœur Buvée protesta de nouveau de son innocence, affirmant que les diables étaient des menteurs auxquels on ne devait accorder aucune créance.

L'instruction continua son cours pour se terminer le 20 novembre, après confrontation des témoins avec l'accusée qui persista dans ses dénégations, en repoussant comme calomnies odieuses les crimes imaginaires dont on l'accablait ! Elle demanda ensuite qu'il lui fût permis d'avertir ses parents afin de leur demander conseil ; elle voulut signifier « une cédula d'appel », on rejeta ces légitimes demandes.

Mais le bruit de tous ces exorcismes et de leurs conséquences, qui s'était répandu dans le pays, et même dans toute la France, ne pouvait manquer d'arriver à la connaissance des parents de Barbe Buvée. Ces derniers tinrent immédiatement conseil sur ce qu'il y avait à faire. Le 7 décembre 1660, Jean Chirat, sieur de Boussothe, mari de Jaquette Monin, nièce de sœur Buvée, en son nom et en celui de sa femme, donna requête au Parlement de Bourgogne. Cette requête, après avoir rappelé les violences et les meurtres commis, sous prétexte de sortilège, par les habitants d'Auxonne, disait en substance que les prêtres de cette ville avaient exposé publiquement aux exorcismes plusieurs séculières, et parmi elles, bien qu'elle n'eût donné aucun signe de possession, une nommée Claudine Bourgeot qui avait notamment accusé des personnes des plus notables de la ville de sortilège et de magie, et, qu'à la suite de ces fausses accusations, il en était résulté un tel désordre dans les familles que quelques prêtres avaient conseillé à des maris d'empoisonner leurs femmes. Elle spécifiait en outre que plusieurs religieuses Ursulines, se prétendant occupées par de malins esprits, excitées par les prêtres qui continuaient de les exorciser avec grand scandale, avaient comploté, pour perdre la sœur Barbe Buvée, de l'accuser de sortilège et de magie ; que ces religieuses avaient servi de témoins dans la procédure de l'officialité, et qu'en

suite de leurs dépositions, l'official avait décrété une prise de corps exécutée avec tant de rigueur contre Barbe Buvée que les fers lui avaient été mis aux pieds et aux mains, sans possibilité pour elle d'appeler un avocat-conseil et de voir ses parents. Et, attendu que les crimes dont elle était prévenue, n'étaient point de la compétence de l'official, la requête se terminait par une demande d'être reçus, lui Chirat et sa femme « appelant comme d'abus » de toute la procédure faite contre leur tante.

Le parlement, faisant droit à cette requête, ordonna que l'accusée Barbe Buvée serait amenée sous bonne garde, ainsi que Claudine Bourgeot, à la prison de Dijon. Cette décision ne fut point goûtée du clergé d'Auxonne, aussi refusa-t-il de livrer Barbe Buvée à l'huissier chargé de la tirer de prison, sous prétexte que le peuple se soulèverait. Un second huissier ayant fini par vaincre cette résistance, l'amena à la conciergerie du palais où elle ratifia tout ce qui avait été fait par son neveu Chirat.

La cause occupa deux audiences dans lesquelles « l'appelant » remontra que les crimes de magie et de sortilège devant estre punis de mort, étoient cas privilégiés de même que l'infanticide; que pour la magie il n'y en avoit aucune preuve que par celles qui avoient fait complot de la perdre. Pour l'infanticide, qu'encore que la pudeur de son sexe et d'une personne religieuse lui donnât répugnance à souffrir la visite de sa personne, que pourtant pour faire voir la supposition calomnieuse qui lui était faite, elle était prête à s'y exposer. Il conclut à la cassation de l'arrêt.

L'intimé au contraire voulant prouver par l'autorité du droit canon que le sortilège et la magie étaient crimes ecclésiastiques, et particulièrement lorsqu'une personne ecclésiastique s'en trouvoit prévenue; que pour l'accusation d'infanticide, que la connaissance en appartenoit au juge séculier, mais que par erreur et vice du clerc, cette accusation se trouvoit comprise dans le procès-verbal de plainte, et conclut pour le surplus à la confirmation de tout ce qui avoit été fait. »

Sur les conclusions du procureur général Languet, soutenues à l'audience par l'avocat général Nicolas, la Cour prononça le 5 janvier 1661 un arrêt, disant qu'il avait été « mal,

¹ Fonds français, manuscrit 18696. Preuves qui résultent, etc., folio 136, 137, B. N.

nullement et abusivement procédé par l'official « ordonnant cassation et annulation de toute la procédure, et condamnant le promoteur à l'amende de l'abus et aux dépens ».

Le même arrêt prescrivait qu'à la diligence et poursuite du procureur général, il serait informé par commissaire nommé spécialement à cet effet, des crimes de magie et sortilège énoncés dans le procès-verbal de plainte du sieur de Salins contre Barbe Buvée. Un second arrêt décida corrélativement qu'il serait informé, à la diligence du procureur général, du complot fait par les prêtres et par les religieuses pour perdre la même sœur Buvée.

Le conseiller au parlement, Legoux, qui servait alors à la chambre de la Tournelle¹ ayant été désigné pour remplir les fonctions de commissaire enquêteur, la procédure de l'official lui fut remise pour servir de mémoire à l'instruction nouvelle.

IV. — Comme le principal chef d'accusation contre sœur Buvée était la magie, et que, par cet art, elle avait fait entrer les démons dans les corps de quinze religieuses, tant novices que professes, suivant leurs déclarations, et qu'il² « estoit de la dernière importance de reconnoistre la vérité de ces possessions, puisqu'il n'y avoit que des possédées qui eussent formé les dites accusations, messieurs du parlement jugèrent à propos d'employer, en cette recherche, l'autorité de l'Eglise à laquelle elle appartient ».

Le commissaire Legoux, suivant l'ordre qu'il en avait reçu du parlement, écrivit donc à l'Archevêque de Besançon, afin d'obtenir les pouvoirs nécessaires pour faire procéder aux exorcismes en sa présence. Il demanda pour y « vacquer » dom Joseph Séguin, prieur de l'abbaye Saint-Bénigne, religieux d'une vertu éminente, aussi considéré dans la province pour sa science qu'estimé de sa congrégation pour sa piété, le R. Simonot, prieur des Jacobins de Dijon et le P. Godin du même ordre, docteur en théologie. Le P. Séguin fit d'abord des difficultés pour accepter, en raison de l'obscurité que paraissait présenter une affaire de cette espèce; mais l'ordre lui en ayant été renouvelé par le général de sa congrégation

¹ On désignait ainsi la chambre criminelle.

² Manuscrit, archives départementales. (Signé Legoux, n° 127, fol. 7.) *Loc. cit.*, voir la note de la page 14.

sur l'instance prière du gouverneur de Bourgogne¹, il consentit enfin à ce qu'on attendait de lui.

La commission ainsi constituée, on lui adjoignit le sieur Rapin, médecin ordinaire du gouverneur, praticien éclairé et instruit, qui devait reconnaître si les actions des religieuses soi-disant possédées ne provenaient point « de quelque maladie ou de l'humeur mélancolique ». Des anciens exorcistes, l'official Thomas devait seul être présent aux exorcismes qu'on se proposait de répéter.

Les choses ayant été ainsi disposées, le commissaire Legoux partit de Dijon pour Auxonne le 24 janvier 1661, avec le substitut du procureur général Jeannin. Il commença la procédure nouvelle en dressant divers procès verbaux relatifs, les uns, à l'état de la clôture du monastère, à la représentation des sorts et aux marques de délivrance qu'on disait avoir été rendues par les démons en sortant du corps des religieuses soi-disant possédées; les autres visant les lieux où l'on racontait avoir trouvé les sorts eux-mêmes, les toits sur lesquels on disait avoir remarqué des pas imprimés sur la neige qui les recouvrait en hiver, et qu'on affirmait être des pas de sorciers, les cellules des religieuses auxquelles ces toits correspondaient et la hauteur de ces derniers. Ensuite il entendit les témoins, en les interrogeant principalement sur les points dont ils avaient déjà déposé devant l'official, et chercha à s'enquérir de toutes les circonstances qui pouvaient amener à découvrir ce qu'il y avait de vrai dans les accusations criminelles dirigées contre sœur Buvée, ou dans le complot formé contre elle. Les sorts qui avaient paru les plus importants ne furent pas représentés à M. Legoux, parce que, en en comparant les écritures on aurait pu reconnaître la main qui les avaient tracés. Le supérieur et la supérieure, Marguerite Jeannel, se bornèrent à déposer une petite coquille contenant un billet sur lequel se trouvaient treize lettres majuscules de l'alphabet, que deux experts reconnurent aisément comme ayant été écrites, non de la main du diable, mais de celle de Denizot, l'un des exorcistes. Ils représentèrent ensuite des cailloux comme marques de délivrance, en assurant que c'était là « des pierres de foudre² »; or le commissaire Legoux en trouva de semblables dans le sable des

¹ Le prince de Condé.

² Pierres qu'on supposait accompagner la foudre quand elle tombait.

allées du jardin, et celui de la Saône en contient une grande quantité. La supérieure déclara ensuite que le démon Asdé. en sortant du corps de sœur Gabrielle de Malo, avait laissé comme marque de sa sortie, au-dessous du sein gauche de cette sœur, un J. et un B. en caractères rouges ineffaçables, car le diable était sorti le jour de la Saint-Jean-Baptiste. Mais le médecin ayant procédé à l'examen de ces caractères affirma, dans son rapport, qu'ils avaient été marqués « avec feu actuel ou potentiel, ou avec l'eau forte ». La supérieure dit encore au commissaire que, pendant l'hiver précédent, on avait vu, marqués sur la neige qui recouvrait le toit de la sacristie, des pas d'hommes qu'elle croyait être des pas de sorciers. M. Legoux donna aussitôt acte au substitut Jeannin de ce que le toit en question correspondait à la cellule de la sœur Jamain, dont la fenêtre était garnie de barreaux scellés depuis peu au plâtre, dans la brique, et faciles à lever. Il donna également acte de ce que la cellule de la sœur Gabrielle de Malo, quoique voisine immédiate de celle de la sœur Jamain et correspondant au même toit, n'avait pas de barreaux à sa fenêtre.

Le 3 février, après l'achèvement de toute cette procédure, le P. dom Joseph Séguin, accompagné du prieur Simonot et du P. Godin, arriva à son tour à Auxonne pour procéder aux exorcismes en présence du commissaire Legoux. Reçus avec déférence par l'official, ils l'invitèrent à faire connaître la vérité; ce dernier leur répondit qu'il s'y emploierait de tout son pouvoir. Le jour même, ils allèrent conférer avec M. Legoux et le médecin qui n'avait reconnu en ces religieuses aucune apparence de maladie, et convinrent ensemble du lieu, de l'heure, de la manière et des personnes sur lesquelles ils procéderaient à l'exorcisme, décidant de prendre seulement celles qui n'étaient pas exposées le plus souvent et que l'on évitait de faire paraître en public. Plusieurs personnes de condition s'étaient rendues à Auxonne, désireuses d'être témoins de tout ce qui allait se passer.

Les préparatifs terminés, le lendemain, 4 février, vers huit heures, le commissaire avec plusieurs officiers du parlement et de la chambre des comptes, sans parler d'un grand nombre d'autres personnes venues de Dijon et d'ailleurs, se rendirent au couvent où le P. Séguin et les religieux jacobins avaient célébré la messe.

« Et parce que¹ depuis si longtemps que l'on continue les mêmes exorcismes sur ces filles, les anciens exorcistes ne s'estants jamais servy d'autres termes, ni d'autres cérémonies que celles qui sont prescriptes par le rituel romain, les filles pouvoient avoir contracté des habitudes pour leurs responce et pour leurs gestes, qui tiendroient comme elles ont tenus longtemps la vérité cachée, il fut treuvé bon de s'esloigner autant qu'on pourroit de leur façon ordinaire, sans quitter le principal de l'intention de l'église et de l'ordre prescrit par le mesme rituel. »

« A cet effet l'on pria M. Devenet, supérieur de la ditte maison de faire le premier exorcisme dans lequel les dicts RR. PP. remarquèrent tout ce qu'avoit accoustumé de faire les exorcistes et les énergumènes, estant véritable que qui voit l'un voit l'autre, et que ce n'est que répétition. »

« La coustume estoit donc de faire venir l'énergumène devant l'autel, ou estant à genoux, l'on disait les litanies et l'oraison marquée dans le rituel, après quoi la fille demeurant à genoux, l'exorciste s'aprochoit d'elle et luy mettant l'estolle et souvent la main sur la teste, il commençoit et continuoit l'exorcisme. Après quelques paroles duquel elles entrèrent dans leurs paroxysmes, *et se renversant en arrière* touchoient le carreau, et quelque fois le talon de la teste, puis d'autrefois s'allongeant le corps elles s'étendoient à la renverse comme une bierre, *ne touchant la terre que de la pointe des pieds, ou environ*. L'on en a veu une seule qui faisant réparation au Saint Sacrement de quelques blasphèmes, estant à genoux, *se courboit en devant d'une manière que la teste estoit comme entièrement cachée soubz la poitrine, touchant presque la terre de la nuque du col*; se sont ces trois mouvements qui paroissent seuls extraordinaires et qui sont accompagnés de plusieurs autres que tout le monde peut faire. »

« Les dits RR. PP. ayant communiqué avec M. le commissaire pour empescher ces mouvements, l'indécence qui les accompagne et les infirmités mesme qu'ils peuvent causer à ces filles par des ruptures, et comme aussi pour mieux reconnoître la force de l'esprit qui en est le principe, soit celuy de la fille, soit celuy du démon, furent d'avis, la prière finie, de faire seoir la fille dans une chaise à bras qu'ils souhait-

¹ *Loc. cit.* Manuscrit 127, folio 8 et suivants, Archives départementales, voir la note de la page 17.

tèrent si haute que la fille ne peut pas toucher la terre des piedz, d'où elle pouvoit tirer et tira en effet de la force, mais ne s'en treuvant point, l'on se servit d'une assez basse avec résolution de lier la fille si besoin estoit, ou l'arrester à la main. »

« Cela réussit comme on l'avoit prémédité, l'on fit assooir ces filles pendant l'exorcisme et on les retint aisément durant leurs agittations, excepté une seule qui s'estoit prise des piedz aux pieds mesme de la chaise. La dessence et la crainte de la blesser empeschèrent les religieux d'employer leur adresse et leurs forces pour la destacher et la retenir en sorte qu'ils la laissèrent aller à terre, ou elle ne manqua pas de faire toutes les postures cy devant dittes excepté la troisiésme. »

« Après que le sieur Devenet eut finy le premier exorcisme sur la sœur de Saint-Alexis dans lequel il ne se passa rien de considérable, le R. P. Simonot, prieur des Jacobins commença le second en langue latine et différemment du rituel romain sur la sœur Jamain, dite de l'Enfant-Jésus, laquelle estant entrée dans ses agittations ordinaires pendant lesquelles néant moins elle fut aysément retenue, le dit R. P. luy ayant fait quelques questions en langue latine de celles qu'on a accoutumé de leur faire, elle respondit aucunement, mais d'une façon tenant beaucoup de l'humain. A la question : quod est nomen tuum ? Après plusieurs instances souffertes comme par cérémonie elle respondit : Verrina. A celles : Qui sunt socii tui ? Elle respondit : Sunt plures, de la même manière, et comme elle paraissoit en train de parler, le dit R. P. lui demanda : Cujus esset ordinis Verrina ? A quoi elle ne respondit rien ; l'exorciste la presse, luy demande par trois fois : Cujus hierarchiæ ? Elle respondit : Tu scis, nolo respondere, et enfin elle dit : Throni : on lui repart que sa response est impertinente, et on lui demande : Cujus hierarchiæ sunt throni ? Elle respond : sic, et pressée de plus en plus : *Je n'en sçay rien, va je n'en sais rien pour te le dire, et autres choses semblables* ; le dit R. P. dom Joseph prenant la parole en grec la pressa de répondre à ce qui luy avoit esté demandé, A quoy il n'eut que des agittations et des non, non, curiositas, en y meslant du profane, elle continua ses mouvements de la mesme sorte, sans aucune différence ; et comme elle faisoit divers efforts pour se tirer de la chaise, le dit R. P. Godin dit : il faut que je voye si je seray aussy fort que ce démon.

Elle répliqua, si je voulois je te jetteroie bien à terre. A quoi le R. P. dom Joseph repartit et pressa trois fois : Fac si potes sine lesione personæ ? Elle répondit : Curiositas et n'en fit rien ; et estant replacée dans la chaise elle dit : hé que l'on me fait d'honneur, ou suis-je icy, je suis plus haute que Dieu, et autres semblables discours, d'une façon ridicule desquels faillut se contenter et finir. »

« Sur les deux heures après midy, l'on retourna dans l'avant-chœur dudit monastère, où en présence de M. le commissaire et des mesme personne l'on présente la sœur Marie de Malo sur laquelle le R. P. Godin, après les litanies, commença l'exorcisme du rituel romain. Elle s'agitte de la mesme façon en sorte pourtant qu'on l'arreste sans grandes difficultés, elle respond aux questions de son nom : Beelserut, et parce que l'exorcite avoit entendu Beelsebut qu'il prononça tout haut, la fille répliqua Beelserut Asinæ Beelserut, lors l'exorcite poursuivant tout haut en disant : Sanctus, elle inséra : Diabolus, fasson de faire qu'on a veu leur arriver souvent et auquel elles sont come façonnée, l'on ne vit rien de plus remarquable, et elle revint à soy comme les autres sans qu'on se fut mis en peine de chasser le Démon ou le faire cesser mais come dans un sermon lorsque le prédicateur cesse de parler l'on s'en va. »

« L'on ameine ensuite la sœur Humberte de Saint-François sur laquelle le R. P. prieur des Jacobins commença par un sermon de Saint-Léon qui fait les leçons du jour de la chaise Saint-Pierre durant lequel elle commença de s'agitter comme aux véritables exorcismes. Et quand il vint au latin et aux questions ordinaires il eut les : *sic, sic, non, non, non est voluntas Christi, tu mentiris*, et autres discours accoutumés entre lesquels il s'en est trouvés qui estoient assez à propos et qui marquoient quelque intelligence de cette sorte de latin quoy que très courtes et souvent accompagnées de barbarismes et de solécismes ; *non volo, non vult respondere ad te*. Le médecin pensant la prendre par le bras pour lui taster le poulx, et n'ayant pris que la manche, la robbe s'ouvrit sur la poitrine et croyant descouverte, ce qui n'estoit pas pourtant, y ayant plusieurs habits et linge entre deux, au plus fort de son agittation, elle porta la main pour se rattacher, ce qui ne fut pas pris pour action d'une énergomène, non plus que plusieurs discours qu'elle tint au médecin, qui ne marquoient

autre esprit que celui de la fille. Enfin revenue à soy sans cérémonie on lui demanda si elle ne s'estoit point blessée au derrier de la teste, parce qu'elle avoit frappé le carreau bien fort, elle répondit froidement que non, parce qu'elle avoit la des cheveux qui furent en effet recogneu par le médecin, d'autant qu'elle n'est que novice, ce qui descouvrit un mystère que plusieurs avoient cru surnaturel. »

« L'un des MM. les exorcistes ordinaires reprit sur une troisième de laquelle on ne peut obtenir davantage que ces réponses et ces postures ordinaires dans lesquelles, comme dans toutes les précédentes, on aperçut si fort l'esprit humain que les exorcistes, M. le commissaire et toute l'assemblée se retirèrent avec regret de n'avoir peu dans ce jour-là par tant d'instances tirer aucunes marques de vraies possessions que ces agitations dont les médecins sont les juges, au contraire avoient remarqué bien de l'humain dans les réponses et dans leurs postures bien des marques de liberté dans leurs actions bien de l'accoutumance et de la routine principalement ceux qui les avoient veües auparavant. »

« Les dits RR. PP. s'estant retirés dans leurs logis conférants ensemble de ce qui s'estoit passé ce jour là et de ce qu'ils pourroient faire le lendemain pour trouver plus de jour parmy les ténèbres, après avoir communiqué avec M. le commissaire prirent résolution que le dit R. P. prieur de Saint-Bénigne ferait le premier exorcisme en grec, tel qu'il jugeroit à propos afin de tirer ces filles de leur latin ordinaire, et voir si le Démon aurait au moins l'intelligence de cette langue quand bien il ne s'en devrait pas servir dans ses réponses. »

« Le matin venu sur l'avis qui fut donné à M. le commissaire que des quinze que l'on prétend estre possédée dans le monastère, l'on en exposoit jamais que cinq ou six des plus agitée aux exorcismes publics. Il pria les dits RR. PP. de les faire toutes venir devant eux et de choisir celles qu'il jugeroient plus à propos, ce qui fut ainsi exécuté, l'on prit la sœur Pierrette Boillaut dite de Saint-Paul laquelle fut mise dans la chaise comme celle du jour précédent, le dit R. P. dom Joseph après les litanies s'approchant d'elle commença gravement par les paroles qui font le LIV^e chapitre de l'enchiridion d'Epictète et qu'il prononça d'un ton ferme, lent et articulé. La fille commença lors à hurler, et s'agitter autant que

ses forces luy pouvoient permettre, car elle est assez grossière et n'a pas le corps souple comme les autres, ledit R. P. redouble encore avec plus de gravité sans signes de croix ny autres cérémonies en ajoutant le xxvi^e chapitre du mesme auteur. »

« Elle s'agitte encore davantage, et le dict R. P. pour s'assurer qu'il y avoit rien du Démon ce que la faiblesse de ses mouvements persuadoit assez après ce grec prophane vint à vraye forme de l'Eglise et lisant sur elle le *præcipio tibi quicumque es*, couché dans le rituel, il lui fit les adjurations et les questions accoutumées de son nom, de ses compagnons, de sa sortie etc., toujours en grec, et dans l'intention et de l'autorité de l'Eglise sans pouvoir obtenir que les mesmes mouvements fort faibles qu'elle continua de la même sorte et jusques à ce qu'enfin elle revint à soy comme si le démon l'eut laissé libre. »

« Or, il est à remarquer que dans les exorcismes ordinaires après demye heure ou trois quard d'heure, tantost plus et tantost moins, que ces filles s'estoient agittées avec la violence cy dessus descrite, elles revenoient ordinairement en elles et se redressoient elles mesmes sur leurs genoux comme si rien ne se fut passé, et comme pour reprendre haleine, et lors on recommençoit a les interroger ou les conjurer et leur démon recommençoit ses agittations et ses premières postures »

« Le dict R. P. dom Joseph la voyant ainsi revenue à soy lui dict : hé bien, ma sœur, este vous libre à présent ? ouy répondit elle mon révérend père ; n'avez-vous pas bien entendu ce que je vous ay dict ? Non, mon révérend père. Mais au moins ne m'avez-vous pas bien entendu parler ? Ouy, mon révérend père ; c'est que vous n'entendez pas l'espagnol ? Non mon révérend père hé bien, je m'en vais vous parler latin afin de voir si tout ira mieux, en effet, le dict R. P. recommença les adjurations en latin la fille recommença ses agittations. Il mit la main sur sa teste et fit le signe de croix sur son front comme les autres exorcistes avoient accoutumés, à quoy elle témoigna bien de la répugnance quoique d'une façon toute humaine, lors venants aux interrogats et laissant ceux qu'on leur fait ordinairement, il adjura le démon et le pressa de toute sa force possible et dans la véritable intention de l'Eglise de respondre et de

donner un signe qu'il avoit entendu ce qui luy avoit esté dit auparavant en langue grecque, et quelques instances que fit le P. par commandemens réitérés et toutes les malédictions qu'on pouvait donner aux démons il ne luy fut pas possible d'avoir la moindre responce et tout s'en alla dans les foibles mouvements dont nous avons parlé desquelz après quelque temps la fille revint, sans qu'on eut fait commandement au démon de se retirer ».

« Le P. la voyant revenue luy demande de rechef si elle ne l'avoit point entendu, elle dit que l'avoit bien ouy mais qu'elle n'entendoit pas bien le latin. Il luy présenta le rituel romain ouvert à l'endroit des rubriques de l'exorcisme, elle le leut fort bien et quand on lui demanda si elle l'entendoit, elle respondit qu'elle entendoit quelques mots, ledit R. P. luy dit alors, hé bien je vais vous parler françois, par ainsi vous ne sauriez manquer à ce coup de me bien entendre, en effect recommença les adjurations en françois, et laissant les autres questions, il insista pour obliger ce démon de dire s'il l'avoit entendu parler les autres langues, jamais il ne peut rien gagner ni faire parler, mais après quelques agitations sans autres cérémonies, la fille revint à soy et l'on fut d'avis de finir cet exorcisme. »

Après cela lesdits RR. PP. firent venir la sœur Marie de la Ramisse dite de l'Assomption, laquelle estant dans la ditte chaize, le dit R. P. prieur des Jacobins commença sur elle par du latin indifférent de la vie de saint Jérosme durant lequel elle commença de s'agitter et comme il vint ensuite aux adjurations ordinaires, elle s'emporta en des agitations encore plus violentes, néanmoins faciles à retenir, desquelles étant revenues peu de temps après. En la manière que nous avons cy devant ditte elle parut pasle et défaicte, et le médecin de la commission s'aprochant pour lui taster le poulx, il la treuva en sueur, preste à tomber en défaillance, ce qui fut cause qu'on la renvoyat.

« L'on en présenta une troisième que les dits RR. P. n'avoient point demandée, c'estoit la sœur Joly de l'Annonciation laquelle le médecin voyant venir, dit à l'un d'entre eux, prenez bien garde à celle-cy, elles vous donnera bien de la peine, estant des plus forte et des plus rusée, on la met dans la chaise ou estant elle jetta des larmes sans en dire le sujet, on creut que cette façon d'exorciser ne lui plisoit pas. »

« Le R. P. Godin commença l'exorcisme en latin, et entra dans des agittations violentes qu'on avait peine à retenir parce qu'elle est forte, et que touchant des piedz à la terre avec l'avantage que sa hauteur luy donnoit, elle en tiroit de grandes forces, interrogée elle fit quelques briefves responses en latin, entre autre luy ayant demandé son nom elle répondit : *Sum qui sum*, ce qu'ayant esté pris pour blasphème l'exorcite la pressa de se dédire et réparer l'injure faicte à Dieu. Ce qu'elle fit après quelques résistances, en disant : *non sum qui sum*, d'une façon qui paraît humaine pour les circonstances principalement à ceux qui huit jours auparavant, avoient entendu le mesme blasphème, et à peu près la mesme réparation ».

« Le R. P. dom Prieur de Saint-Bénigne la voyant en train de parler et de répondre afin de tirer une marque assurée s'il estoit possible prit la parole en grec et luy continua la suite des même interrogats, et come il eut commencé la fille se prit à hurler plus haut et tourner la teste de l'austre costé en lui criant : *tace pater Joseph*, et come il continuait tousjours elle le menaça du doigt disant : *tu t'en souviendra*, enfin comme il poursuivoit toujours elle s'eschappa dans l'humain, *ouy, ouy, je répondré en son temps, il y en a dans la compagnie qui m'en empêche, je répondrez aussy bien en cette langue que dans les autres, mais je veux maintenant l'incrédulité, non, ne le croyez pas, croyez que tout ce que je vous ay dit n'est rien, c'est pour vous tromper, je ne suis pas diable, vous viendré en mon paradis si vos cœurs estoient préparés je répondrois à tous langage, je ne parle point pour le juge auquel il est permis de tout examiner Monsieur le commissaire à qui Dieu donnera des lumières*, et autres semblables galimatias que le père luy laissa dire sans l'interrompre, en quoy l'esprit de la fille paroissoit tout entier, enfin elle revint à soy toute seule et l'on finit l'exorcisme ce jour là. »

Le commissaire fut alors d'avis qu'il en avait assez vu, et les RR. P. ne jugèrent pas non plus à propos d'aller plus loin. Toutes les religieuses, en effet, qui restaient à exorciser, ne donnaient aux dires du supérieur et de la supérieure que des marques de possession plus faibles que les premières, et, d'autre part, les exorcismes publics, attirant beaucoup d'étrangers, il parut très fâcheux d'exposer davantage leur pudeur à la curiosité fort indiscrete des assistants. Du reste,

les exorcistes avaient parfaitement reconnu que tout ce qui se passait en ces religieuses ne pouvait être imputé au démon, et qu'en conséquence, il n'y avait pas lieu d'user des armes de l'église contre un ennemi aussi imaginaire qu'invisible. Le médecin Rapin, de son côté, concluait à leur sujet en ces termes : « *Nihil a demone, pauca a morbo, multa ficta.* »

Le P. Joseph Séguin rentra donc à Dijon avec les autres religieux de cette ville, et dès son arrivée vit M^r Fyot, président de la Tournelle, pour lui rendre compte de ce qui s'était passé. Ce magistrat jugea opportun d'en informer l'Archevêque de Besançon, afin de lui permettre de prendre des mesures, tant à cause du désordre et du scandale de toutes ces choses que de la conduite spirituelle du couvent. Le P. Séguin fut prié de faire le voyage de Besançon comme étant mieux à même que personne de raconter à Monseigneur ce qu'il avait vu et fait. Il y consentit.

L'Archevêque de Besançon écouta avec faveur le récit du P. Séguin, mais sans adopter entièrement ses conclusions. Il parut douter encore de son côté et commit son grand vicaire de Mesnay pour aller à Auxonne assister lui-même à des exorcismes qui se feraient de nouveau en présence du P. Séguin, du commissaire du parlement, et du substitut du procureur général, afin de s'assurer à son tour de la vérité. Le grand vicaire arriva à Auxonne, le 13 février, avec le P. Séguin, et ayant rendu visite à M. Legoux, lui demanda d'assister le lendemain à un exorcisme que le P. Séguin ferait en sa présence.

Les résultats négatifs au point de vue d'une possession véritable, constatés d'une manière officielle par une commission dont l'autorité ne pouvait guère être récusée, n'étaient pas sans préoccuper très vivement le clergé auxonnais et notamment les prêtres qui avaient exorcisé dans les conditions que l'on sait. Ils redoutaient tout au moins le ridicule et la confusion qui allaient en rejaillir sur eux, sinon des pénalités contre les instigateurs manifestes du complot dirigé contre sœur Buvée.

En tout état de cause, une lumière sur tous ces faits leur était particulièrement désagréable; aussi s'employèrent-ils de toute leur énergie à entraver l'action du parlement. L'abbé Bretin, un des plus jeunes exorcistes, avait déjà préalablement sollicité à Paris, l'évocation du procès devant le Conseil

du roi, de façon à enlever sa connaissance au parlement de Dijon, qui en était saisi. En attendant le résultat de cette démarche, et dès qu'il eut appris que M. de Mesnay avait l'intention de faire procéder à un nouvel exorcisme en sa présence par le P. Séguin, il chercha à en paralyser l'exécution et à en diminuer la portée. En effet, il vint au logis du commissaire se plaindre du choix du P. Séguin pour cet exorcisme, attendu que toutes les nuits un bénédictin apparaissait aux religieuses pour les tourmenter, et qu'il était injuste, dans ces conditions, d'y employer un religieux du même ordre qui se trouvait être partie intéressée. M. Legoux lui objecta, en premier lieu, que l'exorcisme devait se faire sur l'ordre de M. de Mesnay, il devait s'adresser à lui pour empêcher qu'il eut lieu, car il était seul juge s'il fallait prendre une décision contraire; ensuite, qu'à son jugement personnel, le choix du P. Séguin pour l'exorcisme était excellent : qu'enfin les visions des religieuses n'étaient pas un sujet de récusation, sans quoi les prêtres, avec plus de raison, eussent dû s'abstenir de l'exorcisme et de l'entrée au couvent, puisque, dans la procédure de l'official, les mêmes religieuses avaient déclaré avoir été tourmentées par des visions de César Auguste et de Macaire, prêtres apostats de Genève.

Il fut donc passé outre, et le 14 février, vers une heure, M. Legoux accompagné de M. Jeannin, substitut, et de plusieurs personnes de condition, se rendit au couvent avec les membres de la commission, excepté le médecin, et rencontrèrent là, le vicaire général, l'official et le supérieur du monastère.

Il importe de remarquer ici qu'aucune religieuse soi-disant possédée, ne voulut se soumettre à l'exorcisme commandé par l'Archevêque de Besançon, sans aucun doute à l'instigation de leurs exorcistes habituels, et que toute invitation de la commission à cet égard resta vaine. Cependant on finit par en examiner une, appelée sœur Françoise de la Trinité, qui était assez intelligente.

« M^r le vicaire dit les litanies à genoux devant l'autel durant lesquelles elle se renversa et commença à s'agitter. Après les litanies, M. le vicaire général s'approche d'elle et lui parle come à une fille, luy remonstre que ses postures ne

¹ Manuscrit n° 127 « La vérité reconnue au fait de la possession », folio 18 et suivants, archives départementales.

sont séantes à une religieuse, luy ordonnant de se lever et de se mettre dans la chaize, elle ne fait pas mine de l'entendre, elle s'efforce de résister, mais on la prend par le bras pour la conduire de force, elle se relève enfin et se va elle-même placer dans la chaize, un des assistants qui l'avait veüe exorciser huit jours auparavant, et qui avoit escrit les choses qui s'estoient passées, dans cet exorcisme, se souvint qu'elle avoit commencé ses agitations d'une façon toute pareille, et consultant son premier papier treuva un raport entier des responces qu'elle donna à celle qu'elle avoit données, autant que la différence de la langue et des interrogations luy peuvent permettre. »

« Estant placée dans la chaise, le R. P. dom Joseph commença l'exorcisme en grec par de véritables adjurations durant lesquelles ayant recommencé ses agitations, le père quitta les véritables prières et prononça le chapitre du même Épictète en luy mettant la main sur la teste pour remarquer si les premiers procédoient de ce démon de l'intelligence des langues ou s'il en pourrait faire le discernement. Elle s'agitte lors encore plus fort, en témoigna une grande résistance, mesme s'advenca de dire son nom que l'on n'avait pas encore penser de luy demander, le P. lui commande en grec dans l'intention et de l'autorité de l'Église de déclarer s'il l'avoit entendu, il le presse, il l'adjure sans pouvoir tirer responce et dit sur luy le *precipio tibi quicumque es*, porté par le rituel romain, le tournant en grec, il leut l'évangile de Saint-Jean, et ne pouvant rien obtenir en cette langue, il lui fait les mêmes commandements en latin, elle ne respond autres choses sinon *curiosita, non non attendite non est is tempore*, et choses semblables. Enfin après avoir parlé et pressé plus d'une heure il convia les trois messieurs sus nommés de se joindre à luy et de presser ce démon de leur part autant qu'ils pourroient de respondre à la dernière question faite en grec; au moins de tesmoigner qu'il l'eut entendue. Ils le font de toute l'estendue de leur force, l'un d'eux aporte le très saint Sacrement de l'autel. Ils le mettent sur la teste de la fille, estant encore dans le fort de ses agitations pour lesquelles faire cesser l'un de ces messieurs dit : *Recedat diabolus*, lors le démon si rebelle jusques alors obcit, la fille revint à soy et se levant de la chaise s'en va chercher ses pentoffles, et se retira. »

« L'on remarqua durant l'exorcisme que M^r le vicaire général appliqua sur la fille un reliquaire soit de vrayes reliques, soit de simulées, c'est à lui de le déclarer, sans qu'on ait aperçu en elle aucun changement ny aucun nouvel effect tant y a qu'il ne parla plus de nouveaux exorcismes et fut contraint avec tous les assistans de demeurer d'accord qu'il n'y avoit paru aucune marque assurée de véritable possession de sorte que dez le lendemain, après avoir conféré avec M. le commissaire de ce qui estoit à faire et laissé ses ordres au sieur official pour l'exécution, il reprit la route de Dôle et de Besançon. »

Le P. Séguin rentra de son côté à Dijon, où il rendit compte à M^r le président Fyot de ce qui s'était passé et qu'aucune marque de possession n'avait pu être découverte.

M. Legoux acheva l'information en entendant encore de nouveaux témoins. Disons de suite, pour y revenir plus tard, qu'il intervint un arrêt du Parlement, du 18 mars 1661, portant, entre autres décisions, qu'il serait plus amplement informé à l'égard de la sœur Buvée qui pouvait quitter la prison, à charge de se présenter à toute assignation, et que les prétendues énergumènes seraient amenées à Dijon pour être placées séparément chez les personnes auxquelles on jugerait à propos de les confier.

(A suivre.)

---

## REVUE D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE ET D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

---

Comme l'indiquent leurs titres, ces revues qui seront semestrielles, donneront le résumé des principaux travaux d'électrophysiologie et d'électrothérapie relatifs au système nerveux et à ses maladies en les groupant non par ordre de dates d'apparition, mais par ordre de sujets de façon à donner un coup d'œil d'ensemble de l'état des questions pendantes et des solutions qui y sont actuellement apportées.

I^o ÉLECTROPHYSIOLOGIEI. INFLUENCES DES DIFFÉRENTES FORMES DE L'ÉLECTRICITÉ D'USAGE  
COURANT EN ÉLECTROTHERAPIE SUR LA NUTRITION DU MUSCLE

Dans ce travail, fait à la clinique électrothérapique de M. le professeur Bergonié, de Bordeaux, M. Xavier Debedat va répondre victorieusement à l'opinion exposée par Moëbius et L. Brun au Congrès d'électrothérapie de Francfort-sur-le-Mein, qui considèrent comme un effet de suggestion, les modifications que l'électricité fait subir tant aux muscles qu'aux autres organes. Ses expériences portent sur les animaux, qui ne sont pas susceptibles de suggestion.

Il est divisé en cinq parties : la première traite de la nutrition musculaire en général et des rapports de la circulation avec la contraction ; la seconde est un parallèle entre l'exercice naturel et l'exercice artificiel électrique, la troisième établit les avantages de la gymnastique électrique et les liens qui unissent l'excitation et la contraction. Dans la quatrième et la cinquième sont exposés la technique expérimentale et les résultats obtenus. C'est sur ces deux parties que j'appelle surtout l'attention.

Les phénomènes circulatoires qui accompagnent la contraction musculaire sont identiques dans l'exercice physiologique et dans la contraction artificielle provoquée par les méthodes d'excitation employées en électrothérapie. De même que l'exercice physiologique, la gymnastique électrique a pour conséquences l'entraînement ou le surmenage. Les expériences ont porté sur une nichée de six lapins soumis à la même nourriture et enfermés dans des cages où le minimum d'exercice physiologique leur était possible. Les muscles sur lesquels ont porté les expériences sont ceux de la région postérieure de la cuisse : biceps, demi-tendineux, demi-membraneux. Les moyens de contrôle ont été la pesée et l'examen histologique. Les formes électriques étudiées ont été les formes galvanique et faradique rythmée et non rythmée et l'étincelle statique. Les séances ont été quotidiennes, d'une durée de quatre minutes. De l'ensemble de ce travail il résulte que : 1^o le mode d'action de l'électricité sur la nutrition musculaire est complexe. Sous la forme de courants continus elle agit autrement que comme excitant de la contractilité et toutefois manifestement ; 2^o en tant qu'excitant de la contractilité son action est comparable à celle de l'exercice ordinaire sur lequel elle possède des avantages considérables au point de vue thérapeutique ; 3^o l'exercice provoqué par les excitations galvaniques rythmées produit avec ses secousses brusques une action favorable évidente. Cette action est moindre que celle des courants faradiques rythmés, supérieure à

celle des courants continus; 4° la tétanisation prolongée déterminée par les courants faradiques produit un surmenage qui a pour conséquence l'atrophie des muscles; 5° l'étincelle statique ne produit pas de modification durable.

## II. ACTION DES COURANTS DE POLARISATION MUSCULAIRE COMME EXCITANTS DE LA CONTRACTILITÉ; par ROUSSEAU.

Les résultats diffèrent suivant qu'on se sert d'un interrupteur ordinaire ou du levier-clef de Dubois-Reymond. Dans le premier cas la rupture du courant n'amène que la décontraction pure et simple du muscle tandis que dans le second la secousse de rupture est la règle.

Cela tient à ce que, lorsqu'on ferme le levier-clef, on ne met pas seulement la pile en court circuit, ce qui soustrait le muscle à l'action du courant excitateur, mais on réunit en même temps par un conducteur les deux extrémités du muscle qui vient d'être excité. Cela a une importance, car au moment de la rupture du courant de pile les forces électromotrices de polarisation n'étant plus neutralisées deviennent libres. Si on se sert du levier-clef, le muscle se comporte alors comme un accumulateur dont on joindrait les pôles en court circuit, c'est-à-dire qu'il débite en peu de temps une grande quantité d'électricité et que les effets d'excitation seront d'autant plus grands que la charge aura été plus longue. Si on se sert de l'interrupteur ordinaire les forces électromotrices se combinent peu à peu en produisant des courants locaux dont l'intensité et par conséquent la puissance excitatrice est beaucoup moins grande.

Les expériences faites par l'auteur avec un instrument qui procède à la fois de l'interrupteur et du levier-clef lui ont montré que d'accord avec l'opinion de Griessner et de Tigersted, la secousse de rupture est due en partie au développement des courants secondaires de polarisation. On doit avec Boudet de Paris attribuer à la même cause le tétanos de Ritter. Il n'est pas besoin pour produire des courants de polarisation d'une grande intensité du courant polarisateur, ni d'une longue durée d'application. Cette différence dans l'action de l'interrupteur simple et du levier-clef semble expliquer les divergences de vue des divers auteurs sur les lois des secousses. On doit éviter l'emploi du levier-clef parce qu'il accentue les effets de polarisation.

## III. RELATIONS ENTRE L'EXCITANT ÉLECTRIQUE ET LA RÉACTION NERVO-MUSCULAIRE; par MARÈS.

L'auteur qui, dans un précédent travail, s'est attaché à démontrer que c'est la variation brusque du potentiel qui détermine l'excitation, cherche à établir dans celui-ci la loi de relation quantitative

entre l'excitant et l'excitation. De ses nombreuses recherches il conclut qu'il n'y a pas de rapport fixe entre la force de l'excitant et l'intensité de l'excitation nerveuse-musculaire. Il est probable ajoutait-il qu'il en est de même pour la réaction sensitive et que contrairement à la loi de Weber et de Fechner qui semblent indiquer un rapport entre l'excitant et la réaction physiologique, on ne distingue les divers excitants sensoriels que suivant l'expérience et l'exercice et non suivant un étalon inné.

#### IV. DE L'INTERFÉRENCE DES EXCITATIONS DANS LE NERF ; par WEDENSKY.

On sait que cette question a fait l'objet de nombreuses théories. Mais jusqu'ici aucune d'elles n'a reçu la consécration expérimentale. A l'aide d'expériences faites avec le concours du téléphone, du galvanomètre et du muscle, M. Wedensky démontre que les ondes d'excitation dans le nerf agissent les unes sur les autres et amènent des excitations secondaires ayant une intensité et des rythmes nouveaux et particuliers. Il n'y a jamais extinction complète d'une série d'ondes sous l'influence d'une autre série, le mot interférence ne traduit donc pas exactement les phénomènes qui se produisent et dans lesquels il entre deux facteurs physiologiques dont il y a lieu de leur tenir compte : phase réfractaire des ondes d'excitation les unes sur les autres et action électrotonique.

#### V. RÉACTIONS GALVANIQUES DES ORGANES DES SENS ; par KUSSELBACH.

Les expériences ont porté sur quatre sens : ouïe, vue, odorat, goût. Pour le nerf optique, à mesure qu'augmente l'excitabilité électrique, l'excitabilité par les couleurs et notamment par le violet augmente proportionnellement. A mesure que l'excitabilité électrique diminue, l'excitabilité par les couleurs s'affaiblit également moins cependant pour le rouge que pour les autres. En faisant agir le pôle positif sur le nerf de la gustation, on augmente son excitabilité principalement pour les saveurs acides. L'application directe du pôle négatif affaiblit l'excitabilité du nerf ; la diminution est moins prononcée pour les substances à saveur amère.

Les résultats obtenus par le nerf acoustique sont identiques, de sorte que l'auteur conclut que, lorsqu'on expérimente sur les organes des sens, la direction du courant n'a de signification qu'en ce sens que l'inversion amène une inversion des manifestations produites. L'augmentation du pouvoir électromoteur produite par l'application du pôle négatif sur la partie centrale du nerf augmente l'excitabilité de celui-ci. L'application du pôle positif produit l'effet inverse. Dans le premier cas toutes les fibres du nerf sont devenues plus excitables. Dans le second cas, c'est l'inverse.

Les phénomènes qu'on observe à la suite des variations d'intensité du courant ne sont pas une conséquence directe du passage de celui-ci à travers le nerf, mais le résultat d'une excitation mécanique s'exerçant sur les organes terminaux.

#### VI. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE L'ACTION DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE SUR LES COMBUSTIONS INTRAORGANIQUES ; par TRUCHOT.

Cette étude, déjà entreprise au siècle dernier, puis plus près de nous par Videt, Vigouroux, Stepanow, Damian, n'avait pas donné de résultats bien complets à cause de l'insuffisance des méthodes alors employées pour l'analyse des urines. Sous ce rapport le travail de M. Truchot offre une incontestable supériorité. Il a tout d'abord étudié sur lui-même les effets de l'électricité statique sur l'organisme physiologique, portant son attention sur les modifications apportées par le bain statique à la fréquence du pouls, à la température interne, à la force dynamométrique des mains et enfin et surtout à la composition de la sécrétion urinaire. On peut regretter seulement qu'en même temps qu'il consignait la fréquence du pouls il n'en ait pas enregistré le tracé et qu'il ait laissé de côté les tracés de la respiration et de la circulation sous prétexte que cela a déjà été fait.

Pendant une première période d'une semaine, deux analyses d'urine ont été faites pour déterminer les conditions actuelles de l'organisme de l'expérimentateur. Pendant une seconde période de huit jours, il s'est soumis une ou deux fois par jour, pendant un quart d'heure chaque fois, à l'action d'une machine Wimshurst fonctionnant à un potentiel d'environ 80,000 volts. Avant et après chaque électrisation il déterminait la vitesse du pouls, la force dynamométrique de la main droite et la température buccale. Tous les deux jours une analyse d'urine était faite. Pendant une troisième période sans bains statiques, la fréquence du pouls, la force dynamométrique de la main et la température ont encore été consignées et plusieurs analyses d'urine ont encore été faites.

La fréquence du pouls a augmenté après chaque bain statique soit négatif, soit positif indistinctement, d'environ 20 p. 100 et s'est maintenue augmentée à partir du cinquième bain pour ne redevenir normale que huit jours après leur cessation. La température, non sensiblement augmentée pendant le bain, s'est élevée de 36°,6 à 37°,4 à la fin des expériences pour revenir lentement après les dernières expériences à son taux normal. La force dynamométrique de la main a régulièrement augmenté après chaque bain d'environ 2 kilogrammes. Mais la force initiale est allée en diminuant pendant le traitement. Elle n'a repris que lentement sa valeur ordinaire après.

Quant au coefficient d'oxydation urinaire il a été augmenté

518-1174000  
REVUE D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE ET D'ÉLECTROTHERAPIE  
N° 442

après les premiers bains, diminué après les autres, ce qui tient, ainsi que le dit l'auteur lui-même à ce qu'il a un peu abusé du bain statique (deux par jour). Cela montre également que quand on veut employer le bain statique comme tonique il ne faut pas recourir à un voltage trop élevé et ne pas prolonger la séance au delà de dix minutes.

Avant d'appliquer le traitement à ce qu'on appelle en général des neurasthéniques, il faudra donc bien fixer le diagnostic par l'examen complet des urines, sans quoi on peut aggraver l'état du malade au lieu de l'améliorer. Dans le traitement des névralgies, il y a lieu aussi d'espacer les séances.

## ÉLECTRO-DIAGNOSTIC.

### I. RÉACTIONS ÉLECTRIQUES DANS LES MALADIES NERVEUSES.

Dans la séance du 6 février de la *Société de Neurologie* de New-York, le Dr C. Dana a communiqué les résultats de ses recherches sur les réactions électriques dans les maladies à lésions spinales; polyomyélite antérieure, atrophie musculaire progressive, tabes, paralysies bulbaires et dans la paralysie faciale. L'électrode indifférente employée dans ces recherches avait la forme et les dimensions de celle d'Erb. Elle était fixée sur la partie soumise à l'expérience pour éviter les variations de pression. L'électrode active avait une surface de section de un centimètre carré et se terminait en pointe. Au moyen de cet instrument l'auteur a pu obtenir une forme particulière de réaction qu'il nomme *réaction diffusible*. Cette dernière diffère des contractions musculaires lentes et vermiculaires de la dégénérescence et serait un mode particulier du mode de réaction de dégénérescence bien qu'on ne la rencontre pas dans tous les cas. Elle consiste dans la diffusion de la contraction à la totalité du muscle excité ainsi qu'à certains muscles adjacents. M. Leszinsky conclut de recherches sur les réactions électriques dans les névrites traumatiques que l'emploi du courant faradique suffit d'habitude dans la pratique courante quand il s'agit seulement d'établir le diagnostic. (Ce fait a été démontré il y a environ quarante ans par Marshal Hall.) — Le courant galvanique ne figurerait qu'en qualité d'adjuvant quand la contractilité faradique est abolie et au point de vue du pronostic.

D'après ses recherches les fibres nerveuses périphériques possèdent une faculté de régénération presque illimitée de quelques semaines à sept ans. Donc, dans les lésions nerveuses graves la cause, l'étendue et le caractère de la lésion ont souvent plus d'importance au point de vue du pronostic que la réaction de dégénérescence dont l'existence n'est pas incompatible avec la persistance de la motilité dans la région.

Dans certaines paralysies d'origine incontestablement périphérique, l'excitabilité faradique peut être conservée, il faut seulement pour obtenir des contractions musculaires des intensités plus fortes que du côté sain. Cette diminution de l'excitabilité faradique se constate dès les premiers jours de la paralysie. Dans les paralysies périphériques persistantes, l'excitabilité faradique peut se rétablir sans qu'il se produise pour cela une amélioration notable de la motilité. Lorsque l'excitabilité faradique est abolie pour les excitations transmises à travers la peau, sa présence peut encore être démontrée dans le muscle par l'acupuncture.

M. Jacoby considère la valeur de l'exploration électrique dans les affections nerveuses comme très limitée, attendu que dans un certain nombre de paralysies faciales invétérées il n'a pu obtenir la réaction de dégénérescence.

## ÉLECTROTHÉRAPIE

### I. LA NEURASTHÉNIE ET SON TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ; par DOUMER.

Dans ces leçons l'auteur indique comme moyen le plus efficace la franklinisation suivant la méthode de Vigouroux. L'action du bain statique, qui est la plus générale, suffit chez les neurasthéniques qui ne présentent pas de symptômes dominants. Les effluviations font disparaître complètement le casque, l'asthénopie accommodative, les douleurs névralgiques, la constipation. La friction électrique est indiquée dans l'amyosthénie, l'impuissance. Les étincelles tirées des fosses iliaques seront employées contre la constipation opiniâtre. Il a de plus fait avec succès la faradisation intrastomacale chez un neurasthénique présentant de la dilatation de l'estomac; chez six autres qui présentaient de la spermatorrhée la galvanisation a donné de bons résultats; chez une femme dont l'utérus était en antéflexion, la faradisation intra-utérine a amené la guérison, mais ce sont là des moyens adjuvants, s'adressant à des symptômes particuliers; la franklinisation reste le seul traitement vraiment efficace chez les neurasthéniques.

Robinson conseille pour le traitement des phobies neurasthéniques la franklinisation suivie d'étincelles sur le rachis. En cas d'insuccès il emploie la galvanisation, les électrodes placées d'abord dans les deux mains, puis de chaque côté de la colonne vertébrale et enfin une à la nuque et l'autre aux lombes avec un courant de 5 à 10 milliampères. Les séances sont quotidiennes, puis au bout d'un mois on les suspend pendant deux semaines, pour recommencer ensuite pendant un mois. Au bout de deux ou trois mois on obtient la guérison dans les cas légers. Dans ceux qui sont rebelles, il faut plusieurs années.

## II. TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DU TABES; par SIMON-LABORDE.

Ce travail commence par une revue des différents procédés employés par ceux qui se sont occupés de la question. Remak avait signalé dès 1856 les bons effets de la galvanisation. Duchenne (de Boulogne) donna la préférence au courant faradique, mais ses recherches sur ce sujet sont peu nombreuses. Jules Leroy, Onimus, Cyon, Benedikt, Spilmann, vantent l'action des courants continus. Rockwell emploie une méthode mixte. Rumpf, Bardet, Grasset, Niemeyer préfèrent le courant induit. L'auteur a employé les courants continus de la façon suivante : ils sont placés sur la colonne, indifféremment ascendants ou descendants, les électrodes qui mesurent 150 centimètres carrés sont placées l'une à la région cervicale, l'autre à la région lombaire. Elles ont été préalablement humectées avec de l'eau ordinaire. La séance dure dix minutes avec une intensité de 20 milliampères.

D'après ses expériences portant sur 85 cas, M. S. Laborde pense que l'électricité ne guérit pas le tabes. Elle produit une amélioration sur les douleurs, les troubles oculaires, la faiblesse des membres. La faradisation lui paraît contre-indiquée. Il pense que de nouvelles recherches sont nécessaires avec l'électricité statique, les courants alternatifs sinusoïdaux et les courants à haute fréquence et à haute intensité.

Somme toute, à l'heure actuelle, l'électricité donne des résultats identiques à ceux des autres traitements préconisés dans tous les cas où il ne s'agit pas du pseudo-tabes syphilitique mais de la maladie si bien décrite par Aran et Duchenne.

## III. TRAITEMENT DE LA CRAMPE DES ÉCRIVAINS ET DES TÉLÉGRAPHISTES; par MONELL.

L'électricité est le moyen le plus sûr de combattre cette affection si fréquente chez les écrivains et les télégraphistes. Tous les auteurs ont cité de bons résultats; les échecs tiennent à deux choses : mauvais choix et mauvaise application du courant.

Le courant faradique très employé a souvent échoué et il était mauvais dans cette circonstance, car il fatigue vite les nerfs et les muscles déjà fatigués et le mal s'aggrave. Souvent on applique le traitement surtout sur les parties malades ce qui est encore une erreur. Le courant galvanique est également mauvais parce qu'il agit trop sur le muscle. Monell attaque le mal à son centre à travers la constitution générale à l'aide de l'électricité statique dont il fait lentement varier le potentiel. Sur les parties malades il provoque également de longues ondulations musculaires allant jusqu'à l'extension complète du bras. Chaque muscle est également influencé et on laisse cesser chaque contraction avant d'en provoquer

une autre. Aucune fatigue ne se produit à la suite de cet exercice, au contraire, la force et la légèreté du membre s'accroissent. Les applications doivent être quotidiennes tant qu'une amélioration ne s'est pas produite; on les espace ensuite de deux en deux jours.

Il faut éviter au début de fatiguer les membres par des excitations trop énergiques. Les séances au commencement seront courtes et les contractions douces. Au début le muscle réagit plus lentement qu'à l'état normal et ce n'est que quand la contractilité a repris ses caractères habituels que l'amélioration fait de rapides progrès. La durée du traitement varie, comme dans les autres paralysies, suivant le degré du mal et son extension.

#### IV. L'OBÉSITÉ D'ORIGINE NERVEUSE ET SON TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ; par IMBERT DE LA TOUCHE (de Lyon).

Un certain nombre de neurasthéniques présentent de l'obésité due à un certain ralentissement de la nutrition. On trouve en effet qu'il y a diminution dans la production de l'urée et de l'acide carbonique, défaut d'oxydation des matières hydrocarbonées et emmagasinement dans les tissus soit des graisses alimentaires, soit des graisses de désassimilation.

Rien de plus logique par conséquent que d'employer, comme l'a fait l'auteur, les bains électrostatiques non seulement comme il le dit pour rétablir l'équilibre du système nerveux dont le trouble est la cause première de cet ensemble morbide, mais aussi à cause de la stimulation de la nutrition démontrée par les expériences sus-énoncées de M. Truchot. Rien d'étonnant donc aux conclusions enthousiastes de M. Imbert de la Touche, que je rapporte ici :

1° L'électricité possède une action incontestable dans la cure de l'obésité d'origine nerveuse, si fréquente dans la neurasthénie;

2° Le bain électrostatique est la médication de choix qui fait disparaître l'embonpoint exagéré, atténue les accidents nerveux et ramène les forces et l'appétit à l'état normal;

3° Cette méthode est infiniment supérieure à tous les traitements de l'obésité. Elle s'adresse directement aux troubles nutritifs qui en sont la cause.

#### V. NOTE SUR LA MÉTHODE HYDRO-ÉLECTRIQUE; par LARAT et GAUTIER.

L'eau, sous forme de bain ou de douche, sert de véhicule au courant. Celui-ci est fourni par le secteur de la ville, actionné par des machines alternatives du type Ferranti-Palin. Le courant est transformé de 2,400 volts à 110 volts au moyen d'un premier transformateur placé dans les caves et arrive aux transformateurs secondaires avec 10,000 alternances par minute. Ces derniers se composent d'une résistance représentée par une bobine avec fais-

ceau central de fer doux, d'un réducteur de potentiel ou d'une bobine à chariot qui permet de graduer le courant.

Le patient est plongé dans l'eau à la température d'un bain ordinaire. Se basant sur les expériences de M. d'Arsonval, les auteurs ont surtout appliqué leur procédé aux maladies générales ou à des affections émanant de troubles de nutrition. En ce qui concerne les maladies nerveuses rien d'extraordinaire n'a été obtenu jusqu'ici :

	CAS	GUÉRISONS	AMÉLIORATIONS	INSUCCÈS
Hystérie . . . . .	17	4	8	5
Chorée . . . . .	2	2	»	»
Neuresthénie . . . . .	20	9	8	3
Impuissance . . . . .	2	»	2	»
Vaginisme . . . . .	2	2	»	»
Ataxie locomotrice . . . . .	5	»	2	3
Atrophie muscul. progres. . . . .	2	»	2	»
Atrophie muscul. pseudo-hypertrophique . . . . .	2	»	2	»
Maladie de Little . . . . .	1	»	1	»
Maladie de Friedreich . . . . .	1	»	»	1
Paralysie spinale de l'enfance . . . . .	4	»	4	»
Sciatique . . . . .	18	16	2	»
Saturnisme . . . . .	1	»	1	»

Ce tableau ne donne pas, on le voit, de résultats plus brillants que les autres modes électrothérapeutiques qui ont fait leurs preuves, et rien n'indique d'y renoncer au moins pour le moment en faveur des bains hydro-électriques. L.-R. REGNIER.

## REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

LXXXIX. OBSERVATIONS SUR LA FRÉQUENCE DES DONNÉES DÉGÉNÉRATIVES SOMATOLOGIQUES EN RAPPORT AVEC LA CONDUITE, CHEZ UNE PREMIÈRE CENTURIE D'ÉLÈVES DES ÉCOLES SECONDAIRES DE NAPLES ; par le professeur A. ZUCCARELLI. (Communication faite au XI^e Congrès international de médecine de Rome, séance du lundi 2 avril 1894.)

La présence ou la fréquence relative d'anomalies somatico-anthropologiques (caractères dégénératifs), chez les délinquants et les non délinquants, a été un des points les plus controversés depuis

le commencement de l'anthropologie criminelle et sur lequel ont le plus insisté et discuté les oppositeurs ou les critiques sévères de la nouvelle école anthropologique criminelle, surtout les Français. Notre savant criminaliste, Raphaël GAROFALO, pour donner une solution définitive et catégorique, proposait et le II^e congrès d'anthropologie criminelle tenu à Paris en 1889, approuvait que cent délinquants et cent non délinquants (honnêtes), les uns et les autres bien connus par leurs précédents, fussent examinés par une commission internationale de sept anthropographes, laquelle fut composée par les professeurs LACASSAGNE, BENEDIKT, BERTILLON, LOMBROSO, MANOUVRIER, MAGNAN et SEMAL. La susdite commission ne s'étant jamais réunie et n'ayant fait aucun travail sur un point aussi intéressant et aussi fondamental, les anthropographes italiens s'abstinrent d'intervenir au III^e Congrès à Bruxelles au mois d'août de l'année 1892.

Cela posé, moi qui me suis depuis quelques années sérieusement occupé d'un plus vaste recueil de faits soigneusement observés et rigoureusement évalués, je me propose de concourir à la solution définitive et catégorique voulue par M. Garofalo et par les autres (sans quoi elle serait pour quelques-uns une grande lacune au détriment des bases de la nouvelle science), en présentant une contribution que je crois tout à fait nouvelle, sinon par la méthode et par les rapports recherchés, du moins par le champ sur lequel elle a été récoltée et par le jugement sur la conduite des examinés que j'ai soumis à une observation directe et prolongée pendant nombre d'années, dans mes rapports avec eux en qualité de professeur.

Je présente pour le moment les résultats de mon examen, fait sur une première centaine d'élèves des écoles secondaires, pris à l'Institut nautique et à l'école technique *assimilée*, I. CARACCIOLLO de Naples, dans laquelle j'enseigne depuis seize ans les sciences physiques et naturelles.

J'ai demandé à chaque élève son âge, la condition sociale de son père, l'âge de celui-ci, la santé, la vie ou la mort du père et de la mère, le nombre des sœurs, celui des frères vivants ou morts, la santé des vivants, et j'ai recherché les données suivantes :

1^o Taille ; 2^o grande ouverture des bras ; 3^o diamètre longitudinal du crâne ; 4^o diamètre transversal ; 5^o index céphalique ; 6^o circonférence de la base du crâne ; 7^o courbe sagittale ; 8^o courbe transversale ; 9^o capacité approximative ; 10^o plagiocéphalie ; 11^o disproportion relative du crâne antérieur ou postérieur ; 12^o front fuyant, etc. ; 13^o sub-microcéphalie frontale ; 14^o autres anomalies du crâne dignes d'observations ; 15^o cheveux (épais, hérissés, leur couleur, etc.) ; 16^o développement de la face ; 17^o plagioprosopie ; 18^o mâchoire volumineuse. — Irrégularités dentaires ; 20^o irrégularités auriculaires ; 21^o œil mobile, strabique ; 22^o albinisme ; 23^o et 24^o barbe naissante ou développée ; 25^o teint

pâle; 26° et 27° rachitisme aux articulations ou au tronc; 28° signes pétéchiaux aux articulations; 29° scrofules; 30° et 31° doigts surnuméraires aux mains et aux pieds; 32° prononciation défectueuse.

α Discipline. — β Profit. — γ Intelligence. — δ Élève interne ou externe. En ce qui concerne les généralités, j'ai marqué les renseignements que j'ai pu avoir des élèves mêmes, sans l'âge que j'ai tiré de leur certificat de naissance. J'ai traité du rachitisme et des scrofules, car dans la ville où j'ai étudié, ces deux maladies sont plutôt fréquentes, et j'ai voulu voir dans quel rapport elles se trouvaient avec les difformités du corps, surtout des articulations. Je les ai notées à la suite des notes somatico-anthropologiques pour faciliter la disposition des tableaux.

Le jugement sur la conduite je l'ai donné d'après la discipline pendant la classe et selon l'accomplissement des devoirs scolaires, soit dans mon enseignement, soit dans celui de mes collègues, et l'intelligence de l'élève et la qualité d'élève interne ou externe, car le premier est soumis à une discipline régulière, méthodique, éducative, tandis que le second se trouve plus au contact de l'ambiant domestique et de celui de la ville avec un frein éducatif moins rigide ou tout à fait insuffisant.

Le pour cent des caractères dégénératifs somatiques aperçus dans cette première centurie d'élèves, est dans l'ensemble, par nombre et par degré, de beaucoup inférieur à celui que bien d'autres et moi avons vérifié chez les délinquants. Il monte sensiblement chez les élèves de mauvaise conduite et il diminue proportionnellement chez les disciplinés et les peu disciplinés.

Le premier résultat confirme encore une fois et largement un des points de repère de la science anthropologique criminelle, voire celui de la plus grande fréquence et prépondérance de degrés des caractères dégénératifs chez les délinquants en comparaison des non délinquants (honnêtes).

Le second résultat sert à éclaircir encore davantage que les caractères dégénératifs représentent un signe extérieur d'une constitution, d'un état anormal du système nerveux, par conséquent les individus n'ont ou peu de capacité à s'habituer aux ambiants éducatifs et de s'en assimiler une partie suffisante, pour garantir l'ordre et la compatibilité de la cohabitation. A l'égard du but pour prévenir le délit, mon examen préliminaire fait dans les écoles doit, à mon avis, être très utile, pourvu qu'il soit fait d'après cette méthode.

Les élèves mal notés dans les écoles devraient être inscrits dans un registre spécial, tenu par les autorités compétentes. Aux premières manifestations psychopatiques ou aux premiers faits criminels, même légers, ils devraient être mis à l'écart, tenus en observation et soumis à un examen plus minutieux jusqu'à pouvoir donner un jugement sur le plus ou le moins de probabilités ou bien un jugement définitif, pour prendre sur une base scientifique

des mesures correctionnelles ou de prudence, ou, s'il le faut, de les isoler n'importe pour combien de temps, de les déporter même, etc.

Si un pareil examen préliminaire s'appliquait aux recrues, à l'admission de nouveaux employés, à la concession des permis d'exercices, etc., on pourrait avoir un plus grand moyen de prévenir les crimes, même les plus atroces, et un moyen de régénération. Ainsi que vous le savez, saisir à temps un possible délinquant ou un délinquant futur, produit un double bienfait social : 1° on évite bien des crimes, même les plus noirs; 2° on réduit dans la reproduction des races et de l'espèce le nombre des producteurs, transmettant des germes morbides. Et il semble que la dégénération soit arrivée à tel point que nous ne ferions rien ou presque rien, si nous ne mettions pas une digue contre la multiplication des dégénérés.

Je finis par une déclaration de foi : plus on observe, plus on étudie dans tous les sens, plus on comprendra que le peu de capacité à s'adapter aux règles et aux lois d'une juste compatibilité sociale n'est que l'expression de défauts, d'anomalies et de morbosité dans l'organisation des individus tandis que les causes, lointaines ou prochaines, sont bien compliquées : aussi l'anthropologie criminelle, comprise et demandée, est-elle destinée à rendre de très importants services à la bonne administration de la justice, à la plus salubre organisation, à la conservation de l'ordre et à la régénération sociale.

Voici quelques-uns des résultats en détail : En ce qui concerne la *plagiocéphalie* et la *plagioprosopie*, je suis habitué dans mon enseignement de psychiatrie et d'anthropologie criminelle, de relever trois degrés (je ne parle pas d'un degré très léger, qui n'est pas très estimable, parce qu'on le trouve quasi dans tous les hommes).

1° *Léger*, digne de considération, lorsqu'il y a d'autres anomalies; 2° *discret*; 3° *profond* ou *classique*, qui sont, tous les deux, toujours dignes de considération et on les trouve dans les formes avec plus de dégénération psychique (épilepsie, phrénasthénie, folie morale, délinquant-né, paranoïa). Dans la centurie d'élèves j'ai trouvé :

#### a. Plagiocéphalie légère.

Dans les <i>disciplinés</i> . . . . .	23,07 p. 100.
— <i>peu disciplinés</i> . . . . .	40,00 —
— <i>méchants</i> . . . . .	20,00 —

#### b. Plagiocéphalie discrète.

Dans les <i>disciplinés</i> . . . . .	7,69 p. 100.
— <i>peu disciplinés</i> . . . . .	17,14 —
— <i>méchants</i> . . . . .	33,33 —

## c. Plagiocéphalie profonde ou classique.

Dans les <i>disciplinés</i> . . . . .	0,00 p. 100.
— <i>peu disciplinés</i> . . . . .	0,00 —
— <i>méchants</i> . . . . .	2,56 —

## α. Plagioprosopie légère.

Dans les <i>disciplinés</i> . . . . .	11,53 p. 100.
— <i>peu disciplinés</i> . . . . .	20,00 —
— <i>méchants</i> . . . . .	20,51 —

## β. Plagioprosopie discrète.

Dans les <i>disciplinés</i> . . . . .	7,69 p. 100.
— <i>peu disciplinés</i> . . . . .	11,42 —
— <i>méchants</i> . . . . .	23,07 —

## γ. Plagioprosopie profonde ou classique.

Disciplinés, peu disciplinés et méchants 0,00 p. 100.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance solennelle du lundi 30 avril 1894. — PRÉSIDENTIE DE M. A. VOISIN.

**Prix Esquirol.** — M. KLIPPEL donne lecture de son rapport sur le prix Esquirol qui est accordé à M. Maupaté, interne de l'Asile clinique, pour son mémoire intitulé : *Considérations cliniques sur l'étiologie et sur la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme*. Un seul mémoire avait été présenté.

**Éloge de J. Cotard.** — M. RIRRI, secrétaire général, prononce, en termes très émus, un éloge très applaudi de Cotard, ancien membre de la Société et le très regretté collaborateur des *Archives de Neurologie*.

LI^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE  
DE LA PROVINCE DU RHIN

SESSION DE BONN

Séance du 10 juin 1893. — PRÉSIDENTE DE M. PELMANN.

M. le Président ouvre la séance en annonçant que M. le professeur Lœhr et M. Hertz célèbrent les 2 août et 2 septembre de l'année courante leur jubilé de cinquantième année de doctorat. Une députation de trois membres (MM. Nœtel, OEbeke, Schwartz) leur sera envoyée avec une adresse.

M. OEBEKE. *Quelques phénomènes appartenant à la paralysie générale progressive.* — L'auteur étudie d'abord les pupilles chez 100 paralytiques généraux. Sur ces 100 malades, 47 n'avaient pas eu la syphilis antérieurement. On en a examiné 43. Chez 9 d'entre ces derniers, il y avait égalité des pupilles; un seul de ceux-ci présentait la paralysie réflexe bilatérale, chez les 34 autres, on constatait de l'inégalité tenant soit à un état congénital (une observation), soit à une immobilité complète ou presque complète d'une iris (12 observations), soit à une parésie d'un des nerfs moteurs de l'œil (14 observations se décomposant en : 6 fois, l'oculo-moteur commun — 8 fois le grand sympathique).

Sur les 53 malades ayant eu préalablement la syphilis, 50 ont été examinés au point de vue qui nous intéresse, 20 présentaient des pupilles égales et parmi ceux-là il y avait quatre cas d'immobilité pupillaire réflexe bilatérale. Les 30 autres étaient atteints d'inégalité pupillaire; on constata chez eux 7 fois la paralysie complète ou presque complète d'une iris, exclusivement la droite, 18 fois la parésie d'un nerf moteur de l'œil (oculo-moteur commun = 7 fois; nerf grand sympathique 11 fois).

En résumé, sur 93 paralytiques il y avait 64 cas d'inégalité pupillaire dont 51 cas de troubles de la motilité des pupilles (19 paralysies unilatérales — 32 lésions de nerfs). Il est bon de rapprocher de ces faits l'état des nerfs crâniens. Chez les 47 malades indemnes de syphilis, il y avait 2 cas de blépharoptose, et chez les 53 syphilitiques il y avait 14 cas de blépharoptose.

Quant à l'état mental, la mélancolie et la démence paraissent appartenir aux paralytiques généraux syphilitiques. Les attaques congestives se montrent plus fréquentes chez les non-syphilitiques (56 : 50 p. 100). La maladie paraît durer un peu plus longtemps chez les syphilitiques, sa moyenne est de 3 ans et 2 mois,

tandis que chez les non-syphilitiques elle n'est que de 2 ans et 8 mois.

DISCUSSION : M. PETERS. — Tout trouble unilatéral de la mobilité de la pupille avec parésie de l'accommodation indique presque sûrement la syphilis.

M. PELMAN. — Que la paralysie générale survienne chez des individus qui, pour la plupart, ont eu antérieurement la syphilis cela est certain. Par conséquent il est évident que la syphilis est une des causes principales de la paralysie générale. Mais le terrain étant préparé par la syphilis, une fois que la paralysie générale y a germé, elle devient indépendante à tous égards, symptômes, évolution, terminaison.

M. BRIE. *De la chorée héréditaire avec présentation de malades.* — Voici deux observations bien intéressantes. Toutes deux relèvent d'une même famille dans laquelle depuis six générations survient cette maladie. Déjà en 1885, Peretti lui avait emprunté deux faits. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1885, n° 50.)

Chez l'un des malades, toute la musculature soumise à l'innervation volontaire est prise; il y a en même temps affaiblissement progressif des facultés, excitabilité, agitation intermittente, impulsions, suicide. Chez l'autre malade il y a également chorée, quoique moins intense, des bras, de la face, des muscles de l'œil. La maladie a débuté à l'âge de trente-trois et trente-quatre ans.

M. SCHRETER. — *Lésions anatomo-pathologiques du plan incliné postérieur à la selle turcique chez les aliénés.* — Examen de cette région osseuse connue sous le nom de clivus de Blumenbach, sur 316 cadavres d'aliénés (165 hommes, 151 femmes). L'auteur signale la fréquence des ostéophytes en cet endroit. Quant aux symptômes de ces altérations, les tics convulsifs de la face et les accidents choréiformes ou athétosiques, qui pourraient bien en dépendre, n'ont été relevés que chez trois malades.

DISCUSSION SUR LE MÉMOIRE D'ERLENMEYER présenté à la dernière séance et intitulé : *De l'emploi du séton et de la pommade stibiée dans les maladies cérébrales.*

M. SCHRETER. — En plusieurs cas d'épilepsie le séton m'a réussi.

M. PELMAN. — La méthode dérivative n'est guère employée maintenant. D'abord parce qu'elle est cruelle; puis parce qu'on n'en saisit plus les indications, enfin parce que le temps est à l'antisepsie. — M. IDELER. — La pommade stibiée ne m'a guère réussi qu'en un cas. — M. SCHREIBER signale un cas de rémission chez un paralytique soumis aux frictions stibiées.

M. NETEL signale un cas de guérison par ces deux moyens chez un maniaque chronique; il lui resta cependant de l'affaiblissement intellectuel.

M. OEBEKE. — Il y a lieu de distinguer. M. Erlenmeyer emploie

ces procédés chez les malades affectés de cérébropathies récentes non désespérées.

M. ERLÉNMEYER. — Je précise. Il y a indication d'employer le séton et la pommade stibiée dans les affections corticales qui ne justifieraient pas une trépanation.

DISCUSSION SUR LE MÉMOIRE DE M. PELMAN : *Les récentes attaques dirigées contre les aliénistes et les asiles d'aliénés.* — Voici les améliorations proposées par les accusateurs.

Mettre l'interdiction des aliénés entre les mains d'une commission d'hommes indépendants, jouissant de la confiance de leurs concitoyens, jugeant non d'après les données de connaissances spéciales, à l'abri de toute influence de rapports médicaux, mais se prononçant d'après l'évidence, et concluant à l'irresponsabilité, à la perte du libre arbitre, au danger de la mise en liberté d'après des considérations pratiques. Surveiller tout spécialement les asiles privés par la même commission, qui aura à décider de la réception de tout aliéné dans un établissement quelconque en s'entourant des mêmes moyens d'appréciation tout en dehors de la médecine et des conseils juridiques. Sans doute quand il y a urgence, danger évident pour les personnes, on pourrait interner d'office les malades, mais ils seraient examinés ultérieurement par la même commission.

C'est le monde renversé. La haute fantaisie à la place de la compétence éclairée. Il n'y a qu'une réponse à faire. Cette réponse est celle qu'a faite la société des aliénistes allemands. Adopté. La prochaine séance aura lieu le 11 novembre de l'année courante. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.) P. KERAVAL.

## SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

### SOIXANTE-DIX-SEPTIÈME SÉANCE.

Séance du 15 mars 1893. — PRÉSIDENTE DE M. LËHR aîné.

M. NËCKE. *Abus de la théorie des localisations en psychiatrie et en anthropologie.* — Il est très probable qu'il n'y a pas de région motrice spéciale (Hitzig), que l'écorce du cerveau est partout sensorielle, conformément aux idées de Munk et de Meynert. Il est également peu probable que l'intelligence soit confinée au lobe frontal (Hitzig); elle s'étend à toute l'écorce, car l'élimination des divers centres ne

produit qu'un affaiblissement intellectuel et non une suppression de l'intelligence. En France se fait sentir l'influence de Gall et de Comte. Féré et Dubuisson parlent couramment de centres esthétiques, moraux, artistiques (qui occupent la région frontale) et de centres génitaux (qui occupent la région occipitale). Lacassagne divise le genre humain, suivant qu'il s'agit de criminels ou de non criminels, en frontaux, pariétaux, occipitaux, l'intelligence occupant les régions antérieures du cerveau, l'activité, les régions latérales, les instincts, les régions postérieures. Bordier, Manouvrier, Topinard, partagent plus ou moins les mêmes manières de voir. Magnan divise ses dégénérés en spinaux, spinaux-cérébraux antérieurs, spinaux-cérébraux postérieurs, cérébraux antérieurs, cérébraux postérieurs. Il faut en finir avec ces idées phrénologiques et avec cette terminologie.

DISCUSSION : M. CRAMER. — L'anatomie pathologique, l'anatomie comparée, l'étude des microcéphales démontrent l'importance du lobe frontal pour l'intelligence. — M. NËCKE. Munk a fait ressortir l'importance du cerveau antérieur. Les conceptions motrices de la nuque et du tronc y sont probablement localisées ; c'est pourquoi, quand il est enlevé, l'animal n'a plus le sens de l'espace. Le volume du lobe frontal est parallèle à la dimension de la scissure de Sylvius. Mais chez les paralysés, le lobe frontal n'est pas irrévocablement atteint ; de plus, il y a des idiots chez lesquels le lobe frontal est bien conservé.

M. KËNIG. *Une forme rare de paralysie infantile, d'origine cérébrale.* — Il s'agit d'une fillette idiote de onze ans, atteinte depuis l'âge de dix mois d'épilepsie ; à l'âge de sept ans, un état de mal laissa après lui une hémiplegie droite qui disparut et ne laissa qu'une parésie des branches buccales du facial. Depuis cette époque, à la suite de chaque attaque, il se produit une paralysie passagère du côté droit ; mais la parésie du facial a subsisté ; elle offre cette particularité qu'elle n'est évidente que lorsque la malade fait des jeux de physionomie.

DISCUSSION : M. NËCKE. — Les recherches de Lissauer portant sur la démence paralytique ont été mises en doute et n'ont souvent pas été confirmées par les faits d'autres observateurs. — M. CRAMER n'a pas rencontré les altérations du tronc du cerveau, signalées par Lissauer, ni chez les malades qu'il a observés (plus de 12 paralytiques), ni chez les malades mêmes que Lissauer avait examinés. M. KËNIG ne connaît pas de publication contraire à l'opinion de Lissauer, il serait du reste à souhaiter que l'on examinât aussi la couche optique par la méthode de Marchi.

M. NËCKE. *Raretés d'un asile d'aliénés.* — 1^o Influence de la grossesse et de l'accouchement sur des psychoses antérieures. Voici trois femmes atteintes de délire systématique, une paralytique, une

démence, qui ont accouché soit à l'établissement, soit au dehors pendant un congé. Ni la grossesse, ni l'accouchement normal ou suivi de longues hémorragies, n'ont exercé d'influence sur la psychopathie; — 2° Cas classique de *folie à deux*, chez deux sœurs présentant du délire des persécutions et en même temps du délire des grandeurs. Genèse habituelle. Forme chronique; — 3° Observation de *catatomie alterne*; confusion mentale secondaire, avec alternative de stupidité et d'agitation; — 4° Deux observations de *parole intérieure double* dans la folie systématique; la voix grave affirme ou rectifie ce que dit la voix à tonalité élevée, mais n'interroge jamais. — 5° *Psychose par obsession*. Crainte d'être dissocié par la vermine. — 6° *Délire du toucher* dans le cours d'une confusion mentale chronique sans obsession. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

P. KÉRAVAL,

#### SOIXANTE-DIX-HUITIÈME SÉANCE

Séance du 17 juin 1893. — PRÉSIDENCE de M. LÉHR AÎNÉ

Conformément aux statuts, le président rappelle les travaux effectués pendant l'année qui vient de s'écouler. Le Bureau est réélu tel quel.

Enfin l'Assemblée décide que dorénavant on chargera des rapporteurs compétents d'exposer l'état de la question sur des sujets choisis. On traitera de cette façon dans la prochaine séance *De la démence paralytique*, Rapporteurs : MM. CRAMER et BŒDEKER.

M. SCHÉFER. *Rapports entre le molimen menstruel et les psychopathies*. — Le processus menstruel normal est souvent modifié par les affections cérébrales, en revanche il exerce aussi une certaine influence sur l'élément psychique.

Peut-on établir une loi entre les allures du molimen menstruel et les psychopathies en particulier? Quatre cent cinquante aliénées ont été examinées à Iéna (clinique psychopathique) sous ce rapport. Voici ce qu'on a trouvé :

1° La mélancolie grave ou de moyenne gravité s'accompagne presque sans exception d'aménorrhée; la menstruation revient avec l'amélioration. Dans la manie de gravité moyenne, la menstruation s'opère régulièrement pendant la durée de la maladie. Dans la dépression mélancolique simple, la menstruation est demeurée tout à fait régulière. Dans la manie grave, dont les manifestations ressemblent à celles du délire aigu et qui fréquemment a une évolution défavorable, la menstruation cesse. Chez cinq malades atteintes de folie circulaire, on a constaté, pendant six épisodes de phase dépressive, de l'aménorrhée; en revanche, pendant six épisodes d'exaltation, la menstruation s'est effectuée régulièrement;

— 2° chez 13 malades affectées de stupeur d'emblée ou de stupidité symptomatique de l'épuisement, ou encore de démence aiguë, primitive, curable, la menstruation a disparu au moment où débute la maladie; chez dix d'entre elles on a vu reparaitre la menstruation au moment de la convalescence; — 3° dans les psychoses intellectuelles aiguës, la menstruation semble ne pas revêtir de forme qui permette d'établir une loi. Toutefois dans tous les cas où il se produit des épisodes passionnels tels que la dépression ou la stupeur, il y a aménorrhée; la menstruation revient avec sa régularité normale au moment de la guérison ou lorsque la maladie devient chronique ou encore lorsque la malade tombe en démence (démence secondaire). Si l'épisode passionnel revêt la forme d'exaltation légère ou de moyenne intensité, la menstruation reste toujours régulière; dans l'exaltation aiguë ou suraiguë la menstruation cesse; — Dans les psychoses intellectuelles chroniques (congénitales ou acquises) qui n'intéressent pas la sphère affective, la menstruation régulière ne subit pas le contre-coup de l'altération psychique. La menstruation dévie de la normale quand il se produit un épisode aigu passager, quelle qu'en soit la cause, qu'il soit provoqué par la multiplicité des hallucinations ou des idées délirantes, ou par l'émotion, la modification de l'humeur engendrée par le texte même des préoccupations psycho-sensorielles sus-indiquées: la menstruation disparaît dans les épisodes de dépression ou de stupeur; elle subsiste dans les épisodes d'exaltation; — 5° cinq observations de démence paralytique montrent la régularité du flux menstruel pendant le stade prodromique et le stade initial; il cesse à une période plus avancée de la maladie.

DISCUSSION: M. CRAMER. — J'ai fait des recherches sur ce sujet. Il m'a paru que les mélancoliques qui ne sont plus réglées à la période d'acmé de leur maladie imposent un pronostic défavorable.

M. ZINN aîné. *Rapport sur la séance de la Société des aliénistes allemands à Francfort-sur-le-Mein.* — La Société se rallie aux mêmes conclusions. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.* L. 1 et 2.) P. KERAVAL.

## XXVII^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES ALIÉNISTES DE BASSE-SAXE ET DE WESTPHALIE.

### SESSION DE HANOVRE.

*Séance du 1^{er} mai 1893.* — PRÉSIDENCE DE M. GERSTENBERG.

Après avoir fait l'éloge de M. Snell, décédé au mois de juin 1892, et l'histoire de la société actuelle fondée le 15 octobre 1868, le

président communique l'invitation de l'American medico-psychological association pour le congrès de Chicago (du 8 au 12 juin 1893). Puis il annonce qu'il a envoyé la pétition faite par cette Assemblée l'an dernier, au sujet des asiles d'idiots; elle a été écartée par la diète provinciale de Hanovre. La direction régionale lui était cependant favorable. Toutefois, l'assistance des idiots en Hanovre sera avec le temps entre les mains de la province, car la diète a accordé une somme de 200,000 marks (250,000 francs), pour l'achat d'un domaine destiné à agrandir l'établissement.

M. NICOL présente un malade qui, après avoir reçu un coup de couteau au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien à la hauteur de l'extrémité inférieure de l'apophyse mastoïde du côté droit, est atteint d'une atrophie de la langue; cet organe qui ne réagit plus au courant faradique et qui réagit moins au courant galvanique (contractions lentes), est encore assez mobile. Il sort de la bouche en décrivant un arc de cercle à droite, la ligne médiane est également arquée et la convexité de l'arc de cercle est dirigée à gauche; la moitié saine de l'organe ressemble à une demi-lune qui serait placée sur la moitié malade, plus petite qu'elle. La sensibilité linguale est conservée de même que la sensibilité gustative, en arrière et en avant, des deux côtés. Voile du palais paralysé à droite, inexcitable au courant faradique, il est tiré à gauche pendant la phonation. Exagération de la sensibilité tactile et réflexe du voile du palais et du palais. Difficulté de la déglutition; les aliments liquides reviennent par le nez. Le sterno-cléido-mastoïdien du côté droit est atrophié; il ne répond qu'aux courants faradiques forts; l'excitabilité galvanique est meilleure. Atrophie très accentuée de la partie supérieure du trapèze avec les mêmes altérations de l'excitabilité électrique; la portion moyenne de ce muscle, peu atrophiée, se contracte même par l'intermédiaire des fibres moyennes du bord supérieur du même muscle. Le malade ne peut élever le bras au-dessus de l'horizontale, en l'étendant suivant le plan transverse du corps; mais il l'élève bien quand il l'étend suivant le plan antéro-postérieur: conservation du grand dentelé. Voix enrouée, immobilité constante du cartilage arythénoïde du côté droit; impossibilité de voir les cordes vocales, parce que l'épiglotte est totalement rabattue sur le larynx. Pendant le mouvement de la déglutition, le larynx s'élève franchement à droite. Poulos un peu petit mais non fréquent. Limites du cœur et des poumons normales. Aussitôt après sa blessure, le malade eut une pneumonie, soit par obstacle alimentaire, soit par action trophique du nerf vague.

De cet examen, il résulte qu'il y a eu *blessure grave de l'accessoire et de l'hypoglosse*. Le glosso-pharyngien a-t-il été atteint? il est impossible de rien préciser, car la paralysie pharyngée peut dépendre aussi du nerf accessoire et du pneumogastrique. Il n'y a pas d'altération de la sensibilité tactile ou gustative. On ne peut

affirmer qu'il y ait eu blessure du pneumogastrique. Mais étant donné la position de ces nerfs en cet endroit, il est à peine supposable que l'un ait pu être atteint sans l'autre; le nerf vague et le glosso-pharyngien sont situés un peu en avant de l'accessoire et de l'hypoglosse. Intégrité des autres nerfs craniens, notamment du facial. Il est rare qu'on ait l'occasion d'observer des faits de cet acabit.

DISCUSSION : M. BRUNS appelle l'attention sur la paralysie du voile du palais, sans altération du facial. Il est probable que le voile du palais n'a rien à faire avec le facial, il est probablement innervé par l'accessoire ou l'hypoglosse. Jamais l'orateur n'a vu de paralysie faciale pure, accompagnée de paralysie du voile du palais; mais il a vu la paralysie du voile du palais se produire dans un cas de paralysie périphérique du nerf accessoire et de l'hypoglosse, où il y avait aussi atteinte du facial.

Il est intéressant de constater la faible participation de la portion moyenne du trapèze, alors que le tronc de l'accessoire est lésé; sans doute, l'omoplate droite s'éloigne de la colonne vertébrale et s'élève plus haut que du côté gauche, mais elle ne prend pas la position dite en escarpolette.

M. Richard SNELL. *La fréquence des calculs biliaires chez les aliénés.* — Étudiant les relations nécropsiques de 500 hommes et de 500 femmes, l'orateur a constaté que l'on a trouvé des calculs biliaires chez 46 hommes et chez 97 femmes, ce qui donne pour les hommes une proportion de fréquence de 9,2 pour cent, et de 19,4 pour cent chez les femmes. Proportion moyenne pour les deux sexes : 14,3 p. 100. Du moins, à l'asile d'Hildesheim. Comparativement dans les mêmes régions, M. Haller trouvait la proportion de 6 pour 100 chez les gens sains d'esprit. Ce qui signifie que les calculs biliaires sont plus de deux fois plus fréquents chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit. On les trouve surtout entre quarante et cinquante ans et entre cinquante et soixante ans chez l'homme; et chez la femme, entre quarante et cinquante ans et de soixante à soixante-dix ans. Ils se répartissent ainsi, selon la forme de l'aliénation mentale.

	HOMMES	FEMMES
Paralysie générale . . . . .	14	11
Démence consécutive . . . . .	9	20
Folie systématique . . . . .	7	17
Mélancolie . . . . .	7	18
Folie épileptique . . . . .	5	5
Idiotie . . . . .	2	8
Manie . . . . .	1	12 (ici on trouve 7 manies périodiques.)
Démence sénile . . . . .	1	6
	<hr/> 46	<hr/> 97

Ainsi, la fréquence des calculs augmente avec les progrès de l'âge; elle est chez la femme, double de ce qu'elle est chez l'homme. On le sait depuis longtemps. Quelles étaient les altérations pathologiques constatées chez les cadavres examinés? Nous les donnerons par degré de fréquence proportionnelle, par rapport aux calculs biliaires:

Tuberculose. . . . .	38 p. 100
Stomacal . . . . .	2 —
Hépatique. . . . .	3 —
Carcinome. . . . .	5 —
Péritonite. . . . .	12 —
Altérations du système vasculaire . . . . .	32 —
(Athérome)	
Altérations du cœur . . . . .	40 —
(Endocardite)	
Altérations des reins . . . . .	50 —
(Atrophie)	
Altération du foie. . . . .	52 —

Enfin, point important, les calculs biliaires atteignent 10 p. 100 des aliénés hommes, 20 p. 100 des aliénées femmes.

M. R. SNELL présente une préparation avec dessins à l'appui de M. Bockhorn. Cette préparation provient d'une hystérique atteinte de mélancolie qui s'est tuée en avalant une côte d'oie qui, arrêtée dans l'œsophage, l'a perforé et est allée piquer la crosse de l'aorte. Hémorrhagie mortelle.

DISCUSSION : M. WULFF rapporte l'histoire d'un idiot étouffé par son bol alimentaire arrêté dans le pharynx qu'il bouchait complètement. — M. HESSE se rappelle une mélancolique qui avala sa brosse à dents, à double brosse, et la rendit par les voies naturelles sans aucun accident.

M. BRUNS présente des préparations microscopiques avec dessins à l'appui du fait de contusion à la moelle qu'il a publié dans le *Neurolog. Centralbl.*, 1893, t. XII.

M. BRUNS. *Les tumeurs cérébrales et la question du traitement opératoire.* — Voici trois observations dans lesquelles M. KREDEL a pratiqué l'ablation chirurgicale.

La première observation était caractérisée par : vomissements, céphalalgie, papille étranglée, *alexie sous-corticale* de Wernicke, hémianopsie droite. On diagnostique une tumeur, peut-être un tubercule, du lobe occipital gauche. On opère et l'on ne trouve pas de tumeur ni dans le lobe occipital, ni dans les régions limitrophes des lobes pariétal et temporal. Il s'écoule du liquide cérébro-spinal en abondance, les symptômes généraux rétrocedent, y compris la papille étranglée qui laisse après elle une légère décoloration atrophique de la papille gauche. Persistance des symptômes localisateurs. Trois mois après l'intervention la malade va

très bien. Puis graduellement son état s'aggrave, elle est en outre atteinte de *surdité verbale* et d'hémiplégie droite. Elle succombe à un glio-sarc me occupant la substance blanche du lobe occipital droit allant jusqu'au pulvinar; autres glio-sarcomes si geant dans l'écorce de l'extrémité postérieure de la première temporale gauche et de la circonvolution de l'hippocampe du même côté. Evidemment quand on a opéré, le glio-sarcome de la temporale n'existait pas; c'est lui qui a dû provoquer la surdité verbale ultérieure.

La seconde observation concerne aussi une femme de trente ans. En avril 1892, elle présente les symptômes nets d'une tumeur cérébrale : céphalalgie, papille étranglée, symptômes bulbaires; pas de symptômes de localisation. Nous basant sur l'amélioration constatée dans la première observation bien qu'on n'ait pas trouvé de tumeur à l'opération, nous pratiquons une petite trépanation au niveau du lobe pariétal gauche. En effet, la même amélioration se produit, mais la papille étranglée subsiste, la rétine présente de la dégénérescence graisseuse qui entraine une cécité presque complète. Le tableau se complique de paraphasie, prolapsus de la substance cérébrale, écoulement de liquide céphalo-rachidien. La malade finit par succomber aux symptômes bulbaires. On trouve un gros sarc me dans le frontal droit qui, s'étant accru vers la base, a comprimé par action directe le chiasma, le bulbe, le cervelet.

La troisième observation se traduit par des symptômes du même genre qui permettent de conclure à l'existence d'une tumeur dans le segment postérieur du lobe temporal droit, si geant non directement dans la première circonvolution, car la surdité verbale est instable, pas davantage dans le pli courbe, ni dans le lobe occipital, puisqu'il n'y a pas d'hémianopsie, mais plus probablement dans la seconde temporale. On tr pane à ce niveau et l'on trouve une tumeur dont le bord supérieur fait saillie à travers cette ouverture artificielle, et dont le bord inférieur, éloigné de 2 centimètres de la scissure de Sylvius, gagne en arrière le lobe temporal. C'est du tubercule et du sarc me caséifié que l'on enlève à la curette coupante. La trépanation a fait descendre la pression intra-cranienne, bien qu'il n'y ait pas eu d'écoulement de liquide céphalo-rachidien, car il y a amélioration comme dans les observations précédentes. Puis la malade meurt paralytique et hémianopsique. L'autopsie révèle que la tumeur a progressé de plus belle, qu'elle occupe toute la hauteur de la scissure de Sylvius, qu'elle prend la plus grande partie, surtout la partie postérieure de la base des temporales gauches.

Voyons maintenant les résultats de notre pratique personnelle. Sur 2,200 malades atteints de maladies nerveuses ou mentales, nous avons trente-deux fois établi le diagnostic de tumeur cérébrale, c'est-à-dire dans 1 et demi p. 100. Seize fois nous avons autopsié ou opéré. Sur ces seize cas, il y a eu une erreur de diagnostic

(kyste apoplectique); quatre observations témoignent d'un diagnostic exact sans localisation, parce que les symptômes ne permettraient point la localisation (trois de celles-ci concernaient des tumeurs multiples). Restent donc quinze cas d'autopsie avec diagnostic local précis; dans ces quinze cas, la tumeur siègeait

- |                               |   |                                                   |
|-------------------------------|---|---------------------------------------------------|
|                               | } | 1 hématome de la dure-mère;                       |
|                               |   | 1 sarcome;                                        |
| 4 fois dans le frontal. .     |   | 1 gliome;                                         |
|                               |   | 1 observation de Bramann et Hitzig avec guérison. |
| 1 fois dans le lobe temporal  |   | (notre observation 3).                            |
| 1 fois dans le lobe occipital |   | (notre observation 1).                            |
| 3 fois dans la protubérance   |   | (1 tubercule; 1 gomme; 1 gliome).                 |
| 2 fois dans le cervelet       |   | (1 tubercule; 1 sarcome).                         |

Par conséquent on a pu, dans 68,75 p. 100 des cas, établir un exact diagnostic local, si l'on tient compte bien entendu de l'exactitude du diagnostic que l'on a pu établir dans cinq des cas non autopsiés. Ce qui est évidemment la première condition pour pouvoir enlever une tumeur. Mais la nature de la tumeur échappe à notre diagnostic. Il n'est en outre pas possible d'en déterminer le volume, ni la multiplicité, ni le siège exact dans l'élément blanc ou l'élément cortical d'un lobe, ce qui, malgré la précision de la localisation, s'oppose, en bien des cas, à l'ablation définitive. C'est pourquoi sur nos trente-deux observations, deux, trois malades tout au plus, ont pu être opérés, et encore n'en a-t-on guéri qu'un complètement (hématome de la dure-mère).

Est-on autorisé à opérer une tumeur cérébrale? Oui, car dans une affection qui vous tue certainement en vous torturant, n'obtient-on qu'un résultat parfait sur cent malades, ce serait encore un très grand succès, seulement on fera bien de n'opérer que lorsqu'on pourra localiser avec précision et qu'alors on aura l'espérance d'enlever totalement et définitivement la tumeur.

Ce que démontrent nos études c'est qu'en tout cas l'opération procure une amélioration très grande pour un temps plus ou moins long. L'amélioration ne porte que sur les symptômes généraux, mais cela est déjà beaucoup. Cette amélioration est produite par une diminution de la pression intra-cranienne, diminution obtenue par l'ablation partielle de la tumeur, l'agrandissement du champ occupé par le néoplasme qui vient à l'extérieur grâce à la perforation du trépan, par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Est-on autorisé dans ce but à ponctionner le ventricule ou le canal vertébral (opération de Quincke)? Peut-être, si la localisation s'affirme.

Quoi qu'il en soit, cette chirurgie n'a pas d'inconvénients. Le seul accident que nous ayons vu s'est produit chez notre troisième

malade; on a contusionné la tumeur directement, il en est résulté une hémorrhagie très forte. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

P. KERAVAL.

## BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Étude sur l'emploi du massage dans les maladies nerveuses*; par le D^r MASSY. — G. Masson, éditeur.

Ce travail clair et concis étudie dans une première partie l'action physiologique, dans une deuxième l'action thérapeutique du massage dans les maladies du système nerveux.

Première partie. — Le massage varie ses effets suivant les dispositions individuelles : calmant chez l'un, excitant chez l'autre, il produit des effets généraux, agréables, calmants et toniques; il produit des effets locaux variés, suivant qu'il est général ou local, suivant aussi le procédé employé. Le massage général accélère le cours du sang et de la lymphe, favorise les échanges nutritifs, élève la température de la peau et produit des courants électriques dans les points massés. Le massage local comprend trois variétés : l'effleurage, le pétrissage et le tapotement; l'effleurage léger augmente l'excitabilité des nerfs sensitifs de la peau, amène la contraction des vaisseaux et accélère le cours du sang; l'effleurage plus fort produit les effets opposés.

Le pétrissage augmente le volume du muscle, affermit la fibre, en augmente la vitalité, rend les contractions plus rapides et plus puissantes, augmente la contractilité électrique musculaire.

Le tapotement provoque la contraction puis la dilatation des vaisseaux qui se dilatent, d'où appel sanguin manifeste; il exagère d'abord la sensibilité des nerfs sensitifs pour l'abolir ensuite presque entièrement; par action réflexe, il provoque des changements moléculaires dans le système nerveux central.

La deuxième partie traite des effets utiles du massage dans les maladies suivantes : 1^o névroses (hystérie, neurasthénie, chorée, paralysie agitante, crampes professionnelles); — 2^o les maladies de la moelle (ataxie locomotrice, paralysie infantile, hémorrhagie et commotion, myélite chronique, sclérose en plaques, paraplégie spinale spasmodique, sclérose latérale amyotrophique, atrophie musculaire progressive, paralysies consécutives aux maladies aiguës ou infectieuses); — 3^o maladies de l'encéphale (commotion céré-

brale, congestion du cerveau, hyperémie des méninges, épanchements sanguins intra-craniens, paralysie générale); — 4° névralgies et névrites (migraine aiguë et chronique, névrites périphériques, sciatiques vraies); — 5° les paralysies motrices d'origine périphérique; — 6° les troubles trophiques (peau lisse, ichtyose, myxœdème, œdèmes localisés, pseudo-lipomes, arthropathies, nerveuses).

A propos de chacune de ces maladies, l'auteur examine le procédé qu'il faut préférer, les théories physiologiques qui permettent d'en prévoir les heureux résultats, cite les auteurs qui ont préconisé cette thérapeutique et y joint son appoint personnel. Il fait aussi la part à l'hydrothérapie, à l'électrothérapie, à la gymnastique médicale, gymnastique suédoise et gymnastique dite de l'opposant. Les noms de Norström, Vigouroux, Berne, Jennings, Berbes sont ceux qui sont le plus fréquemment cités. Ce travail constitue une étude réellement scientifique du massage, sobrement exposée en une trentaine de pages. CHARPENTIER.

IX. *Bibliothèque d'éducation spéciale (mémoires, notes et observations sur l'idiotie)*. T. II : *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité*; par ITARD. — *Appréciation*, par M. DELASIAUVE. — *Préface*, par BOURNEVILLE, in-8° de 200 pages, avec portrait du Sauvage de l'Aveyron.

La préface mise en tête de ce volume par l'éditeur donne une idée complète de ce volume et nous paraît en donner une idée exacte :

« Nous avons entrepris, il y a trois ans, sous le titre de BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE, la publication des principaux travaux français relatifs aux différentes formes de l'Idiotie. On sait que par ce mot on désigne un état mental, physique et moral, conséquence, non pas d'une seule maladie, mais d'un grand nombre de maladies d'origine héréditaire et fœtale (arrêt de développement avec ou sans malformations) ou acquises (traumatismes obstétricaux, asphyxie à la naissance, convulsions, encéphalites, scléroses atrophique ou hypertrophique, etc.). Le mot idiotie, on le voit, résume en quelque sorte la plupart des *maladies congénitales et chroniques du système nerveux chez les enfants*.

Très rares encore aujourd'hui dans notre pays les services consacrés à ces malades, — aux idiots comme on dit, — iront, nous l'espérons, en augmentant¹. Des efforts sérieux ont lieu dans ce sens. Les médecins, chargés de ces services et leurs auxiliaires, internes, instituteurs et institutrices, infirmiers et infirmières, auront besoin d'avoir en main tous les documents, épars dans les

¹ L'Angleterre, les États-Unis, puis l'Allemagne et l'Autriche possèdent de nombreux asiles consacrés à cette catégorie de malades.

Recueils spéciaux, capables de les renseigner, les uns à tous les points de vue (anatomique, clinique, thérapeutique et pédagogique), les autres plus spécialement au point de vue éducateur.

C'est afin de mettre les médecins, — les seuls vraiment compétents, — pour diriger de tels services, à même d'être personnellement très au courant de tout ce qui leur est nécessaire, indispensable, dans l'accomplissement de ces difficiles fonctions que nous avons cru utile d'entreprendre cette Bibliothèque spéciale, collection des travaux que nous avons lus avec fruit et qui nous paraissent de nature à faciliter leur tâche professionnelle et humanitaire.

Cette publication qui nous occasionne plus de recherches et de peine qu'on ne peut le supposer, le volume en main, est en outre onéreuse. Et nous ne l'aurions certainement pas entreprise si nous n'avions eu la faculté de la faire composer et tirer à l'atelier d'imprimerie des Enfants de Bicêtre. D'ailleurs, ce sont eux et leurs camarades qui sont les premiers à en bénéficier, puisque les livres pleins d'enseignement qui forment cette Bibliothèque sont mis aussitôt leur apparition entre les mains de leurs instituteurs, de leurs institutrices et des personnes qui les soignent.

Ce second volume est consacré à des mémoires d'Itard, peu ou pas du tout connus de la génération médicale actuelle et à part peut-être quelques très rares exceptions, tout à fait ignorées du monde universitaire. En voyant Séguin vanter en maints endroits de son livre les travaux médico-pédagogiques d'Itard, nous nous sommes rappelé la note de notre vénéré maître Delasiauve sur le Sauvage de l'Aveyron. Nous l'avons relue et cette lecture nous a donné l'idée de nous reporter aux deux rapports d'Itard.

Une étude attentive de ces rapports, pleins d'aperçus originaux, d'indications ingénieuses, de procédés pédagogiques spéciaux, nous a décidé à les faire réimprimer, convaincu que, suivant les expressions de M. Delasiauve, ces rapports constituent « un premier chapitre important de l'éducation des idiots », et que, le faisant, nous accomplissons « un acte de réparation envers l'auteur et comblons une lacune de la science ».

La connaissance des deux rapports d'Itard nous a entraîné à lire l'Éloge de ce savant prononcé à l'Académie de médecine le 1^{er} décembre 1839 par Bousquet, l'un de ses amis. Nous n'avons pas perdu notre temps, car nous y avons trouvé la mention de deux mémoires concernant l'objet même de cette publication et qui, de même que les Rapports sur le Sauvage de l'Aveyron, sont pleins d'enseignements utiles. L'un est intitulé : *Mémoire sur le mutisme produit par la lésion des fonctions intellectuelles*; l'autre : *De l'éducation physiologique du sens auditif chez les sourds-muets*.

A son arrivée à Paris, le Sauvage de l'Aveyron fut examiné par Ph. Pinel et par Itard. Il nous a été impossible, malgré des

recherches nombreuses dans lesquelles nous avons été aidé par M. le Dr Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine et par M. Jules Soury (de la Bibliothèque nationale), de retrouver la communication qu'aurait faite Pinel à l'une des sociétés savantes de l'époque. En tout cas, nous savons que, pour lui, le Sauvage de l'Aveyron était atteint d'*idiotisme incurable*. Tout autre était l'opinion d'Itard, imbu des idées de Condillac : il crut à la perfectibilité de l'enfant et cette erreur de diagnostic nous a valu ses deux beaux rapports.

Au lieu d'en donner nous-même une idée générale, nous avons pensé qu'il était préférable de reproduire dans ce volume l'appréciation qu'en a faite M. Delasiauve. Outre que le lecteur y gagnera en raison de la haute compétence de notre regretté Maître, ce sera une occasion pour nous de lui rendre un nouvel hommage. Nous nous contenterons par conséquent de quelques réflexions sommaires.

Parmi les idées exprimées par Itard en ce qui concerne les *enfants anormaux*, les sourds-muets entre autres, nous devons relever la comparaison appuyée sur les faits, entre les résultats que donne l'éducation INDIVIDUELLE et l'éducation COLLECTIVE. Les avantages de cette dernière sont incontestables. Nous pourrions invoquer notre expérience personnelle, mais nous préférons rappeler l'opinion identique, formulée par ce qui concerne les idiots par M. Delasiauve, à propos de l'élève d'Itard. « L'ISOLEMENT n'est pas propice à l'émulation. Comme les enfants ordinaires la rivalité même stimule les idiots. Quand un exercice leur plaît et qu'ils y réussissent, c'est à qui surpassera ou imitera son camarade. »

L'une des causes qui ont fait que les efforts, l'ingéniosité et l'intelligence d'Itard n'ont pas été plus fructueux, tient certainement à l'âge déjà avancé de son élève lorsqu'il lui a été confié. Avec raison il signale comme un obstacle à son éducation, ses anciennes habitudes de liberté des champs, d'où la nécessité de lutter non seulement contre les lésions cérébrales qui ont occasionné l'arrêt de développement des facultés intellectuelles, mais aussi contre les habitudes contractées dans sa vie de sauvage. Or, en soumettant de BONNE HEURE, les enfants de ce genre au *traitement médico-pédagogique*, la tâche est moins difficile, car on n'a qu'à remédier à l'état cérébral et non plus, par surcroît, à des mauvaises habitudes qu'on n'a pas laissé contracter.

Le premier rapport montre qu'il a fallu neuf ou dix mois à Itard pour obtenir l'éveil des facultés de son élève et lui faire acquérir un nombre de notions encore bien restreint. Le second rapport fait cinq ans après met en relief les nouveaux progrès réalisés par le Sauvage de l'Aveyron. Bien qu'ils soient comparativement moins considérables que ceux qui avaient été enregistrés durant la

première période, ils témoignent encore plus, si c'est possible, de sa bonté, de la patience et de la peine extraordinaires que s'est donnée Itard.

Si nous insistons sur ces points, c'est pour exciter le zèle et le dévouement de ceux qui se consacrent à l'éducation et au traitement des enfants idiots et arriérés. C'est aussi pour que les médecins se rendent compte eux-mêmes des difficultés d'une semblable tâche et fassent comprendre aux familles que la première période du *traitement médico-pédagogique* est hérissée d'innombrables difficultés; qu'elles s'illusionneraient par conséquent si elles s'attendaient à une grande et rapide transformation, mais qu'elles doivent faire au médecin et à l'instituteur un long crédit: à cette condition seulement, elles peuvent avoir la satisfaction de voir des enfants, qui paraissent leur être d'autant plus chers qu'ils sont plus malheureux, se rapprocher à des degrés divers et souvent inattendus des enfants normaux.

Si avec Seguin et avec Delasiauve, nous devons équitablement considérer Itard comme le promoteur de l'*éducation des idiots*, nous devons rappeler qu'après Jacob Rodrigue Pereire dont la méthode d'ailleurs avait été tenu secrète — il est aussi, nouveau titre à la reconnaissance des hommes, le *créateur de l'enseignement de la parole aux sourds-muets*. On semble l'avoir oublié dans ces derniers temps en attribuant à d'autres le mérite qui lui appartient, d'avoir réalisé cet immense progrès. Nous en faisons juge le lecteur. Et après examen, nous avons la conviction qu'avec nous il pensera qu'Itard, plus que tous les abbés qu'on a glorifiés pour leur sollicitude charitable envers les sourds-muets, mérite d'être mis au rang des bienfaiteurs de l'humanité et des hommes dont s'honore le plus notre pays.

BOURNEVILLE.

X. *La névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes;* par le Dr VIBERT. (J.-B. Baillière, éditeur, 1893.)

Il s'agit d'un état morbide, représentant une affection presque autonome, par la nature, le mode d'évolution, des désordres cérébraux, car il s'agit de maladies médico-légales tant elles sont la source de procès; la multiplicité des symptômes subjectifs et la rareté des autopsies en rendent l'étude très difficile. L'auteur étudie successivement les blessures quant à leur siège, nature et évolution, les troubles de la santé générale, les troubles viscéraux attribuables à la commotion et enfin les troubles fonctionnels des centres nerveux.

Toutes les variétés de blessures peuvent se produire; celles des membres inférieurs sont les plus fréquentes dans les trains de

voyageurs, par les projections de la victime contre la paroi ; un pointillé hémorrhagique, très serré, occupant la totalité ou la moitié supérieure s'observe très fréquemment, rappelant celui des asphyxiés et des étranglés.

Les troubles de la santé générale dans les deux premiers jours quand ils existent sont constitués par de l'insomnie, des cauchemars, du tremblement musculaire, des maux de tête, de l'émotivité exagérée; d'autres restent sombres et taciturnes, certains sont dans une sorte d'hébétéude, de stupeur ou de demi-conscience; d'autres vivent automatiquement; l'auteur faisant la part du traumatisme et de l'émotion dans la production de ces troubles, attribue la prépondérance au traumatisme qui d'ailleurs peut faciliter l'impression plus profonde de l'émotion.

A propos de troubles viscéraux, l'auteur rapporte des cas d'hémoptysie sans contusion du thorax et de traumatismes du poumon sans choc direct sur les mêmes parois; de même des troubles stomacaux, hémalémèse, mélœna, vomissement, gastralgies dyspepsies avec ou sans choc direct. Les troubles cérébraux peuvent survenir après des traumatismes craniens et même après des traumatismes d'autres régions que la région cranienne; l'auteur aurait rarement constaté les signes de la commotion classique, mais seulement les signes précédemment décrits parmi les troubles de la santé générale; il peut survenir dès le dixième jour une période de guérison apparente, mais dans les cas d'une certaine gravité ceci n'arrive pas et on finit par constater : 1° des troubles intellectuels; 2° des troubles des organes des sens; 3° des troubles de la sensibilité et de la motilité; 4° des troubles de la santé générale. Les troubles de la mémoire surtout pour les faits récents, la fatigue de l'attention pouvant aller jusqu'à la lypothymie, les changements du caractère qui devient sombre, morose, l'anxiété allant jusqu'à l'agoraphobie, l'irascibilité, l'attendrissement à tout propos, la céphalalgie sont les principaux phénomènes intellectuels; parfois il se produit du délire et de véritables accès de manie; du côté de l'ouïe, les bourdonnements, sifflements, bruits subjectifs, diminution de l'acuité auditive; du côté de la vue une espèce de photophobie, la paresse de l'accommodation; de l'anosmie, des perversions du goût et de l'odorat.

Les tremblements intermittents des muscles de la face et de la langue, les secousses musculaires, les soubresauts des tendons, de l'appauvrissement musculaire, rarement de l'anesthésie, tels sont les troubles moteurs et sensitifs; de l'amaigrissement, des accès de fièvre irréguliers, une excessive faiblesse, la fatigue, de la vieillesse anticipée, des accès de fièvre irréguliers, des troubles dyspeptiques, l'affaiblissement des fonctions génitales, constituent par leur réunion plus ou moins complète chez un même sujet, un tableau toujours identique dans ses traits principaux. Le pronostic est sou-

vent grave si les symptômes sont nombreux et accentués; quant à la nature de la maladie, à défaut d'autopsie, on ne peut arriver à prouver les hypothèses de l'auteur. La partie qui a trait à l'exagération et à la simulation est la partie faible du travail; la difficulté de simuler, à moins d'être comédien, la sagacité du médecin expert, la sincérité des réponses du malade sont des arguments bien faibles en présence des questions financières que suscitent de telles maladies, et de la subjectivité des symptômes et des exagérations voulues ou inconscientes. Le diagnostic laisse aussi fort à désirer surtout dans certaines observations où il est conclu à des troubles cérébraux d'origine traumatique avec ou sans anomalies et qui sont des types caractéristiques de paralysie générale; l'auteur termine par une étude de la névrose traumatique sous ses formes hystériques communes ou avec prédominance d'un symptôme et reprend avec observations nombreuses à l'appui, l'étiologie au point de vue du traumatisme, de l'émotion et de la prédisposition; il nous a semblé que dans cette dernière partie l'auteur avait laissé un peu trop dans l'ombre de ses propres travaux, ceux si importants de l'école de la Salpêtrière.

En résumé, c'est un livre très intéressant en raison de la difficulté du sujet à traiter.

CHARPENTIER.

## NÉCROLOGIE

### BROWN-SÉQUARD

La vie de BROWN-SÉQUARD fut des plus agitées. Né en 1817 à Port-Louis, dans l'île Maurice, d'un père anglais et d'une mère française, le jeune savant vint à Paris en 1838 pour y compléter ses études médicales. Il fut reçu docteur de notre Faculté en 1840. Il revint alors à Maurice pour y exercer la médecine. Mais il n'y fit qu'un court séjour. Paris l'attirait et c'est là qu'il revint en somme, après une fugue aux Etats-Unis. On lui confia à cette époque un cours à la Faculté. Des propositions venues d'Amérique lui firent pourtant quitter la France, pour aller occuper la chaire de physiologie et des maladies du système nerveux à Harvard University. Nous le retrouvons à Paris en 1878, et cette fois nous le voyons, en dépit des difficultés créées par sa nationalité, succéder

d'emblée à l'illustre Claude Bernard, comme professeur de médecine expérimentale au Collège de France. En 1883, il était nommé, à la place de Vulpian, membre de l'Académie des Sciences, dans la section de médecine et de chirurgie.

Brown-Séguard, de par ses publications, a été le titulaire de nombreux prix décernés par les Sociétés savantes. C'est ainsi que lui fut attribué le prix Lacaze (Académie des Sciences) en 1882, et un peu plus tard, en 1885, le prix biennal de l'Institut d'une valeur de 20,000 fr. En 1888, il remplaça Paul Bert comme président de la Société de Biologie. Républicain convaincu, Brown-Séguard fut obligé de s'exiler à Londres au moment du coup d'Etat. Il y devint le médecin en chef de l'hôpital des Paralytiques, qui fut tout exprès fondé pour lui.

On a conté beaucoup d'anecdotes sur Brown-Séguard; on a parlé de sa méthode de travail, qui lui faisait consigner sur des bouts de papiers recueillis au hasard les idées qu'élaborait son cerveau toujours en labeur. Il enfermaient ensuite ces notes dans une grande caisse d'où il les exhuma plus tard. On a dit encore qu'il avalait des éponges destinées à être ramenées imprégnées de liquides contenus dans l'estomac pour pouvoir étudier sur lui-même les phénomènes de la digestion, d'où le mérycisme expérimental dont il était resté atteint. Tout le monde sait qu'il a appliqué à lui-même, jusqu'au dernier moment, son traitement par injections de liquides organiques, et qu'il prétendait s'en trouver merveilleusement. L'élixir de longue vie, auquel il avait donné son nom, ne l'a pas empêché de mourir subitement d'hémorrhagie cérébrale.

Brown-Séguard fut marié trois fois : une première fois avec M^{lle} Hélène Hetcher; une seconde fois avec M^{lle} Maria Carlisle; une troisième fois avec M^{me} Emma Dahire. La dernière de ces femmes est morte avant lui, le laissant veuf pour la troisième fois. Depuis déjà longtemps, le titulaire de la chaire de Claude Bernard ne s'occupait plus de l'enseignement qui lui était attribué. Il était suppléé avec beaucoup d'éclat par un savant de premier ordre, M. d'Arsonval.

J. DAURIAC.

*Liste des travaux de M. Brown-Séguard.* — Nous n'essaierons pas de donner une liste complète des travaux de Brown-Séguard : plusieurs pages du journal ne suffiraient pas à remplir ce programme. Nous nous contenterons d'énumérer les principaux. Voici d'abord les titres scientifiques :

Prix Lacaze (Physiologie, 1881); — prix de physiologie expérimentale, 1857; — professeur de médecine au Collège de France; directeur de deux laboratoires à l'École des Hautes-Études; — membre correspondant de l'Académie de Médecine et de la Société de Chirurgie de Paris; — membre fondateur et ancien président de la Société de Biologie; LL. L. D. de l'Université de Cambridge; —

membre de la Société royale de Londres; — membre de l'Académie nationale des sciences des Etats-Unis; — membre honoraire de l'Académie royale d'Irlande; — ancien professeur de physiologie et de pathologie du système nerveux à l'Université d'Harvard (Etats-Unis); chargé du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de Médecine de Paris (de 1869 à 1872); — médecin de l'Hôpital des paralytiques de Londres pendant les années 1860, 1861, 1862 et 1863.

Nous relèverons comme publications principales : *Recherches et expériences sur la physiologie de la moelle épinière* 1846; — *Recherches sur la physiologie de la moelle allongée*, 1849; — *De la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière*, 1849; — *De la transmission croisée*, 1850; — *De l'influence des nerfs vagues sur les battements du cœur*, 1850; — *Du rôle de l'encéphale et de la protubérance dans la respiration*; — *Recherches sur l'influence du système nerveux sur les fonctions de la vie organique*, 1852; — *Leçons sur la physiologie et la pathologie des centres nerveux* (en anglais), 1860; — *Leçons sur les paralysies des membres inférieurs*, 1865; — *Leçons sur le diagnostic et le traitement des diverses formes des affections paralytiques, convulsives et mentales* (en anglais), 1861; — *Recherches sur l'arrêt soudain de la respiration*, 1873; — *Sur la localisation des fonctions dans certaines parties du cerveau*, 1874; — *Leçons faites au Collège Royal des médecins de Londres, sur la physiologie pathologique du cerveau*, 1878; — *Leçons faites au Collège de Dublin, sur l'anesthésie, l'amaurose et l'aphasie*.

Nous aurions encore à citer de nombreux mémoires de recherches sur l'épilepsie, sur la *physiologie générale* et la *physiologie des muscles, du cœur, du sang, de la peau et des viscères*, sur la *chaleur animale*, sur la *physiologie et la pathologie de l'œil et de la vision*.

Brown-Séguard a collaboré à de nombreux journaux et notamment au *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*. Il avait fondé en 1868, avec ses amis, MM. Charcot et Vulpian, les *Archives de physiologie normale et pathologique*. Il a eu également la direction des « *Archives of scientific and Practical medicine and Surgery* » paraissant en Amérique.

SOUSCRIPTION

**POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.**

QUINZIÈME LISTE DU *Progrès médical* ET DES *Archives*.

M. le D ^r Bouchereau . . . . .	25 »
M. le D ^r Hublé . . . . .	10 »
M. le D ^r Mabille . . . . .	10 »
M. le D ^r Ballesteros (de Linarez) . . . . .	8 »
M. le D ^r Terrien . . . . .	20 »
M. Georges Reignier . . . . .	5 »
M. le D ^r Keraval . . . . .	20 »
D'une lettre de notre ami, M. le D ^r Lubimoff, nous extrayons le passage suivant : « Ci-inclus je vous remets un mandat-poste de trois cents francs, résultat de la vente de la biographie du P ^r Charcot, le maître vénéré que nous pleurons. Cette somme est destinée à contribuer à l'érection du monument que l'on doit élever à sa mémoire. » Ci . . . . .	
300 »	
Total de la quinzième liste . . . . .	398 »
Total des listes précédentes . . . . .	5.462 05
Total général . . . . .	<u>5.860 05</u>

Notre ami le D^r CERCHEWSKY (de Saint-Petersbourg), nous adresse la liste de souscription recueillie par lui :

« Très honoré Confrère et ami,

« J'ai le plaisir de vous annoncer encore deux souscriptions de la part de :

Mgr le grand-duc Pierre. . . . . 500 fr.

M. N. Astachof . . . . . 500 »

« Agréer, cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« Tout dévoué,

« CERCHEWSKY. »

Nous continuons à faire appel à tous nos lecteurs afin qu'ils nous envoient leur souscription quelque modeste qu'elle soit : il s'agit pour les aliénistes et les neurologistes de rendre hommage à l'un des plus grands maîtres de la médecine française, ce qui importe c'est moins le chiffre des souscriptions que le nombre des souscripteurs.

## VARIA.

**UN ASILE D'ALIÉNÉS EN ORIENT;** par M. GOLOWINE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Varna.

La *Bulgarie* est trop obérée par les charges que lui imposent sa politique et ses devoirs militaires pour qu'elle puisse disposer d'un budget suffisant pour développer les asiles d'aliénés. Il n'y en a que deux, l'un à *Sophia*, l'autre à *Varna*. Et encore ne sont-ce que des quartiers hospitaliers.

A *Sophia*, l'hôpital peut recevoir autant de malades qu'il le veut. A *Varna*, l'hôpital ne contient que 150 lits répartis entre trois services : le service de médecine interne; le service de chirurgie; le quartier d'aliénés. Mais, en réalité, le nombre des lits du quartier d'aliénés peut être augmenté; il comprend parfois 151 à 152 malades, tandis que dans les deux autres services, il y a 50, 55, au plus 70 malades. Pour cette année, notre budget n'a pas changé, bien que l'expérience ait depuis longtemps démontré qu'il est insuffisant. Ainsi, le linge est calculé à raison de trois chemises par tête pour deux ans, autant de caleçons, un manteau pour deux ans, trois couvertures pour quatre ans, etc. En fait, les aliénés ont besoin de plus de linge, d'autant que le nombre des infirmiers est très limité et que nous n'avons pas de pièces d'isolement, ni d'ateliers. Il en résulte que le linge sert d'abord aux deux autres sections, et que l'on abandonne aux aliénés les débris de linge.

Le bâtiment, vieille construction turque en pierres, qui a été élevé il y a soixante ans, a toujours servi d'hôpital. C'est elle qui a reçu les cholériques des armées confédérées pendant la guerre de *Crinée*. Après l'affranchissement de la *Bulgarie*, cet hôpital a été placé sous la direction des médecins russes qui ont été graduellement remplacés par des médecins bulgares.

D'abord on reçut exclusivement des malades de chirurgie et de médecine; depuis 1880, on admet également des aliénés. En 1880, il n'y en avait qu'un; en 1881, il n'y en avait pas; en 1882, on en comptait 21. C'est en 1884 qu'il y en eut le plus (104); en 1887, on en admit 24.

Depuis 1889, l'hôpital de *Varna* est divisé en trois sections : chirurgicale, médicale, psychiatrique. Les deux premières sont réservées au district de *Varna*, mais on est bien obligé de recevoir dans la section psychiatrique les malades de toute la principauté. La population de cette dernière s'accroît d'année en année; en 1891,

il en entra 100; 101 en 1892. Les parquets sont défectueux, les fenêtres ne joignent pas; aussi l'hiver, pendant les grandes tourmentes de neige, celle-ci pénètre-t-elle, et le froid est à ce point sensible, malgré le chauffage, que les accidents des gelures ne sont pas rares. Les poêles en fer ne chauffent que si on y introduit du bois toutes les demi-heures. Aussi, la nuit, la température s'abaisse-t-elle un peu au-dessous de zéro. C'est un inconvénient grave surtout pour les gâteaux. La vêtue se compose d'une chemise, d'un caleçon, d'une veste et d'un manteau de drap bulgare, de bas et d'une casquette. L'hiver, les malades s'assoient par terre autour du poêle et le plus près possible; aussi se brûlent-ils.

La section de psychiatrie n'a eu jusqu'ici, pour 150 malades, que 9 infirmiers ou infirmières en tout, ce qui a l'inconvénient, quand part un serviteur, de laisser des malades sans surveillance. Nous possédons des pièces d'isolement mais non chauffées; aussi, les agités ne peuvent être isolés en hiver, et l'on est obligé de recourir à des médicaments calmants.

On ne peut se servir de l'hydrothérapie à cause de la basse température de la pièce; il n'y a également que deux baignoires; il n'y a pas de chambres de bains proprement dites.

Le bâtiment se compose d'une série de chambres inégales et de grands corridors, dans lesquels s'ouvrent toutes les portes y compris les lieux d'aisances. Ces derniers mal agencés sentent mauvais, en dépit de la grande quantité d'acide phénique dont on les inonde. C'est dans les corridors que sont placées les tables à manger. La nourriture consiste en : une soupe à 6 heures du matin; — à midi, une portion de viande avec des légumes, du riz ou du macaroni, — le soir, une autre portion de viande. Les malades mangent avec leurs doigts (il n'y a pas de fourchettes); c'est d'ailleurs un reste de mœurs turques.

C'est en vain que les médecins ont attiré l'attention des autorités sur l'inaptitude de cette construction. On n'a encore rien proposé pour les malades dans le budget de 1893.

Quant aux formes morbides, c'est la mélancolie qui domine; sur 101 malades entrés en 1892, nous avons eu 32 mélancoliques. Puis vient la manie avec le chiffre de 19; — l'épilepsie, 9; — la folie systématique (5 cas); — 1 cas de syphilis cérébrale; — 3 cas d'alcoolisme chronique; — 5 cas de débilité mentale; — 3 cas de démence paralytique; — 5 cas d'idiotie; — enfin, différentes maladies mentales périodiques.

La mortalité en 1892 a été de 19, dont un de cachexie palustre (autopsie à l'appui). Il est mort deux épileptiques pendant un accès, dont un dans le marasme, l'autre à la suite d'un abcès du cerveau. Chez ce dernier, imbécile épileptique dès l'enfance, il y avait asymétrie crânienne, asymétrie et arrêt de développement du cerveau. Si nous avons eu un microscope, l'étude complète des

organes eût été pleine d'intérêt. Chez un autre débile, il y eut mort subite occasionnée par la rupture de l'aorte ascendante (artério-sclérose). Quoi qu'il en soit, sur 19 décès, il n'y a eu qu'un tuberculeux.

Les accidents chirurgicaux ont été fréquents à cause du mauvais état du parquet et des chaussures. Mais il n'est pas survenu d'affections intercurrentes, si ce n'est une petite épidémie de scorbut.

On attend beaucoup d'une réforme qui doit s'exécuter cette année. Dans les hôpitaux pourvus de plusieurs sections, on nommera un des médecins en chef directeur, de sorte que l'on n'aura plus à attendre, comme jadis, les ordres de Sophia. Chaque service comportait jusqu'ici un médecin en chef et un chef de clinique; on y ajoute maintenant un interne (assistant).

Le 15 octobre de l'année dernière, la section des aliénés a été honorée de la visite du prince Ferdinand et de son illustre mère, la princesse Clémentine de Saxe-Cobourg-Gotha. La princesse laissa une somme pour achat d'ustensiles et instruments propres à occuper les malades. On a donc commencé à installer des ateliers. Malheureusement, la plupart des malades sont des agriculteurs, et nous n'avons pas de champs. Les femmes peuvent soit tisser, soit tricoter des bas, soit, plus rarement, coudre. Puis, pour développer les travaux des femmes, il faudrait un plus grand nombre de gardiennes. Enfin, l'hiver s'oppose à tout travail. Je caresse, par suite de cette visite princière, l'espoir que Leurs Altesses appuieront l'idée de la construction d'un nouvel établissement, et qu'ils auront à cœur d'exécuter ce projet. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

P. KERAVAL.

#### L'ASSISTANCE PUBLIQUE EN SILÉSIE

Peu après la promulgation de la loi du 11 juillet 1891, qui impose aux bureaux de bienfaisance des circonscriptions d'indigents du territoire l'obligation de préserver, soigner, assister les aliénés, idiots, épileptiques, sourds-muets et aveugles indigents, et au besoin, de les internar dans les asiles spéciaux, le comité provincial de la Silésie s'efforça de se rendre compte de la charge qu'allait avoir à supporter la circonscription d'assistance publique de la Silésie. Dans ce but, il envoya une circulaire à toutes les villes et à tous les cercles du pays, moins le cercle de la ville de Breslau qui a son bureau de bienfaisance en propre. De ce questionnaire il résulte que le nombre des assistés au sens de la loi du 1^{er} avril 1891 doit être très considérable. Il est à craindre que même en faisant un choix rationnel et légitime, on ne se trouve en présence, en chiffres ronds, de 1,000 idiots, 800 épileptiques, plus de 650 sourds-muets, plus de 800 aveugles, soit en somme 3,300 individus à hospitaliser.

Il est juste d'atténuer le chiffre des dépenses en prévoyant la contribution que la loi imposera aux bureaux d'assistance locaux et aux cercles. Le comité provincial s'est donc contenté d'installer pour tout le bureau de bienfaisance de la circonscription de la Silésie trois asiles d'hospitalisation provinciaux ; celui de Fribourg pour 300 malades, celui de Lublinitz pour 160, celui de Kattowitz pour 92 lits. On peut ainsi assister 552 malades. On a d'autre part passé des traités avec les asiles privés d'idiots qui fonctionnent actuellement pour assurer des places à un nombre éventuel de malades de cette catégorie. La diète de la province a souscrit aux propositions du comité. Les conseillers et magistrats des villes de Silésie qui ne sont pas comprises dans les cercles (moins Breslau) ont agi auprès de l'administration provinciale pour qu'on reçût dans les asiles d'hospitalisation les idiots, les épileptiques, etc., qu'ils signalaient. Or, ces désignations restent bien au-dessous des calculs fort prudents du comité provincial. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, L. 1 et 2.)

P. KERAVAL.

#### L'ASSISTANCE PUBLIQUE DANS L'EST DE LA PRUSSE.

Comme suite à la loi en vigueur à la date du 1^{er} avril 1893, les recherches statistiques ont démontré que le nombre des idiots indigents à traiter dans un établissement spécial est de 230 ; celui des épileptiques est de 220 ; des sourds-muets, 25 ; des aveugles, 200. Les idiots seront reçus dans l'asile d'idiots de Rastenberg auquel on a prêté 161,000 marks (201,250 francs), sans intérêt pour frais de construction. Les épileptiques seront amenés à l'asile de Carlshof auquel pour le même usage on prête sans intérêt la somme de 154,000 marks (192,500 francs). (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, L. 1 et 2.)

P. KERAVAL.

#### PSYCHIATRIE ET TRAITEMENT SPIRITUEL.

Une campagne ayant été entreprise par certains pasteurs et ecclésiastiques contre l'assistance médicale des aliénés et des idiots réclamée par les médecins allemands comme la seule en rapport avec la nature même des maladies mentales en question ainsi qu'on peut le voir en lisant le compte rendu des principales Sociétés de l'Allemagne de ces trois dernières années, les aliénistes allemands dans leur dernier Congrès de Francfort 1893 ont analysé sérieusement les réclamations formulées par les prêtres et répondu aux arguments ainsi qu'aux allégations présentées dans les « *Conferenzen des Verbandes Deutscher evangelischer Irrenseelsorger* » (voyez *Archives de Neurologie, passim*).

L'*Elberfelder Zeitung*, n° 162, du 13 juin 1893 contient une explication du pasteur Hafner dirigée contre les conclusions adoptées par la Société des aliénistes allemands.

A cette explication voici ce que répliquent MM. SIEMENS et ZINN.

1° La Société des aliénistes allemands n'a nullement attaqué la conférence de l'assistance spirituelle des aliénés (*Irrvenseelsorger-conferenz*), car elle a obtenu un vote auquel se sont associés d'honorables et éminents ecclésiastiques qui d'ailleurs dans la conférence en question s'étaient montrés opposés aux attaques de MM. Bodelschwingh, Hafner et autres; — 2° quoi qu'en dise M. Hafner, et ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant ses écrits, son langage à propos des maladies mentales mérite parfaitement le nom de « théorie »; — 3° du reste dans le journal d'Elberfeld il prétend que les maladies mentales ont pour siège, non le cerveau et le système nerveux, mais l'élément spirituel de la vie étroitement uni avec l'élément matériel de la vie. Nous n'y contredisons point. Mais ce que nous ne pouvons laisser passer, c'est que « la cause immédiate de toute anomalie mentale doit être imputée au royaume du démon dans ce qu'il a de plus étendu » (2^e conférence, p. 11 du rapport) :

« La cause du trouble mental provient, quant aux deux accidents « anormaux (perturbation psychique et crime), du monde des « ténèbres qui nous entoure et nous pénètre, du monde de l'esprit « du mal. Ce monde possède un élément matériel, un élément « psychique, un élément pneumatique; ces trois éléments peuvent « exercer sur nous une action funeste, en agissant sur les mêmes « éléments que possède l'être humain. L'élément psychique, c'est « le démon. L'élément pneumatique, c'est Satan. Le criminel a reçu « le souffle morbifique de Satan, l'aliéné est devenu malade par l'esprit « du démon. » (3^e conférence, p. 11 du rapport.)

4° A côté de cela M. le pasteur Fliedner, autre membre éminent de la conférence, aumônier de l'asile de Johannisberg, s'exprime ainsi (1^{re} conférence, p. 15 du rapport) :

« Comme chrétiens nous devons croire pleinement aux arrêts « du Christ et de ses apôtres ainsi qu'aux descriptions des évangé- « listes en n'importe quelle matière, et par suite en ce qui con- « cerne la possession. — Les possédés sont tenus pour malades et « traités comme tels (guérison et expulsion des démons sont syno- « nymes), mais en même temps on les regarde comme des per- « sonnes dont la vie spirituelle est pénétrée par les puissances « démoniaques qui sont au service de Satan; de sorte qu'il y a « mélange sans limites, fusion entre leur personnalité et l'esprit « qui les domine. — Chez nos aliénés maints phénomènes nous « ont imposé l'idée que sur eux agissent des esprits hostiles, à « proprement parler, impurs. Tous les possédés étaient ma- « lades... Maints malades étaient possédés. »

Aucun des membres de la conférence, pas même le pasteur Hafner, n'a soulevé d'objection contre cette manière de voir.

5° Dans la troisième conférence, page 10 du rapport (Francfort, 1891), le pasteur Hafner, sur la folie et le crime, dit que « le cri

minel aliéné est responsable de ses actes (p. 13, ligne 27) » ; cette proposition souleva dans la discussion une contradiction. M. Hafner répondit (même page, ligne 6) : « Nous devons maintenir la liberté de la volonté chez le criminel aliéné. »

C'est ce que critique le pasteur Th. Achtnich quand il dit (*Christliche Welt*, n° 19, p. 449 et 450, mai 1893) :

« Celui qui rejette absolument l'impulsion morbide ou qui ne veut pas admettre que la maladie altère dans certaines circonstances la qualité morale n'arrivera pas aux mêmes résultats. Ainsi le pasteur Hafner prétend que « la personnalité de l'homme avec ses qualités morales subsiste telle quelle dans l'état de maladie psychique... que dans les actes de l'aliéné l'esprit du mal se fait jour et que cela ne peut provenir que des défauts et des défaillances morales de la personnalité... qu'il ne peut y avoir de maladie de la volonté, de maladie morale qu'avec l'aide de la propre volonté de l'individu... et que par suite il n'y a pas d'impulsion irrésistible ». En conséquence, continue le pasteur Achtnich, celui qui dans un paroxysme, peut-être provoqué par des hallucinations, s'attaque à la personne d'un autre doit être rendu responsable de cet acte... il en sera de même pour le paralytique général, le mélancolique et tous les autres aliénés. Par contre toute personne d'une parfaite éducation et d'une parfaite stabilité morale est responsable des certificats ou tout autre écrit public contre des états morbides de cette sorte. »

Tel est le jugement porté par un confrère contre le mémoire de M. Hafner.

6° La Société des aliénistes allemands a dû prendre la parole pour sauvegarder ses intérêts et ceux des aliénés. Il était de son devoir de parer les coups directs ou les bottes secrètes que leur portaient MM. Bodelschwingh, Hafner et consorts. Fort heureusement il n'y a pas d'inimitié irréconciliable entre l'aliéniste et l'assistance spirituelle. Les attaques haineuses des conférences sur l'assistance spirituelle des aliénés, contre les directeurs-médecins des asiles, émanent d'un petit nombre ; un grand nombre d'autres ecclésiastiques se sont placés sur un tout autre terrain. Cette espèce de discussion rend simplement l'entente difficile, parce que, par un contre-coup fâcheux, elle essaie de désavouer ou d'affaiblir complètement ou partiellement dans le public les assertions et théories que des maîtres autorisés ont à juste titre établies. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

P. KERAVAL.

## FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations, promotions* : M. le D^r REY, médecin en chef de l'asile Saint-Pierre, à Marseille, est promu à la 1^{re} classe; — M. le D^r DENIZOT, directeur-médecin de l'asile de Maréville, est promu à la 1^{re} classe; — M. le D^r FEBVRE, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la 1^{re} classe; — M. le D^r ROUILLARD, médecin adjoint de l'asile de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle; — M. le D^r PACTET, médecin adjoint à Sainte-Anne, est promu à la 1^{re} classe; — M. le D^r MARTINENQ, médecin-directeur à l'asile de Dury, est promu à la 1^{re} classe; — M. le D^r PILLEYRE, directeur-médecin à l'asile de Prémontré, est promu à la première classe (arrêté du 31 mars); — M. le D^r BELLETRUD, médecin adjoint à l'asile départemental du Mans, est nommé médecin en chef à l'asile du Mans en remplacement de M. FABRE, décédé; — M. le D^r SÉRIEUX, médecin adjoint à Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle.

ASILE D'ALIÉNÉS DE SAINT-LIZIER. — *Utilisation agricole des eaux ménagères et des matières de vidanges*. — Le Comité d'hygiène publique de France, dans sa séance du 21 mai, a donné son approbation à un projet d'utilisation agricole des eaux ménagères et des matières de vidanges de l'asile de Saint-Lizier, dont la population totale est de 500 habitants. Les terrains sur lesquels se fera l'irrigation ont une étendue de 20 hectares, dont 10 appartiennent à l'asile et 10 à des particuliers. Il est vraiment à désirer que tous les asiles d'aliénés se rendent compte des avantages de ce système d'utilisation des matières de vidanges et l'appliquent à leur tour.

ANGELUCCI (G.) et PIERACCINI (A.). — *Di alcuni lavori artistici eseguiti da alienati*. — Brochure in-8° de x-83 pages, avec photographies dans le texte. — Macerata, 1894. — Tipografia Bianchini.

DULLES (Ch.-W.). — *Report of a case of akromegaly : With brief comments on this disorder*. — Brochure in-8° de 7 pages, avec 3 figures. Philadelphia, 1892. — *Transactions of the College of Physicians of Philadelphia*.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

## EXPLICATION DES PLANCHES.

### PLANCHE I.

*Fig. 1.* — 1/70. Groupe névriculaire composant le poplité externe au niveau de la partie moyenne du segment malade.

Tous les névricules — sauf deux (les plus petits) — sont plus ou moins fortement atteints et tous les foyers à l'exception d'un seul présentent la même orientation. Le côté qu'ils occupent est tourné vers la surface du membre. Le grand névricule de gauche, en voie de division, se comporte relativement à la position des foyers comme s'il était formé par la juxtaposition de deux faisceaux complètement individualisés.

*Fig. 2.* — 1/70. Deux gros névricules constituant le tronc du poplité externe au niveau du point où débute la lésion, c'est-à-dire à la partie tout à fait supérieure du segment affecté. Tous deux offrent déjà en plusieurs points une couche mésoneuriale (*m, m, m*) bien distincte, laquelle est surtout développée dans le petit faisceau (*A*) annexé au névricule de gauche : elle forme là un anneau complet autour de la masse nerveuse. — On remarque en outre que partout la gaine périneuriale est plus épaisse du côté malade que de l'autre.

*Fig. 3.* — 1/500. Grand foyer composite appartenant au type mésoneuritique et occupant la région moyenne d'un fuseau. — En *a* un système alvéolaire. En *b*, un groupe de foyers élémentaires avec des éléments nucléaires comme corpuscules centraux. En *c*, un nodule à vacuole cloisonnée centrale. En *d*, la masse centrale est formée par un corps vitreux sectionné obliquement; le foyer lui-même se montre enveloppé de toutes parts, mais surtout du côté du faisceau nerveux, par une zone alvéolaire. — Le stroma interfasciculaire est presque uniquement constitué par un réseau lâche (*e*) fortement nucléé surtout au voisinage du faisceau nerveux (*g*), représentant une des formes diffuses du tissu mésoneurial. En *f*, des cellules entourées déjà de couches condensées et formant avec celles-ci des petits nodules rudimentaires.

La démarcation entre la couche foculaire et l'endonèvre est ici presque partout nettement accusée. La gaine lamelleuse (*l*) est intacte.

*v, v, v*, Vaisseaux.

*Fig. 4.* — 1/500. Le reticulum mésoneurial (*m*) avant la formation du foyer. Plusieurs mailles du réseau renferment de belles cellules endothéliales granuleuses (*c*).

*Fig. 5.* — 1/150. Un petit foyer mésoneuritique composite. *a a*, petits nodules à centre nucléaire; *bb*, formations périvacuolaires; *c*, formation péricellulaire.

*Fig. 6.* — 1/200. Foyers mésoneuritiques à centre nucléaire; *a*, foyer simple; *b*, foyer composé.

*Fig. 7.* — 1/300. En *a*, un nodule mésoneuritique dont la masse centrale est formée par un gros noyau entouré d'une zone vitreuse. En *b*, le reticulum initial avec ses cellules granuleuses.

*Fig. 8.* — 1/250. Un nodule mésoneuritique « en toile d'araignée » avec bloc vitreux central (*a*).

*Fig. 9.* — 1/250. Petit foyer mésoneuritique composé, à centre cellulaire (*a*) et hyalin (*b*).

*Fig. 10.* — 1/200. Nodule à structure tourbillonnante avec bloc central vitreux (*a*) fortement nucléé.

*Fig. 11.* — 1/200. Un nodule mésoneuritique à noyau claviforme central (*n*) enveloppé d'une couche vitreuse (*v*). En *m*, reticulum mésoneurial.

## PLANCHE II.

*Fig. 12.* — 1/450. Conglomérat mésoneuritique composite comprenant deux grands foyers. L'un (A) se subdivise lui-même en trois nodules à centre demi-vitreux, demi-cellulaire (*a, a'*) et nucléaire (*n'*). L'autre (B), beaucoup plus volumineux et pour ainsi dire irréductible, est uniquement constitué par du tissu fibreux condensé; le corps même du foyer ne renferme que peu de noyaux, mais la zone périphérique, surtout à gauche (*n*), est assez nettement nucléée. — La masse nerveuse est partout séparée du foyer par une ligne de démarcation très nette (*d, d'*), due à la condensation de l'endonèvre dans la couche superficielle du faisceau.

En *b* deux cellules indifférentes.

*Fig. 13.* — 1/300. Un beau nodule mésoneuritique cellulo-vitreux développé pour ainsi dire à même dans le reticulum primitif.

*Fig. 14.* — 1/300. Un foyer demi-mésoneuritique, demi-périneuritique, formé autour d'une vacuole centrale (*v*) à paroi nucléée et à contenu grossièrement granuleux (lympe coagulée ou détritits cellulaire ?).

*Fig. 15.* — 1/500. Un petit faisceau nerveux aplati (*f*) pris entre deux couches mésoneuriales. Les fibres renfermées dans ce faisceau ont subi un certain degré d'atrophie et l'endonévrium s'y montre surchargé de noyaux.

*Fig. 16.* — 1/500. Grossissement de la zone B de la *figure 2* (pl. I). — Formation mésoneuriale *prémonitoire*, composée d'un stroma (*a*) translucide, compact, à stries réticulaires peu apparentes, creusé par-ci par-là d'alvéoles (*b*) entièrement vides et renfermant d'assez nombreux noyaux. En *c*, de petits groupes superficiels de fibres nerveuses à demi atrophiées. *v*, une artériole dont l'adventice est très épaissie.

*d*, cloison de partage bordée des deux côtés par une couche mésoneuriale dense.

*Fig. 17.* — 1/300. Un petit bloc hyalin légèrement strié renfermant deux cellules accolées (*c*) et une vacuole (*v*).

*Fig. 18.* — 1/400. Un nodule isolé contenant deux cellules (*c, c'*) et beaucoup de noyaux (*n, n'*) plus ou moins aplatis pour la plupart dans le sens des stries, et dont le centre est formé par une sphérule hyaline pure à contours très nets (*b*).

La substance enveloppante présente déjà ici une certaine tendance à la constitution lamelleuse.

*Fig. 19.* — 1/400. Un foyer *intermédiaire* comme position et comme structure entre les produits de la mésoneurite proprement dite et de la périneurite.

Le foyer, arrondi cependant comme dans les nodules mésoneuriaux, se trouve très rapproché du périnèvre mais sans contracter avec lui d'adhé-

rences intimes. Les triangles, ou pour mieux dire les prismes circonscrits latéralement par la masse nerveuse, le périnèvre et le foyer, sont seuls occupés par du tissu mésoneurial fondamental (*m*, *m*). — La grande masse du nodule se montre composée de lamelles (*b*) dont l'épaisseur est inégale et la disposition irrégulièrement concentrique. Pas de vacuoles, mais seulement des cellules et des noyaux. Le centre du nodule est occupé par un bloc hyalin (*c*); à côté de cette sphérule centrale on distingue un autre corpuscule (*c'*) de même nature, mais plus petit et vaguement délimité. En *d*, *d*, *d*, *d*, cellules indifférentes.

*v*. Capillaire ectasié avec tuméfaction de ses cellules pariétales.

*Fig. 20.* — 1/400. Un foyer *périneuritique* demi-typique. Sa base est étroitement appliquée contre la face profonde du périnèvre et sa masse tout entière se compose de lamelles compactes nucléées et vacuolisées. Mais d'autre part il existe ici, comme dans les productions mésoneuriques, une tendance manifeste à la nodulisation du foyer et au concentrisme des couches. — En guise de corps central, un groupe de trois alvéoles relativement volumineux (*a*). — Comme dans les figures 21, 25, 26, 27, le faisceau nerveux n'est représenté que par le contour de ses fibres corticales.

*Fig. 21.* — 1/400. Type du foyer *périneuritique*. Il n'existe plus qu'une délimitation confuse entre le périnèvre et la masse adventicé. Le foyer tout entier est formé de lamelles compactes, étalées, analogues à celles de la gaine, mais séparées les unes des autres par de nombreuses vacuoles (*v*, *v*, *v*). Il affecte sur la coupe transversale une configuration fusiforme et non plus noduleuse. Nulle part on ne trouve de reticulum mésoneurial autour du tissu lamelleux. Enfin, les grosses cellules endothéliales font complètement défaut et les noyaux eux-mêmes sont amincis et rares.

*Fig. 22.* — 1/400. Premiers rudiments d'un nodule mésoneuritique. *c*, cellule centrale logée dans une cavité. *n*, noyau en croissant appliqué contre la paroi de cette cavité. *n'*, noyau libre.

*Fig. 28.* — 1/400. Un dépôt hyalin creusé d'alvéoles réguliers, bordé de noyaux aplatis et constituant presque à lui seul la totalité du foyer.

*Fig. 24.* — 1/400. Début de la stratification autour d'une cellule centrale.

*Fig. 25, 26 et 27.* — 1/400. Trois coupes transversales résultant de trois microtomisations successives opérées sur le renflement central d'un grand fuseau composite. La comparaison des trois images met en évidence la forme noduleuse des foyers mésoneuritiques élémentaires.

## TABLE DES MATIÈRES

- ACCESSOIRE**, blessure grave de l' — et de l'hypoglosse, par Nicol, 457.
- AKROPARESTHÉSIE**, d'une forme particulière de paresthésie des extrémités, par Laquer, 193.
- ALCOOL** et inhibition, par Meyer, 382.
- ALCOOLISME**, à New-York, par Dana, 74; contribution à l'étude clinique de l'impaludisme et de l' —, par Marandon de Montyel, 285.
- ALEXIE**, un cas d'incapacité de lire, ou —, par Zemmer, 190.
- ALIÉNÉS**, les discours des —, par Venturi, 52; nouvel hôpital d' — de Boston, par Fisher, 69; réforme dans le traitement des —, par Hack Tuke, 70; internement des — dangereux, par Chambard, 71; note sur un — homicide, par Camuset, 175; augmentation du nombre des —, par Corbert, 237; administration des — en Ecosse, par Clouston, 237; — à tendances homicides, par Camuset, 288.
- ALIÉNISTES**, récentes attaques contre les —, par Pelman, 453.
- AMOK**, l' — des Malais, par Ellis, 302.
- ANATOMOCLINIQUE**, de la méthode — dans ses applications à l'étude des localisations, par Charcot et Pitres, 241.
- ANÉMIE PERNICIEUSE**, lésions spinales dans le cours de l' —, par Name, 212.
- ANGOISSE** neurasthénique, dans ses rapports avec les obsessions et la folie du doute, par Kaan, 141.
- ANTIPYROMANIE**, par Cappelletti, 46.
- APHASIE**, deux cas d' —, par Gossen, 148; contribution à l'interprétation des — sous-corticales, par Bleuler, 197.
- APHASIQUES**, un cas de symptômes — avec hémianopsie, par Bleuler, 147.
- ARTÈRES CÉRÉBRALES**, recherches anatomiques sur les —, par Biscons, 216.
- ASILES** destinés à guérir l'ivrognerie, par Tilkowski, 71; maladies externes, dans les —, par Bullen, 235; art de couturière, dans les —, par Finegan, 236; nouvelle ferme de l' — d'Omagh, par West, 236; — public d'aliénés, 310; raretés d'un — d'aliénés, par Nœcke, 454.
- ASSOCIATION** médico-psychologique américaine, par Andrews, 75.
- ASTASIE-ABASIE**, par Lévy, 187; —hystérique plaidant en dommages-intérêts, par Brœmer, 59.
- ATMOSPHÉRIQUE**, de l'action de l'abaissement — sur les aliénés, par Krypiakiewicz, 141.
- ATROPHIE** musculaire combinée, ayant une étiologie toute spéciale, par Homen, 187; sur l' — musculaire précoce des hémiplegiques et sur le pouls lent permanent, par Giuzzetti, 194.
- AUDITIF**, contribution à l'étude de l'origine et du trajet du nerf — par Kirilizew, 199.
- AUTOMATISME** ambulatoire, par Seme-laigne, 378.
- AUTOPSIE**, la manière la plus convenable d' — l'encéphale, par Siemerling, 214, 387.
- BARBE** BUÉE, histoire et critique, par Samuel Garnier, 352, 418.
- BASEDOW**, contribution à l'étude de la maladie de —, par Angiollella, 146; troubles mentaux dans la maladie de —, par Hirschl, 149.
- BLENNORRHAGIE**, contribution à l'étude des localisations de la — sur les nerfs périphériques, par M. Cros, 233.

- CAPSULES SURRÉNALES, dégénérescence tuberculeuse des —, sans coloration bronzée de la peau, par Eric France, 205.
- CALCULS BILIAIRES, la fréquence des — chez les aliénés, par Snell, 458.
- CÉCITÉ psychique, par F. Muller, 154; sur les rapports de la — bilatérale avec les affections des lobes occipitaux, par Soeppili, 195.
- CELLULE NERVEUSE, anatomie de la —, par Nissl, 392.
- CENTRE THERMIQUE, axe cérébro-spinal considéré comme —, par Richardson, 373.
- CHANVRE INDIEN, folie par abus du —, par Ireland, 383.
- CHARENTON, maison nationale de —, 314.
- CHLORALOSE, le — dans les maladies mentales, par Rossi, 226.
- CHRISTINE, de Suède, par Sarbo, 51.
- CHORÉE, un cas de — progressive avec lésions anatomo-pathologiques, par Kronthal et Kalischer, 197; — héréditaire, par Brie, 452.
- CIRCONVOLUTIONS ascendantes comme origine centrale des cordons postérieurs et du trijumeau, par Hæsel, 203, 219.
- COEUR, lésions organiques du — non soupçonnées durant la vie chez un aliéné, par Christian, 63.
- COMPTE RENDU du service des enfants de Bicêtre, 1893, par Bourneville, avec la collaboration de Dauriac, Ferrier et Noir, 67.
- CONGRÈS annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France, 77.
- COUCHE OPTIQUE, un cas de lésions secondaires de la —, par Nœhann, 210.
- COUCHES, symptomatologie et pronostic de troubles psychiques qui se produisent pendant les suites de —, par H. Hoppe, 136.
- COULEURS, le sens quantitatif des — dans les maladies nerveuses, par Wolfberg, 197.
- CRAMPE, traitement de la — des écrivains et des télégraphistes, par Monell, 444.
- CRANIECTOMIE, sur le traitement de l'idiotie microcéphalique par la —, par Blanc, 274; un cas — pour microcéphalie, par Dakermann, 278; un cas de microcéphalie avec opération de la — linéaire, par Barlow, 279.
- CRÉTINISME, traitement thyroïdien du myxœdème et du —, par Beadles, 226.
- CRIME, relations entre le — et la folie chez la femme, par Nœcke, 56; — à deux, 60.
- CRIMINEL, points de repère pour établir l'identité des —, etc., par Buschian, 56; l'étude du — par H. Ellis, 58.
- CRIMINOLOGIE, l'éthique appliquée à la —, par Macdonald, 56.
- CUIR CHEVELU, hypertrophie du —, par Mac Dowall, 297; —, par G. Foy, 297; développement anormal du —, par Cowan, 298.
- DÉGÉNÉRATIVES, fréquence des données — en rapport avec la conduite, par Zuccarelli, 446.
- DÉGÉNÉRÉ, un type d'héréditaire —, par V. Bourdin, 161.
- DÉGÉNÉRESCENCE, neurasthénie et —, par Kowalewsky, 295.
- DÉLIRE, contribution à l'étude du — d'origine sympathique, par Piqué et Febvre, 140.
- DÉMENCE aiguë post-typhique associée à la polynévrite, par Hœvel, 143, 293; contribution à l'étude de la — précoce, par Vigouroux, 380.
- DIPHTÉRIE, sur deux cas d'hémiplégie cérébrale consécutifs à la —, par Seifert, 192.
- DUBOISINE, injections sous-cutanées de sulfate de — en médecine mentale, par Massant, 229.
- DURE-MÈRE, sur la formation des membranes siègeant sous la —, par Robertson, 370.
- DYNAMOMÉTRIE chez les aliénés, par Toulouse, 289.
- DYSTROPHIES musculaires progressives avec réaction dégénérative, par Hoppe, 187.
- ÉCOLES de gardiens en Saxe; établissement d'— pour le personnel des asiles, par Burr, 234.
- ÉCRITURE, physiologie et pathologie de l'— cursive, par Goldscheider, 144.
- ELECTRICITÉ, influence des différentes formes de l'— sur la nutrition du muscle, par Debedat, 438.
- ELECTRODIAGNOSTIC, 442.
- ELECTRIQUE, relation entre l'excitant — et la réaction nervo-musculaire, par Marès, 439; réactions — dans les maladies nerveuses, par Dana, 449.

- ELECTROPHYSIOLOGIE**, revue d' — et d'électrothérapie, 437.
- ELECTROTHERAPIE**, revue d'électrophysiologie et d' —, 437.
- ELONGATION DES NERFS**, note sur l' — dans l'hémiplégie spasmodique infantile avec épilepsie, par Féré et Schmidt, 40.
- EMPHYÈME généralisé de la peau**, par Kellner, 215.
- ENCÉPHALITE aiguë primitive, hémorragique**, par Bucklers, 152.
- ERGOTISME**, des troubles neuro-pathologiques, par l' — chronique, par Bechterew, 188; stigmates permanents laissés par l' —, sur le système nerveux central, par Walker, 224.
- EROTIQUES**, le style des paranoïaques —, par Ferrari, 53.
- EROTISME morbide**, par Hughes, 50.
- EROTOMANIES**, curieuses — par Hospital, 315.
- EPILEPTIQUES**, hospitalisation des —, par Marandon de Montyel, 73; le tempérament —, par del Greco, 147.
- EPILEPSIE**, recherches cliniques et thérapeutiques sur l' —, l'hystérie et Pidiotie, par Bourneville, avec la collaboration de Dauriac, Ferrer et Noir, 67.
- EXCITATIONS**, de l'influence des —, dans le nerf périphérique, par Wedensky, 440.
- EXHIBITIONNISTE**, probablement épileptique, par Garnier, 61.
- EXPÉRIMENTALE**, contribution à la méthode — en physiologie cérébrale, par Rossolimo, 198.
- EXPRESSION** chez les aliénés, par Turner, 298.
- FOLIE**, la —, dans ses rapports avec la loi, par Norton Manning, 41; un cas de — pots-cholérique, par Séglas, 41; la — à deux, par Arnaud, 43; cas de — à cinq, par R. Semelaigne, 44; étiologie et pathogénie de la — en commun, par Van Deventer, 45; contribution à l'étude de la — puerpérale, par Idanof, 47; statistique de la — dans le N. S. Wales, par Ross, 48; influence des maladies accidentelles sur la marche de la —, par Gauger, 51; allégation de — dans les affaires criminelles, par Springthorpe et Mullen, 54; relations entre le crime et la —, par Nœcke, 56; la — invoquée devant les tribunaux, par Savage, 58; guérisons heureuses de la —, par Wise; contribution à la connaissance de la — systématique périodique, par Kausch, 144; — en Grèce, par Sauborne, 236; troubles trophiques dans la —, par Hoyt, 236; — puerpérale, par Menzies, 287; contagion de la —, par de Bœck, 295.
- GALVANIQUES réactions** — des organes des sens, par Kusselbach, 440.
- GANGLIONNAIRES**, sur la présence de cellules — dans les racines spéciales antérieures du chat, par Tanzi, 217.
- GASTROPATHIES**, les — considérées comme génératrices des névroses et des psychoses, par Alt, 144, 204.
- GÉNITAL**, inversion du sens —, par Sioli, 395.
- GLIOME** de la région rolandique, par Albertoni et Brigatti, 194.
- GLOSE**, des formes atypiques de la — spinale, par Oppenheim, 209.
- HALLUCINATIONS**, influence psychique des —, par Mercklin, 45; — verbales, psycho motrices, par Pierraccini, 51; contribution à la théorie des —, par Chvostek, 143, 292; sur un cas d' — motrices verbales, chez une paralytique générale, par Sérieux, 321.
- HELMINTHIASE**, un cas d' — et de constipation, en rapport avec un accès maniaque, par Fronda, 52.
- HÉMATOMYÉLIE** centrale, par Minor, 152.
- HÉMICHORÉE**, troubles de la sensibilité générale, dans un cas d' — post-hémiplégique, par Targowla, 145.
- HÉMIPLÉGIE**, deux cas d' — cérébrale consécutive à la diphtérie, par Seifert, 192; lésions des artères et des muscles dans les — cérébrales, par Darkschewitsch, 222.
- HÉTÉROTOPIE** de la substance grise, dans les hémisphères cérébraux, par Matell, 208; — de la substance grise de la moelle, par Kronthal, 219.
- HOMICIDE**, sur un cas d' — suicide, par Amadei, 60.

- HOSPITALISATION des épileptiques, par Marandon de Montyel, 73.
- HYDRO-ÉLECTRIQUE, note sur la méthode —, par Larat et Gauthier, 445.
- HYPERESTHÉSIE optique, d'origine cérébrale, par Freund, 196.
- HYPGLOSSE, blessure grave de l'accessoire et de l' —, par Nicol, 457.
- HYSTÉRIE, théorie psychologique de l' —, par Grasset, 145.
- IDÉATION des troubles du mécanisme de l' —, dans la folie systématisée par Ziehen, 290.
- IDIOTS, de la manière d'être des fibres tangentielles de l'écorce du cerveau chez les —, par Klinke, 213.
- IDIOTIE, recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par Bourneville, avec la collaboration de Dauriac, Ferrier et Noir, 67; de l' — et de l'imbécillité, au point de vue mosographique, par Sollier, 33; — symptomatique d'une atrophie de l'hémisphère gauche, par Meneraul, 380.
- IMPALUDISME, contribution à l'étude clinique de l' — et de l'alcoolisme, par Marandon de Montyel, 285.
- INFLAMMATOIRES, influence des états — locaux sur les troubles mentaux, par Goodal, 292.
- INFLUENZA, psychoses consécutives à l' — par Althaus, 137, 300; obsessions survenues au cours de l' —, par Pailhas, 380.
- IRRESPONSABILITÉ des aliénés, d'après la loi française, par V. Parant, 59.
- IVROGNERIE, asiles destinés à guérir l' — en Suisse, par Vilkowski, 71.
- JALOUSIE, délire de — chez l'homme, par Werner, 141.
- KLEPTOMANIE, contribution à l'étude clinique de la —, par Boissier et Lachaux, 379.
- LANGAGE, troubles du — chez les aliénés, par Klinke, 382.
- LIBRO DEL COMANDO, la cause du —, par Cionini, 57; étude sur les prévenus de la cause du —, par Tamburini, 57.
- LOCALISATION, abus de la théorie des — en psychiatrie et en anthropologie, par Nœcke, 453; — du centre de la vessie, du rectum et de l'érection, par Sarbo, 211; la méthode anatomo-clinique dans les applications à l'étude des —, par Charcot et Pitres, 241.
- LYPÉMANIE avec délire de ruine, par Tamburini, 60.
- MALADIES MENTALES, classification des — par Mœbius, 39; note sur la thérapeutique clinique dans les —, par Augrisani, 225.
- MALADIES NERVEUSES, manuel d'examen méthodique des —, par Kornilov, 232.
- MANIE transitoire, par Pace et Miraglia, 50; — aiguë consécutive à une rupture du rectum, par Butler Smythe, 301.
- MASOCHISME, remarque sur la sujétion des sexes et le —, par Kraft-Ebing, 39.
- MASSAGE, étude sur l'emploi du — dans les maladies nerveuses, par Massy, 462.
- MÉDECINE mentale en Belgique, par Francotte, 398.
- MÉDICO-LÉGALE, étude — sur J.-M. Smith, par Mann, 50.
- MÉDICO-PÉDAGOGIQUE, traitement — de l'idiotie, par Ch. Eloy, 311.
- MÉDULLAIRE, recherches d'anatomie comparée sur le cône —, par Brønntigam, 221.
- MÉLANCOLIE anxieuse avec délire des négations, par Séglas et Sourdille, 46; le sang dans la —, par Steele, 288; aiguë avec tentative de suicide, par Brame-Hartnell, 298.
- MESONEURITE noduleuse, par Vanlair, 81.
- MENSTRUATION, l'importance de la — dans la responsabilité, par Kraft-Ebing, 57.
- MENSTRUEL, rapports entre le moi — et les psychopathies, par Schœfer, 455.
- MENSURATION, un perfectionnement apporté dans les instruments de — du temps de réaction, par Lewis, 224.
- MICROCÉPHALIE, sur le traitement de l'idiotie — par la craniectomie, par Blanc, 274; un cas de craniectomie pour —, par Dakermann, 278; un cas de — avec

- opération de la craniectomie linéaire, par Barlow, 279.
- MIGRAINE ophtalmique et états psychotransitoires, par Mingazzini, 52; formules contre la —, 399.
- MIRROV-WRITUNG, par Ireland, 382.
- MOELLE, des courbes de la — chez l'homme, par Tanzi, 223; dégénérescence de la — dans l'empoisonnement expérimental par le phosphore, par Gurrier, 223.
- MONUMENT J.-M. Charcot; comité pour l'érection, 155; souscription, 77, 158, 239, 308, 399, 471.
- MORPHINOPHAGIE, par Pichon, 53.
- MOTEUR, de quelques états de faiblesse irritative du système —, par Fuerstner, 186.
- MOTRICE, perte dissociée de la sensibilité musculaire avec incoordination — à la suite de maladies infectieuses, par Vanni, 217.
- MUTISME vésanique, par Pieraccini, 46.
- MYÉLITES, symptômes sensoriels dans trois cas de — syphilitiques, par Forey, 150.
- MYOTONIE, remarques sur la — congénitale ou maladie de Thomsen, par Thomsen, 189.
- MYXŒDÈME, traitement thyroïdien du — et du crétinisme, par Beadles, 226.
- NÉCROLOGIE, Brown-Séguard, par Dauriac, 468.
- NERF MOTEUR, des altérations du bout central du — après la lésion du bout périphérique, par Darkschewitsch, 198.
- NERFS CRANIENS, la dégénérescence expérimentale ascendante des —, par Bergmann, 201, 218; dégénérescences ascendantes des — moteurs chez l'homme, par C. Mayer, 209.
- NERFS PÉRIPHÉRIQUES. De l'emploi de la coloration au perchlorure de fer et à la dinitrorésorcine pour l'étude des dégénérescences des —, par Beer, 222.
- NERVEUSES, pathologie des maladies —, par Dana, 184.
- NÉVROSE traumatique, par Vibert, 466.
- NEURASTHÉNIE, la — et son traitement par l'électricité, par Doumer, 443; considérations sur trois cas rares de —, par Ventra, 146; traitement par l'électricité de certaines formes de —, par Robinson, 229; — et dégénérescence, par Kovalewsky, 295.
- NEURASTHÉNIQUE, angoisse — dans ses rapports avec les obsessions, par Kaan, 141.
- NYSTAGMUS horizontal artificiel, par Bach, 187.
- OBÉSITÉ, l'— d'origine nerveuse et son traitement par l'électricité, par Imbert de la Touche, 445.
- OBSEDÉS, deux observations d'—, par Gorodische, 231.
- OBSESSIONS, angoisse neurasthénique dans ses rapports avec les —, par Kaan, 141.
- OBSTRUCTION intestinale chez un aliéné, par Stewart, 229.
- ŒIL, trouble unilatéral de la mobilité du globe de l'— en haut, par Kœnig, 193.
- PACHYMÉNINGITE hémorragique interne, par Bristowe, 206.
- PALATIN, existence du renflement du bourrelet —, par Nœcke, 214.
- PARALYSIE isolée du grand dentelé, par Bruns, 186; un cas de — ischémique consécutive à une embolie de l'artère fémorale, par Chvostek, 196.
- PARALYSIE AGITANTE, nutrition dans un cas de — fruste, par Schæfer, 155.
- PARALYSIE CÉRÉBRALE spasmodique de Erb, par Carmona, 151.
- PARALYSIE INFANTILE, une forme rare de — d'origine cérébrale, par Kœnig, 454.
- PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE, contribution à l'étiologie de la —, par Kaes, 44; — chez les Arabes, 233; immobilité et réflexes des pupilles dans la —, par Redlich, 294; étiologie de la —, par Christiani, 294; — survenant vers l'époque de la puberté, par Wiglesworth, 296; — syphilitique, par Nolan, 296; variations des types dans la —, par Bullen, 299; réflexivité dans les diverses périodes de la —, par Briand, 306; par Dericq, 308; rétrécissement du champ visuel dans la —, par Bikes et Kornfeld, 138; les causes de la —, par Nicoulan, 139; — à forme de tabes au début chez un

- syphilitique, par Chabbert, 401; quelques phénomènes appartenant à la —, par OEbeke, 451: pseudo — et saturnisme, par Vallon, 65; sur un cas d'hallucinations motrices verbales dans la —, par Sérieux, 321; lésions dans la —, par Dagonet, 377.
- PARALYSIE SPINALE atrophique chronique, par Oppenheim, 153; — syphilitique de Erb, par Kowalewsky, 193.
- PARALYTIQUES GÉNÉRAUX, réflexes chez les —, par Sollier, 230; manière d'être de la sensibilité, etc., chez les — par Kornfeld et Bikeles, 142, 200; état des pupilles chez les —, par Kornfeld et Bikeles, 142, 201.
- PAROLE, troubles de la — passagers dans la paralysie progressive, par Kœnig, 40; troubles de la —, par Treitel, 315.
- PELLAGREUX, contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les —, par Agostini, 195.
- PEPTONURIE chez les aliénés, par Lailler, 279.
- PENSÉES, variétés du délire des —, par Falret, 303.
- POE EDGARD, étude de psychologie morbide, par Moreau, de Tours, 381.
- POLARISATION, action des courants de — musculaire comme excitants de la contractilité, par Rousseau, 439.
- POLYNÉVRITE, démence aiguë post-typhique associée à la —, par Hœvel, 143, 292; contribution à l'étude de la —, par Gèse et Pagenstecher, 149.
- POLYURIE chez une aliénée, par Wiedmeister, 45.
- PONT DE VAROLE, un cas d'hémorragie du —, par Rorie, 196.
- POULS, sur l'atrophie précoce des hémiplegiques et sur le — lent permanent, par Giuzzetti, 194.
- PROCESSUS morbides psychiques et moteurs dans la folie simple, par Roller, 394.
- PROTUBÉANCE, contribution à la caustique des affections en foyer de la —, etc., par Moclé et Marinnesco, 224.
- PSYCHOPATHIE sexuelle, par Stefanowsky, 49; par Krafft Ebing, 139.
- PSYCHOSES consécutives à l'influenza, par Althaus, 137; — puerpérales, par Hoche, 141; — et traitement spirituel par Siemens et Zinn, 384, 475.
- RAGE, essai sur l'histoire de la —, avant le XIX^e siècle, par de Tornéry, 395.
- RAILWAY-SPINE, pronostic, par Der-cum, 151.
- RESPIRATION, altérations de la — chez les aliénés, par Rossi, 52.
- RUBAN DE REIL, trajet du — dans l'écorce chez l'homme, par Hœsel, 206.
- SARCOME primitif des ventricules du cerveau, par Prantois et Etienne, 270.
- SAUVAGE DE L'AVEYRON, rapports et mémoires sur le —, l'idiotie et la surdi-mutité, par Itard; appréciations par Delasiauve; préface par Bourneville, 463.
- SELLE TURQUE, lésions anatomo-pathologiques de la — chez les aliénés, par Schrœter, 452.
- SENSIBILITÉ, troubles de la — générale dans un cas d'hémichorée post-hémiplegique, par Targowla, 145.
- SENSITIFS, sur les troubles — dans les maladies viscérales, par H. Head, 40.
- SEXUEL, psychopathies —, par Krafft Ebing, 139; perversion sanguinaire de l'instinct —, par Coutagne, 289; sur un cas de folie avec perversion —, par Sullivan, 303.
- SÉTON, de l'emploi du — dans les maladies cérébrales, par Erlennmayer, 452.
- SOCIÉTÉ médico-psychologique, 61, 230, 303, 450; — psychiatrique de la province du Rhin, par Keraval, 451; — psychiatrique de Berlin, par Keraval, 453; — des aliénistes de Basse-Saxe et de Westphalie, par Keraval, 456; congrès de la — de médecine mentale de Belgique, 75; — des aliénistes allemands, par Keraval, 384.
- SOMNAL, du — chez les aliénés, par Marendon de Montyel, 283.
- SOMNAMBULISME, observation de — par Ireland, 383.
- SOMNATION, seize observations de demi —, par C. Mayer, 142, 184.
- SPLENO-THYROIDECTOMIE chez le chien

- et le chat, par Vassale et di Brazza, 216.
- STATIQUE, action de l'électricité — sur les combustions intra-organiques, par Truchot, 441.
- SUGGESTION pendant le sommeil hypnotique, par Goodall, 292.
- SULFONAL, sur l'emploi possible du — pour décider à manger, par Brough, 228.
- SYMPATHIQUE, contribution à l'étude du délire d'origine —, par Piqué et Febvre, 140.
- SYPHILIS, contribution à l'étude de la — du système nerveux, par Raymond, 1, 112.
- SYRINGOMYÉLIE, contribution à l'étude de la —, par Bernhardt, 189; des manifestations cliniques de la —, par Schlesinger, 191; — ou dystrophie musculaire et hystérie, par Erb, 192.
- SYSTÈME NERVEUX; les découvertes récentes sur le —, par Baker, 150; un cas de lésion du — à diagnostic douteux, par Westphal, 153; nouvelles méthodes de recherches pour éclairer nos connaissances sur la destruction du —, par Obersteiner, 221.
- TABES. Traitement électrique du —, par Simon Laborde, 444; un cas de — dorsal typique avec gliose centrale chez un syphilitique, par Nonne, 185. Les racines postérieures de la moelle et l'anatomie pathologique du — dorsal, par Redlich, 199; état des ganglions spinaux dans le — par Wollenberg, 202, 220.
- TÉLÉPATHIE, que faut-il penser de la —, par Christian, 252.
- TÉTRONAL, trional et —, par Mabon, 284.
- THROMBOSE, deux observations de — autochtones des sinus cérébraux, par Bucklers, 148.
- THYROÏDECTOMISÉ, la toxicité du suc musculaire des animaux —, par Vassale et Rossi, 147.
- TRIJUMEAU, des racines du — dans le cerveau de l'homme, par Poniatowsky, 202, 218; trajet du ruban de Reil dans l'écorce et des fibres centrales du — chez l'homme, par Hoesel, 206.
- TRIONAL et tétronal, par Mabon, 284.
- TUBERCULOSE, inoculation de la — dans les centres nerveux, par Tedeschi, 217; — dans les asiles d'idiots, par Wulff, 293.
- TUMEURS, les — cérébrales et la question du traitement opératoire, par Bruns, 459; un cas de — intra-cranienne, par Conolly Norman, 205; un cas de — endothéliale de la dure-mère, par Lishman, 205; les conséquences mécaniques d'une — cérébrale, par Sommer, 208.
- VISUEL, rétrécissement du champ — dans la paralysie générale progressive, par Bikeles et Kornfeld, 138.
- YEUX, deux causes de paralysie congénitale des muscles des —, par Bach, 40.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.

Agostini, 195.	Cappelletti, 46.	Garnier (S.), 352, 418.
Albertoni, 194.	Chabbert, 401.	Gauger, 51.
Alt, 144, 204.	Chambard, 71.	Gauthier, 445.
Althaus, 137, 300.	Charcot, 241.	Gièze, 149.
Amadei, 60.	Christian, 63, 252.	Giuzetti, 194.
Andrews, 75.	Christiani, 294.	Goldscheider, 144.
Angiolella, 146.	Chvostek, 143, 196, 292.	Golowine, 472.
Arnaud, 43.	Cionini, 57.	Goodal, 292, 299.
Ascher, 69.	Clouston, 237.	Gorodischev, 231.
Augrisani, 225.	Corbert, 237.	Gossen, 148.
	Coutagne, 289.	Grasset, 145.
	Cowan, 298.	Greco, 147.
	Cros, 234.	Gurrier, 223.
Bach, 40, 187.	Dagonet, 377.	Hack-Tuke, 70.
Backer, 150.	Dakerman, 278.	Head, 40.
Barlow, 279.	Dana, 74, 182, 184, 442.	Hirschl, 149.
Beadles, 226.	Darkschewitsch, 198,	Hoche, 141.
Becheterew, 188.	222.	Hœsel, 203, 206, 219.
Beer, 222.	Dauriac, 67, 468.	Hœvel, 143, 293.
Bernhardt, 189.	Debedat, 438.	Homen, 147.
Bikeles, 138, 142, 200.	Delasiauve, 463.	Hoppe, 136, 187.
Biscons, 216.	Dercum, 151.	Hoyt, 286.
Blanc, 274.	Dericq, 308.	Hughes, 50.
Bleuler, 146, 197.	Doumer, 443.	
Bœck, 295.		Idanof, 47.
Boissier, 379.	Ellis, 58, 302.	Imbert de la Touche,
Bourdin, 161.	Erb, 192.	445.
Bourneville, 67, 463.	Erlenmeyer, 452.	Ireland, 382, 383.
Braine-Hartnell, 298.	Etienne, 270.	Itard, 463.
Brash, 204.		
Brazza, 216.	Falret, 303.	Kaan, 141.
Bregmann, 200, 218.	Febvre, 140.	Kaes, 44.
Bremer, 59.	Féré, 40.	Kalischer, 197.
Brentigam, 221.	Ferrari, 53.	Kausch, 144.
Briand, 306.	Ferrier, 67.	Kelluer, 215.
Brie, 452.	Finegan, 236.	Kéraval, 39, 40, 41, 45,
Brigatti, 194.	Fisher, 69.	46, 56, 57, 70, 71, 136,
Bristowe, 206.	Foy, 297.	147, 148, 149, 152,
Brough, 228.	France, 205.	153, 154, 155, 184,
Bruno, 186, 459.	Francotte, 398.	185, 186, 187, 188,
Bucklers, 148, 152.	Freund, 196.	189, 190, 191, 192,
Bullen, 235, 299.	Frey, 150.	193, 196, 197, 198,
Burr, 234.	Fronza, 52.	199, 200, 201, 203,
Buschen, 56.	Fuerstner, 186.	204, 205, 207, 208,
Butler-Smithe, 301.		209, 210, 211, 212,
Camuset, 175, 288.	Garnier, 61.	
Carmina, 151.		

- 213, 214, 215, 216,  
218, 219, 220, 221,  
222, 223, 224, 225,  
290, 292, 293, 384,  
451, 456, 472, 474,  
475.
- Kirilizew, 199.  
Klinke, 213, 382.  
Klippel, 450.  
Kœnig, 40, 193, 454.  
Kornfeld, 138, 142, 200.  
Kornilow, 232.  
Kowalewski, 193, 295.  
Krafft-Ebing, 39, 57, 139.  
Kronthal, 197, 219.  
Krypiakiewicz, 141.  
Kusselbach, 440.
- Larat, 445.  
Lachaud, 379.  
Lailler, 379.  
Laquer, 193.  
Levy, 187.  
Lewis, 224.  
Lischmann, 205.
- Mabon, 284.  
Macdonald, 56.  
Mac Dowal, 297.  
Mann, 50.  
Marandon de Montyel,  
73, 283, 285.  
Marès, 439.  
Marinesco, 224.  
Massant, 229.  
Massy, 462.  
Mattel, 208.  
Mayer (C.), 142, 184,  
209.  
Menzies, 286.  
Menereul, 380.  
Mercklin, 45.  
Meyer (H.), 382.  
Minor, 152.  
Miraglia, 50.  
Mœbius, 39.  
Mœhann, 210.  
Moclé, 224.  
Monnel, 444.  
Moreau de Tours, 60,  
381.  
Mullen, 54.  
Muller, 154.
- Mungazzini, 52.  
Murray, 235.
- Name, 212.  
Nicol, 457.  
Nicoulan, 139.  
Nissl, 392.  
Nœcke, 56, 214, 453, 454.  
Noir, 67.  
Nolan, 296.  
Nonne, 185.  
Norman, 205.  
Norton-Manning, 41.
- Obersteiner, 221.  
Oebecke, 451.  
Oppenheim, 153, 209.
- Pace, 50.  
Pagenstecher, 149.  
Pailhas, 380.  
Parant, 59.  
Pascalis, 233.  
Pelman, 386, 453.  
Pichon, 53.  
Pieraccini, 46, 51.  
Piqué, 140.  
Pitres, 241.  
Prantois, 270.  
Poniatowski, 201, 218.
- Raymond, 1, 112.  
Redlich, 199, 294.  
Richardson, 373.  
Ritti, 450.  
Robertson, 370.  
Robinson, 229.  
Roller, 394.  
Rori, 196.  
Ross, 48.  
Rossi, 52, 147, 226.  
Rossolimo, 198.  
Rousseau, 439.
- Sarbo, 51, 211.  
Sauborne, 236.  
Savage, 58.  
Schlesinger, 191.  
Schmidt, 40.  
Schroeter, 452.  
Schœfer, 155, 455.  
Seglas, 41, 46.  
Seifert, 192.
- Semelaigne, 44, 378.  
Seppili, 194.  
Sérieux, 321.  
Siemens, 384.  
Siemerling, 214, 387.  
Simon-Laborde, 444.  
Sioli, 395.  
Snell, 458.  
Sollier, 33, 230.  
Sommer, 208.  
Sourdille, 46.  
Springthorpe, 54.  
Steele, 288.  
Stefanowski, 49.  
Stewart, 229.  
Sullivan, 303.
- Tamburini, 57, 60.  
Tanzi, 217, 223.  
Targowla, 145.  
Tedeschi, 217.  
Thomsen, 189.  
Tilkowski, 71.  
Toulouse, 289.  
Tornery, 395.  
Truchot, 441.  
Turner, 298.
- Vallon, 65.  
Vandeventer, 45.  
Vanlair, 81.  
Vanni, 217.  
Vassale, 147, 216.  
Ventra, 146.  
Venturi, 52.  
Vigouroux, 380.
- Walker, 224.  
Wendensky, 440.  
Werner, 141.  
West, 236.  
Westphal, 153.  
Wiedmeister, 45.  
Wiglesworth, 296.  
Wise, 60.  
Wolberg, 197.  
Wollenberg, 201, 220.  
Wulf, 293.
- Zemmer, 190.  
Ziehen, 290.  
Zinn, 384, 386.  
Zuccarelli, 446.