RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

185

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1895

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

Avec la collaboration de

MM. BONCOURT, COMTE, DARDEL,
DUBARRY, LERICHE, LOMBARD, NOIR (J.), PILLIET,
RUEL, SOLLIER, TISSIER.
INTERNES ET ANCIENS INTERNES DU SERVICE.

Volume XVI
Avec 31 figures dans le texte et 8 planches.

PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, Rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard Saint-Germain, 108.

1896

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire du Service pendant l'année 1895.

(*Bicêtre et Fondation Vallée*).

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1895

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre.**

Histoire du service pendant l'année 1895.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Les enfants de la 4e section du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre sont répartis en trois groupes : 1° Les enfants *idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES ; — 2° les *enfants idiots gâteux* ou *non* mais VALIDES ; — 3° les enfants *propres, valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques* et *hystériques* ou *non*.

I. *Enfants idiots gâteux, épileptiques ou non*, mais INVALIDES. Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories. La première se compose des enfants *idiots complets*, ne parlant, ni ne marchant, considérés généralement, mais à tort, comme tout à fait incurables. En effet, la plupart d'entre eux sont suscep-

tibles d'amélioration, même à un degré très notable. On leur apprend à se tenir debout à l'aide de barres parallèles (1), à marcher soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du chariot; on fortifie leurs membres en exerçant successivement chaque jour et à plusieurs reprises toutes les articulations, en leur faisant des frictions stimulantes, etc... En 1895, 2 enfants ont appris à marcher (2); 3 ont été rendus propres (3); un a appris à manger seul (4). Dès qu'un enfant marche sans aide, il est envoyé à la petite école, d'abord le matin, puis toute la journée aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants sont placés sur des petits fauteuils spéciaux que nous avons décrits (5).

La seconde catégorie comprend les idiots absolument *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit d'habitude, et les épileptiques devenus *déments* ou *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent; ils ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques et devraient former un groupe spécial. Aussi essayons-nous de faire aménager pour eux l'un des sous-sols encore disponibles où ils seront réunis et surveillés durant le jour. Cette installation nous servira également pour d'autres enfants dont l'incurabilité est reconnue et que nous sommes obligé de maintenir dans les écoles où ils sont une occasion de trouble et qu'ils contribuent à encombrer sans aucun bénéfice pour eux.

II. *Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non mais* VALIDES. *(Petite école)*. — Ces enfants fréquentent la petite école confiée exclusive-

(1) Voir *Compte rendu* de 1887, *fig.* 1, p. 2.
(2) Baudi... Lese...
(3) Tabour... Boule... Math...
(4) Boule...
(5) Voir *Compte rendu* de 1887, *fig.* 2 et 3, p. 5.

ment à des femmes. Dans le courant de l'année, 258 enfants y ont été inscrits. Sur ce nombre 13 sont décédés, 13 sont sortis définitivement, 5 ont passé à la grande école, deux ont été envoyés dans les sections affectées aux adultes et un a été transféré.

Sur les 226 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1895, 15 ne mangent pas seuls, 60 se servent de la cuiller, 106 de la cuiller et de la fourchette, 45 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. 8 enfants gâteux, de ce groupe, sont devenus propres (1).

Tous les enfants sont exercés à la gymnastique Pichery, sauf ceux qui, venus du groupe des invalides étant infirmes, n'ont pu y prendre part. 26 enfants de la petite école et de la petite école complémentaire ont fait régulièrement les exercices de la grande gymnastique. — 20 enfants ont travaillé cette année dans les différents ateliers : tailleurs, cordonniers, vanniers, menuisiers.

La petite école comprend : 1° le *traitement du gâtisme* qui consiste à placer, après chaque repas, les enfants gâteux sur les sièges d'aisance que nous avons décrits dans l'un de nos *Compte rendus* précédents ; 2° les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre aux enfants à se laver la figure et les mains et à s'habiller ; — 3° les exercices pour l'*éducation de la main*, des *sens* et de la *parole* ; — 4° les leçons de *petite gymnastique* ; — 5° les *leçons de choses* ; — 6° les exercices élémentaires relatifs à l'*enseignement primaire* dont nous avons si souvent parlé dans nos comptes rendus de 1880 à 1894.

Petite école complémentaire. — Elle est confiée à

(1) Baudi.., Desbarrès..., Westermeye..., Barbr...., Daves...., Chevalier..., Sigur....., Lamb....,

une femme dévouée, Mme BONNET, qui s'est mise généreusement à notre disposition. Elle est aidée par une première infirmière, Mme Cordonnier, qui a également la surveillance de l'un des dortoirs où couchent les enfants de cette école. Aux 22 enfants qui y étaient présents le 1er janvier 1895 nous en avons ajouté 20 autres au mois de juillet, dont cinq étaient gâteux. Mme Bonnet a en outre pour surveiller les enfants une infirmière et deux jeunes malades arriérées de la Fondation Vallée, Briss... et Jupi... dont elle améliore d'ailleurs l'instruction.

Deux enfants ont été *rendus propres* :

1° Charm.. (Victor), pris dans le service des gâteux, commençant à peine à marcher, ne parlant pas et gâtant constamment. — Aujourd'hui il ne gâte plus, parle, exprime ses besoins, reconnait et nomme les différentes parties de son corps, les couleurs, les chiffres : — 2° Mill... (Émile), ne gâte plus et son intelligence s'éveille.

Six enfants ont été améliorés pour la *parole* :

1° Bobliq... (Maurice), demi-sourd, pris à son arrivée il y a trois ans, n'entendant que les sons et ne comprenant le sens d'aucun mot. L'oreille, exercée chaque jour, s'est améliorée, la langue est devenue plus habile. L'enfant dit tout plus ou moins distinctement, converse avec ses camarades et grâce à la lecture sur les lèvres peut suivre les exercices de la classe ; — 2° Cam..., qui ne prononçait aucun mot, commence à exprimer ses besoins, à nommer ses camarades, les lettres, les chiffres, les couleurs ; — 3° Guimi... parle un peu plus distinctement ; cet enfant passait naguère toutes ses journées à droite et à gauche ; il était impossible de le tenir en classe sans qu'il eût des colères épouvantables, mordant, égratignant, donnant des coups de pieds à tous ceux qui l'approchaient. Maintenant il vient très docilement en classe tous les matins, montre beaucoup de bonne volonté, commence à syllaber, à former les chiffres, à compter, n'a plus d'accès de colère. Toutes les après-midi, il va à l'atelier de menuiserie et le maitre est satisfait de lui ; — 4° G'se... (René), pris à son arrivée, était absolument dénué d'attention et ne paraissait pas entendre ; il criait et se balançait continuellement sans articuler un seul

mot. Aujourd'hui il ne crie plus, commence à parler distinctement, reconnaît, nomme et caresse les personnes qui s'occupent de lui, répond à son nom, montre les différentes parties de son corps, de ses vêtements.

5° Lemait... (G.), absolument muet il y a 3 ans, a fait de grands progrès pour la parole et la classe ; il commence à syllaber, nomme les chiffres, les couleurs, les surfaces et reconnaît en grande partie le contenu de la boîte de leçons de choses.

6° Thierro.. (P.) est un sourd-muet renvoyé de l'école d'Asnières. A son arrivée, il ne prononçait que A, O, P, T. Maintenant, il possède un petit vocabulaire, écrit, lit sur les lèvres, dit à propos quelques petites phrases.

Trois enfants ont appris à *lire couramment.*

1° Bouil... n'avait rien appris jusqu'en juillet 1895 : il lit couramment, fait des dictées, additionne, écoute avec beaucoup d'attention les leçons orales et répond parfaitement aux questions qui lui sont posées.

2° Goup... (E.) a appris à lire couramment, à faire des dictées, des problèmes.

3° Mami.. Émile (18 ans) ne connaissant que les lettres en janvier 1895, lit couramment, apprend tous les jours des leçons, profite bien de toutes les leçons orales, mais sa paralysie l'empêche d'écrire. — Trois autres enfants lisent presque couramment. Beli.. (Charles), Derep.. (Victor), Cuizini.. (Henri). Celui-ci avait été renvoyé de plusieurs écoles comme absolument dépourvu.

Les 7 autres enfants que nous avons signalés l'année dernière comme lisant couramment ont fait de véritables progrès sous tous les rapports.

Tous les enfants de cette petite école complémentaire ont été notablement améliorés, souvent au delà des prévisions qu'on aurait pu faire. C'est surtout par eux qu'il est possible de montrer aux plus sceptiques la possibilité de transformer intellectuellement des enfants réputés idiots. Ces résultats sont dus au dévouement et aux aptitudes éducatrices de M^mes^ Bonnet et Cordonnier.

Aux moyens anciens employés à la petite école nous

en avons ajouté quelques-uns que nous allons décrire brièvement.

Double règle. — Pour apprendre aux malades les

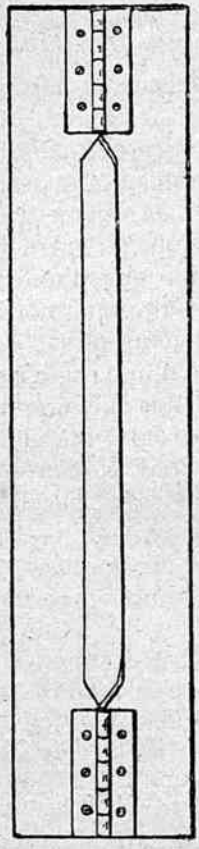


Fig. 1.

Fig. 2.

plus atteints les notions élémentaires du *dessin*, dont l'acquisition nous permettra plus tard d'aborder l'*enseignement de l'écriture*, nous avons, d'après les indi-

cations de Séguin, fait faire à l'atelier de menuiserie des enfants, deux *règles* réunies à leurs extrémités par des charnières qui permettent de les confondre en une seule en les repliant l'une sur l'autre. Un intervalle de 3 cm. environ a été ménagé entre elles de manière à ce que l'on puisse tracer aisément dans cet intervalle une ligne droite, sans être obligé de s'appuyer sur un des bords internes du petit appareil (*Fig.* 1 et 2).

Nous commençons par la *verticale*. La double règle ouverte est appliquée sur le tableau noir perpendiculairement au sol. L'enfant est exercé à tracer une ligne verticale dans l'espace ménagé entre les deux règles. La main ne peut dévier que d'une manière restreinte. Lorsque l'idiot est parvenu à nous donner une ligne à peu près parfaite, nous plions l'appareil et nous nous en servons comme d'une règle ordinaire, à la droite de laquelle l'enfant dessine une verticale sans toutefois s'appuyer sur la règle, qui doit servir non pas à guider la main, mais l'œil. Nous remplaçons ensuite l'appareil par deux verticales parallèles tracées à la craie, entre lesquelles l'enfant doit s'exercer, puis nous effaçons une parallèle, d'abord celle de droite, ensuite celle de gauche, enfin nous habituons l'enfant à tracer une verticale d'un point à un autre et, pour terminer, une verticale sans aucun point de repère. — Nous procédons de même pour le tracé de l'*horizontale*. Là encore nous avons suivi la méthode de Séguin, telle qu'il l'a exposée pour le dessin dans son admirable livre (1).

Dominos en couleurs. — Pour utiliser en quelque sorte et préciser la *notion de couleur* donnée par l'exercice des *planches coloriées* et du *tableau* correspondant, l'un de nos anciens instituteurs de Bicêtre, main-

(1) Seguin (E). — *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, 1884, p. 436.

tenant professeur à l'Institut Médico-Pédagogique, M. BOYER, a eu l'idée de faire faire un jeu de dominos en couleurs. Ces dominos sont des planchettes de même forme que les dominos ordinaires, mais plus grands

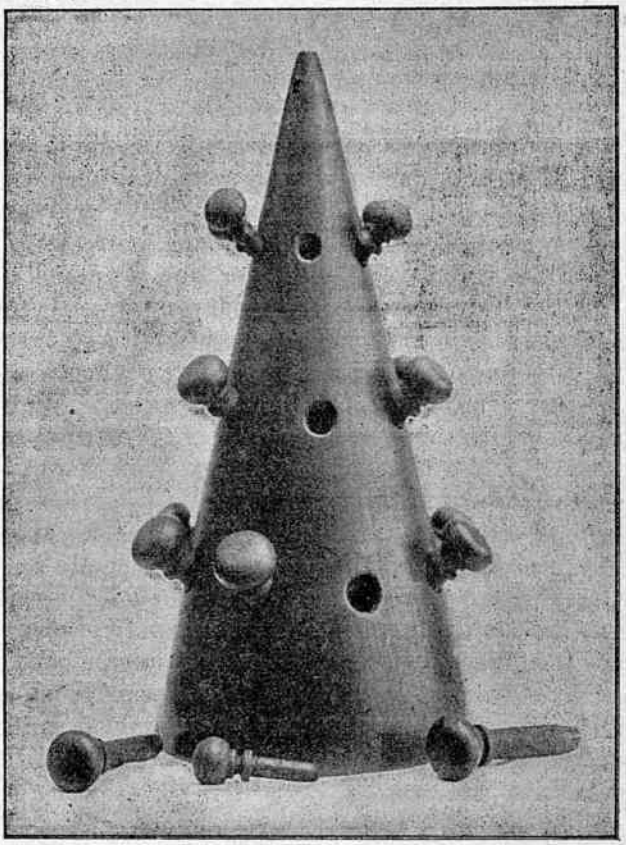


Fig. 3.

qu'eux. Les couleurs mises à contribution sont: le blanc, le noir, le violet, le bleu, le vert, le jaune et le rouge, soit sept couleurs correspondant dans le jeu ordinaire aux six, cinq, quatre, trois, deux, un et blanc.

C'est à dessein que nous avons laissé de côté l'indigo

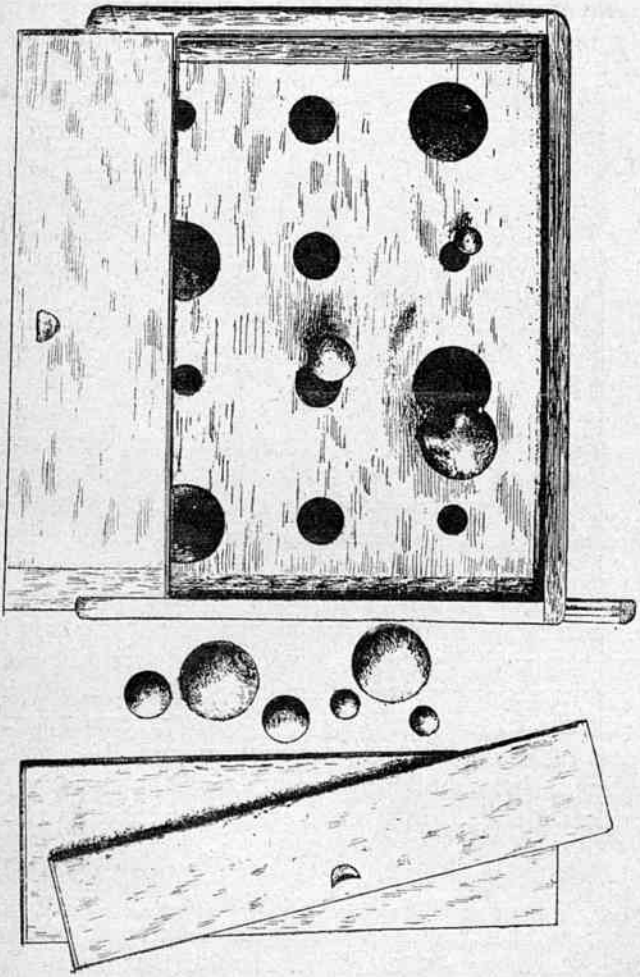


Fig. 4.

et l'orange qui ne sont pas des couleurs assez fran-

ches pour nos enfants. Nous avons ainsi, pour ne citer qu'une série : le double rouge, le rouge et blanc, le rouge et noir, le rouge et violet, le rouge et bleu, le rouge et vert, le rouge et jaune et ainsi de suite. Nous nous sommes bien trouvé de ce nouveau jouet, qui pourrait être utilisé pour les enfants des écoles maternelles, aussi bien que pour les enfants arriérés de nos asiles.

Cône à chevilles. — Comme exercice préparatoire à l'*enseignement de l'écriture*, nous apprenons à l'enfant à placer dans des trous obliquement percés sur un cône de petites chevilles qu'il est obligé de tenir à la façon d'un crayon ou d'un porte-plume (*Fig.* 3).

Boîte à trous. — Nous avons fait faire également une boite en bois fermée présentant à sa partie supérieure des trous de trois diamètres différents. Des boules de grosseur correspondante sont placées entre les mains de l'enfant qui doit les faire passer par les trous. Trois planchettes indépendantes qui glissent entre deux rainures sur la partie supérieure de la boite permettent de dissimuler à volonté telle ou telle série de trous et de présenter à l'enfant soit des trous d'égale grandeur, soit des trous de grandeurs extrêmes (*Fig.* 4). Cette boîte constitue un nouveau moyen d'*éducation de la main* et de l'*œil* et contribue à apprendre aux enfants à faire la différence entre le volume des boules.

Leçons de choses : tableau roulant. — On se souvient que tous les espaces libres de la section, compris entre les divers bâtiments, ont été transformés en jardins : j. des surfaces, j. des solides, j. fleuriste, etc. et que tous les arbustes, toutes les plantes portent une étiquette où figure leur nom. Ces jardins sont des-

Fig. 5. — Tableau roulant.

nés aux *leçons de choses*. Durant toute la belle saison les enfants s'y rendent par séries, accompagnés de leurs maîtres ou de leurs maîtresses. Dans le but de faciliter les leçons nous avons fait fabriquer deux *tableaux roulants*. La *figure 4* permet de se rendre compte de la manière dont on procède pour cet enseignement en plein air.

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques, et hystériques ou non* (GRANDE ÉCOLE). La population de cette école était de 214 enfants au 1er janvier. 167 ont fréquenté les ateliers par grande série, 20 par petite série (une heure), 28 ne travaillent pas. 29 autres ayant le certificat d'études forment une division supérieure et ne vont à l'école qu'une demi-journée par semaine et travaillent à l'atelier toute la journée. Les autres enfants sont répartis en quatre classes (57, 48, 38 et 42 enfants). Du 16 janvier au 12 mars, l'Administration a remplacé M. Boutillier, en congé illimité, par un instituteur intérimaire, M. Bousquet, puis nommé à titre définitif M. Fromont.

Aux examens du *certificat d'études* qui ont eu lieu à Villejuif le 4 avril, trois enfants de Bicêtre (Berthel.., Rata., Belhag..) et trois filles de la Fondation Vallée (Maigr..., Barb.., Grangoi..) ont subi les épreuves avec succès (1).

Cette année encore, afin de mettre nos instituteurs et leurs aides, ainsi que nos sous-employées attachées aux écoles, mieux en mesure d'améliorer la prononciation des enfants et de développer leur parole, nous les avons envoyés successivement par séries, au nombre d'une vingtaine, à l'*Institution nationale des*

(1) Au même examen 7 infirmières, 5 infirmiers et deux élèves externes de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre ont également obtenu le certificat d'études.

sourds-muets. Nous profitons de l'occasion pour remercier M. Javal, directeur, M. Dubranle, censeur, du concours qu'ils veulent bien nous prêter chaque année.

Société de gymnastique. — Cette société continue à fonctionner comme l'année précédente sous la direction de M. Grandvilliers. Les enfants faisant partie de la société, au nombre de 46, ont fait une promenade à Robinson. — Douze enfants choisis parmi les élèves les plus habiles en gymnastique ont assisté, sous la conduite de leur maître dévoué, M. Goy, à une fête de gymnastique donnée au gymnase Voltaire.

Fanfare. — La fanfare est restée sous la direction de M. Landosse, instituteur, jusqu'au 1er août. Elle se compose de 18 enfants qui ont pris part au concours de musique de Vitry-sur-Seine au mois de juin. Ils ont remporté un 3e prix de lecture à vue et un 2e d'exécution. Les enfants de la fanfare ont fait une promenade à Robinson (9 juillet) ; ils ont prêté leur concours à la distribution des prix aux enfants incurables de l'hospice d'Ivry (25 juillet), à la distribution des prix de l'école d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre (11 juillet) à celle de l'école d'infirmières de la Salpêtrière (29 juillet).

Musée scolaire. — Ce musée continue à servir aux séances de projections et aux leçons de choses.

Caisse d'épargne. — Elle est confiée à l'un des instituteurs, M. Mesnard.

Le total des sommes versées en 1895 a été de.	291 fr. 60
L'encaisse au 31 décembre 1894 était de.....	699 fr. 65
L'épargne des deux années est donc de.....	991 fr. 25

60 élèves ont versé depuis le 1er janvier, ce qui porte à 163 le nombre des enfants participant à la

Caisse d'épargne. Le nombre des livrets retirés à la fin de 1895 était de 98.

Société de jeux. — Elle se compose de 25 enfants. Au mois de décembre 1895, ont été dépensés pour le jeu de billard 30 fr. 50. — M. Mesnard, le premier instituteur, a cédé la surveillance de ce groupe à M. Fromont. A la fin de décembre l'encaisse provenant de la cotisation des enfants était de 3 fr. 50.

Escrime. — A plusieurs reprises le moniteur d'escrime a fait défaut. Après deux mois d'attente M. Loiseau prévôt, prend son service le 4 novembre.

Dans. — Les exercices de danse *se font régulièrement* mais sans direction sérieuse.

Enseignement du chant. — A notre arrivée à Bicêtre, en 1879, nous avons trouvé comme professeur de chant, M. Pény. Nous avons bientôt constaté qu'il ne s'occupait que des enfants les moins malades, les plus dociles, laissant absolument de côté la très grande majorité des enfants. Nous avons demandé au professeur de s'occuper de tous les enfants valides et parlant et de nous remettre une note sur la voix et les aptitudes musicales de chacun de ces enfants. En dépit de nos recommandations, nous n'avons jamais pu obtenir qu'il s'occupât des enfants que nous lui désignions et qu'il nous fournit les renseignements que nous lui avions réclamés. Les notes qu'il consignait tous les six mois, pour la forme, sur nos observations n'ont jamais eu la moindre valeur. En présence de cette force d'inertie, il ne nous restait plus qu'à réclamer la mise à la retraite de ce professeur et, après plusieurs années, nous avons enfin obtenu satisfaction. Par un arrêté en date du 31 décembre 1894, M. Sutter était chargé de l'enseignement du chant à

l'hospice de Bicêtre et à la fondation Vallée. Il est entré en fonctions le 1er janvier 1895.

Conformément à nos instructions, il s'est occupé successivement de tous les enfants. Il a réparti ceux de la petite école et de la petite école complémentaire en deux sections et ceux de la grande école en trois sections. Aucun d'eux ne savait lire la musique et ne possédait de notions sur la théorie musicale, sauf une demi-douzaine d'enfants appartenant à la fanfare.

« Pour arriver à un bon résultat, dit M. Sutter, j'ai dû organiser un cours de solfège et il m'a fallu près de quatre mois pour arriver à un résultat sérieux. En même temps, j'ai dû faire chanter aux enfants tous les degrés de la gamme musicale, dans tous les tons, de façon à améliorer le timbre de leur voix. Les enfants sont ainsi parvenus à savoir lire eux-mêmes les notes, à en connaitre la valeur et à posséder les notions élémentaires de la théorie de la musique. Quand je les trouve suffisamment avancés pour bien lire un morceau de chant et l'apprendre avec fruit, je leur fais chanter des chœurs. Dans cette tâche, j'ai rencontré des difficultés considérables, tant j'avais de voix incomplètes, fausses et mal timbrées. Mais, à force d'insistance, en établissant un classement spécial, en multipliant les auditions, j'ai fini par faire exécuter des chœurs à deux, puis à trois parties ».

Les efforts de M. Sutter ont été couronnés de succès ; il a pu former un groupe d'enfants convenablement instruits au point de vue musical pour prendre part au concours qui a eu lieu le 12 août 1895 à Gentilly et obtenir une palme en vermeil, luttant avantageusement avec des enfants des écoles ordinaires, mieux doués intellectuellement. En maintes circonstances, nous avons réuni les petites filles de la Fondation Vallée avec les garçons de Bicêtre et nous les avons fait chanter ensemble dans les chœurs.

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1895. **

Nous avons chargé M. Sutter de s'occuper également de la *fanfare* et, depuis qu'il en a pris la direction, elle a fait de sensibles progrès. Tous les six mois nous lui faisons relever l'étendue et le timbre de la *voix* des enfants. Ce travail nous fournira, croyons-nous, des renseignements intéressants sur la *mue de la voix* au moment de la *puberté*. Ces recherches ont déjà permis de constater que chez les épileptiques, qui sont dans leurs périodes d'accès, le timbre de la voix devient moins clair et moins sonore et que son étendue diminue parfois très notablement M. Sutter a même remarqué que certains enfants qui avaient une étendue d'environ 13 notes n'avaient plus qu'une étendue de 4 à 5 notes pendant la période d'accès.

Le nombre des enfants qui participaient à l'enseignement du chant était de 274 à la fin de l'année 1895.

Promenades et distractions. — Les enfants de la grande et de la petite école qui sont propres ont continué à faire des promenades soit à Paris, soit aux environs. Dans ces promenades les instituteurs et les institutrices doivent donner des *leçons de choses* et exercer les enfants aux *jeux de balle* et de *ballon*. Voici l'énumération des différents endroits où ils ont été en promenade cette année : Place de la Salpêtrière, Parc de Montsouris, SquareMonge, Jardin des Plantes, Jardin du Luxembourg, Jardin d'Acclimatation, Montrouge, Porte d'Orléans, Villejuif, Vitry, Ivry, Lion de Belfort, Robinson, Place de l'Hôtel-de-Ville, Saint-Mandé, Route de l'Hay, Musée de Cluny, Gentilly, Arcueil, Fort des Hautes Bruyères, Gare Montparnasse, Manufacture des Gobelins, Maison Sigaut, fabrique de pain d'épices, etc.

Les *distractions* ont été nombreuses. A noter la distribution de jouets du jour de l'an, les déguisements du mardi-gras et de la mi-carême ; une matinée par

les artistes de la Gaité-Montparnasse ; le concert des frères Lionnet ; — et surtout une séance de marionnettes, continuée par une représentation dramatique, donnée par M. Lucien Darthenay et M^elle^ Louise Darthenay. Les jardiniers sont allés à l'Exposition d'horticulture et à l'Exposition de chrysanthèmes. Les imprimeurs sont allés à l'Exposition de lithographie.

Visites. — Les enfants ont reçu 9.117 visites ; les visiteurs ont été au nombre de 14.614. Voici la statistique des permissions de sortie et des congés :

Permissions de sortie :	1 jour.....	31
—	2 jours.....	68
Congés :	3 jours.....	94
—	4 jours.....	112
—	5 jours.....	274
—	8 jours.....	71
—	15 jours.....	3
—	30 jours.....	3
	Total.....	656

Nous ne pouvons, à l'occasion des visites et des congés, que répéter ce que nous avons dit déjà bien des fois : « Ces sorties, ces congés, qui n'offrent aucun inconvénient et qui font réaliser des économies notables, nous fournissent un excellent moyen de maintenir la discipline et d'encourager les enfants. Elles rendent le séjour à l'asile plus supportable et contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants. »

Vaccinations et revaccinations. — Elles ont été au nombre de 52 cette année. Comme d'habitude, elles ont été pratiquées sous notre direction et celle de nos internes par les élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre. — 12 infirmiers ou infirmières ont également été revaccinés.

Service dentaire. — M. le D^r^ BOUVET a continué à venir chaque semaine donner des soins à nos malades,

au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche : nous n'avons eu qu'à nous féliciter de son service.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré d'Yvon, du bromure de camphre du Dr Clin et des médicaments antiscrofuleux, ont continué, comme par le passé, à être la base du traitement en 1895. Il a été donné dans l'année 18.613 bains ainsi répartis :

Bains simples	12.428
— salés	4.974
— d'amidon	570
— alcalins	506
— de son	135
Total	18.613
Bains de pieds aux enfants	10.390
Douches aux enfants	52.033
— externes	652

Ainsi qu'on le verra à la TROISIÈME PARTIE de ce *Compte-rendu*, nous avons aussi soumis un certain nombre de malades au *traitement thyroïdien*, en nous servant de la voie stomacale.

Améliorations diverses. — Nous avons demandé l'aménagement de l'un des sous-sols encore inutilisés pour servir de salle de réunion aux épileptiques devenus *déments* et aux idiots tout à fait incurables. Comme les travaux ne sont pas terminés nous ne parlerons que l'an prochain de cette nouvelle installation.

Nous avons fait imprimer des *tables de multiplication*, des *tableaux du spectre solaire*. Le photographe, M. Hubert, nous a fait des *vues pour projections* sur différents sujets : la houille (20 vues), les travaux du cultivateur, du meunier, du boulanger (40 vues). Un administré de Bicêtre, M. Behr, nous a fait de grands des-

sins représentant séparément, le cheval, la jument, puis le cheval, la jument et le poulain réunis.

Nous avons apporté quelques modifications aux *tables scolaires* : la barre de soutien des tables a été abaissée presque au ras du sol, afin d'empêcher les malades de placer leurs pieds entre cette barre et le sol, disposition qui avait pour inconvénient de gêner le retrait des épileptiques de leur table quand ils étaient pris d'accès. Nous avons fait fabriquer des tables à une place pour les malades qui ne peuvent supporter aucun voisinage. Enfin nous avons ajouté au matériel d'enseignement les belles *planches murales* d'anatomie de notre ami M. le professeur Laskowski.

Visites du service. — La section a été visitée en 1895 par MM. Bessonneau, professeur ; Dr Babinski ; Dr Baratoux ; Dr Balian (de Constantinople) ; Dr Bihorel ; Dr Cornillon ; Dr Cunéo, directeur du Service de santé de la Marine ; Dr Cahn ; Dr Calmettes ; Dr Emma Sutro Merist (de San-Francisco) ; Dr Ferrari ; Dr Kroug (de St Pétersbourg) ; Moreau, conseiller municipal ; Morvé ; Dr Monakow (de Zurich) ; Dr Matta (de Madrid) ; Maréchaux, rédacteur du *Journal de Seine-et-Oise* ; Dr Petit (de Pont-sur-Yonne) ; colonel Tamisey ; Sanchez Bergou (de Valence) ; Vincenzo ; Guiffrida Ruggeri, étudiants ; Dr Vorfraud ; Dr Vaquez ; Walwhein, architecte du gouvernement ; Dr Wilows (de New-York) ; Dr Wirenius (de Saint-Pétersbourg). — Jadot, inspecteur primaire ; Me de Rute ; Dr Marino-Zuniga de Mexico ; Dr Guillermo-Rodriguez, (de Valparaiso) ; Dr Mitaftis (d'Athènes) ; Dr Calès, directeur de l'asile d'aliénés de Château-Picon ; Dr Léon Tissier (de Paris) ; Dr Strelzoff (de Moscou) ; Dr Ulrich de Kosmanos (Bohème). — De même que les années précédentes, la Commission de surveillance des asiles de la Seine (21 mai) et la Commission d'assistance publique du Conseil général (14 nov.) ont visité le service

Musée pathologique. — Le Musée s'est enrichi notablement en 1895 ainsi que le montre le tableau suivant :

	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895
Bustes et plâtres	136	161	180	206	231	251	277	297	317	343
Plâtres divers	24	24	28	30	33	33	33	33	34	34
Squelettes entiers	«	»	»	5	11	11	17	27	38	39
— de tête	22	25	38	45	58	62	72	80	103	115
Calottes crâniennes	123	156	177	190	209	222	248	268	288	308
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques, enfants et adultes	126	162	188	310	335	353	381	401	419	444

Profitant de l'autorisation qui nous a été accordée, nous avons continué à reprendre dans le cimetière de la commune de Gentilly, d'où ressort l'hospice de Bicêtre, lors du relèvement des débris des corps de nos malades décédés il y a cinq ans, les crânes et les squelettes entiers, quand il s'agit d'*hémiplégiques* ou de malades dont le squelette présente des particularités. C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre Musée depuis l'année 1887.

Le Musée reçoit en outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations,* reliées chaque année, qui forment actuellement 22 volumes; les *cahiers scolaires* ; les *photographies des cerveaux* qui composent aujourd'hui 7 volumineux *Albums.*

Les visiteurs peuvent, au moyen du *Catalogue* que nous avons dressé avec M. Sollier, avoir tous les renseignements désirables sur les pièces anatomo-pathologiques du Musée.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Cet enseignement a été dirigé en 1895, comme les années précédentes, par MM. LEROY pour la *menuiserie*, ALLÈNE pour la *couture*, DUMOULIN pour la *cordonnerie*, MORIN pour la *vannerie*, MERCIER pour la *brosserie*, MARÉCHALLAT pour l'*imprimerie*, G. GAIE pour la *serrurerie*, PERTHUIS pour le *jardinage*.

De même aussi que les années précédentes nous n'avons qu'à les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'instruction professionnelle aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer. Bien des fois, dans ces *Compte rendus* annuels, nous avons rappelé nos réclamations auprès de l'Administration afin qu'elle les en récompense en les admettant à jouir de la *pension de repos* qu'elle accorde aux *agents du personnel secondaire* (1). Longtemps nous nous sommes buté contre les règlements de l'Administration de l'Assistance publique qui refusent au personnel payé au mois et non logé, aux ouvriers à la journée, l'admission à la pension de repos, accordée à tous les agents du personnel secondaire

(1) Lorsque nous avons établi le programme de la construction de nos ateliers nous avions prévu au second étage des logements pour les chefs d'atelier. Ultérieurement nous appuyant sur les inconvénients qui résultent dans les établissements hospitaliers du logement d'un grand nombre de personnes dont la présence n'est pas indispensable, nous avons demandé que les chefs d'ateliers fussent logés au dehors où ils sont plus libres. Nous ne pensions pas qu'on en tirerait argument contre eux pour leur refuser la pension de repos.

(surveillants, infirmiers, etc.). Nous avions beau demander que cet avantage ne fut donné qu'au bout de dix ans, à titre de récompense, nous n'aboutissions à aucune solution. A la visite de la Commission du Conseil général en octobre, nous souvenant que les agents dits du service professionnel, et entre autres les chefs d'atelier, étaient dans la plupart des asiles de la Seine dans les mêmes conditions que les chefs des ateliers des enfants, c'est-à-dire payés à la fin du mois et logés au dehors et que néanmoins, *ils avaient droit à la pension de repos;* nous avons fait valoir cette similitude de situation, insistant en outre sur ce fait que notre service faisait partie non de l'hospice affecté aux vieillards et aux infirmes, mais du quartier consacré aux aliénés, en d'autres termes d'un véritable asile. Ces nouveaux arguments, joints aux anciens, ont apporté la conviction dans l'esprit de quelques-uns des membres de la Commission. L'un d'eux, M. Ernest MOREAU a déposé au Conseil général, avec l'appui de ses amis, la proposition suivante le 5 novembre 1895 :

Messieurs,

« L'hospice de Bicêtre possède un quartier d'asile et compte à la section des enfants des chefs d'atelier, dont la situation est inférieure à celles de leurs collègues des autres asiles de la Seine. Leur salaire est moindre et ils n'ont droit à aucune indemnité et à aucune pension de retraite. Cette situation nous paraît anormale. En conséquence, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Conseil, au nom de plusieurs de mes collègues, la proposition suivante :

« Le Conseil général, délibère :

« Les chefs d'atelier de la section des enfants de Bicêtre sont assimilés au point de vue du traitement et de la retraite à leurs collègues des asiles de la Seine.

Signé : Ernest Moreau, Landrin, Cornet, Chausse, Georges Girou, Picau, Attout-Tailfer, Reulos, Alfred Moreau, Paul Brousse, Champoudry, Louis Lucipia.

M. E. Moreau a demandé le renvoi à la 3e Commis-

sion qui a été prononcé. Celle-ci a renvoyé l'examen de cette proposition à la 5e Commission du Conseil municipal. Nous ferons connaître l'an prochain la décision qui sera intervenue. Espérons qu'elle sera favorable.

Le tableau ci-après met en évidence les résultats obtenus en 1895 par nos chefs d'atelier (p. XXVI).

Les travaux du *jardinage* seul ne sont pas évalués. Il est en effet assez difficile de faire une estimation précise. Pourtant nous croyons que l'Administration aurait intérêt à essayer d'en avoir une approximation.

Les sept maitres — non compris le jardinier dont le travail de ses apprentis et le sien dépassent assurément le salaire — sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50. Cette somme étant déduite de celle du travail des enfants (31.997 fr.), il reste un bénéfice de 15.390 fr. (1). Le travail des enfants couvre donc : 1° la dépense occasionnée par le salaire de leurs maitres ; — 2° l'intérêt à 5 0/0 du capital employé pour la construction des ateliers (210.000 francs) et, de plus, il y a un bénéfice de 4.890 fr. qui vient atténuer les dépenses d'entretien des enfants (2).

Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent ces ateliers tant au point de vue de l'intérêt des malades qu'à celui de l'Administration. Nous ajouterons seulement qu'il serait convenable, à tous les égards, que nos anciens malades qui passent soit aux aliénés adultes, soit aux incurables trouvent un meilleur accueil dans les ateliers de l'hospice et que les chefs de ces ateliers leur témoignent plus de bienveillance.

---

(1) L'évaluation est faite non par nous, qui sommes incompétent, mais par l'inspecteur du service d'architecture, M. Delahaye, et par M. Bru, économe.

(2) Voir nos *Compte rendus précédents* et entre autres, 1892, p. XXI et XXII ; — 1893, p. XXI.

ATELIERS.	DATE DE L'OUVERTURE	1890		1891		1892		1893		1894		1895		1896	
		Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre
Menuiserie...	16 sept. 1883	21	6343 »	24	5853 50	22	5386 35	20	5030 60	18	4254 60	19	5108 40		
Serrurerie....	16 janv. 1884	11	3416 »	11	4123 »	14	4152 »	15	3709 »	14	2934 »	12	3987 »		
Vannerie.....	20 oct. 1884	12	3020 10	19	3426 60	22	3159 45	21	2515 25	19	2488 65	17	2253 25		
Rempaillage .	16 janv. 1885	14	394 50	10	571 »	10	733 50	9	500 75	7	336 75	6	255 20		
Couture.....	8 oct. 1883	61	6859 50	94	6800 45	64	5942 30	57	6148 35	51	5323 85	54	4489 90		
Cordonnerie..	8 oct. 1883	38	2963 25	13	3119 »	38	3568 75	52	3821 50	41	3376 50	34	4062 25		
Brosserie....	26 nov. 1888	9	3882 50	7	3884 20	9	4388 80	11	6096 80	13	4510 »	14	6407 50		
Imprimerie..	8 juin 1889	13	3054 05	14	3985 »	13	6911 »	13	5844 »	10	4264 »	12	5430 »		
	Totaux....	187	29932 90	162	31762 75	192	34242 35	198	33666 25	175	27588 50	167	31997 10		

ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué	ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué
1884.....	91	1.3775 »	1887.....	197	3.4102 30
1885.....	107	1.6074 »	1888.....	184	5.1253 70
1886.....	159	1.7876 »	1889.....	187	2.1752 20

III.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1895, il restait dans le service 526 enfants (1) : 501 idiots, imbéciles et épileptiques dits *aliénés* et 25 réputés *non aliénés*. On sait qu'il s'agit là d'une distinction purement administrative. Sur ce nombre, 5 étaient atteints de *surdi-mutité*, 8 de *cécité*, 18 de *rumination* ; 89 étaient gâteux, 82 *hémiplégiques*, 27 baveux, 35 onychophages, 3 déchireurs d'ongles. Voici maintenant le mouvement de la population en 1895.

MOIS.	ENTRÉES	DÉCÈS	SORTIES				TOTAL DES SORTIES
			SUR DEMANDE	PAR TRANSFERTS	PAR ÉVASIONS	PAR passage ADULT.	
Janvier....	7	3	1	»	1	3	5
Février....	9	2	2	»	»	5	7
Mars.....	8	3	2	»	1	1	4
Avril.....	13	3	2	»	»	1	3
Mai.....	8	3	9	1	»	1	11
Juin.....	11	3	1	1	»	1	3
Juillet.....	11	1	4	5	»	2	11
Août.....	5	»	4	2	»	»	6
Septembre	5	»	»	1	2	1	4
Octobre...	7	1	3	1	1	»	5
Novembre.	6	»	7	7	1	»	15
Décembre.	9	5	4	»	»	1	5
Totaux.	99	24	39	18	6	16	79

(1) C'est-à-dire 126 de trop, puisque la section a été conçue pour 400 enfants.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 24. Le tableau ci-après fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades (p. XXX).

Sorties. — Des 51 malades sortis de la section, 1 a été dirigé sur l'une des sections d'adultes de la division des aliénés, les autres à Ville-Évrard et à Villejuif comme épileptiques incapables d'être mis en liberté ; 37 ont été rendus à leur famille guéris ou améliorés, ou sur la demande de celles-ci. Le tableau des pages XXXIV et suivantes indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection pathologique dont étaient atteints ces malades sortants.

Évasions. — Elles ont été au nombre de 17 ; onze enfants sont rentrés ou ont été ramenés le soir même ; six enfants : Winck..., Loutr... (3 fois), Lefébu... et Lége... sont restés un ou plusieurs jours absents. Nous ne faisons figurer dans le tableau des *sorties* que les enfants qui n'ont pas été réintégrés dans la section après leur évasion et qui, par conséquent, ont été défalqués.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 3, concernant les enfants Eckh.., dirigé sur Sedan, Loutr... (Ernest), sur Rouly, Stenbeckeli.., dirigé sur un asile de Belgique. Ces transferts constituent une mesure indigne d'un pays civilisé, quand ils s'appliquent à des *enfants* dont les parents habitent Paris mais qui sont nés dans les départements. Les demandes des préfets ont été beaucoup plus nombreuses, mais plusieurs familles ont préféré reprendre leurs enfants que de les laisser partir loin d'elles et, par conséquent, être mises dans l'impossibilité de les visiter et de soulager leur infortune. La mesure prise, sur notre proposi-

tion, par le Conseil général de la Seine et qui consiste à recevoir et maintenir dans les asiles de la Seine les enfants *nés* dans les autres départements, lorsque leurs parents sont domiciliés à Paris ou dans une commune de la Seine *depuis trois ans*, tout en ne réclamant aux départements d'origine — c'est-à-dire où les enfants ont leur domicile de secours — que le prix de journée payé par ces départements dans leurs propres asiles, n'est pas acceptée par la plupart des préfets. La mesure si humaine, si généreuse du Conseil général de la Seine envers ces enfants et leurs familles les laissent trop souvent indifférents. On le comprend d'autant moins que le maintien dans les asiles de la Seine de cette catégorie d'enfants n'entraîne, nous le répétons, aucun surcroît de dépenses pour les départements qu'ils administrent.

Population au 31 décembre 1895. — Il restait à cette époque dans le service 519 enfants se décomposant ainsi : 494 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits aliénés et 25 réputés non aliénés. Sur ce nombre, 5 sont atteints de surdi-mutité, 8 de cécité, 16 de rumination, 21 de *syndactylie* complète ou partielle ; 1 d'hémimélie ; 93 sont gâteux, 81 *hémiplégiques*, 54 baveux, 45 onychophages, 4 déchireurs d'ongles.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Lefrêr.....	15 ans.	Épilepsie.	8 janvier.
Adelin	28 ans.	Idiotie.	13 janvier.
Bedoissea	3 ans.	Idiotie.	28 janvier.
Pelleri	17ans 1/2	Imbécillité prononcée.	2 février.
Renaisso	10 ans 1/2	Microcéphalie.	23 février.
Dufou.....	15 ans.	Idiotie.	8 mars.
Créti.....	10 ans.	Idiotie; cécité.	24 mars.
Réguie.....	8 ans.	Idiotie.	30 mars.
Lavern.....	17 ans.	Idiotie.	9 avril.
Gantie	21 ans.	Idiotie.	13 avril.
Dalonea.....	17 ans.	Imbécillité prononcée. Paralysie du membre supérieur gauche.	20 avril.
Mulle	12 ans.	Idiotie symptomatique.	1er mai.
Gautie	13 ans.	Imbécillité; hémiplégie droite.	6 mai.
Thonne	11 ans.	Idiotie; craniectomie.	28 mai.
Wille.....	17 ans.	Épilepsie.	16 juin.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Congestion pulmonaire.	Ectopie testiculaire gauche. — Congestion pulmonaire. — Adhérences pie-mériennes.
Tuberculose pulmonaire.	Opposition à l'autopsie.
Tuberculose pulmonaire.	Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. — Tuberculose pulmonaire.
Pneumonie.	Légère dilatation ventriculaire. — Persistance du thymus. — Pneumonie du sommet droit.
Tuberculose pulmonaire.	Tuberculose pulmonaire généralisée. — Foie graisseux. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux.
Tuberculose pulmonaire.	Tuberculose et congestion pulmonaires. — Tuberculose du tarse gauche. — Foyer ancien de l'hémisphère cérébral droit transformé en une poche kystique. (Voir p. 52).
Tuberculose pulmonaire.	Tuberculose pulmonaire laryngée et intestinale. — Synostose des 5e et 6e côtes à l'endroit d'une opération ancienne.
Tuberculose pulmonaire.	Porencéphalie du lobe temporal.
Gangrène du poumon gauche.	Gangrène pulmonaire à gauche ; tubercule à droite.
Urémie.	Hydronéphrose; reins mamelonnés; dilatation considérable des uretères.
Broncho-pneumonie tuberculeuse.	Atrophie de l'hémisphère cérébral droit et cérébelleux gauche. — Foyer de sclérose atrophique localisé à T1 de l'hémisphère cérébral droit. — Hypertrophie de tous les organes. Corps thyroïde 30 grammes.
Pneumonie.	Méningo-encéphalite. — Ectopie testiculaire. — Persistance du thymus. — Pie-mère très mince.
Infection à la suite d'un adéno-phlegmon	Atrophie de l'hémisphère cérébral gauche et de l'hémisphère cérébelleux droit.
Cachexie.	Sclérose cérébrale. (V. p. 113).
État de mal.	Sclérose cérébrale localisée ; symétrie des lésions. — Coloration saumonée.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Henneq.....	15 ans.	Hébéphrénie ; délire mystique ; instabilité mentale.	28 juin.
Gauti.....	14 ans.	Épilepsie.	29 juin.
Merli.....	15 ans.	Épilepsie.	1er juillet.
Robich.....	4 ans 1/2.	Idiotie.	6 septemb.
Patel.....	16 ans.	Épilepsie.	14 septemb.
Schneid.....	15 ans.	Épilepsie.	8 novembre.
Pradi.....	9 ans 1/2.	Idiotie polysarcique.	8 décembre.
Pich.....	14 ans.	Imbécillité.	11 décemb.
Thouz.....	14 ans.	Imbécillité. Myopathie.	11 décemb.
Lele.....	17 ans.	Épilepsie.	21 décemb.
Grill.....	8 ans.	Idiotie.	22 décemb.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Fièvre typhoïde.	Anémie de la pie-mère. — Plaques de Peyer ulcérées. — Congestion pulmonaire. — Persistance du trou de Botal. Cerveau, aucune lésion. (Voir l'obs. p. 77).
Hémorrhagie pulmonaire.	Congestion cérébrale. — Atélectasie pulmonaire.
État de mal.	Petit foyer de ramollissement bulbaire. — Congestion pulmonaire.
Tuberculose pulmonaire.	Méningo-encéphalite. — Tuberculose et congestion pulmonaires.
Asphyxie.	Opposition à l'autopsie.
État de mal.	Méningo-encéphalite.
Tuberculose pulmonaire.	Asymétrie de la voûte et de la base du crâne — Adhérences de la dure-mère à la voûte du crâne.
Invagination intestinale ; intoxication.	Congestion pulmonaire.
Broncho-pneumonie.	Broncho-pneumonie. — Atrophie musculaire.
Congestion et tuberculose pulmonaires.	Congestion et tuberculose pulmonaires. — Fracture de la base du crâne. — Sclérose cérébelleuse. — Méningite chronique.
Granulie.	Lésions en foyer (pseudo-porencéphalie) des 2 hémisphères. — Épiglotte en croissant. — Légère dilatation ventriculaire droite.

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1895.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Henr.....	20 ans.	Tailleur	Idiotie congénitale.	Passé à la 5e 1re le 11 janvier.
Herv.....	20 ans.	Serrurier	Imbécillité prononcée.	Passé à la 5e 2e le 11 janvier.
Mito.....	19 ans.	Cordonnier.	Épilepsie hémiplégique infantile gauche.	Passé à la 5e 3e le 12 janvier.
Borze.....	5 ans.	—	Idiotie ; hydrocéphalie.	Sorti le 13 janvier ; même état.
Plottaï.....	19 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 7 février.
Ranvi.....	19 ans.	Cordonnier.	Imbécillité idiopathique ; testicule gauche dans l'aine.	Sorti le 7 février ; amélioration.
Marti.....	13 ans.	—	Épilepsie.	Sorti le 21 février ; même état.
Dupu.....	18ans 1/ .	Vannier	Imbécillité congénitale.	Passé à la 5e 2e le 23 février. Amélioration.
Gines.....	19 ans.	Cordonnier.	Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts ; bégaiement ; pédérastie.	Passé à la 5e 2e le 23 février. Même état.
Combe.....	19 ans.	Jardinier.	Imbécillité.	Passé à la 5e 2e le 23 février.
Duba.....	18ans 1/2,	—	Idiot. complète, tics multiples.	Passé à la 5e 2e le 23 février.

Hu.....	18 ans 1/2	—	Idiotie et épilepsie.	Passé à la 5e 2e le 23 février ; même état.
Pamphi	20 ans.	Cordonnier	Imbécillité ; kleptomanie ; épilepsie.	Très amélioré. Sorti le 26 février.
Berthi.....	19 ans.	Serrurier	Imbécillité morale ; kleptomanie ; bestialité ; syphilis héréditaire probable.	Amélioration légère. Sorti le 6 Mars.
Morea.....	13 ans.	—	Imbécillité.	Sorti le 8 Mars.
Re.....	18 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 1er mars.
Bombli.....	18 ans.	Serrurier	Imbécillité morale.	Sorti le 18 avril. Amélioré.
Nicol.....	19 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 18 avril.
Humbl.....	17 ans.	—	Épilepsie.	Sorti le 24 avril. Même état.
Ferc.....	18 ans.	Cordonnier	Hébéphrénie ; conceptions délirantes consécutives à l'alcoolisme.	Sorti le 8 mai. Amélioré très notablement.
Mico.....	19 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 4 mai.
Bouqu.....	17 ans.	Serrurier	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti le 10 mai. Légèrement amélioré.
Joffa.....	22 ans.	Cordonnier.	Arriération intellectuelle avec perversion des instincts. Attaques d'hystérie.	Sorti le 14 mai. Notablement amélioré.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA MALADIE.
Bourge.....	4 ans 1/2.	—	Arriération ; Imbécillité congénitale.	Sorti le 15 mai. Amélioration.
Guitt.....	20 ans.	Jardinier	Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti le 15 mai 1895. Amélioration légère.
Larn.....	19 ans.	Jardinier	Arriération intellectuelle ; tremblement choréiforme.	Sorti le 16 mai. Amélioration.
Fur.....	14 ans.	—	Imbécillité.	Sorti le 19 mai. Même état.
Berg.....	15 ans.	Tailleur	Imbécillité prononcée ; troubles de la parole.	Sorti le 19 mai. Amélioration.
Loutr.....	15 ans.	Menuisier.	Idiotie légère.	Sorti le 25 mai. Même état.
Bun.....	14 ans.	—	Imbécillité congénitale aggravée par des convulsions ; impulsions dangereuses.	Sorti le 27 mai. Amélioration.
Steenbecke.	18 ans.	—	Sclérose ; cécité.	Transféré à Villejuif le 25 mai. Même état.
Due.....	18 ans.	Brossier	Épilepsie.	Sorti le 23 juin. Même état.
Lebr.....	19 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 24 juin. Aggravation.

Bobill.....	12 ans.	—	Épilepsie.	Sorti le 29 juillet. Même état.
Maug.....	19 ans.	Cordonnier	Épilepsie simple.	Passé à la 5e 3e le 10 juillet. Même état.
Liév.....	19 ans.	—	Épilepsie.	Sorti le 12 juillet. Même état.
Trautm.....	17 ans.	—	Épilepsie et instabilité mentale avec perversion des instincts.	Transféré à Ville-Évrard le 13 juillet. Même état.
Mav.....	19 ans.	Vannier	Épilepsie symptomatique ; imbécillité prononcée.	Transféré à Ville-Évrard le 13 juillet. Même état.
Merlanch...	19 ans.	Vannier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 13 juillet. Même état.
Berthel.....	18 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 13 juillet. Amélioration.
Ecke.....	18 ans 1/2	Menuisier	Épilepsie idiopathique.	Transféré à Ville-Évrard le 13 juillet.
Roch.....	15 ans.	—	Imbécillité avec athétose double.	Sorti le 18 juillet. Même état.
Woyde.....	14 ans.	Jardinier	Épilepsie.	Sorti le 30 juillet. Même état.
Beauj	19 ans.	Imprimeur	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 31 juillet. Même état.
Villeno.....	15 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Sorti le 14 août. Amélioration.
Joffa.....	17 ans.	Jardinier	Imbécillité et simulation probable de l'hystérie.	Sorti le 15 août. Amélioration.

TABLEAU DES SORTIES.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Mouti.....	13 ans.	Cordonnier	Imbécillité symptomatique probablement de sclérose; perversion des instincts; idées obscènes; idées de suicide.	Sorti le 17 août. Amélioration.
Ledo.....	19 ans.	Serrurier	Imbécillité; pédérastie.	Sorti le 17 août. Amélioration.
Ethéven....	19 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 23 août. Même état.
Simo.....	22 ans.	—	Idiotie consécutive à des convulsions; cécité; phimosis.	Transféré à Villejuif le 24 août.
Lece.....	20 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 12 septembre.
Colomb	17 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Transféré à Villejuif le 19 septembre.
Lefébu.....	17 ans.	Jardinier	Imbécillité morale; instabilité.	Évadé le 24 septembre; non réintégré. Même état.
Merci	21 ans.	Imprimeur	Épilepsie.	Sorti le 18 octobre. Même état.
Kieff.....	19 ans.	Brossier	Arriération intellectuelle d'origine probablement congénitale, augmentée par une méningite à 7 ans.	Sorti le 18 octobre. Amélioration.

TABLEAU DES SORTIES.

Fleur	10 ans.	—	Arriération; chorée.	Sorti le 20 octobre. Amélioration.
Hu.....	5 ans.	—	Imbécillité.	Transféré le 30 octobre. Même état.
Labro.....	15 ans.	—	Épilepsie.	Sorti le 1er novembre. Même état.
Joucl.....	19 ans.	—	Épilepsie.	Transféré le 5 novembre. Même état.
Rouss.....	16 ans.	Vannier	Imbécillité.	Sorti le 14 novembre. Même état.
Necto.....	13 ans.	—	Imbécillité.	Sorti le 14 novembre. Même état.
Courv.....	18 ans.	Serrurier	Imbecillité; automatisme ambulatoire comitial.	Sorti le 17 novembre. Amélioration légère.
Fi.....	19 ans.	Brossier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 23 novembre. Amélioration.
Robin.....	19 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 23 novem.
Chan.....	16 ans.	Cordonnier	Imbécillité symptomatique probablement de sclérose.	Sorti le 24 novembre considérablement amélioré.
Pa.....	12 ans.	—	Idiotie probablement congénitale.	Sorti le 24 novembre. Amélioration légère.
Ramo.....	7 ans.	—	Épilepsie; Idiotie complète; cécité.	Sorti le 29 novembre. Même état.
Lebr.....	18 ans.	Tailleur	Épilepsie; imbécillité; kleptomanie.	Transféré à Ville-Évrard le 30 novem.
Lanv.....	19 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 30 novem.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Germo.....	19 ans.	Tailleur	Imbécillité; épileps.; ichthyose.	Transféré à Ville-Évrard le 30 novem.
Simo.....	20 ans.	Tailleur	Idiotie légère.	Transféré à Villejuif le 30 novembre.
Guelli.....	17 ans.	Vannier	Imbécillité.	Sorti le 9 décembre. Même état.
Bret.....	5 ans.	—	Idiotie probablement d'origine congénitale, aggravée par des convulsions (méningite ou sclérose.)	Sorti le 12 décembre. Amélioration.
Dela.....	6 ans.	—	Idiotie.	Sorti le 14 décembre. Même état.
Schaef.....	20 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 16 décembre. Aggravation.
Berg.....	16 ans.	Rempailleur	Imbécillité méningitique. Troubles de la parole.	Sorti le 25 décembre. Amélioration.

Thymus et glande thyroïde. — Nos études sur l'*idiotie myxœdémateuse* nous ont conduit à reprendre, il y a six ans, des recherches anciennes (1868) sur la *glande thyroïde*, et incidemment sur le *thymus*. Le tableau ci-après donne quelques renseignements sur ces deux organes chez nos malades décédés en 1895.

NOMS ET SEXE.		AGE	DIAGNOSTIC.	THYMUS.	GLANDE THYROIDE.	OBSERVATIONS.
Lefrer...	Garçon	15 ans	Épilepsie	Pas	19 gr.	
Adeli...		28 ans	Idiotie	»	»	Oppos. à l'autopsie.
Bedois...		3 ans	Idiotie	5 gr.	3 gr.	
Leller...		17 ans 1/2	Imbécillité prononcée	7 gr.	17 gr.	
Renefs...		10 ans 1/2	Microcéphalie	Pas	8 gr.	
Dufou...		15 ans	Idiotie	Pas	20 gr.	
Créti...		10 ans	Idiotie. — Cécité	10 gr.	6 gr.	Pas d'indication.
Régni...		8 ans	Idiotie	»	»	
Lauverni...		17 ans	Idiotie	Pas	14 gr.	
Gauti...		21 ans	Idiotie	Pas	10 gr.	
Dalon...		17 ans	Imbécillité prononcée. Paralysie du membre sup. gauche	Pas	35 gr.	
Mull...		12 ans	Idiotie symtomatique	Pas	13 gr.	
Gaut...		13 ans	Imbécillité. Hémiplégie droite.	15 gr.	12 gr.	
Thonn...		11 ans	Idiotie. Craniectomie	Pas	8 gr.	
Will...		17 ans	Épilepsie	2 gr.	12 gr.	
Henneqn...		15 ans	Instabilité mentale	Pas	17 gr.	
Gauth...		14 ans	Epilepsie	Pas	27 gr.	
Merl...		15 ans	Epilepsie	Pas	15 gr.	
Robich...		4 ans 1/2	Idiotie	Pas	12 gr.	
Patel...		16 ans	Epilepsie	»	»	Oppos. à l'autopsie.
Schneid...		15 ans	Epilepsie	»	»	Pas d'indication.
Pradi...		9 ans 1/2	Idiotie polysarcique	Pas	7 gr.	
Pich...		14 ans	Imbécillité	»	»	Pas d'indication.
Thouz...		14 ans	Imbécillité. Myopathie	Pas	10 gr.	
Lele...		17 ans	Epilepsie	Pas	12 gr.	
Grill...		8 ans	Idiotie	5 gr.	6 gr.	
Grandv...	Fille	4 ans	Idiotie	5 gr.	41 gr.	
Couib...		17 ans	Epilepsie et idiotie	11 gr.	13 gr.	
Lanti...		9 ans	Sclér. tubereuse hypertroph.	Pas	4 gr.	
Luc...		6 ans	Idiotie	»	»	Oppos. à l'autopsie.
Mighett...		15 ans	Idiotie	5 gr.	12 gr.	
Desmaz...		10 ans	Epilepsie	Pas	5 gr.	

Nous essaierons un jour de voir s'il y a lieu de tirer quelque conclusion des pesées du thymus et de la glande thyroïde que nous consignons tous les ans dans nos *Comptes rendus*. Mais elles n'auront qu'une valeur relative jusqu'à ce que nous puissions les mettre en regard de pesées analogues faites chez des enfants réputés *normaux*.

Personnel du service en 1895. — Le personnel était ainsi composé : 1° *Service médical :* deux internes titulaires, MM. Tissier et Lombard, un interne provisoire, M. Rastouil ; un conservateur du musée pathologique, M. Sollier.

2° *Service scolaire : a) grande école :* 4 instituteurs : MM. Mesnard, Landosse, Grandvilliers et Fromont ; — un professeur de chant, M. Sutter ; — un professeur de gymnastique, M. Goy ; — un maitre d'escrime, M. Loiseau et deux infirmiers dont l'un a le grade de 1er infirmier. — *b) Petite école :* Mlles Agnus et Bohain, surveillantes ; — Mme Croizelle, sous-surveillante ; — deux premières infirmières : Mlles Huguet et Pacquelet et 8 infirmières de dortoir aidant les maitresses d'école ; en outre 4 infirmières n'ayant pas de dortoir, sont affectées aux soins et à l'enseignement des enfants de la petite école.

3° *Enseignement professionnel:* 8 maitres dont nous avons donné les noms plus haut (p. 00); plus deux infirmiers de garde.

4° *Service hospitalier :* il se compose de M. Girard, suppléant, remplissant les fonctions de surveillant ; de M. Acard, suppléant faisant fonctions de sous-surveillant, de Mme Ronzier, sous-surveillante (infirmerie) ; de Mme Malençon, suppléante (bâtiment des gâteux) ; de Mme Grisard, 1re infirmière (pavillon

d'isolement) ; de M^me^ Gladel, suppléante de nuit ; de deux suppléants, M. Malençon attaché plus spécialement au musée et chargé du service de distribution de la pharmacie, M. Givalois, suppléant (baigneur) ; d'un premier infirmier (portier), de 25 infirmières de jour ou de nuit, et d'un perruquier ; total du personnel secondaire : 85.

Section II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1895.

I.

Situation du service. — Enseignement primaire.

Dans nos précédents rapports nous avons rappelé que la Fondation Vallée avait été aménagée pour un chiffre *maximum* de cent enfants. Or, en 1895, de même que les années précédentes, la population a toujours été supérieure à ce chiffre. Elle était de 130 le 1er janvier et de 140 le 31 décembre. Cette situation est aggravée par plusieurs causes : la disposition défectueuse de la plupart des dortoirs, la présence à la Fondation de *gâteuses* et d'*épileptiques* qui ne devraient pas y être placées puisque le règlement primitif assimilait la Fondation Vallée, destinée aux filles, à la colonie de Vaucluse, affectée aux garçons, et d'où l'on exclut les gâteux et les épileptiques. Nous avons donc dû organiser dès le début deux groupes : 1° les enfants gâteuses valides et invalides ; 2° les enfants propres.

Enfants idiotes et gâteuses. — Elles étaient au nombre de 40 le 1er janvier 1895 et de 50 à la fin de l'année. Leur installation est toujours aussi défectueuse et ce n'est que grâce au zèle et au dévouement de l'infirmière qui est chargée de ce service que nous avons pu en atténuer les inconvénients et même obtenir quelques bons résultats au point de vue du

traitement. Nous ne reviendrons pas sur les moyens employés, car ils ont été indiqués dans les rapports antérieurs. Les idiotes *gâteuses* INVALIDES ne quittent pas les locaux et la cour qui leurs sont affectés ; mais celles qui sont *valides* sont envoyées aux classes durant une partie de la journée. Quatre enfants sont devenues tout-à-fait propres : Contele..., Glay..., Labad..., et Montac...

Enfants idiotes, imbéciles, épileptiques, etc., VALIDES. — *Enseignement primaire et enseignement pratique.* — Les procédés employés, sont également les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Les améliorations réalisées dans les écoles des garçons sont introduites immédiatement à la Fondation. L'idéal que nous cherchons à réaliser consiste à occuper les enfants du matin jusqu'au soir, en variant le plus possible les exercices. Les jeux même doivent contribuer à leur éducation.

Au lever, on apprend aux enfants à faire leur *toilette*, à faire leur lit, à nettoyer leur dortoir. — Aux repas, on surveille les enfants qui savent manger seules et on corrige leurs mauvaises habitudes ; on apprend aux autres à se servir de la cuiller, de la fourchette, etc. Sur 140 enfants, présentes à la fin de l'année, 50 savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 46 de la cuillère et de la fourchette ; 24, de la cuillère seulement. 20, étaient incapables de manger seules. Quatre enfants ont appris à manger sans aide : Cantel.., Monta.., Wim... et Man...

120 enfants ont fréquenté l'école et exécuté les exercices de la gymnastique Pichery ; 48 enfants font les exercices de la grande gymnastique, sous la direction de M^lle^ Langlet et sous la surveillance de M. Goy, qui vient tous les jeudis à la Fondation.

Les *leçons de choses* sont multipliées le plus

possible et ont lieu soit dans les jardins, dont les arbres, les arbustes, les plantes, etc., sont étiquetés. Les détails dans lesquels nous sommes entré dans nos Rapports de 1890 à 1894, au sujet de l'*habillement* et de l'*éducation* de la *digestion*, de la *respiration* et de *la circulation*, nous dispense d'y revenir cette année.

Le *cours de dessin*, qui a lieu deux fois par semaine, a continué à être fait à titre gracieux, par M^me^ Bru, femme de l'économe de Bicêtre. Il a été suivi régulièrement par 20 élèves, divisées en deux sections. Les résultats obtenus sont très satisfaisants; la plupart des enfants dessinent des objets usuels d'après nature, ainsi que les ornements d'après le relief. Les résultats seraient encore meilleurs si les élèves n'étaient gênées par le défaut d'éclairage de la salle. Tous les dessins qui le méritent sont conservés dans des dossiers au nom de chaque élève, ce qui permet de juger de leurs progrès.

Enseignement du chant. — Cet enseignement est donné depuis le 1^er^ janvier par M. Sutter, professeur de chant à Bicêtre. Il a rencontré chez les fillettes les mêmes difficultés que chez les garçons. 60 enfants, divisées en trois séries, ont profité de cet enseignement.

Enseignement professionnel. — A mesure que les enfants se développent, on leur apprend tous les soins du ménage ; à mettre et à retirer le couvert, à nettoyer les réfectoires, laver la vaisselle, etc. Dix des moins arriérées, aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules et à perfectionner celles qui mangent malproprement.

Deux des enfants de la Fondation Vallée, Briss... et Jup..., sont employées comme demi-infirmières à la petite école complémentaire de Bicêtre. Une autre, Maigr.., qui a obtenu son certificat d'études, suivi les

cours de l'école d'infirmières et obtenu son diplôme a été mise en congé et est employée comme infirmière.

Les deux seuls *ateliers* que nous possédons ont continué à fonctionner régulièrement. Le travail, évalué par M. Bru, économe de Bicêtre, d'après le tarif réduit de l'Administration s'est élevé à 3.288 fr. pour l'*atelier de couture* dirigé par Mme Ehrmann, et à 525 fr. pour l'*atelier de repassage* dirigé par Mme Lejeune. Total: 3.873 fr., soit 1.490 fr. de plus qu'en 1894. Le nombre des apprenties a varié de 21 à 26. En outre, 20 enfants travaillent une heure par jour et 28 une demie-heure. — 15 enfants savent faire complètement les layettes, 12 du crochet, 8 savent marquer, 5 font assez bien la tapisserie. Le tableau suivant donne mois par mois, le nombre d'apprenties et l'évaluation du travail:

MOIS.	NOMBRE D'APPRENTIES.		VALEUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE.	
	COUT.	REPASS.	COUTURE.	REPASSAGE.
			fr. c.	fr. c.
Janvier	23	23	132 »	63 75
Février	22	22	63 75	
Mars	23	23	245 25	52 30
Avril	26	26	278 50	30 20
Mai	23	23	328 »	48 80
Juin	23	23	290 »	67 40
Juillet	25	25	317 50	72 50
Août	25	22	316 75	51 »
Septembre	25	22	358 »	55 »
Octobre	23	23	346 »	47 60
Novembre	22	22	373 25	48 »
Décembre	21	21	329 25	48 50
TOTAUX	.....	.....	3288 25	1158 85
TOTAL GÉNÉRAL..	.....	.....	3.873 30	

Visites, permissions de sortie, congés. — Les enfants ont reçu 2.199 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 3.605. Ces chiffres témoignent de la sollicitude des familles envers leurs malheureux enfants. Il semblerait que, se rendant compte de la responsabilité héréditaire qui leur incombe, elles redoublent d'affection pour eux.

Permissions de sortie d'un jour.....	1
Congés de 2 jours.....	15
— 3 —	12
— 4 —	12
— 5 —	64
— 6 —	2
— 8 —	90
— 10 —	5
— 12 —	1
— 15 —	2
— 30 —	1
Total.....	205

D'une façon générale — sauf quand il s'agit des *congés d'essai* à fin de sortie — nous ne tenons pas à accorder des congés de plus de cinq jours, parce que le séjour des enfants dans leurs familles se prolongeant il est moins facile de les faire rentrer et surtout parce qu'elles reprennent leurs anciennes habitudes et que, à leur retour, elles se plient moins bien à la discipline et travaillent avec moins d'ardeur ; mais, en raison de l'*encombrement*, nous avons cédé aux demandes de congés de 6 à 10 ou 12 jours.

La Commission de surveillance des asiles a visité la Fondation le 21 mai ; M. Jadot, inspecteur primaire, est venu visiter l'école au mois de juillet ; MM. Le Roux, Bouvard, Pelletier et Ramolini sont venus se rendre compte de l'état des travaux de la construction du nouveau bâtiment ; enfin la commission du Conseil général est venue le 31 octobre.

Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 29 dont trois avec succès.

Bains et hydrothérapie. — Nous avons eu recours, dans une large mesure, aux bains et aux douches, comme d'habitude. Quant aux autres moyens de *traitement* ils ont été les mêmes que dans notre section de Bicêtre. — Nous veillons le plus possible à *l'hygiène sexuelle* et pour les petites gâteuses et pour les filles pubères. — Les enfants ont pris généralement leurs douches à la Fondation. — Quant aux *bains*, l'installation de la Fondation n'ayant pu fonctionner une partie de l'année, nous avons dû nous servir des bains de Bicêtre. — Les *bains de pieds* ont été également donnés à Bicêtre où il existe, nous tenons à le rappeler, une installation rendant facile le lavage simultané des pieds d'un grand nombre de malades; aussi sera-t-il nécessaire, le moment venu de faire une installation semblable à la Fondation Vallée. — Voici la statistique des bains et des douches en 1895 :

Bains simples	3.716
— salés	240
— amidonnés	112
Total	4.068
Douches à Bicêtre	22.715
Bains de pieds	2.230

Promenades. — Elles ont lieu deux fois par semaine, soit dans les communes voisines de la Fondation Vallée, soit à Paris. Le nombre des enfants qui prennent part à ses promenades, varie de 40 à 70.

Distractions. — Les petites filles de la Fondation Vallée ont participé en 1895 comme les années précédentes à toutes les distractions données aux garçons

de Bicêtre. — Tous les dimanches, après la visite de leurs parents, on les amuse à *danser* entre elles.

Améliorations diverses. — La cour des enfants gâteuses a été complètement bitumée. Une canalisation en tuyaux de poterie a été faite dans la cour d'entrée pour recevoir les eaux ménagères et les eaux pluviales qui, autrefois, couraient à air libre. Le pavage en grès de cette même cour, qui était en mauvais état, a été remplacé sur notre demande par un pavage en bois qui rend moins dangereuses les chûtes des enfants. Mentionnons : la réfection de l'unique cabinet d'aisances qui dessert les dortoirs du premier et du second étage du grand bâtiment ; — la fourniture pour l'ouvroir d'un casier fait par l'atelier de menuiserie des enfants de Bicêtre, etc.

Teigne. — Sept enfants ont été soignées au *pavillon des Contagieux* de l'hospice de Bicêtre : Laport.., Guillaum.., Denntr.., Husso.., Olive.., Le Ga.., Graffa...

Maladies intercurrentes. — Nous n'avons à noter, en outre des maladies qui ont occasionné la mort et dont on trouvera la liste au tableau des décès, que des accidents légers : gourmes, engelure, conjonctivite, etc.

Nous n'avons eu qu'un seul cas de *maladie contagieuse* : Trouille... (Jeanne), âgée de 7 ans, a été envoyée au pavillon d'isolement de Bicêtre pour la *scarlatine* (20 juin-5 août).

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1895, il restait à la Fondation 130 enfants se répartissant ainsi :

Épileptiques	30
Hystériques	2
Idiotes et imbéciles	98
Total	130

Sur ce nombre 40 étaient *gâteuses*, 2 atteintes de *surdi-mutité*, 5 de *cécité;* 26 étaient *onychophages* et 4 *hémiplégiques*. Voici le tableau du *mouvement de la population* en 1895.

MOIS	ENTRÉES	SORTIES	DÉCÈS	TRANSFERTS
Janvier	2	»	1	»
Février	»	1	1	»
Mars	3	2	»	»
Avril	4	»	»	1
Mai	5	3	»	1
Juin	3	1	»	»
Juillet	4	1	1	3
Août	1	»	»	»
Septembre	4	1	1	»
Octobre	4	»	1	»
Novembre	»	»	1	»
Décembre	»	1	»	»
Totaux	30	10	6	5

Décès. — Les décès ont été au nombre de *six*. Le tableau de la page LIII fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date, et la cause du décès ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Le tableau des pages LIV et LV indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades.

Évasions. — Comme les années précédentes, nous avons pas eu d'évasion en 1895.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 5, ceux des enfants : Loye.., Court.., Ren... et Ral.., dirigées sur Villejuif et Garni... sur l'Asile de Tours.

Population au 31 décembre 1895. — Il restait à la Fondation 140 enfants se décomposant ainsi :

Idiotes et imbéciles.....	103
Épileptiques.....	34
Hystériques.....	3
Total.....	140

Sur ce nombre, 50 sont *gâteuses*, deux sont atteintes de *surdi-mutité*, 5 sont *aveugles*, 3 *ruminantes*, 25 *onychophages*, 2 *écholaliques*, une *polydactyle* (Thom...) et 4 *hémiplégiques*.

Personnel. — Il a été composé en 1895, d'un médecin, d'un interne (provisoire) en médecine, M. Rastouil ; d'une surveillante, M^lle^ Berthe Langlet ; de 4 suppléantes, M^mes^ Ehrmann, Beaumont, Lapeyre et Salles ; de deux premières infirmières, M^mes^ Lejeune et Raymond ; d'un premier infirmier-portier, de 7 infirmières de jour et de 4 de nuit. Total du *personnel secondaire* : 19.

Nous ne pouvons que répéter ce que nous écrivions l'an passé. « Nous n'avons eu qu'à nous louer, disions-nous, du zèle et du dévouement du personnel. C'est à lui et en premier lieu à la surveillante, M^lle^ Langlet, que nous devons les résultats que nous avons enregistrés (1). »

---

(1) Parmi ces résultats, signalons l'obtention du *certificat d'études* par les enfants Barb.., Grango.. et Maigr..

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.	CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Grandv..	4 ans.	Idiotie.	10 janvier.	Broncho-pneumonie. — Méningite.	Adhérences pie-mériennes. — Lésions pulmonaires. — Persistance du thymus.
Coulbe..	17 a.	Épilepsie et idiotie.	15 février.	État de mal.	Congestion pulmonaire, broncho-pneumonie.
Lauti....	9 ans.	Sclérose tubéreuse hypertrophique.	1er août.	Tuberculose pulmonaire.	Tuberculose pulmonaire. — Dégénérescence graisseuse du foie. (V. p. 98)
Luca....	6 ans.	Idiotie.	22 septemb	Athrepsie.	Opposition à l'autopsie.
Mighet..	15 a.	Idiotie.	5 octobre.	Congestion pulmonaire. — Anémie.	Sclérose cérébrale unilatérale légère. — Inégalité des hémisphères cérébraux.
Desmaz..	10 a.	Épilepsie.	10 novemb.	État de mal.	Pachyméningite. — Foie cardiaque. — Rate infectieuse. — Emphysème du poumon droit.

NOMS.	AGE	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Hen.....	17 ans.	Imbécillité avec perversion des instincts; vagabondage.	Sortie sur la demande de sa famille le 15 février 1895; amélioration notable.
Peug.....	10 ans.	Idiotie congénitale; parésie du côté droit.	Rendue à sa famille le 21 mars 1895; légère amélioration.
Rua.....	15 ans.	Imbécillité avec perversion des instincts.	Rendue à sa famille qui la réclame le 27 mars 1895; amélioration notable.
Loy.....	17 ans.	Épilepsie avec impulsions génitales.	Transférée à Villejuif le 26 avril 1895; même état.
Gerb.....	7 ans.	Idiotie et épilepsie.	Rendue à sa famille le 2 mai 1895; même état.
Court.....	16 ans.	Imbécillité et épilepsie probablement symptomatiques de sclérose.	Transférée à Villejuif le 6 mai 1895; aggravation.
Bel.....	13 ans.	Épilepsie.	Rendue à sa famille qui s'oppose au transfert le 5 mai 1895; même état.
Merc.....	3 ans.	Idiotie.	Rendue à sa famille qui s'oppose au transfert le 26 mai 1895; même état.

SORTIES.

Wird.....	12 ans.	Idiotie et épilepsie.	Rendue à sa famille qui la réclame le 20 juin. Même état.
Garn.....	16 ans.	Épilepsie.	Transférée à Tours (Indre-et-Loire) le 9 juillet 1895; même état.
Reno.....	18 ans.	Idiotie.	Transférée à Villejuif le 18 juillet; même état.
Rale.....	18 ans.	Imbécillité avec perversion des instincts.	Transférée à Villejuif le 18 juillet; même état.
Hervi.....	4 ans.	Idiotie.	Rendue à sa mère qui s'oppose au transfert le 17 septembre; même état.
Gaut.....	17 ans.	Imbécillité probablement d'origine congénitale; chorée.	Rendue à sa famille qui la réclame le 14 décembre; amélioration.

SORTIES.

III.

CONSTRUCTION DU BATIMENT DE CENT LITS.

Nous avons reproduit daus notre dernier *Compte-rendu* (p. LVII) le rapport que nous avons été chargé de faire à la Commission de surveillance des asiles sur la *construction d'un bâtiment de cent lits* à la Fondation Vallée. Le projet a été voté par le Conseil général. Les travaux de terrassement ont commencé à la fin de janvier, ceux de maçonnerie au commencement de mars. Le gros œuvre du bâtiment était terminé au mois de décembre. Nous en donnerons la description dans notre rapport de 1896.

Section III. — **Assistance et éducation des enfants anormaux.**

I.

Création de classes spéciales annexées aux écoles primaires ordiciaires pour les enfants arriérés.

Rapport présenté a la délégation cantonale du V^eme^ arrondissement (séance de décembre 1895) ; par Bourneville.

Messieurs.

Le département de la Seine assiste, traite et instruit à l'heure actuelle dans ses asiles ou quartiers d'hospices plus de mille enfants idiots et épileptiques ainsi répartis :

Bicêtre	532 g.
Colonie de Vaucluse.	170 g.
Salpêtrière	141 f.
Fondation Vallée	140 f.
Villejuif	44 f.
Total.	1.027

Quelqu'élevé que puisse paraitre ce nombre, il ne comprend pas toute la population enfantine appartenant à cette

catégorie d'enfants anormaux. On peut, en effet, évaluer à une centaine ceux qui sont inscrits pour être admis lorsqu'il y aura des lits vacants ; d'autres demeurent dans leurs familes qui ignorent l'existence des établissements où on les reçoit et qui, mal renseignées, ne croient pas à la possibilité d'améliorer la situation physique et mentale de leurs malheureux enfants. D'autres enfin, après avoir été renvoyés de diverses écoles, parce qu'ils sont insuffisants, turbulents, instables ou pervers, placés même en correction, sont abandonnés à eux-mêmes, vagabondent et servent d'instruments à des misérables plus intelligents et plus vicieux.

En général, dans le public, on englobe sous le nom d'*idiots* tous les enfants qui sont, sous le rapport intellectuel, au-dessous de la moyenne. Les médecins, tout en se servant du mot générique *idiots*, distinguent plusieurs *espèces*, suivant les degrés d'idiotie : 1° les *idiots* proprement dits — les plus malades ; — les *imbéciles* ; — les *arriérés*. Les médecins reconnaissent aussi des variétés dans chacune de ces espèces.

A côté de l'*idiotie*, de l'*imbécillité* et de l'*arriération intellectuelles*, il y a encore l'*imbécillité morale* dans laquelle les facultés affectives et morales sont perverties, tandis que les facultés intellectuelles sont conservées ou peuvent même être développées.

Tous les enfants atteints d'idiotie, à tous les degrés, les enfants atteints d'imbécillité à ses degrés les plus avancés, les enfants frappés d'imbécillité morale doivent être *hospitalisés*, car leur séjour à la maison est dangereux et parce qu'ils immobilisent en quelque sorte et presque complètement un des membres de la famille, alors que dans les asiles une personne suffit pour soigner et surveiller 6 ou 8 enfants ou même davantage.

Ceux que vise la proposition que nous vous avons faite il y a quelques années, et, dont nous avons à nous occuper ici, ce sont les *imbéciles les moins malades*, inoffensifs, sans altération des sentiments moraux et les *arriérés* ou les simples d'esprit.

Des premiers, un certain nombre sont hospitalisés. Or, comme ils ne sont pas dangereux et ne peuvent le devenir que s'ils sont sans surveillance de la part de leurs familles, il y aurait un grand avantage à les soigner et à les éduquer en dehors des asiles, en les laissant dans leurs familles et en les envoyant dans des *classes spéciales*. En agissant ainsi, on désencomberait les asiles, laissant les places qu'ils détiennent à de plus malades qu'eux. On ferait de la véritable assistance républicaine puisqu'on leur viendrait en aide, en les maintenant dans leurs familles, tout en procédant à leur développement physique et intellectuel.

Les seconds, les *arriérés*, les *débiles*, les *insuffisants* sont soit dans les écoles, soit dans leurs familles. Ceux des écoles sont une gêne pour les instituteurs et les institutrices. Ils troublent les classes, sans profiter des leçons. Ils sont l'objet de la risée, des moqueries de leurs camarades qui leur donnent des surnoms blessants ; ils sont les souffre-douleurs des autres enfants. Leur caractère s'irrite, ils deviennent violents, leur état mental s'aggrave.

Quant au dernier groupe, composé des arriérés, souvent instables, qui sont censés rester dans leurs familles, ils sont généralement abandonnés à eux-mêmes, errent dans les rues, fréquentent les vagabonds ou les pires vauriens, et leur servent d'instruments pour commettre des délits de toutes sortes et même des crimes. On les arrête, on les place dans des maisons de correction où ils finissent de se perdre et plus tard la société dépense pour eux, en pure perte, dans les prisons, un argent qui aurait été mieux employé à les instruire, à les relever, à les perfectionner.

Pour ces différentes catégories d'enfants, les moins malades, qui n'offrent qu'une diminution des facultés intellectuelles, sans perversion notable des instincts, sans accidents convulsifs, les *asiles-écoles* ne sont pas indispensables. On pourrait les assister, les traiter et les instruire dans des *classes spéciales* où seraient mis à contribution, pour eux, les méthodes et les procédés d'éducation des asiles-écoles.

Nous ajouterons même que la société a le devoir de s'intéresser à eux. La loi sur l'obligation de l'instruction l'exige : il ne faut pas qu'ils soient plus longtemps hors de l'école. Aujourd'hui on se les rejette de tous côtés ; on essaie de l'école laïque puis de l'école congréganiste. Finalement ils sont exclus. Que deviennent-ils? de mauvais sujets d'abord, ensuite des criminels, en général toujours irresponsables.

Bien des fois, nous avons appelé l'attention sur ces *classes spéciales*, entre autre ici même, en 1891. Nous appuyions notre proposition sur l'existence, dans certaines villes des Pays Scandinaves, d'Allemagne, de la Suisse et d'Angleterre de ces *classes spéciales*.

Ce sont le Danemark et la Norwège qui, les premiers, paraissent avoir institué ces *classes spéciales* (1) qui leur ont rendu et leur rendent chaque jour d'incontestables services.

En 1889, le gouvernement bâlois a créé à titre d'essai, dans la ville de Bâle, des classes à l'usage des élèves de faible intelligence. « On n'y admet, ni les enfants atteints de maladies corporelles ou mentales, ni les enfants corrompus. » Le nombre des élèves d'une classe spéciale ne doit point dépasser 25.

Au mois de janvier 1892, le *School Board for London* nous a adressé une de ses institutrices les plus distinguées, Mistress Burgwin, chargée de se rendre compte de ce que nous faisions dans notre service de Bicêtre. Sa mission consistait aussi à étudier, s'il y avait lieu, l'organisation de ces *classes spéciales* dont nous venons de parler. A la suite de la mission de Mistress Burgwin, le *School Board* de Londres a décidé, en juillet 1892, l'organisation de *classes spéciales*. Il y avait en mars 1894, 9 classes spéciales avec 12 instituteurs ou institutrices titulaires et 7 adjoints qui ont acquis les qualités requises pour la direction des 7 nouvelles classes spéciales qui vont être

(1) Voir : Bourneville. — *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots*, rapport fait au Congrès national d'Assistance publique de Lyon en 1894, pages 112, 11[e], etc.

créées (1). En présence des résultats obtenus, d'autres villes se préparent maintenant à suivre l'exemple donné par le *School Board* de Londres. Les classes ont été visitées par les inspecteurs royaux. « Après cette inspection, dit Mistress Burgwin, quelques écoliers sont retournés dans leurs anciennes écoles, où, je l'espère, ils seront capables, jusqu'à un certain point, de suivre leurs camarades. S'il en était autrement, l'élève qui se serait montré trop inférieur serait réadmis à l'*école spéciale*. »

L'an dernier nous avons entretenu de nouveau la délégation cantonale de cette question et sur notre demande M. Foubert a invité les instituteurs et les institutrices des V^e^ et VI^e^ arrondissements à lui adresser une liste des enfants arriérés et indisciplinés qu'ils avaient dans leurs écoles. Nous avons résumé le résultat de cette enquête dans le tableau suivant:

ÉCOLES DE GARÇONS.	Arriérés.	Indisciplinés.	ÉCOLES DE FILLES.	Arriérées.	Indisciplin.
Arbalète	2	1	Arbalète	1	»
Cujas	20	3	Bernardins	»	»
Feuillantines	20	14	Blainville	»	»
Fleurus	1	1	Boulangers	1	»
Fossés St.-Jacques	7	»	Boutebrie	»	»
Madame	1	»	Buffon	»	5
Poissy	1	»	Jardinet	»	»
Pont-de-Lodi	1	1	Madame	»	»
Pontoise	4	2	Monge	»	2
Rollin	»	»	Pontoise	»	»
St.-Benoit	»	»	Rennes	»	»
St.-Jacques	»	7	St-Benoit	»	»
St.-Marcel	20	10	St-Jacques	4	3
Tournefort	»	»	Vaugirard	»	»
Vaugirard n° 9	»	»	Victor Cousin	»	»
Vaugirard n° 82	»	»			
	77	39		6	10

(1) On voit qu'à Londres on n'hésite pas à préparer d'*avance* le personnel enseignant nécessaire.

En ce qui concerne les ecoles maternelles, sur 12 écoles, une seule, celle de la rue du Sommerard, signale quatre arriérés. Il est évident que cette enquête, faite à la hâte, par des personnes qui n'ont pas de connaissances médicales, aurait besoin d'être reprise en leur donnant des indications détaillées sur le but que l'on poursuit. Certains maitres et certaines maitresses, par exemple, ont craint d'être accusés de négligence s'ils mentionnaient l'existence dans leurs classes d'enfants indisciplinés ou arriérés. Cependant, telle qu'elle est, cette enquête sommaire montre qu'il y a 83 enfants arriérés et 49 indisciplinés des deux sexes dans les écoles des V^e^ et VI^e^ arrondissements sur une population scolaire de 3.575 garçons et de 3.207 filles. Elle met en relief l'utilité de la création des *classes spéciales* dont nous venons de parler.

Les indications sommaires que nous avons données sur ce qui se fait à l'étranger, la statistique approximative des enfants arriérés des écoles du V^e^ et du VI^e^ arrondissement, les essais qui ont été faits dans quelques écoles pour deux autres catégories d'enfants anormaux, les aveugles et les sourds-muets, nous paraissent fournir des arguments sérieux en faveur de la proposition que nous avons l'honneur de faire à la délégation cantonale du V^e^ arrondissement.

Si vous l'adoptez, à titre de vœu, il y aurait lieu pour l'administration supérieure, à laquelle votre décision serait transmise, de nommer une commission qui serait chargée d'examiner les voies et moyens pour sa réalisation et en particulier le programme de l'enseignement qui devra être fait dans ces *classes spéciales*.

En terminant ce rapport succinct, permettez-moi de vous remercier d'avoir bien voulu m'autoriser à préciser devant vous les lignes principales d'une réforme qui me parait appelée à rendre de réels services à un certain nombre d'enfants déshérités. Voici la formule que je vous soumets :

« *La délégation cantonale du V^e^ arrondissement émet le vœu qu'il soit créé dans quelques-uns des arrondisse-*

ments de Paris des CLASSES SPÉCIALES *pour les enfants arriérés n'offrant ni perversion des instincts, ni accidents convulsifs.* »

Ce vœu a été adopté par la *Délégation cantonale* et adressé par son président, M. Albert Meurgé, à M. le Préfet de la Seine.

II.

Assistance, traitement, éducation des enfants anormaux (1).

Au temps où nous étions conseiller municipal de Paris, nous avons consacré une bonne part de notre action aux réformes de l'Assistance publique. Parmi elles, il en est une qui nous a plus particulièrement passionné : l'*Assistance*, le *Traitement* et l'*Éducation* des ENFANTS ANORMAUX. C'était logique, naturel, puisque tous, à des titres divers, sont des *malades* ou des *infirmes* et qu'ils relèvent de la science et de l'intervention médicales. Nous avons, alors, tracé les grandes lignes du programme des réformes que le Conseil municipal républicain avait le devoir d'accomplir à leur profit.

Nous avons fait accepter successivement par le Conseil municipal un vœu pour l'agrandissement de la *Section des enfants idiots et épileptiques* de la Salpêtrière (2), un autre réclamant la création d'un *Institut pour les enfants aveugles* des deux sexes (3) ; un troisième demandant la création de deux *Écoles-*

---

(1) MM. les Dr Hamon du Fougeray et Couëtoux ont eu l'excellente idée d'écrire un livre intitulé : *Manuel pratique des méthodes d'éducation spéciale aux enfants anormaux* (aveugles, sourds-muets, idiots, bègues, etc.), dans lequel ils ont réuni tous les renseignements nécessaires aux médecins et aux familles pour les guider dans le traitement, l'éducation et le placement des enfants anormaux. C'est la *Préface* que nous avons écrite pour leur livre que nous reproduisons ici.

(2) *Rapport sur une demande d'augmentation de la subvention de l'asile des jeunes garçons infirmes de la rue Lecourbe.* (21 mai 1883, n° 45.)

(3) *Ibidem*, p. 11.

dispensaires pour les enfants rachitiques (1) ; enfin, nous avons fait voter la construction, à Bicêtre, d'une section distincte, destinée aux *enfants idiots* et *nerveux* (2). Dans ces circonstances nous ne faisions que traduire les sentiments des mandataires de Paris. Depuis cette époque, si tout n'a pas été réalisé, beaucoup a été fait : l'*École Braille* a été organisée pour les *aveugles* ; un petit service a été installé à l'hospice d'Ivry pour les *enfants difformes et incurables* ; un *Institut départemental* a été créé à Asnières pour les *sourds-muets* ; la *Fondation Vallée*, en voie d'agrandissement, a été affectée aux *filles idiotes* et la section de Bicêtre a été construite.

La loi sur l'instruction primaire comporte l'obligation pour les familles de donner à leurs enfants l'instruction élémentaire jugée absolument indispensable. Par contre, elle entraîne, pour le gouvernement de la République, le devoir de mettre à la disposition des familles tous les moyens d'obéir à la loi, qu'il s'agisse d'enfants normaux ou anormaux. Des efforts considérables, de lourds sacrifices, ont été faits pour les premiers et, de ce côté, nous n'aurons bientôt plus rien à envier aux nations les plus civilisées. Malheureusement, il est loin d'en être de même en ce qui concerne les *enfants anormaux*. La seule excuse que pourrait invoquer l'État, pour se soustraire à l'obligation que lui impose sa propre loi, serait l'impossibilité, reconnue évidente, de pouvoir procéder à leur éducation, car ici *éducation* et *instruction* se confondent. Or, il n'en est pas ainsi. En effet, toutes les catégories d'enfants anormaux, et le livre de MM. Hamon du Fougeray et Couëtoux le

(1) *Rapport sur la création de deux instituts ou écoles-dispensaires pour les enfants rachitiques ou difformes.* (11 juin 1883, n° 55).

(2) *Rapport sur la création d'un quartier spécial pour les enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre.* (25 juin 1883).

démontre d'une façon péremptoire, sont susceptibles d'être améliorés, relevés, instruits : aveugles, bègues, idiots ou arriérés, sourds-muets, etc.

Pour les aveugles, les bègues et les sourds-muets, le doute est dissipé : tout le monde reconnaît qu'ils sont susceptibles d'être instruits au point d'arriver à jouir, sauf quelques restrictions, des droits et des avantages des autres citoyens. Mais l'accord cesse quand il s'agit des enfants idiots et nerveux. Pour eux cependant, les obligations scolaires de l'État se doublent d'un devoir non moins impérieux sous le rapport social : la sécurité de ces enfants et la sécurité publique.

Si, dans notre pays, en dépit de nos efforts incessants, en dépit de l'œuvre humanitaire accomplie par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, l'opinion demeure incertaine, sceptique même, au sujet du traitement et de l'éducation des enfants arriérés, faibles d'esprit, elle est faite, fixée définitivement aux États-Unis, en Angleterre, dans les pays Scandinaves, en Allemagne. Dans tous ces pays, médecins, instituteurs, administrateurs, s'occupent avec un grand esprit de suite, avec un succès croissant, du relèvement de cette catégorie d'enfants anormaux, la plus importante par le nombre.

C'est, on ne saurait trop le répéter, par la diffusion et le niveau de l'instruction publique à tous les degrés et par la bonne organisation de ses établissements d'assistance, qui ne laissent aucun enfant ou aucun citoyen sans instruction et sans secours, qu'on peut juger du degré de civilisation d'un pays. Au gouvernement de la République à conquérir, pour la France, le premier rang. Y concourir patriotiquement, tel est le but des auteurs du *Manuel pratique*.

Les *statistiques* officielles des différentes catégories

d'enfants anormaux sont si anciennes ou présentent de si grandes lacunes qu'on n'a qu'une idée très vague du nombre de ces infortunés et partant de leurs besoins, beaucoup plus considérables qu'on ne se le figure. Il importe donc de dresser pour chacune de ces catégories une statistique précise. Cette tâche urgente, qui incombe plus spécialement au *Ministère de l'Intérieur*, fournirait des renseignements sérieux sur l'étendue des besoins auxquels *on DOIT donner satisfaction*.

Une étude attentive de tout ce qui a été fait, et qu'ont résumé avec une grande clarté MM. Hamon du Fougeray et Couëtoux, conduit à un certain nombre de constatations que nous estimons utile de mettre en relief.

a) L'*entrée* dans les établissements spéciaux est trop souvent entourée de difficultés, sans compter que les familles ignorent parfois l'existence même de ces établissements. Il conviendrait d'ouvrir largement leurs portes et de délivrer libéralement aux familles tous les renseignements qui leur sont nécessaires pour le *placement* de leurs enfants. Il faudrait enfin créer, partout où il n'y en a pas encore, des *asiles-écoles régionaux* ou *inter-départementaux* pour les enfant anormaux, au lieu de les centraliser à Paris, comme cela se pratique dans une trop large proportion pour les aveugles et les sourds-muets.

b) Pour tous les anormaux, aveugles, sourds-muets, idiots ou arriérés — et il est fort probable qu'il en est de même pour les bègues, — il faut commencer l'*éducation* ou le *traitement médico-pédagogique* le plus tôt possible. Pour tous, il faut intervenir vite, afin d'empêcher que l'enfant, plus ou moins délaissé, ne contracte de mauvaises habitudes contre lesquelles ils

faudra lutter, en outre de la maladie ou de l'infirmité primitive.

c) « Le devoir social à remplir, écrivent MM. Hamon du Fougeray et Couëtoux, grandit en raison directe des difficultés à surmonter. » Un long temps est indispensable pour obtenir la première amélioration, enregistrer les premiers progrès. Il faut un an pour démutiser un sourd-muet et plus de temps encore pour faire, chez un idiot, l'éducation du *sens du toucher* qui fera l'éducation du *sens de la vue*. Mais, dès qu'il s'est produit quelque heureuse modification, d'autres surviennent et plus rapidement. Les familles doivent donc prendre patience, faire crédit au médecin, à l'éducateur.

d) Les difficultés à surmonter pour tous les enfants anormaux exigent que leur éducation et leur traitement soient confiés à des personnes compétentes, expérimentées. Aussi les médecins et les instituteurs qui s'occupent d'une catégorie spéciale d'anormaux, devraient-ils être au courant des méthodes et des procédés employés dans le traitement et l'éducation des autres anormaux. Prêchant d'exemple, chaque année nous envoyons successivement les instituteurs, les institutrices-infirmières de notre service à l'Institution nationale des Sourds-Muets et à l'Institution des Jeunes Aveugles. Dans l'avenir, lorsque l'on comprendra bien les précieux avantages de l'idée que nous soutenons, on reconnaitra la nécessité, sinon de créer une école spéciale, tout au moins d'instituer un ensemble de *cours théoriques* et surtout *pratiques* pour les instituteurs et les institutrices des enfants anormaux.

e) Nos auteurs insistent sur la supériorité de l'*éducation collective*. Nous partageons leur sentiment.

En cela, eux et nous, sommes d'accord avec la plupart des hommes qui se sont occupés de l'éducation des anormaux. Tous les essais d'*éducation isolée* d'enfants arriérés que nous avons vu tenter ont exigé, pour des résultats équivalents, une plus grande somme de travail. L'imitation, l'entraînement, l'amour-propre même, joints à la *pluralité* des maîtres, qui conservent plus aisément leur autorité, leur puissance éducatrice qu'un *seul* maître, contribuent à assurer la supériorité à l'éducation collective. Il n'y a aussi que des avantages à la *coéducation des sexes* pour les plus jeunes des enfants anormaux, à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Il y a alors tout bénéfice à confier ces classes mixtes à des femmes, institutrices, surveillantes, infirmières.

Le but que nous poursuivons avec les auteurs du *Manuel pratique*, c'est de relever les anormaux à la dignité d'hommes, de les rapprocher le plus possible des citoyens ordinaires, de les rendre capables de subvenir à leur subsistance, d'arriver à pouvoir les placer, de les utiliser. D'où la nécessité dans les institutions ou mieux les asiles-écoles créés ou à créer pour eux, à côté de l'éducation intellectuelle et morale, d'un *enseignement professionnel*, afin de mettre largement en œuvre toutes les aptitudes naturelles ou provoquées.

Lorsque nous serons parvenus au maximum du relèvement, nos anormaux, devenus adultes, se diviseront en deux grandes classes.

Les uns, les plus défavorisés, demeureront inaptes à vivre au dehors. Ils continueront, quoique à un moindre degré, d'avoir besoin d'un secours permanent, d'une tutelle *constante*. On y pourvoira avec les établissements d'adultes, dotés d'*ateliers* où, dans la mesure de leurs forces et de l'amélioration obtenue,

ils continueront par leur travail à diminuer les charges que la société s'est fraternellement imposée.

Les autres, c'est-à-dire ceux qui sont devenus capables de vivre en liberté, ont cependant besoin d'être soutenus, surveillés. On y parviendra à l'aide des *Sociétés de patronage* qui fonctionnent déja régulièrement et qui devront être multipliées. Grâce à elles, à l'activité, au dévouement de leurs membres, parmi lesquels il serait désirable de voir figurer les anormaux guéris, favorisés de la fortune, on évitera que ces anormaux, redevenus normaux et instruits, ne tombent dans la mendicité, dans le « trimard », ou que, abandonnant le métier qu'on leur a appris, ils ne deviennent des journaliers à tout faire et peu à peu à ne rien faire.

Dans un admirable discours qu'il prononçait le 25 décembre dernier, au banquet qui lui était offert par la *Ligue française de l'enseignement*, M. Léon Bourgeois annonçait que, dans le prochain budget, en voie de préparation, il n'oublierait pas « d'inscrire d'une façon précise, nette, le Programme d'assistance et de prévoyance définitif de la République »... « Il n'est pas possible dans une démocratie comme la nôtre, disait-il, qu'un être humain soit placé ou soit laissé dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de son existence. Il faut que la société ne permette pas qu'un être humain puisse ainsi mourir. »

Et après avoir énuméré les points du problème de l'assistance traités et résolus, il ajoutait : » Mais l'édifice tout entier n'est pas encore achevé ; il faut faire vivement et complètement le tableau de ces nécessités de l'existence. Il faut se placer en face de ces besoins et créer résolument les ressources nécessaires à y pourvoir. »

Les réformes pratiques que nous avons indiquées à

grands traits, d'après la lecture du *Manuel,* répondent à l'un des principaux chapitres du programme magistral, si profondément humain, que nous venons de rappeler. Tout ce programme n'est pas réalisable du jour au lendemain, mais chaque jour doit enregistrer un pas en avant. Alors la République entrera sérieusement dans la voie des réformes sociales !

Pour terminer cette préface déjà trop longue, nous résumerons notre opinion qui, nous en sommes persuadé, sera confirmée par le lecteur, en disant que MM. les Drs Hamon du Fougeray et Couëtoux, par l'exposé de la situation des enfants anormaux, ce qu'elle est et ce qu'elle doit être, ont fait plus qu'un utile et bon livre : ils ont accompli une bonne action.

DEUXIÈME PARTIE

—

Clinique et anatomie pathologique.

I.

Idiotie et Épilepsie symptomatiques de méningite ;

PAR BOURNEVILLE ET LERICHE.

SOMMAIRE. — *Père, alcoolique et scrofuleux. — Grand'mère paternelle, cancéreuse. — Un oncle paternel, alcoolique, aliéné. — Cousine germaine paternelle, muette et imbécile. — Mère, hystérique. — Grand'père maternel, alcoolique, mort d'apoplexie. — Deux frères et une sœur morts de convulsions.*

Premières convulsions à 2 ans. — Convulsions mensuelles de 2 à 7 ans. — Affaiblissement consécutif de l'intelligence. — Suspension des convulsions à partir de 7 ans. — Gâtisme. — Turbulence. — Clastomanie. — Grimpeur. — Conjonctivite purulente (1883). — *Méningite aiguë ?*

AUTOPSIE. — *Lésions méningées anciennes et récentes. — Psorentérie.*

Max... (Léon), né à Paris, le 26 août 1874, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 10 novembre 1883.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère* le 19 janvier 1883). — *Père*, imprimeur, mort en 1880, à 34 ans, d'une tumeur blanche du genou ; abcès froids au cou. *Excès de boissons* hebdomadaires. — [*Père* mort asthmatique à 88 ans. — *Mère* morte d'un « chancre rongeant » à la figure. — Une *nièce muette* et un peu *idiote*. — Un *frère alcoolique* est à l'Asile clinique (Ste-Anne) comme paralytique général (1). — Pas d'autres aliénés, pas d'épileptiques, d'apoplectiques, de difformes, de suicidés, de criminels dans la famille].

Mère, 27 ans, fleuriste, sujette à des *attaques de nerfs* reve-

(1) Renseignement de M. le Dr Magnan.

nant une vingtaine de fois par an, surtout à la suite de contrariétés. Pas de migraines. Santé bonne. Intelligence développée. — [*Père alcoolique*, mort d'une attaque d'*apoplexie*. — *Mère* atteinte de varices. — *Grands parents, frères, sœurs*, en bonne santé. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille].

Pas de consanguinité. — *Inégalité d'âge* de dix ans.

Quatre *enfants* : 1° Notre malade ; — 2° garçon mort à six semaines de *convulsions internes* ; à l'époque de la conception de cet enfant, le père commettait plus d'*excès de boisson* que lorsque le premier enfant a été conçu ; — 3° garçon mort à 8 jours de *convulsions* ; — 4° fille morte à 15 jours de *convulsions*.

Notre malade. — Rien de particulier lors de la *conception*. — *Grossesse* bonne. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — *A la naissance*, l'enfant était bien, n'avait pas d'asphyxie. — *Elevé au sein* en nourrice, il a tété au moins jusqu'à un an. — *Première dent* à un an. Dentition de lait complète à 3 ans. M... a commencé à marcher à 18 mois, mais il se tenait mal.

Ses parents l'ont repris à 2 ans. 15 jours après, *premières convulsions* : l'enfant avait les yeux tournés, les membres raides ; puis il fut pris de secousses égales des deux côtés : cette attaque dura une heure environ. — A partir de cette époque jusqu'à 7 ans, les *convulsions* seraient revenues environ *tous les mois*, avec la même forme et la même durée, semblant diminuer chaque fois, mais légèrement, l'intelligence.

Malgré cela l'enfant a commencé à *parler* un peu vers *cinq ans*. A cet âge, il était encore éveillé et paraissait intelligent. C'est vers ce moment qu'il tomba accidentellement dans l'eau. On l'en retira de suite, non asphyxié ; il grelottait et il était tout blanc de peur. Cet accident n'aurait pas modifié les convulsions mensuelles qui ont cessé à 7 ans.

Mis alors à l'école on ne put le garder parce qu'il *n'apprenait rien* et qu'il *gâtait, ce qu'il fait encore à présent*. — Instruction absolument nulle. — Il dit quelques mots, comprend assez bien ce qu'on lui ordonne : sa mère lui faisait faire quelques commissions. — Il a peu de connaissance des objets usuels. Il se sert un peu de la cuiller et de la fourchette, se lave très mal, ne sait ni mettre, ni ôter ses vêtements. — L'intelligence n'aurait pas baissé depuis l'âge de 7 ans.

Onanisme dès le bas-âge. *Clastomanie* : il aime surtout à briser ses joujoux. Il aime à *grimper*, à sauter ; parait avoir

quelque conscience du danger. — Il est très peureux, peu caressant ; cependant il n'a jamais été méchant, et n'a pas de mauvais instincts. Sommeil bon. Pas de secousses, ni de vertiges. Pas de grincements de dents. — Bave un peu. Vorace. Digestions bonnes. — Aucun accident scrofuleux, sauf une ophtalmie à répétition de 7 à 10 ans. — Bonne santé habituelle. Rougeole à 6 ans ; il n'aurait pas fait d'autres maladies.

État actuel (17 *fév.* 1884). *Tête.* — Forme générale irrégulière. Front étroit dans le sens transversal, assez haut. — Bosses frontales normalement saillantes. *Bosse pariétale droite* un peu plus saillante que la gauche.

Circonférence au niveau de la protubérance occip. ext.	52	cent.
Diamètre occipito-frontal	17	—
— sous OF un peu plus de	14	—
— bi-pariétal maximum	15	— 1/4
— bi-orbitaire	9	— 1/2

Face symétrique. — Visage ovale. *Yeux* gris, fente palpébrale largement ouverte. — *Nez* droit et petit. — *Régions malaires* normalement saillantes, égales. — *Bouche* petite ; lèvres un peu épaisses. — *Menton* rond. — *Oreilles* un peu écartées et égales, larges et hautes ; le lobule est très-peu allongé, mais presque détaché.

Cou long. Circonférence : 26 centim. — *Thorax* normal. Respiration faible. Sonorité normale. — *Abdomen* régulier ; rien de particulier, quant à l'exploration du *foie* et de la *rate*. — *Membres* réguliers, assez fortement constitués ; ils ne présentent à signaler que la conformation des doigts en massue et la brièveté des ongles.

Organes génitaux. — *Testicules* descendus, de la grosseur d'un grain de raisin. — *Verge* assez longue. — *Prépuce* très-long. — *Gland* entièrement découvrable. Pénil glabre.

Peau fine et blonde. — Cheveux châtain foncé, clair-semés ; une plaque de *teigne* sur la région pariétale gauche ; une autre sur la partie postérieure et supérieure de la région pariétale droite. — Sourcils peu fournis. — Cils longs.

Sensibilité générale et spéciale et *motricité* conservées.

Au point de vue de l'*intelligence* et des habitudes, les renseignements de la mère ont été confirmés par l'examen à l'hospice. Depuis l'entrée (10 nov.), la santé a été bonne, sauf la conjonctivite purulente qu'il avait lors de son entrée, et qui est presque guérie et la teigne qui persiste.

L'enfant qui, dit-on, n'aurait pas eu de convulsions depuis l'âge de 7 ans, a eu 8 *accès* en *décembre* 1883 et 3 *accès* en *janvier* 1884. — Rien en février jusqu'à ce jour. — On n'a pas plus que dans la famille constaté de *vertiges*.

Poids (le 31 janvier 1884).....	26 k., 80
Taille.....	1 m.,22

Dans la nuit du 16 au 17 février, Max... a été pris *brusquement* de *vomissements bilieux* et de *diarrhée*. — Le soir il avait mangé avec appétit, et il était gai comme d'habitude. — Pas d'épistaxis. — Le 17 et le 18, la diarrhée continue : 7 à 8 selles chaque jour. — 18 *février*. *Soir* : T.R. 38°,2.

19 *février*. — Même état. T.R. 38°. — *Soir* : T.R. 39°.

20 *février*. — Toujours de l'inappétence. Langue humide, blanche. Le ventre, sensible à la pression, n'est pas ballonné, ne présente pas de taches. — Calomel 30 centigr. — T.R. 39°, comme hier soir. — *Soir* : T.R. 38°, 4. — Les jours suivants, la diarrhée continue; l'abattement augmente. — 21 *février*, : T.R. 38°. — *Soir* : T.R. 38°, 6.

22 *février*. — T.R. 38°, 1. — *Soir* : T.R. 39°, 6.

23 *février*. — Ipéca 80 centigr. : quelques vomissements clairs. — T.R. (après l'ipéca) 38°, 6. — *Soir* : 39°.

24 *février*. — Pas du tout d'amélioration. T.R. : 38°, 5. — *Soir* : T.R. 38°, 6.

25 *février*. — Prostration très grande : quand on soulève les membres ou la tête du jeune malade, ces parties retombent inertes. Pourtant il peut se maintenir quelques instants assis, mais la tête semble lui tourner. — Il se découvre constamment et prend dans son lit des positions bizarres, comme s'il avait trop chaud (jambe hors du lit, arc de cercle, etc. ; pourtant ses membres sont *froids*.

Le visage est plutôt triste et haineux que très-abattu. — Pupilles étroites, se contractant cependant devant la lumière. — Plaques de cyanose sur les joues. M.. accuse de la céphalalgie. Les questions l'irritent; il dit des grossièretés et cherche à repousser quoique faiblement aussitôt qu'on le touche. La sensibilité à la piqûre d'épingle est très obtuse. — Mains et pieds cyanosés. — Pas de raie méningitique.

L'enfant consent à faire voir sa langue, qui est un peu blanche. Encore un peu de diarrhée : selles ocreuses et fétides. Ce matin il a vomi une gorgée de matière jaunâtre, sans effort. Le ventre ne paraît pas sensible ; pas de tympanisme ; pas de gargouillement.

Une vingtaine de mouvements respiratoires par minute,

irréguliers : les inspirations sont tantôt très-profondes, tantôt, au contraire, avortées ; d'autres se font en plusieurs saccades. — Thorax sonore ; on n'entend pas bien la respiration ; mais on ne trouve pas de râles.

Cœur : environ 80 révolutions par minute, régulières. Pas de souffle ; éréthisme fébrile ; les bruits sont retentissants. Quant au pouls, il est introuvable sur les radiales et les temporales. T.R. 39°.

Le *soir*, résolution encore plus marquée, mouvements plus faibles. Quand on assied le malade, sa tête retombe jusque sur le lit. T.R. 39°,6.

26 *février*. — L'enfant n'a pas dormi cette nuit. Il n'a cessé de se remuer, de chercher à quitter son lit, d'injurier les personnes qui le gardent. — A plusieurs reprises, on lui a demandé où il avait mal : il a indiqué sa tête.

Ce matin, la prostration est encore plus complète qu'hier, bien que le malade ait manifestement *sa connaissance*. Les traits sont immobiles, la bouche et les yeux ouverts ; il suit des yeux ceux qui l'entourent. — Lèvres sèches, blanches par places ; bouche non fuligineuse. — Aux joues la pâleur prédomine maintenant sur la cyanose. L'enfant demande instamment à boire.

La diarrhée continue, mais peu abondante ; les matières seraient presque aqueuses. Il n'y a *jamais eu de sang* dans les selles. Ventre : matité à droite, tympanisme à gauche ; gargouillement partout. — La pression ne fait pas contracter les traits du malade.

Respiration à 40, plus régulière qu'hier. De temps en temps, on note une inspiration plus profonde, qui coïncide avec une légère et courte agitation. — Pouls radial un peu perceptible, régulier, à 140. — T. R. 41°,3.

Pendant la visite, l'enfant meurt sans aucune agitation, et *avec sa connaissance*. — On le trouve inondé d'une diarrhée verdâtre et grumeleuse. — A aucun moment, il n'y a eu de sang dans les selles. — T. R. un quart d'heure après le décès : 43°,2. ; — une heure après : 39°,1. ; — 2 heures après : 39°.

AUTOPSIE 24 heures après le décès. — *Poids* 21 kilog. 80 (comme avant la maladie) ; du reste il n'y a pas d'amaigrissement apparent.

Tête. — *Cuir chevelu*, rien sauf les plaques de *teigne*. *Crâne*. *Voûte* asymétrique. — Petites ecchymoses exclusivement *périostiques*. — Base symétrique.

Calotte. — Les os du crâne sont minces d'une façon presque

uniforme. Les bosses pariétales sont très arrondies ; il y a une légère dépression de la bosse frontale gauche et de la bosse occipitale droite. Dans son ensemble le crâne a la forme trigonocéphale. Les sutures sont toutes très apparentes sur les deux faces et assez sinueuses ; il existe une série d'os wormiens sur la moitié supérieure des sutures pariéto-occipitales.

Méninges. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité normale. Adhérences par paquets des deux feuillets de l'*arachnoïde*, probablement anciennes, sur la convexité et à la base. *Pie-mère.* Sur la convexité, opacité presque générale. Œdème, vascularisation fine et ecchymotique au niveau du lobe sphéno-temporal droit. — La pie-mère s'enlève à peu près bien, mais souvent, dans les scissures, les deux feuillets sont accolés (surtout dans les scissures de Sylvius). A certains endroits, on produit des éraillures de la substance grise ; c'est principalement sur l'hémisphère droit, au niveau de la face externe du lobe occipital, la moitié antérieure de la première frontale, l'insula, le lobule orbitaire, la circonvolution du corps calleux (toutes ces parties offrent une coloration rougeâtre, comme saumonée) et sur toutes les régions de la base du cerveau. Le nerf optique droit est adhérent à la circonvolution voisine. — Pie-mère du *cervelet* et de l'*isthme* mince ; pas d'adhérences.

Encéphale. — *Poids* : 1490 gr., avec les méninges. — *Hémisphères égaux.* — *Cervelet, bulbe* et *protubérance*, avec les méninges, 170 gr., — Hémisphères cérébelleux égaux, n'offrant rien de particulier, ainsi que le *bulbe* et l'*isthme*.

Cerveau. — *Hémisphère droit.* — *Face convexe.* La F^1, composée de petits plis transversaux dans son tiers antérieur, envoie un pli de passage à F^2 ; elle se termine en arrière par deux branches : l'une supérieure qui descend sur la face interne jusqu'au sillon calloso-marginal ; l'autre, très-grosse, (1 cm. $^1/_2$), s'insère sur F^1 de niveau. — La F^2 est grosse, sinueuse, avec plusieurs petits sillons superficiels ; elle envoie en avant un pli de passage à F^3 et s'insère sur FA, au fond du sillon, par deux insertions que sépare une cavité dans laquelle plonge un petit pli de passage de FA. Il y a là une sorte d'emboîtement réciproque. — F^3, sinueuse, s'insère de niveau sur FA par une insertion assez volumineuse. — FA est très-sinueuse, grosse, mais ne tranche point par son volume sur les circonvolutions frontales. — SR profond, très-sinueux. — PA très-tortueuse, un peu plus petite que FA, se termine en bas par une bifurcation ; le sillon qui sépare les deux branches de cette bifurcation a un cm. $^1/_2$ de long, et s'étend jusqu'à LI.

— P^1, bien développé, envoie en arrière un pli de passage au lobe occipital. — P^2, assez volumineux, avec sillons superficiels. — PC assez gros ; mais au-dessus de lui et en avant, séparé de P^2 par un sillon profond, existe un lobule qui reçoit un pli de passage de P^1 : c'est ce que nous appelons d'habitude le lobule du pli courbe, situé en arrière. — LO assez gros, sinueux, avec sillons très-superficiels. La disposition du pli courbe et de son lobule doit être attribuée à ce fait, que la scissure parallèle, qui est profonde, est presque horizontale. — LI, quatre digitations, la postérieure bifurquée. — T^1, sinueuse, envoie un pli de passage en arrière de LI, dans le fond de SS et deux plis de passage à T^2. — T^2 est formée de trois parties séparées par des sillons transversaux et assez distincte de T^3. — T^3, T^4 grosses, séparées de CA par des sillons assez profonds.

Face interne. — F^1 grosse, formée de plis transversaux séparés par des sillons plus ou moins profonds. — SCM assez profonde, surtout en arrière. — CCCA assez simple, avec de nombreux points où la substance grise a été enlevée. — LP gros, avec encoche profonde entre F^1 et PA. Son sillon est court, superficiel, vertical. — LP est séparé de F^1 (face interne), de CCCA et de LQ par un sillon profond. — LQ gros ; sillons profonds. — SPO profonde. — *Coin* plissé, mais superficiellement. — Scissure calcarine assez creuse. — LO assez plissé. — CII grosse. — CA, VL, CO, CS, rien. — *Lobe orbitaire*, formé de circonvolutions séparées par des sillons assez profonds.

Hémisphère gauche. — *Face convexe.* F^1 est grosse, sinueuse, envoie deux plis à F^2 et présente en arrière une encoche au niveau du bord supérieur, moins profonde que celle de droite, et une petite insertion de niveau. — F^2, assez sinueuse, avec sillons assez profonds, s'insère sur FA à mi-hauteur et envoie en avant un pli de passage à F^3. — F^3, est sinueuse et s'insère en retrait sur FA. — FA, grosse, sinueuse, sans sillons. — SR profond. — PA assez volumineuse dans son tiers moyen, grêle dans ses deux autres tiers. A sa partie inférieure, on trouve un sillon superficiel, faisant le pendant de la bifurcation de droite. — P^1 formée de circonvolutions développées, sinueuses, envoie un pli au lobe occipital, un au lobule pariétal inférieur, un au lobule du pli courbe situé comme à droite en avant du pli courbe. — PC assez gros. — LO, normal. — LI, quatre digitations, dont trois bifurquées. — T^1 sinueuse, sans plis vers T^2, envoie un prolongement au fond de SS. — SP profonde. — T^2 bien développée, envoie

deux plis de passage à T^3, — T^3, T^4 très plissées et bien séparées. — T^4 complètement distinguée de CH par un sillon profond.

Face interne. — F^1 formée de plis transversaux sinueux. — SCM peu profonde en avant, profonde en arrière. — CCCA bifurquée dans son tiers antérieur. — LP, encoche profonde en avant entre F^1 (face interne) et FA et petite encoche répondant à SR. ; pas de sillon. — LQ gros. — *Coin* assez petit. — *Scissures pariéto-occipitale* et *calcarine* creuses. — LO bien plissé. — Le *ventricule latéral,* la *couche optique*, le *corps strié* n'offrent rien à signaler. — Le *corps calleux* a 6 à 7 mm. au milieu, 9 à 10 en avant. — *Lobe orbitaire* plissé.

Thorax. — *Cœur* normal (110 gr.). — *Poumons.* — Adhérences anciennes des deux sommets et du lobe moyen à droite. Pas de tuberculose. — Hyperhémie légère à droite, un peu plus prononcée à gauche. — P. droit, 250 gr. ; — P. gauche, 110 gr.

Abdomen. — *Tube digestif.* — *Œsophage, estomac* normaux ainsi que le *duodenum.* — Sur le reste de l'*intestin grêle* et sur le *gros intestin*, saillie marquée des follicules clos. Peu d'hyperhémie, sauf dans la région iléo-cœcale. — *Plaques de Peyer hyperhémiées, gonflées, sans ulcération.* — *Ganglions mésentériques* légèrement engorgés ; les *iléo-cœcaux* le sont plus que les autres. — *Foie* normal (890 gr.). — *Rate,* ferme et d'un rouge foncé (50 gr.). — *Reins* : Hyperhémie. Catarrhe des bassinets. Tubes collecteurs encombrés de matière muco-purulente. — L'albuminurie n'a pas été recherchée. — Poids : R. gauche (90 gr.) ; — R. droit (65 gr.). (L'hyperhémie est plus prononcée à gauche).

RÉFLEXIONS. — I. Dans les *antécédents héréditaires* nous avons à relever des deux côtés l'influence de l'*alcoolisme*. C'est là, en quelque sorte, une cause banale, que, depuis une vingtaine d'années, nous n'avons cessé de signaler dans nos publications. Nous avons soin aussi de relever l'action que peut exercer la *profession*. Bien que, dans ce cas, la profession du père ne fut point, par elle-même, insalubre, elle l'est par les habitudes fâcheuses qui existent trop souvent dans les ateliers de typographie. Il est de coutume que, chaque jour, l'un des ouvriers d'une équipe paie une

tournée, et il s'agit, en général, d'un litre de vin, à tous ses camarades. On conçoit aisément quelles sont les tristes conséquences d'une habitude aussi pernicieuse et sur l'individu et sa progéniture : ici elle est évi-

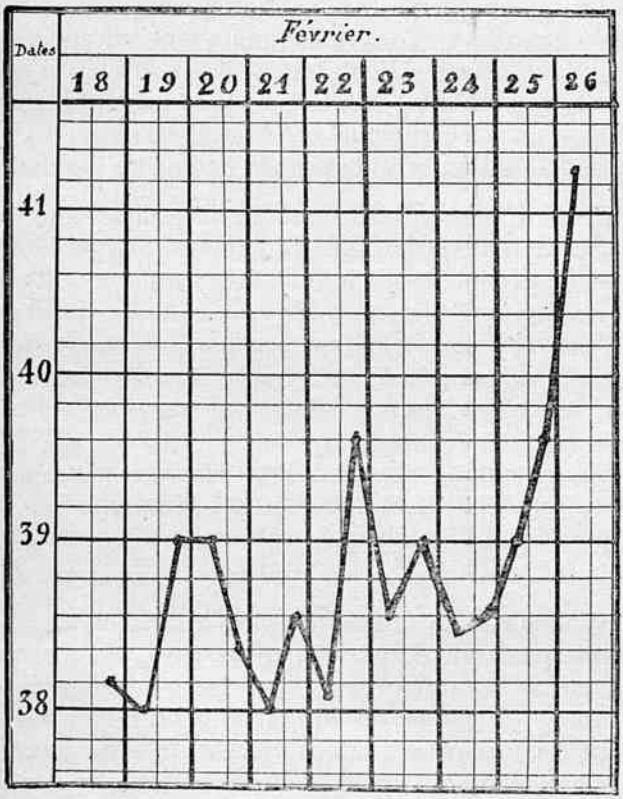


Fig. 1.

dente. Les *excès de boisson* du père n'ayant point cessé de progresser, nous voyons tous ses enfants succomber peu après la naissance à des convulsions.

II. De 2 à 7 ans, l'enfant a eu des *convulsions* qui

ont réapparu à peu près tous les mois et ont affaibli lentement et progressivement les facultés intellectuelles. Ce sont ces accidents et l'examen général de l'enfant à l'entrée, qui nous aident à poser le diagnostic anatomo-pathologique de l'idiotie. Malheureusement nous sommes obligés de nous confier, relativement, aux renseignements, et ces renseignements ont une valeur très variable, selon l'habileté d'observation et l'intelligence des parents. Il n'est pas rare non plus que le médecin n'ait contribué en formulant trop tôt une opinion, qu'il ne rectifie pas, à l'erreur de la famille.

III. Le *diagnostic* de la maladie terminale était difficile. L'extrême irritabilité de l'enfant, l'hyperesthésie cutanée, la céphalalgie intense, les vomissements sans efforts, les irrégularités de la respiration — joints aux antécédents et au début brusque — nous imposaient le diagnostic de *méningite*. La diarrhée continue, les caractères des selles nous auraient certainement retenus si nous n'avions eu affaire à un enfant gâteux, et nous auraient fait pencher pour le diagnostic : *fièvre typhoïde*. Ce fait témoigne une fois de plus des difficultés que présente le *diagnostic* chez les enfants idiots.

IV. Quant à la *température* (*Fig.* 1), elle ne nous fournit pas, ici, d'indications précises. Sa marche a été tout à fait irrégulière. Le tracé ne ressemble pas au tracé classique de la *fièvre typhoïde* avec son ascension progressivement croissante d'un degré un ou deux dixièmes quotidiennement durant les premiers jours de la maladie. Il ne se rapproche pas non plus de celui de la *méningite* qui, d'ordinaire, débute par une température élevée, qui se maintient avec des rémissions matinales peu accusées.

---

(1) Voir : Bourneville — *Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1873.

La *température après la mort* a atteint un chiffre considérable, 43°, 2, qui est autant du fait d'une méningite que de la dothiénentérie, car l'une et l'autre de ces maladies peuvent se terminer par une semblable élévation de la température.

V. L'autopsie nous a révélé : 1° les lésions de la fièvre typhoïde à la première période ; — 2° des lésions méningées *récentes* sur des lésions méningées *anciennes*.

Tel qu'il est, malgré ses lacunes, ce cas nous montre l'intérêt qui s'attache à l'étude des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants.

II.

Idiotie méningitique ;

PAR BOURNEVILLE ET BONCOURT.

SOMMAIRE. — *Rien du côté paternel au point de vue nerveux. Un frère et une sœur morts de tuberculose (?). — Mère d'une intelligence peu développée. — Grand'mère maternelle un peu nerveuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans.*

Enfant petit à la naissance. — Jamais de convulsions. — Fièvre à huit mois dite typhoïde (?), suivie d'un état d'hébétude. — Attitude inclinée de la tête. — Parole, attention, affectivité, nulles. — Marche à deux ans. — Gâtisme. — Voracité. — Salacité. — Clastomanie, grimaces de la face. — Grincement des dents. — Actes inconscients. — Tentative d'incendie. — Granulie. — Mort.

AUTOPSIE. — *Méningo-encéphalite chronique. — Lésions tuberculeuses des poumons.*

Lapous... (Lucien), né à Paris, le 5 mars 1882, âgé de 9 ans, est entré le 2 mai 1891, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère le 16 mai 1891. — *Père*, âgé de 36 ans, garçon de magasin dans une maison de confection ; c'est un homme de taille moyenne, robuste, jouissant d'une bonne santé ; il n'a jamais eu de convulsions, ni de fièvre typhoïde, ni de rhumatismes, ni de dartres, ni de migraines ; il souffre uniquement d'une dyspepsie. Pas d'alcoolisme ; fume peu. Il y a dix ans qu'il habite Paris, auparavant il vivait à la campagne. Il a un caractère froid, calme ; il est travailleur et bon père de famille. Son instruction se borne à savoir lire et écrire. —[*Père*, 58 ans, cultivateur dans l'Orne, bien portant ; ni alcoolisme, ni accidents nerveux. — *Mère*, morte à 55 ans ; peut-être a-t-elle succombé à une

affection de l'estomac ; elle n'était pas nerveuse. — On n'a eu aucun renseignement sur les *oncles* ou les *grands-parents*, soit *paternels*, soit *maternels*. — Onze *frères* ou *sœurs* : sept sont morts jeunes, deux auraient succombé à une *affection de la poitrine* ; les survivants, deux *frères* et deux *sœurs*, sont bien portants. — Il n'y a rien à signaler dans le *reste de la famille*.]

Mère, 31 ans, fait des ménages, n'a eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dartres, ni migraines. Santé excellente. Son intelligence semble bornée ; son instruction est à peu près nulle, elle sait à peine lire et écrire ; n'est pas nerveuse. — [*Père*, mort à 70 ans, d'une affection stomacale ; non alcoolique, ni nerveux. — *Mère*, 71 ans, travaille encore à la terre ; a fréquemment des maux de tête ; un peu nerveuse, jamais d'attaques de nerfs. — Aucun renseignement sur les *grand-père* et *grand'mère paternels* ; en tous cas ils sont morts âgés. — *Grand-père maternel*, aucun renseignement. — *Grand'mère paternelle* morte à la suite de couches. — Six *oncles paternels* ; cinq sont morts, un seul est survivant et a des enfants, tous en bonne santé. — Une *tante paternelle* et une *tante maternelle*, très âgées, sont bien portantes. — Trois *frères* : deux n'ont rien de particulier ; l'un est marié et n'a pas d'enfants ; un troisième est mort en bas-âge. — Quatre *sœurs* : trois sont mariées et deux ont des enfants bien portants et intelligents.]

Pas de consanguinité. — *Différence d'âge* de cinq ans.

Trois *enfants* : 1° *notre malade* ; — 2° un *garçon*, 7 ans, fort et intelligent ; — 3° une *fille*, 5 ans, bien portante et intelligente. La mère qui donne les renseignements est enceinte. [En avril 1893, le père de l'enfant nous dit que sa femme est morte en couches de son quatrième enfant, un garçon, qui a maintenant 18 mois et semble intelligent ; il serait en retard pour la dentition, n'ayant que six dents.]

Notre malade. — Au moment de la *conception* et pendant la *grossesse* bons rapports entre les parents ; aisance dans le ménage. Ils étaient heureux de cette grossesse qui était attendue depuis deux ans ; pas de peurs, pas d'envies. — *Accouchement* à terme et naturel ; le travail a duré longtemps. Pas d'albuminurie, pas d'éclampsie. — *A la naissance*, l'enfant était petit (2 kilogr. 5) ; ni asphyxie, ni cordon autour du cou. — Élevé au sein jusqu'à 4 mois par sa mère. A cette époque l'enfant est sevré et envoyé à la campagne, où il est nourri

avec du lait de vache. *Il n'a jamais eu de convulsions.* La *dentition* aurait été tardive. A 8 mois, il aurait eu une *fièvre typhoïde* (?) ayant duré un mois ; en même temps il aurait eu une autre fièvre (?). La convalescence fut longue. A la suite de cette maladie, l'enfant a gardé un air d'hébétude qui ne l'a jamais quitté. C'est depuis cette époque qu'il a la tête dans l'attitude spéciale suivante : elle est inclinée sur le tronc de sorte que l'enfant a toujours l'air de chercher par terre. Il n'a jamais parlé. Les cris qu'il pousse sont inintelligibles. Il ne se retourne pas quand on lui parle. Un bruit intense à côté de lui n'a, pendant longtemps, déterminé aucune réaction ; maintenant on dit qu'il se retourne. Il a marché à deux ans, il a toujours été gâteux, il a depuis quelque temps des périodes durant lesquelles il est propre, puis il recommence à gâter. Il mange gloutonnement, ne mastique pas : sa mère prétend « qu'il mangerait toute la journée. » Les digestions sont bonnes. Il ne fait attention qu'à la nourriture ; tout le reste lui est indifférent, même sa mère ; il suit toute personne qui lui présente quelque chose à manger. Il est salace, déchire ses habits, casse tout ce qu'il a entre les mains. Il est incapable de s'habiller et de se déshabiller seul. Il fait des grimaces, grince des dents, gesticule, court sans raison vers un but imaginaire. Étant à la campagne, il s'est livré plusieurs fois à des actes impulsifs inconscients. Il allait détacher à toute heure de la journée les vaches dans les écuries du village. Il a mis aussi le feu dans une cage à oies. Si on le frappe pour l'empêcher de commettre de tels actes et c'est, dit-on, le seul moyen à employer, il pleure et se retire dans un coin où il passe des heures, la tête fléchie sur le tronc. Il ne joue jamais seul ou avec d'autres enfants.

Pas de rougeole, de scarlatine, ni de coqueluche. — Pas d'ophtalmie, d'otorrhée, d'adénite, de bronchite ni d'hémoptysie ; à plusieurs reprises on a vu du sang dans ses selles. Premières dents à 13 mois ; dentition complète à 20 mois.

Les parents attribuent la maladie de leur enfant à la *fièvre typhoïde.*

En avril 1893, le père nous a fourni les renseignements suivants sur cette maladie : il est resté trois jours sans connaissance ; la tête était brûlante ; il n'aurait pas eu de convulsions mais il aurait eu de la diarrhée. Il affirme que, avant cette maladie, son enfant était aussi avancé que les enfants de son âge, qu'il le connaissait ainsi que sa mère, qu'il souriait, disait papa et maman, et que, après la maladie, toutes ces premières manifestations ont cessé. C'est vers 18 à 20 mois

que les parents ont reconnu que leur enfant était arriéré parce qu'il ne parlait ni ne marchait.

21 *mai.* — *Traitement :* sirop d'iodure de fer ; douches de 30 secondes ; petite école.

13 *juin.* La dentition de lait est encore complète à l'âge de 9 ans. Les dents de lait sont usées dans la moitié de leur hauteur aux deux mâchoires. Les incisives sont légèrement mobiles. Il n'y a qu'une seule dent nouvelle. Cette usure des dents vient de ce que celles-ci se rencontrent exactement bout à bout. Les gencives sont en bon état.

L'enfant va à la *petite école.* Là, on constate qu'il n'articule aucun son et on croit qu'il n'entend rien. Quand il est content, il pousse un petit cri ; il a toujours la tête inclinée sur le tronc, mais le *corps* reste droit. Il *marche* lentement, traine ses pieds et se talonne. Jamais on ne l'a vu courir.

A table, il mange proprement et se sert de la cuillère et de la fourchette. Il mastique convenablement. L'appétit est bon, sans aucune préférence. L'enfant n'est ni gourmand, ni salace. Il ne bave pas. Les digestions sont bonnes ; les selles sont régulières. Pas de vers. Il gâte de temps en temps. Il est long à s'endormir et la nuit il est souvent agité. — Il ne se masturbe pas, mais on a remarqué qu'il croisait ses jambes l'une sur l'autre en y comprenant sa verge. Il est incapable de se nettoyer lui-même, de s'habiller ou de se déshabiller, de nouer les cordons de ses chaussures qu'il lace cependant seul.

Il grince des dents continuellement, hoche de la tête. Le caractère est assez bon. L... aime à être embrassé, mais ne tend pas la joue lui-même. Il affectionne beaucoup les fleurs et, si on lui en présente, il les met à sa boutonnière.

En classe, il est attentif, comprend ce qu'on lui demande, imite bien ce qu'il voit faire. Il ne sait pas faire les lettres ; il trace des bâtons. Aucune notion des couleurs, des longueurs, des volumes, etc. Il connaît quelques objets (livre, crayon, règle, aiguille, dé). Il fait quelques exercices de gymnastique et commence à sauter. Il aide à débarrasser la table au réfectoire et à ranger les assiettes et les gobelets.

État actuel. — *Juillet.* Cet enfant est bien constitué. Les téguments sont colorés et assez gras. Le visage est sans expression, le regard fuyant.

Tête assez régulière. Les fontanelles sont ossifiées. Légère saillie des bosses occipitales et pariétales. Cheveux châtain-foncé, abondants ; petit épi en tourbillon à la partie postérieure. La *face* est ovale, asymétrique, la moitié droite est

plus accusée que la gauche. Le *front* est saillant, élevé. Les bosses frontales sont peu prononcées. Les arcades sourcilières sont à peine saillantes au toucher. Les sourcils sont blonds, à peine marqués à droite. De ce côté, on trouve une légère interruption à la partie moyenne. Les paupières sont normales, toujours en mouvement. Les cils sont noirs, bien fournis; il n'y a pas de blépharite, ni d'exophtalmie, de strabisme, ou de nystagmus. Iris brun, pupilles égales, réagissant à tous les agents. L'examen fonctionnel de l'œil n'est pas possible.

Nez court, droit, un peu renflé à gauche et au niveau de a partie moyenne ; déviation de la cloison à gauche. L'enfant a du coryza. L'examen de l'*odorat* est impossible. — *Bouche* grande, lèvres épaisses, l'inférieure un peu renversée, la supérieure saillante à la partie médiane. — *Langue, palais* et *voûte palatine* normaux, symétriques, luette petite. *Amygdales* un peu grosses. *Goût* peu développé ; répugnance pour le sulfate de quinine. *Réflexe* pharyngien conservé ; pas de tumeurs adénoïdes. — Sillons naso-labiaux à peine marqués. — Pommettes régulières, un peu saillantes. Joues normales. *Menton* petit, arrondi, un peu fuyant; fossette légèrement marquée. — *Oreilles* grandes, bien ourlées, en forme de bateau par suite du renversement de la partie supérieure du pavillon ; le lobule est détaché. L'*ouïe* ne parait sensible qu'aux grands bruits.

Circonférence horizontale maxima	50, 3
Demi-circonférence bi-auriculaire	37
De l'art. occipito-atloï. à la racine du nez	35
Diamètre antéro-postérieur	16, 5
— bi-auriculaire	0, 9
— bi-pariétal	4
Hauteur du front	6

Toutes les *sensibilités* sont bien conservées sur toute l'étendue du corps et les *réflexes* sont normaux.

Puberté. — Corps absolument glabre, verge petite, ayant 3 cent. de longueur et de circonférence. Prépuce long ; gland découvrable, sans malformation. Scrotum un peu lâche. Testicules de la grosseur d'un pois, égaux, symétriques ; ils peuvent être refoulés à l'anneau.

Cou petit ; circonférence, 27 cent. — *Corps thyroïde* perceptible, semblant normal.

Thorax maigre, sans aucune déformation. L'angle antérieur des côtes est un peu saillant. *Poumons, cœur,* rien de particulier. — Le *ventre* est dur, saillant, adipeux. L'ombilic est

proéminent. Le *foie* et la *rate* ont leurs dimensions naturelles. — *Colonne vertébrale* régulière.

Membres supérieurs symétriques, grêles, normaux, motilité normale. — *Membres inférieurs*, grêles et symétriques ; léger *genu valgum*.

25 *juillet*. — *Traitement* : Continuer les douches.

9 *octobre*. — L'enfant est revacciné sans succès. Il présente trois cicatrices apparentes à chaque bras.

Décembre. — Lapous.. est devenu propre. Il s'occupe du nettoyage et pleure si on veut l'en empêcher. On l'exerce à la parole ; il apporte peu d'attention aux exercices.

1892. 20 *février*. — L'enfant est envoyé à l'isolement pour une légère éruption. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 39°,6.

21 *février*. — *Eruption rubéolique* discrète. Les phénomènes thoraciques sont peu marqués. Toux peu fréquente ; conjonctivite légère. T. R, 38°, 3, — *Soir* : 39°, 4. — Potion avec sirop de tolu et acétate d'ammoniaque.

22 *février*. — La température a considérablement diminué (37°,4). L'éruption a pâli ; elle se présente au niveau de chaque poignet sous la forme de plaques en bracelet, sans intervalles de peau saine. L'état général est bon. — *Soir* : T. R. 37°, 6.

23 *février*, — *Matin* : T. R. 37°, 8. — *Soir* : T. R. 38°, 1.

24 *février*. — *Matin* : T. R. 37°, 3. — *Soir* : T. R. 37°, 5.

25 *février*. — T.R. 37°. Le malade n'a plus que de légères plaques livides. Desquamation du cou et de la face. *Soir* : T. R. 37°, 3.

26 *février*. — *Matin* : T. R. 39°, 5. — *Soir* : T. R. 37°.

27 *février*. — *Matin* : T. R. 37°, 3. — *Soir* : T. R. 37°, 1.

28 *février*. — *Matin* : T. R. 36°, 6. — *Soir* : T. R. 37°, 4.

29 *février*. — *Matin* et *Soir* : T. R. 37°, 2.

1er *mars*. — *Matin* et *Soir* : T. R. 37°. La convalescence suit son cours, sans aucun accident.

2 *mars*. — *Matin* : T. R. 36°, 6. — *Soir* : T. R. 37°.

3 *mars*. — *Matin* : T. R. 36°, 4. — *Soir* : T. R. 37°, 1.

4 *mars*. — *Matin* et *Soir* : T. R. 37°.

5 *mars*. — *Matin* : T. R. 36°, 6. — *Soir* : T. R. 37°.

6 *mars*. — L'enfant sort du pavillon d'isolement.

Juin. — Lapous... fait peu de progrès, au point de vue de la *parole*. Il place les chiffres, les couleurs, les lettres et les surfaces. Il aime et accomplit bien les exercices de nettoyage et de balayage. Il a de l'ordre et de la propreté.

Décembre. — Durant ce semestre l'enfant n'a réalisé aucun progrès. Il est devenu obstiné, refuse de travailler, pleure, pousse les personnes qui veulent le faire rester tranquille. Depuis les derniers temps, il essaie de prendre par ruse et sans bruit les clés avec lesquelles il ouvre parfaitement les portes. Quand il ne peut y arriver par subterfuge, il essaie par la flatterie. S'il ne réussit pas il manifeste de l'ennui ; s'il réussit, il est, au contraire, très fier. Lorsqu'il lit et surtout quand il écrit, il est agité, tire la langue, la contorsionne et exagère son grincement de dents. S'il est assis, il se balance continuellement. Dans la marche, la jambe gauche reste toujours en arrière. L'enfant se fait très bien comprendre par signes.

1893. *Janvier.* — *Puberté.* Visage, corps et pénil glabres. Verge 2 cent. de longueur et 2 de circonférence. Le prépuce est long ; gland découvrable. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle.

3 *avril.* — L'enfant est amené à l'infirmerie. Il tousse et a la langue sèche. T. R. 39°, 2. A l'auscultation, râles fins, disséminés dans toute l'étendue du poumon droit et souffle à la base.

4 *avril.* — Même état ; dyspnée. T. R. 38°, 8. Potion de Tood ; acétate d'ammoniaque ; lotions. — *Soir* : T. R. 38°.

6 *avril.* — La dyspnée est moins prononcée. — T. R. 38°, 8. La situation générale semble meilleure ; l'état du poumon est stationnaire. — Quinquina et Tood. — *Soir* : T. R. 38°, 8.

7 *avril.* — L'état est le même. — *Soir* : T. R. 38°.

8 *avril.* — A 5 heures, du matin, après une nuit tranquille, l'enfant se réveille brusquement en proie à une dyspnée intense et une agitation qui ne dure qu'une demie-heure, accidents qui sont suivis de râle trachéal et de cyanose du visage. Le pouls devient filiforme. Malgré les injections sous-cutanées d'éther, les sinapismes et les lotions vinaigrées, à 9 heures du matin, l'enfant respire de plus en plus mal, se cyanose de plus en plus, le visage devient violet, les yeux s'excavent et s'éteignent. La langue est couverte d'un enduit noir et coagulé. L'enfant meurt sans convulsions.

Aussitôt après la mort	39°, 5	
Un quart d'heure après	39°.	
Une heure après	36°.	
Deux heures après	33°.	
Jusque-là T. R. de la chambre		22°.
Cinq heures après	18°.	
Huit heures après	14°.	

Chambre		19°.
Onze heures	11°.	
Chambre		14°.
Dix-sept heures après	22°.	
Chambre		22°.

AUTOPSIE *faite* le 10 août. — *Tête. Cuir chevelu,* maigre et pâle. La *calotte crânienne* est légèrement asymétrique, moins développée à gauche qu'à droite. Les *sutures* sont fines, dentelées et très nettement visibles sur les deux faces. La calotte est très mince, 2 ou 3 mm. au plus; elle offre un grand nombre de plaques transparentes principalement au niveau de l'angle antéro-supérieur des pariétaux. Les os sont friables, un peu congestionnés et il y a un léger degré d'*acrocéphalie.*

La *dure-mère* est un peu injectée, non épaisse, les *sinus* sont gorgés de sang fluide. Les *cavités de la base* sont normales; le *trou occipital* n'est pas rétréci.

La *pie-mère* est vascularisée d'une façon très intense à la base et à la convexité. Elle est épaissie d'une façon générale, principalement au niveau de l'hexagone. Sur l'*hémisphère cérébral gauche,* on la détache assez facilement sans entamer la substance grise. Sur les trois frontales, sur la pariétale ascendante et sur le pli courbe ainsi qu'au niveau du lobe occipital, la pie-mère présente des *taches ecchymotiques.* Dans quelques sillons elle est accollée. — Sur l'*hémisphère cérébral droit,* la décortication est assez difficile, surtout au niveau du lobe sphénoïdal où il existe des *adhérences* assez étendues. Elle est également très congestionnée. Les faces internes des lobes frontaux, ainsi que les lèvres de la scissure de Sylvius, sont *accollées.* — Au niveau de la base du cerveau les artères sont difficiles à isoler. — La *glande pinéale,* d'un aspect gris cendré, a la grosseur d'un petit pois. — Le *bulbe* et la *protubérance* sont symétriques. — Les *pédoncules cérébraux* sont égaux. — Les *tubercules mamillaires* et les *nerfs* de la base sont normaux.

L'*hémisphère cérébral gauche* présente dans les points où la pie-mère est ecchymotique des plaques ayant la couleur de la chair du saumon. — Pas de foyer de sclérose, ni d'aspect chagriné. — *Couche optique, corps strié, corne d'Ammon, corps calleux,* rien à signaler. — Les *circonvolutions* paraissent assez développées, les *sillons* moyennement profonds. Les lobes frontaux sont assez plissés.

L'*hémisphère droit* n'offre à la coupe rien de particulier.

Hémisphère cérébral droit	545 gr.
— — gauche	540 —

Poids total du cerveau	1085 gr.
Bulbe et protubérance	15 —
Hémisphère cérébelleux droit	80 —
— — gauche	80 —

La quantité de *liquide céphalo-rachidien* était normale. — La *moelle épinière* pèse 40 gr.

Cou. — Le *corps thyroïde* (18 gr.) présente une augmentation de volume au niveau du lobe droit. A la coupe, ce lobe paraît un peu fibreux et de coloration plus blanche.

Thorax. — Le *cœur* (140 gr.) est normal ; pas de persistance du trou de Botal. — *Poumon droit* (240 gr.), semis de *granulations tuberculeuses* dans les lobes supérieur et inférieur. — *Poumon gauche* (230 gr.) également semé de *granulations tuberculeuses* dont quelques-unes sont caséeuses. Autour de la trachée et des bronches, on trouve des ganglions caséeux.

Abdomen. — Le *foie* (680 gr.) est normal ainsi que la vésicule biliaire. La *rate* (80 gr.) adhère au péritoine et est entourée d'un foyer inflammatoire ; on n'y voit pas de granulations tuberculeuses. — La *capsule surrénale* droite (5 gr.) et la gauche (5 gr.), le *rein* droit (95 gr.) et le gauche (95 gr.) sont normaux. Il n'y a pas de calcul dans les reins ni la vessie. — *Pancréas* (40 gr.). — Le *tube digestif* est sain ; on note une légère dilatation du gros intestin. Il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions mésentériques, ni de lésions tuberculeuses du péritoine.

RÉFLEXIONS. — I. Du côté paternel nous avons seulement à mentionner deux décès dus probablement à la *tuberculose*, de telle sorte que c'est dans l'ascendance paternelle qu'on trouve l'origine de la maladie à laquelle a succombé notre malade.

Ni d'un côté, ni de l'autre nous n'avons trouvé d'antécédents nerveux méritant d'être signalés. Toutefois, il convient de noter que les renseignements sur les familles paternelle et maternelle présentent des lacunes.

II. La maladie que l'enfant a eue à huit mois et qu'on a qualifiée de *fièvre typhoïde* a peut-être été une *méningite*. En tout cas, la fièvre typhoïde, exceptionnelle à l'âge de huit mois étant admise, il est certain que l'enfant a éprouvé des *accidents cérébraux* graves: congestion de la tête, perte de connaissance. Cette maladie a eu pour conséquence de modifier profondément l'intelligence. L'évolution régulière qu'on avait précédemment constatée s'est arrêtée.

L'attitude particulière de la tête, les périodes alternatives de propreté et de gâtisme, les grincements de dents, la gloutonnerie, la salacité, les tics, les impulsions inconscientes, la clastomanie, le traînement des pieds, indice d'un affaiblissement des jambes, etc., nous ont fait penser que l'*idiotie complète* devait être rattachée à une *méningo-encéphalite*.

III. L'autopsie a confirmé le diagnostic en faisant constater des lésions inflammatoires chroniques très étendues de la pie-mère et de la substance grise d'un certain nombre de circonvolutions.

IV. La *température* consignée matin et soir durant le *rubéole* confirme ce que nous avons dit précédemment dans un mémoire spécial (1).

V. Le tableau de la *température après la mort* est digne d'attirer l'attention. Progressivement la température tombe de 39°,5 à 22°, température de la chambre; puis la température du corps descend *au-dessous* de la température de la chambre et enfin la température du corps remonte pour se mettre en équilibre avec la tem-

(1) *De la roséole idiopathique ou rubéole*, par Bourneville et Bricon (Compte-rendu du service des enfants de Bicêtre pour 1884, t. v, p. 89.

pérature de la chambre. Ce fait s'ajoute à ceux que nous avons publiés précédemment pour montrer d'une façon évidente que la thermométrie, au moins dans nos climats, est un moyen certain de constater la réalité de la mort.

III.

Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite généralisée ;

PAR BOURNEVILLE ET DUBARRY.

SOMMAIRE. — *Père, enfui à l'étranger après escroquerie. — Arrière-grand'mère paternelle morte paralysée. — Mère, paraplégie traumatique. — Double consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans. — Un frère et une sœur sont peu intelligents.*

Jamais de convulsions. — Marche à 15 mois. — Début de la parole à 3 ans. — Propre à 6 ans. — Aptitude à l'instruction nulle. — Parole trainante. — 1884 : Urticaire ; — diarrhée ; — ascaride ; — affaiblissement progressif. — marche impossible. — Tuberculose pulmonaire ; mort.

AUTOPSIE. — *Cavernes pulmonaires. — Lésions chroniques des méninges et de la substance grise des circonvolutions.*

Boucher... Séguin Édouard Paul, né à Chatignac (Charente) le 8 mai 1870, est entré le 13 juin 1883, à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa tante maternelle (20 décembre 1883.). — *Père*, 50 ans, sobre, bien portant, *notaire*, a quitté la France l'année dernière après avoir fait 150.000 francs de dettes. — [Son *père*, également notaire, est mort du choléra en 1855. — Sa *mère* est morte d'une pneumonie à 81 ans. — *Grand'père* et *grand'mère paternels* morts de vieillesse. — *Grand'père maternel*, mort de rétention d'urine à 91 ans ; — *grand'mère maternelle*, morte *paralysée* à 78 ans. — Trois *frères* morts jeunes, l'un d'une fièvre typhoïde, l'autre du choléra, le troisième tuberculeux. — Une *sœur* morte jeune on ne sait de quoi. — Pas d'affections nerveuses dans la famille.]

Mère, 53 ans, *paraplégique* depuis 6 ans à la suite d'une chute, n'est nullement nerveuse, très intelligente.— [*Père* mort d'une affection cardiaque.— *Mère* morte à 66 ans d'une hydropisie consécutive à une maladie du cœur. — Le *grand-père* et la *grand'mère* étaient *cousins germains issus de deux sœurs*. Pas d'autres détails. — Deux *frères* et trois *sœurs* bien portants ainsi que leurs enfants].

Consanguinité: le père et la mère de notre malade sont *cousins germains issus de deux sœurs.*

Sept *enfants:* 1° garçon, 28 ans, *intelligence au-dessous de la moyenne*, il n'a pas réussi dans ses études;— 2° et 3° deux garçons, morts l'un à 3 ans de cholérine, l'autre à 5 ans de fièvre typhoïde; — 4° garçon, 23 ans, a fait ses études, est intelligent; — 5° garçon, 20 ans, le plus intelligent de tous; — 6° fille, 18 ans, rachitique, *peu intelligente.*

7° *Notre malade.— Grossesse* normale.— *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. Pas d'asphyxie à la naissance. — Élevé au sein par une nourrice à la campagne. *Il n'aurait jamais eu de convulsions.* Il a marché à quinze mois, mais n'a *commencé à parler qu'à* 3 *ans* et n'a été *propre* que vers l'âge de 6 à 7 ans. La *première dentition* dans son ensemble n'aurait pas été retardée. Envoyé à l'école, il fut impossible de rien lui apprendre.— Chez ses parents, il aimait beaucoup entendre le chant et le piano; on assure qu'il retrouvait les airs; sa voix était juste et agréable. L'enfant ne sait ni s'habiller ni se déshabiller et mange malproprement. Il est gai, affectueux, caressant, mais excessivement poltron. Il aime à détruire tout ce qui lui tombe sous sa main. Quoique assez délicat, il ne serait jamais malade. *La parole a toujours été traînante et il terminait chaque mot par un e muet sur lequel il appuyait longuement.*

État actuel.— Tête ovoïde, aplatissement assez prononcé au niveau du vertex, la bosse pariétale gauche est moins bombée que la droite. Cheveux blonds assez abondants. — Front étroit mais assez élevé.

Oreilles légèrement écartées, bien ourlées, lobule non adhérent.— *Nez* régulier. Lèvres peu épaisses; bouche assez grande; voûte palatine légèrement ogivale.

Cou assez court. — *Thorax* bien conformé; circonférence au niveau du mamelon pendant l'expiration, 64 cent. *Organes* thoraciques, rien de particulier. — *Membres* grêles et longs.

La *sensibilité générale* paraît normale. — L'*odorat* semble émoussé car l'enfant respire avec la même indifférence la teinture de valériane et l'eau de roses. — Le sens du *goût* n'a pas subi d'altérations. — L'*ouïe* est normale.

Facultés intellectuelles. — L'enfant dit le nom de tous les objets qu'on lui présente, ainsi que celui des différentes parties du corps, mais la parole traîne surtout sur la fin des mots. — *Poids* : 31 kg.

1884. 15 *juin.* — Éruption d'*urticaire* sur les avant-bras, les cuisses, le cou, la poitrine, le ventre, les lombes, les fesses. Bain d'amidon, purgatif. — Le lendemain, l'éruption a disparu.

27 *juin.* — Depuis hier, *diarrhée* (sept selles dans la nuit). Limonade purgative.

22 *décembre.* — Depuis quelques jours l'*enfant marche difficilement*, et paraît souffrir de la cuisse gauche qui est dans la flexion et l'adduction. Après avoir chloroformé le malade, on examine l'articulation de la hanche qui paraît saine. Quelques jours après, la douleur cesse.

1885. 7 *janvier.* — Diarrhée intense, le malade entre à l'infirmerie. T. R. 38°.

8 janvier.	Matin.....	38°	Soir.....	39°
9 —	—	38°	—	38°
10 —	—	38°	—	39°
11 —	—	38°,2	—	38°,2
12 —	—	38°,4	—	38°,6
13 —	—	38°,2	—	39°
14 —	—	38°,4	—	39°,1
15 —	—	39°	—	39°,4
16 —	—	39°	—	39°,2
17 —	—	39°,4	—	39°,3
18 —	—	39°	—	38°,6

Jusqu'au 4 février la température oscille entre 38 et 39°. Depuis son entrée à l'infirmerie, le malade a maigri, il ne mange guère et vomit ce qu'il prend. Le 16, on a trouvé un lombric dans une de ses selles. On lui donne de la scammonnée, mais il ne rend pas d'autres ascarides. On s'aperçoit qu'il a des habitudes d'*onanisme*, ce qui n'avait pas encore été remarqué. Pendant toute la maladie, le ventre a été ballonné, la diarrhée continuelle et les vomissements fréquents. — Le foie déborde un peu les fausses côtes, la rate paraît normale. Le 25 février, l'enfant demande à se lever, mais à peine a-t-il mis le pied par terre, qu'une syncope devient imminente, et on est obligé de le recoucher. Maigreur extrême, omoplates saillantes, sonorité de la poitrine normale. L'aus-

cultation permet d'entendre partout le murmure respiratoire, *mais les bruits du cœur sont nettement perçus au sommet droit* et au même point on perçoit *un retentissement exagéré de la voix.*

19 *mars.* — L'amaigrissement augmente toujours. Langue blanche, appétit très capricieux. L'enfant boit à peu près un litre de lait par jour. Diarrhée fétide, d'un vert grisâtre. Les veines sous-cutanées abdominales sont légèrement dilatées ; la sonorité abdominale parait diminuée par places. — *Poids* 25 kg. 90. au lieu de 31 kg. qu'il pesait à son entrée dans le service.

Depuis le 5 février, la température a oscillé entre 38° et 38°,5.

16 *mai.* — Conjonctivite catarrhale de l'œil gauche. Collyre au sulfate de zinc. Jusqu'au 30 mai, la conjonctive oculo-palpébrale reste rouge et vasculaire. A cette époque, la tuméfaction des paupières devient plus intense ; elles sont très adhérentes par leur bord libre, et en les décollant, il jaillit un flot de pus. Collyre au nitrate d'argent. — Au bout de 5 ou 6 jours, l'état des yeux s'est beaucoup amélioré.

L'appétit est revenu, les fonctions digestives sont régulières ; de temps en temps cependant l'enfant a encore de la diarrhée qui s'arrête avec le bismuth. Jusqu'au mois de juillet la température prise matin et soir se maintient entre 37° et 38°.

15 *juillet.* — La kérato-conjonctivite a laissé sur l'œil droit un *leucome* circulaire ayant un millimètre environ dans tous les sens et siégeant sur la partie externe de la cornée. Il présente à son centre un point transparent et se prolonge à la périphérie par une opacité diffuse. La partie interne de la cornée gauche est le siège d'une opacité encore plus marquée qu'à droite. — *Poids* 29 kg. 40.

19 *octobre.* — Depuis le commencement du mois, l'enfant refuse de quitter le lit. Quand on le lève de force, il s'affaisse sur ses jambes qui ne peuvent le soutenir. L'appétit est nul. De temps en temps B... tousse : submatité, augmentation des vibrations sous la clavicule droite. L'auscultation est impossible à cause des cris de l'enfant. Le sommeil est agité, l'enfant se réveille fréquemment, et fait pour vomir de vains efforts. Il a de l'incontinence d'urine et des matières fécales. — La maigreur est extrême, on observe une rougeur érythémateuse au niveau des apophyses épineuses de la région dorsale et du sacrum. — Malgré son mauvais état général, l'enfant a conservé toute sa gaité ; il a essayé même de chanter jusqu'à sa mort qui est survenue le 7 novembre 1884. T. R. un quart d'heure après la mort : 39°,5 ; — une heure après : 38°,2 ; — deux heures après : 38°. — *Poids* après le décès : 18 kilogr. 70.

AUTOPSIE le 9 novembre à 10 heures. — *Thorax.* — *Plèvre* quelques adhérences au sommet gauche, mais beaucoup plus marquées au sommet droit. — *Poumon* droit (460 gr.) : le lobe supérieur présente une vaste *caverne* ; on en trouve une plus petite à la partie supérieure du lobe inférieur, qui est fortement congestionné. — *Poumon* gauche (210 gr.) n'offre rien de particulier. — *Péricarde* : 20 gr. de sérosité environ. — *Cœur* (105 gr.), tissu musculaire rouge.

Abdomen. — *Estomac* ratatiné ; sa muqueuse est très altérée. — *Intestin grêle* très congestionné ; il n'y a pas trace d'ulcération. — *Foie* (1150 gr.) stéatosé. — *Rate* (150 gr.) normale. — *Reins* très congestionnés se décortiquant facilement ; le droit pèse 180 gr., le gauche 140 gr.

Tête. — La calotte est tout à fait ovoïde. La bosse pariétale gauche est moins bombée que la droite, il y a un léger aplatissement de la bosse frontale droite. Les os ont une épaisseur de 3 à 5 millimètres. Les sutures sont très dentelées et bien visibles sur les deux faces. Plaque transparente au niveau de l'angle antéro-supérieur des deux pariétaux. La calotte est très creuse au niveau des pariétaux.

Encéphale 1140 gr. — *Cervelet* et *isthme* 175 gr. — On essaye de décortiquer le cerveau mais on trouve *partout des adhérences.* On le met dans une solution de chloral et le lendemain on cherche à enlever la pie-mère et on constate que les sillons sont très serrés, les replis correspondants de la *pie-mère étant unis de la façon la plus intime : on ne peut sur aucun point enlever une parcelle de pie-mère sans entrainer une couche plus ou moins épaisse de substance grise.*

Les adhérences existent également sur le cervelet la protubérance et le bulbe. Cependant la pie-mère ne paraît pas épaissie, ce qui domine c'est l'*encéphalite.*

Hémisphère droit. — La *première circonvolution frontale* est sinueuse et plissée, les adhérences de la pie-mère sont surtout marquées dans ses trois quarts postérieurs. Elle envoie un pli de passage à la deuxième, et s'insère de niveau sur la frontale ascendante. — La *deuxième frontale* présente des adhérences au même niveau que la précédente, elle envoie un pli de passage à la troisième, et s'insère par un pied volumineux sur la frontale ascendante. — La *troisième frontale,* sans adhérences sur sa moitié antérieure, est peu développée ; elle se bifurque à sa partie postérieure et s'in-

sère par ses deux branches sur la frontale ascendante. — Le *sillon de Rolando* est sinueux et assez profond. — La *pariétale ascendante* est mince ainsi que la *frontale ascendante*, les adhérences y sont encore plus marquées que sur cette dernière, surtout à la partie supérieure. — La *première pariétale* envoie un pli de passage au lobe occipital. — La *deuxième pariétale* est peu développée. Les adhérences sont très marquées sur ces deux dernières circonvolutions. — Le *pli courbe*, assez volumineux, envoie un pli de passage au lobe occipital. — Le *lobule de l'insula*, très développé, se compose de trois digitations bifurquées. On ne remarque à sa surface aucune adhérence. — La *première temporale* est lisse et présente peu d'adhérences ainsi que la deuxième et la troisième qui sont en partie confondues. — Le *lobe occipital*, assez volumineux, est facilement décortiqué.

Face interne. — La *pie-mère* est aisément séparée de la substance cérébrale. La *circonvolution du corps calleux* envoie un pli de passage entre l'extrémité postérieure de la première frontale et le lobe paracentral. Ce pli a plus d'un centimètre de largeur. — Le *lobe paracentral* et le *lobe carré* sont volumineux et ont des sillons superficiels. Le second offre des adhérences à sa partie supérieure. — Le *coin* se décortique facilement. En enlevant la pie-mère, on entraîne des fragments de substance cérébrale sur la *circonvolution de l'hippocampe*.

Hémisphère gauche. — Face convexe. La *première frontale* envoie deux prolongements à la deuxième et s'insère sur la frontale ascendante un peu au-dessous du bord supérieur de l'hémisphère. — La *deuxième frontale*, sinueuse, envoie un pli de passage à la troisième et s'insère sur la frontale ascendante au fond du sillon. La *troisième frontale* se bifurque en arrière. — La *frontale ascendante* est volumineuse et sinueuse. Le *sillon de Rolando* est assez profond. — La *pariétale ascendante* est grêle et envoie des prolongements à la première temporale, au pli courbe, et à la deuxième temporale. — La *première temporale* projette un pli de passage qui s'emboîte dans le pli courbe. — La *deuxième temporale* est coupée dans sa partie supérieure par la scissure parallèle, celle-ci allant s'ouvrir dans le sillon qui sépare la première temporale du pli courbe. — La *première temporale*, lisse, envoie un pli de passage au fond de la scissure de Sylvius ; elle est en partie confondue avec la deuxième et la troisième. — Le *lobe de l'insula* est exactement pareil à celui du côté droit.

Face interne. — La *circonvolution* du *corps calleux* est

lisse et présente quelques adhérences à son origine. Le *lobe paracentral* est lisse, le sillon de Rolando y forme une encoche. — Le *lobe carré* est bien développé. Pas d'adhérences. — Les autres parties de l'hémisphère gauche sont normales.

RÉFLEXIONS. — I. Les *antécédents héréditaires* sont peu chargés ; mais les renseignements que nous avons pu recueillir nous paraissent bien insuffisants. Nous avons noté une *double consanguinité* ; mais on sait, d'après les statistiques que nous avons publiées que, dans l'étiologue de l'idiotie ou des idioties, la consanguinité n'a d'action réelle que s'il existe des tares héréditaires.

II. Comme l'autopsie l'a fait voir, les lésions prédominent sur la face convexe et sont presque nulles sur la face interne. Des deux côtés les lobes temporaux, occipitaux, et l'insula sont indemnes ; des deux côtés aussi la lésion prédomine sur la première et la seconde temporales et sur le pli courbe. Elles sont moins prononcées sur la frontale et la pariétale ascendantes que sur les circonvolutions situées en avant et en arrière.

IV.

Idiotie méningitique; — Syphilis héréditaire;

Par BOURNEVILLE et DARDEL.

Sommaire. — *Enfant naturelle. Mère syphilis; Renseignements insuffisants sur lui et sa famille. — Mère probablement syphilitique (traitement spécifique à Saint-Louis). Pas de consanguinité.*

Syphilis héréditaire. — Névrite optique et perte de la vue de l'œil gauche. — Mouvements choréïques. — Tic de la face. — Parole lente. — Prostration et contractures. — Traitement antisyphilitique. — Amélioration. — Mort sans convulsions. — Pas d'élévation de température après la mort.

Autopsie. — *Synostose localisée. — Taches d'athérome. — Décortication facile. — Épaississement des méninges. — Escarrhes multiples.*

Del... (Jeanne) née à Rio de Janeiro le 21 juin 1879 est entrée à la fondation Vallée (service de M. Bourneville), le 27 juin 1893.

Renseignements fournis par la mère de l'enfant (10 juillet 1893). — *Père* né au Brésil, de parents français, vint en France pour y faire ses études, y fit la connaissance de la mère de notre malade et l'emmena au Brésil ses études terminées. Il n'abusait pas d'alcool, mais fumait beaucoup et avait une conduite irrégulière. Il a eu la *syphilis* qu'il soigna longtemps. Son apparence extérieure indiquait une santé robuste, et tant qu'il a vécu avec sa maîtresse, il n'a pas été malade. Il abandonna maîtresse et enfant alors que celle-ci était âgée de trois ans. On dit qu'il avait un caractère bizarre. — [On n'a pas de renseignements sur son *père* et sa *mère*. Il était fils unique. — On ignore s'il y a des antécédents nerveux dans sa famille.]

Mère, a toujours été bien portante, n'a jamais eu d'accidents nerveux. A l'âge de dix-huit ans, elle alla au Brésil, où elle eût le *vomito negro*, et accoucha avant terme. Elle a vécu trois ans avec le père de son enfant, qui lui faisait subir de mauvais traitements. Il lui a probablement donné la *syphilis*, bien qu'elle ne l'avoue pas. Elle présente, en effet, à la face palmaire des doigts des syphilides qui ont été traitées à l'hôpital Saint-Louis par l'iodure de potassium et la liqueur de Van Swieten. On ne lui a pas reconnu d'autre accident syphilitique. Elle eut cependant une fausse couche de sept mois, provoquée, dit-elle, par une peur. L'enfant avait belle apparence, n'était pas émaciée, et ne paraît pas avoir présenté, au moment de sa naissance, de lésions cutanées. Cette fausse couche précéda la naissance de l'enfant que nous avons dans le service. — [Son *père* est mort à 71 ans; sa *mère*, à 63 ans, en *démence*. — Une *sœur*, mariée, qui souffre de migraines, est très « nerveuse », mais n'a pas eu d'attaques.]

Pas de consanguinité.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. — Contrariétés et chagrins pendant la *grossesse*; son amant la battait. — *Accouchement* à terme, naturel. — Pas d'éruptions cutanées à la naissance. Élevée au sein par sa mère. — Rougeole à 4 ans. Coqueluche à 5 ans. A l'âge de 7 ans, elle a eu des croûtes dans les cheveux, qui ont guéri sans traitement. — Pas de convulsions. Faiblesse de la vue. Elle revint en France vers l'âge de 8 ans. Elle présentait, autour des ongles des doigts de la main et des pieds, des ulcérations (*onyxis* probablement de nature spécifique) que la mère appelle des engelures.

Del... a fréquenté l'école, où elle se faisait remarquer par ses gamineries et sa méchanceté; elle battait ses camarades à tel point qu'on fut obligé de la rendre à sa mère. Elle lisait déjà avec difficulté, comme une myope.

Il y a cinq ans, le Dr Chevallereau, consulté, diagnostiqua une *rétinite syphilitique* et prescrivit un traitement que la mère ne fit pas suivre longtemps à son enfant. Deux ans plus tard, elle alla consulter le Dr Meyer, qui diagnostiqua: perte de la vue de l'œil gauche, affaiblissement très grand de l'œil droit, par suite d'altérations indélébiles du nerf optique et de la rétine — et lui fit porter des lunettes.

Depuis un an et demi seulement, Del... a des *mouvements choréïformes* et des *troubles de la parole*. On prétend que l'*intelligence* n'est pas affaiblie et que la *mémoire* est bonne. On n'a pas noté de pertes de connaissance. Le caractère

aurait changé. Del... devient timide et reste enfant dans sa manière d'être. Elle aime beaucoup sa poupée.

Pas de migraines, ni de douleurs ostéocopes, ni d'éruptions cutanées. — Elle n'est pas encore réglée, mais ses seins sont volumineux.

Traitement : Hydrothérapie ; — friction tous les soirs derrière les oreilles avec de l'onguent napolitain.

État actuel. — Enfant très grande et bien développée pour son âge, mais se fait tout de suite remarquer par la bizarrerie de son expression. Elle est sans cesse en mouvements, comme si elle avait la chorée. — La *parole* est lente, saccadée, nasonnée. Del... regarde les gens en riant d'un air hébété.

La *peau* est très pigmentée ; les cheveux sont très noirs, abondants, régulièrement implantés. — Pas d'adénites.

Tête. — Elle est d'habitude penchée à droite en raison des lésions oculaires. Elle est régulièrement ovoïde les bosses pariétales sont peu saillantes ; la région occipitale l'est légèrement, le front est assez élevé un peu plus bombé à droite, les arcades sourcillières sont assez proéminentes. Paupières bien mobiles, fentes palpébrales largement ouvertes. Sourcils longs et bien fournis. Pas de blépharite. Les *yeux* sont gris. Les pupilles réagissent à la distance et à la lumière, mais celle de gauche paraît un peu plus petite. Pour lire, l'enfant approche le livre qu'on lui présente très près de ses yeux. — *Nez* droit, fort, narines régulières. — *Odorat* normal. — *Pommettes* peu saillantes et symétriques. — *Bouche* moyenne, lèvres peu épaisses, la supérieure un peu saillante. — *Palais*, rien d'anormal ; voûte peu profonde. — *Amygdales* peu volumineuses. *Goût* normal. — *Dents* bien implantées, n'offrant pas de cannelures sur la continuité de la couronne ; la canine droite a une encoche latérale. — *Menton*, grand, non bifide. — *Oreilles* grandes, bien ourlées. L'*ouïe* paraît intacte.

Cou bien détaché. *Corps thyroïde* difficile à saisir.

Membres supérieurs : bien musclés, sans ancienne cicatrice. Les mains sont régulières, les ongles sont courts, cannelés.

Membres inférieurs : leur conformation est naturelle ; ils laissent voir plusieurs petites cicatrices, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, traces d'une éruption furonculeuse au dire de l'enfant. Les *réflexes* paraissent plutôt exagérés.

Thorax normal ; en arrière, entre les deux épaules, la pigmentation est plus foncée, avec, çà et là, des points blancs (cicatrices d'acné). Rien aux poumons et au cœur. *Colonne vertébrale*, aucune déviation.

Abdomen et bassin, réguliers. Le foie semble normal ; la rate n'est pas perceptible.

Organes génitaux et *puberté*. — Poils très noirs et touffus, surtout au niveau des grandes lèvres, s'étendant sur le mont de Vénus, et jusqu'au périnée. Toute la vulve est très pigmentée. Les petites lèvres sont cachées par les grandes ; elles mesurent 1 cent. et demi de hauteur. Clitoris difficilement visible. Fourchette très accusée. Fosse naviculaire très développée et très profonde. Écoulement leucorrhéique abondant. Hymen intact, circulaire.

Seins très développés, fermes et coniques. Aréole très pigmentée. — *Mamelon* saillant.

Gauche. — Hauteur : 19 mm. — Largeur : 22 mm.
Droit. — Hauteur : 17 mm. — Largeur : 21 mm.

Les *aisselles* sont garnies de nombreux poils noirs.

La *sensibilité générale* est intacte. — L'*intelligence* est médiocre — Del.. rit sans raison, comprend les questions qu'on lui pose, mais répond lentement, parfois en scandant. — La *mémoire* est assez bonne. D. .. se souvient des voyages qu'elle a faits, parle souvent du Brésil. — L'*attention* est facile à fixer. — Le *caractère* est doux et affectueux.

A l'occasion du moindre déplacement, elle a des mouvements convulsifs des muscles de la face, par exemple, quand on veut examiner sa bouche. — Tous ses *mouvements* sont lents, mais coordonnés. Elle se tient debout, les yeux fermés, les pieds rapprochés, sans osciller. Dans la *marche*, elle talonne et piétine, comme un enfant qui commence à marcher, ce qu'explique le mauvais état de la vision. En effet, elle craint à chaque instant de rencontrer un obstacle qu'elle n'aurait pas vu. Elle avance lentement en tendant les bras. Elle monte et descend les escaliers avec l'aide de quelqu'un. Elle essaie quelquefois de les descendre sans être accompagnée, mais elle le fait avec une lenteur excessive.

Mensurations de la tête en juin 1893 (1).

Circonférence horizontale	54
Demi-circonférence bi-auriculaire	34, 1/2
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	40
Diamètre antéro-postérieur	17,5
Diamètre bi-auriculaire	12
Diamètre bi-pariétal	12
Hauteur médiane du front	6

(1) Elles étaient les mêmes en décembre de la même année.

Poids : juin 1893 : 44 k. ; — décembre 1893 : 39 k. 500.

Taille en juin et décembre : 1 m. 56.

18 *novembre*. — D... entre à l'infirmerie pour des plaies multiples des orteils, dont la face supérieure présente des surfaces ulcérées, saignantes et fongueuses. — Pansement à l'iodoforme.

7 *décembre*. — Sans cause apparente, l'enfant tombe dans un état de prostration très prononcé. Le cou est raidi, les articulations des membres supérieurs ne jouent plus avec la même facilité, les muscles paraissent contractés, les fléchisseurs surtout. Les membres inférieurs sont également raidis. les genoux serrés l'un contre l'autre. — Le regard est fixe. — La pupille gauche est plus petite que la droite. L'enfant devient gâteux, ne veut plus se lever, ne parle plus et ne demande pas à manger. — 9 *décembre*. — T. 37°.

10 *décembre*. — *Matin* : T. 37°, 2. — *Soir* : 38°, 2.

11 *décembre*. — *Matin* : T. 37°, 8. — *Soir* : 38°, 1.

12 et 13 *déc*. — *Matin* : T. 37°, 6. — *Soir* : 38°, 4.

Le 13, au niveau des condyles internes des fémurs apparaissent deux plaques rouges, de forme elliptique, qui, le soir même, s'ulcèrent et saignent. — Autre escarrhe au niveau des fesses. — Réflexes exagérés. — Trépidation épileptoïde. Langue saburrale. — Yeux fixes, pupilles inégales. — *Traitement* : Eau de vie allemande : 15 gr. ; glace sur la tête ; pansement des escarrhes au sous-carbonate de fer ; lotions vinaigrées.

16 *décembre*. — Le tremblement épileptoïde est plus intense, les mâchoires sont contractées ; les lèvres et la langue tremblent davantage. Raie méningitique.

18 *décembre*. — Pas de fièvre. — L'enfant recommence à parler, s'agite et s'irrite lorsqu'on lui fait son pansement.

19 *décembre*. — Traitement antisyphilitique : une cuillerée à bouche du sirop de Gibert. — L'état s'améliore un peu. — Del... peut se lever, mais les escarrhes s'élargissent. — Affaiblissement considérable. — Pas de fièvre. — La somnolence persiste. — Les mâchoires restent contracturées et l'enfant se frotte avec la paume de la main le front et le nez.

1894. 6 *janvier*. — Les contractures persistent, jusqu'à la fin de janvier (20-25) époque à laquelle l'état s'améliore, les contractures disparaissent, les mouvements sont souples. — L'inégalité pupillaire subsiste.

1er *février*. — Les escarrhes se cicatrisent. — On supprime le sirop de Gibert et les frictions à l'onguent napolitain. —

15 *février*. — L'enfant est de nouveau très abattue, des

escarrhes se forment aux talons ; l'escarrhe fessière s'agrandit et se creuse. On reprend le sirop de Gibert et les frictions.

1er *mars.* — L'enfant baisse beaucoup.

15 *mars.* — La prostration est complète. — *Mort* le 17 mars sans convulsions. — *Poids* après décès, 30 kil. 200.

	Corps.	Chambre.
Température après la mort.....	37°	17°
1/4 d'heure — —	36°	17°
2 heures — —	36°	16°
4 — — —	36°	16°
8 — — —	17°	11°
12 — — —	15°	11°

AUTOPSIE faite 27 heures après décès. — Corps très amaigri. — La rigidité cadavérique n'a pas encore disparu.

Tête. — Les *os* du *crâne* sont notablement épaissis, lourds, et cependant peu durs ; ils s'effritent sur fe bord interne de la coupe. — On constate une *synostose complète* de la moitié droite de la suture coronale, une synostose de la suture sagittale dans toute son étendue. L'autre moitié de la suture coronale laisse voir des dentelures très sinueuses. Les sutures pariéto-occipitales présentent encore des dentelures à droite dans presque toute la hauteur, à gauche dans la moitié inférieure ; elles ont disparu dans la moitié supérieure de cette dernière suture et la synostose empiète un peu sur le côté droit. Du côté de la face interne du crâne, la synostose est à peu près complète sur toute la longueur de ces sutures.

La *dure-mère* est affaissée, plissée sur le cerveau, laissant une sorte de vide entre elle et les circonvolutions. Elle est exsangue, un peu épaissie au voisinage de la faulx et tout le long du sillon interhémisphérique, sans fausses membranes. Il y a très peu de sang dans les sinus. — Les différentes cavités de la base paraissent symétriques. — Le bord supérieur du rocher, des deux côtés, est saillant et volumineux. Le *trou occipital* n'est pas rétréci. — Le *corps pituitaire* paraît avoir les dimensions normales.

Encéphale. — Adhérence de la moitié postérieure des faces internes des deux *lobes frontaux*. Les *nerfs olfactifs* sont égaux, ainsi que les *tubercules mamillaires*, les *pédoncules cérébraux* et les *artères de la base*. — Les *nerfs* et les *bandelettes optiques*, très notablement, mais inégalement atrophiés, sont d'un gris jaunâtre : le nerf optique gauche semble un peu plus petit que le droit, tandis que les bandelettes sont atrophiées d'une façon égale. Il existe, des deux côtés, une *tache athéromateuse* à l'origine des artères sylviennes.

Durant la section des hémisphères et l'examen de la base, il s'écoule environ 25 gr. de *liquide céphalo-rachidien*. — La *pie-mère* se décortique très bien sur le bulbe et la protubérance annulaire, dont les différentes parties sont symétriques.

Hémisphère cérébral droit. — La *pie-mère* est très notablement épaissie à la face interne du lobe frontal et sur presque toute l'étendue de la face convexe de l'hémisphère. La décortication se fait avec une facilité remarquable. La *corne d'Ammon*, la *couche optique*, le *corps strié*, les *plexus choroïdes* ne présentent rien à signaler. — Le *ventricule latéral* est un peu plus creux que d'habitude, sans que ses prolongements semblent dilatés. — La pointe postérieure du lobe frontal, au niveau de la bandelette optique, est légèrement grisâtre. — Les *circonvolutions* sont presque partout grêles sur les deux faces, comme rétrécies, d'une assez grande simplicité en raison du petit nombre des plis de passage. Il n'y a pas de foyer de sclérose. — Sur les deux faces, et principalement sur la face interne, les *sillons* sont larges, béants et tout à fait superficiels.

Hémisphère cérébral gauche. — La *pie-mère* sur la face interne, tout le long du bord de la grande scissure, sur la face convexe des lobes frontal, pariétal et occipital, est finement vascularisée, épaissie, avec de nombreuses trainées blanchâtres. — Les *circonvolutions* sont un peu plus grêles que de l'autre côté, et cela sur les deux faces. Les *sillons* sont encore plus larges que sur l'autre hémisphère. — Rien aux *plexus choroïdes*, ni à la *corne d'Ammon*, ni aux *masses grises* centrales. Il n'y a que sur la moitié postérieure des lobes temporaux que la pie-mère n'est pas sensiblement épaissie, et cela, des deux côtés.

Moelle épinière. — Rien à l'examen macroscopique, à part un épaississement de la dure-mère, sur une hauteur de 0m,10. Quant à la pie-mère, elle est un peu plus grise à ce niveau.

Encéphale	1060 gr.
Cerveau	865 —
Hémisphère cérébral gauche	440 —
Hémisphère cérébral droit	445 —
Cervelet	165 —
Bulbe	15 —
Moelle	40 —

Cou. — Corps thyroïde. Le lobe gauche paraît un peu plus développé que le droit ; pas de trace de *thymus*.

Thorax. — *Cœur* normal (150 gr.); pas de persistance du trou de Botal. — *Poumons* sains, mais très légers: le gauche: 170 gr., le droit: 160 gr.

Abdomen. — *Foie* normal à la coupe (920 gr.); vésicule pleine de bile; pas de calculs, — *Rate* un peu petite (85 gr.). — *Rein* droit normal à la coupe (100 gr.); — le gauche parait un peu congestionné (140 gr.). Ils ne renferment pas de calculs. — *Estomac, pancréas, intestins,* rien de particulier. — L'*utérus* est petit, mais bien développé. Isolé des annexes, il pèse 15 gr. Les annexes pèsent 10 gr. et paraissent fortement vascularisées.

Escarrhes. — Les escarrhes que la malade présentait aux orteils sont cicatrisées. — Escarrhe à la jambe gauche, au niveau du condyle interne du tibia et une autre un peu plus bas. — A la jambe droite, à la hauteur du condyle interne du fémur, petite escarrhe peu profonde. Au niveau du trochanter droit, large escarrhe, mettant à nu le grand trochanter. Carie profonde à ce niveau. A la hauteur du trochanter gauche, on constate une autre escarrhe, mais moins profonde, l'os n'a pas été mis à nu de ce côté. Escarrhe cutanée à chaque talon. Grande escarrhe sacrée, dénudant la crête du sacrum en plusieurs points et de chaque côté; au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure, l'os est mis à nu. A la partie postérieure du thorax, de chaque côté, à la hauteur de l'épine de l'omoplate, l'os est à nu.

RÉFLEXIONS. I. — Nous avons toujours soin d'interroger les parents de nos malades sur la *syphilis*, indirectement d'abord en posant un certain nombre de questions relatives aux manifestations de cette maladie, puis directement en précisant la question. Nous prenons également le soin de les interroger à part, afin de nous placer dans les meilleures conditions possibles pour connaitre la vérité. Eh bien, malgré ces enquêtes minutieuses, le nombre des cas, où la syphilis peut être invoquée pour expliquer la genèse des maladies nerveuses chroniques des enfants de notre service, est très peu considérable. Dans le cas actuel, le doute n'est pas possible. Le père était syphilitique et tout semble indiquer qu'il a infecté sa maitresse avant la conception de la malade, un premier accouche-

ment avant terme permet au moins de le supposer.

II. — On ne peut se former une opinion sur l'*hérédité nerveuse* l'histoire, des deux familles n'étant qu'imparfaitement connue.

III. — La syphilis ne *paraît* s'être manifestée que tardivement, à 8 ans, par des *onyxis* d'abord, puis, à 9 ans, par une *rétinite syphilitique*. Il est probable aussi que c'est aux lésions syphilitiques du cerveau qu'il faut attribuer les accès de violence, les impulsions de l'enfant, les mouvements choréiformes, les troubles de la parole, la persistance du caractère enfantin, l'affaiblissement progressif de l'intelligence, les accidents méningitiques, compliqués de troubles trophiques, observés à la fin de 1893 qui, après s'être atténués pendant quelques semaines, ont ensuite réapparu et ont abouti à une terminaison fatale.

IV. — L'autopsie a fait découvrir une *synostose complète* des sutures coronale droite, interpariétale et d'une partie des sutures pariéto-occipitales. C'est la première fois que nous observons une synostose aussi étendue, sur 390 crânes. Néanmoins, rien ne dénotait une gêne de l'encéphale, car la *dure-mère* était plissée et affaissée sur le cerveau, indice non de plénitude mais de vacuité relative.

Les *méninges* étaient notablement épaissies sur presque toute l'étendue des hémisphères cérébraux, sauf à la partie postérieure des lobes temporaux (La sensibilité est demeurée intacte et la station debout, les yeux fermés, a toujours été possible).

La décortication de la *pie-mère* s'est effectuée partout sans difficulté. Les *circonvolutions* sont très grêles, sans qu'il paraisse y avoir, au moins à l'œil nu, de foyer de sclérose.

V.

Épilepsie idiopathique ; — État de mal ; Mort ; Lésions méningitiques ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **DARDEL**.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel, nombreux excès de boisson, coléreux. — Arrière-grand-père paternel, médecin, mort de la gravelle. — Arrière grand-oncle paternel, alcoolique, paraplégique. — Oncle paternel, alcoolique.*

Mère, morte de tuberculose pulmonaire. — Grand'tante maternelle, fille entretenue, morte à 25 ans. — Une autre grand'tante, attaques de nerfs, aliénée, alcoolique, hémiplégique. — Sœur, morte de méningite.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans.

Marche difficile. — Choléring à 13 mois. — Rougeole à 16 mois. — Fracture du bras gauche à 2 ans. — Pleurésie à 6 ans ? Début des crises nerveuses à 8 ans. — A 11 ans et demi, luxation du bras gauche. — Marche croissante des accès. — Déchéance intellectuelle. — État de mal ; mort.

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère à la calotte crânienne. — Adhérences de la pie-mère dans la zone rolandique supérieure.*

Couilb.... (Amélie Georgette), née à Paris le 14 mai 1877, est entrée à la Fondation Vallée le 1er mars 1890 (service de M. BOURNEVILLE) et est décédée le 15 février 1895.

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par le père de l'enfant). — *Père*, 39 ans, boucheur à l'émeri, sobre ; pas de convulsions dans l'enfance ; toujours bien portant ; pas d'accidents nerveux, ni syphilitiques, ni rhumatismaux ; pas de migraine ; intelligent, travailleur (gagne de 5 à 6 fr. par jour). — [*Famille du père. Père*, mort à 56 ans « à force de boire » ;

était un alcoolique invétéré ; aurait eu des *accès de delirium tremens ;* caractère violent, battait sa femme ; était cependant laborieux. — *Grand-père*, médecin, sobre, bien équilibré, mort de la gravelle à 66 ans. — *Grand'mère*, décédée à 60 ans ; rien de spécial. — *Mère*, morte à 32 ans, d'une tumeur abdominale ; pas de rhumatisme, n'était pas nerveuse. — *Grands-parents* maternels inconnus. — *Grand-oncle paternel* interné à l'asile de Bicêtre, alcoolique ; n'aurait pas eu d'attaques épileptiformes, mais paraît avoir été paraplégique. — Un *frère*, âgé de 33 ans, afficheur, alcoolique, peu intelligent ; aurait eu des hallucinations. — Une *sœur*, bien portante.]

Mère, fleuriste ; pas de convulsions ni plus tard de crises de nerfs, peu émotionable ; pas de rhumatisme, ni d'affection cutanée, morte à 34 ans de tuberculose pulmonaire. — [*Famille de la mère. Père*, mort à 60 ans, *mère*, à 50 ans, on ne sait de quoi. — Un *oncle* ne présente rien de particulier. — *Tante* mariée, sans enfants, bien portante ; — une autre a 5 enfants, tous en bonne santé. — Une *tante*, 25 ans, « *fille entretenue* ; — Une autre tante, de 40 ans, « *un peu folle* », a été à la Salpêtrière, a eu des crises de nerfs assez fréquentes ; alcoolisme ; *hémiplégie gauche*, mariée, n'a pas eu d'enfants. — Dans le reste de la famille, pas d'idiots, d'aliénés, etc.].

Pas de consanguinité. — Mère plus âgée de 4 ans.

5 *enfants* : 1° garçon, 17 ans, pas de convulsions, boucheur à l'émeri, travailleur et intelligent ; — 2° garçon, 15 ans, pas de convulsions, bonne santé habituelle, travailleur et intelligent ; en apprentissage chez son père ; — 3° notre malade ; — 4° une fille, 11 ans, bien portante, bonne écolière ; — 5° fille, morte à 44 ans, de *méningite* avec *convulsions*, en quatre jours.

Notre malade. — *Conception*, rien de particulier. — La *grossesse* s'est bien passée. Le père se souvient cependant être rentré un jour par hasard ivre chez lui, a brisé la table et des chaises, mais n'a pas frappé sa femme, qui, toutefois, fût péniblement impressionnée. — *Accouchement* à terme, naturel. — Pas d'asphyxie *à la naissance*. — Élevée au sein par sa mère, et sevrée à 22 mois. — Dentition normale, marche à un an. Pas de convulsions pendant les cinq premières années. Cholérine à 13 mois. Rougeole peu grave à 16 mois. — Pas de fièvre typhoïde, de scarlatine, ni de variole, etc. Pas de gourmes, pas d'affection oculaire ni auriculaire. Pleurésie à 6 ans, survenue à la suite d'un refroidissement, soignée

à l'hôpital Trousseau, guérie au bout de 3 mois sans ponction. A deux ans, chûte sur le côté et *fracture du bras gauche*. — Dès son enfance, le père aurait remarqué qu'elle avait une certaine difficulté dans la *marche* ; l'enfant se buttait au moindre obstacle.

Les *crises nerveuses* ont débuté à l'âge de 8 ans. La première survint vers minuit. L'enfant poussa un cri rauque et perdit connaissance. Elle était très pâle, puis elle fût agitée par des convulsions cloniques et urina sous elle. Pas de morsure de la langue, pas de bave ni de ronflement. Elle s'endormit tranquillement.

On ne peut invoquer, pour expliquer l'apparition des premiers accès, aucune émotion, aucune cause spéciale. Couilb... resta un an sans avoir de nouvel accès, puis elle en eût deux ou trois en deux mois. — Chaque fois, la crise était suivie d'émission d'urine. Les bras se contractaient en dedans, la tête etait en extension forcée, ainsi que le tronc et les membres inférieurs. Depuis cette époque, les crises sont plus fréquentes; elle en a deux ou trois par semaine. A l'école, elle n'a jamais rien appris : elle ne sait ni lire, ni écrire. — Pas de mauvais instincts, pas de kleptomanie, ne taquinait pas ses frères et sœurs, jouait au contraire volontiers avec eux et avec ses camarades et était plutôt rieuse. Pas d'accès de violence et de colère, mais était un peu entêtée. Il y a trois mois, le père est allé consulter M. Charcot, qui ordonna du bromure, et fit le diagnostic d'*épilepsie*.

Etat actuel (22 *avril* 1890). — Le teint est légèrement coloré, pas de maigreur, ni d'embonpoint exagéré. Expression un peu étonnée, parait intelligente, propre, soigneuse, et se tient bien. *Peau* glabre, lisse, assez fortement pigmentée en brun. — Pas de cicatrices vaccinales au bras gauche, trois petites au bras droit. Pas d'autres cicatrices ou blessures sur le corps. — Aisselles et pubis glabres. — Pas de ganglions axillaires, inguinaux, cervicaux. — Les cheveux sont noirs, frisés, assez courts, bien implantés, mais un peu incultes. — *Seins* non développés ; il n'y a pas d'aréole mamelonnaire. Au-dessous du sein gauche, il y a un petit *nœvus*.

Tête. Forme générale presque quadrangulaire, aplatie, symétrique. Bosses frontales normales. Fontanelles fermées. — *Front* peu élevé ; sa hauteur est moindre à la région des tempes, à cause de l'implantation des cheveux ; hauteur médiane 4 cent. — *Face* large. — Le diamètre transversal est presque égal, en apparence, au diamètre vertical. Arcades

sourcilières assez saillantes. Sourcils noirs, implantés dichotomiquement, comme les nervures d'une feuille sur la nervure centrale. — Paupières souples et normales ; fentes palpébrales horizontales. Cils noirs, longs. Pas de blépharite, pas d'exophtalmie. — Les yeux sont mobiles dans tous les sens. Pas de strabisme, pas de nystagmus. — *Iris* de couleur brun verdâtre ; pupilles petites, égales, réagissant bien à la lumière et aux distances. — Pas de lésions de la cornée, ni de la conjontive ; sensibilité cornéenne et acuité visuelle normales. — La notion des couleurs est peu développée. C... confond le vert et le jaune, ne connaît ni le violet ni le bleu. Le champ visuel n'est pas rétréci.

Nez camus, à large surface d'implantation, dilaté au niveau de sa partie moyenne, se rétrécissant ensuite légèrement pour se dilater de nouveau vers les narines. Petit *nævus* rouge sur sa face dorsale. Narines larges. *Odorat* normal.

La *bouche* est grande, les commissures se prolongent presque horizontalement. Lèvres peu épaisses. Voûte palatine, voile du palais, amygdales normaux. *Goût* : C... ne reconnaît pas les saveurs, prend le sucre pour le sel, sans que la réciproque soit vraie. — Menton arrondi, à fossettes. — *Oreilles* grandes, écartées de la surface d'implantation, à contours bien dessinés ; hélix, anthélix, tragus et antitragus réguliers. Le lobule est petit, mais non adhérent.

Le *cou* est court, arrondi ; le *corps thyroïde* fait une saillie notable au niveau de l'isthme et des parties latérales.

Circonférence au-dessus du C. thyroïde.....	28 cm. 2
— niveau du C. —	30 cm.

Membres supérieurs normaux, cylindriques, symétriques, musclés normalement ; doigts longs, en fuseau, ongles courts. — Dynamomètre Mathieu (petit modèle) : Main D. = 19 ; Main G. = 20. — *Membres inférieurs*, bien conformés.

Thorax régulier, légère courbure à droite. A ce niveau, la pigmentation brune est plus accentuée. Les omoplates font saillie en arrière. — Il n'y a pas de déformation rachidienne. — *Cœur* et poumons, rien de particulier. — L'*abdomen* est souple. Rien du côté du *foie* et de la *rate*.

Organes génitaux. Petites et grandes lèvres normales ; hymen intact. Anus, rien.

Sensibilité à la piqûre, au pincement, au froid et à la chaleur normale ainsi que les *réflexes* pharyngien et patellaire.

Couilb... parle assez correctement, elle se tient bien à table, mange proprement, s'habille, se déshabille seule, et fait sa

toilette convenablement. On n'a pas constaté chez elle d'onanisme. Elle est affectueuse, aime qu'on lui témoigne de l'amitié.

Traitement. Élixir polybromuré, une cuillerée à soupe pendant une semaine, puis deux pendant une semaine, trois pendant une autre; aller ensuite en diminuant; suspendre 15 jours et recommencer. — Hydrothérapie : douche de 40 secondes.

28 *juin.* — *Puberté.* Aisselles glabres. Seins non saillants. L'aréole mesure 8 millimètres de diamètre. Mamelon peu saillant. — Pénil glabre, non saillant. Capuchon très développé. — Clitoris assez gros. — Hymen en fer à cheval, intact, pas de déchirure, quoique l'ouverture soit assez grande. Rien à l'anus. Pas d'onanisme.

Décembre. — C... fait quelques progrès commence à connaître ses lettres, et à écrire; elle travaille assez bien à l'ouvroir, mais ne donne pas tout ce qu'elle pourrait donner : elle est d'une nature nonchalante.

1892. *Juillet.* — C.... est devenue très indolente, n'apporte pas de bonne volonté à ce qu'un lui fait faire ; aucun progrès à la classe.

1892. — *Janvier. Puberté.* — Glande mammaire peu développées. — Mamelon du volume d'un petit pois. — Aisselles et pénil glabres. — Grandes lèvres épaisses, petites lèvres peu développées.

8 *janvier.* — L'enfant en permission, s'est *brûlé* la joue droite (brûlure au 1er degré) ; rougeur érythémateuse, sans phlyctène. Pansement à la vaseline boriquée.

9 *janvier.* — L'élixir polybromuré a été continué jusqu'à ce jour, d'une à 4 cuillerées. Les douches ont été suspendues en novembre. Pas d'amélioration. 5 cuillerées d'élixir polybromuré (1).

1893. 17 *janvier.* — Même état au point de vue de l'épilepsie C.... ne fait pas de progrès, on ne peut rien obtenir d'elle. Même traitement.

1894. *Juin. Puberté.* — Pas de poils sous les aisselles. Seins naissants, aréoles légèrement tuméfiées.

---

(1) Chaque cuillérée à soupe de l'élixir employé dans le service répond à deux grammes de *bromure*.

Seins.	Diamétre horizontal à droite	9 cm.
	— — à gauche	8 cm.
	Diamétre vertical à droite	8 cm.
	— — à gauche	8 cm.

Duvet sur les avant-bras et la partie inférieure des bras. Les cuisses sont presque glabres. Léger duvet sur les jambes. Quelques poils sur le pénil, très léger duvet autour des grandes lèvres qui sont pigmentées. Petites lèvres peu développées. Capuchon saillant. Clitoris moyen. Orifice hyménéal en fer à cheval, à bords légèrement déchiquetés ; il admet facilement l'index. Région anale normale.

1895. 10 *février*. — Les parents de l'enfant l'emmènent en congé. Le matin, avant de partir, elle a eu quelques vertiges légers, mais pas d'accès.

Tableau des accès.

Mois.	1890		1891		1892		1893		1894		1895	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier.....	—	—	3	5	16	4	9	»	8	5	10	83
Février(1)....	—	—	9	2	6	4	4	2	118	2	300	137
Mars	4	1	3	4	7	5	6	2	1	3		
Avril.....	4	»	2	3	10	3	11	»	4	1		
Mai.....	2	»	10	6	15	»	4	»	2	5		
Juin.....	7	»	22	17	13	3	10	»	3	6		
Juillet.....	»	»	8	25	13	»	8	»	8	5		
Août	»	»	11	8	18	»	16	»	10	8		
Septembre...	4	»	12	28	11	»	19	4	7	4		
Octobre	2	1	12	»	9	»	15	»	12	3		
Novembre ...	7	»	15	11	13	»	20	»	10	4		
Décembre ...	2	»	22	11	11	»	6	»	9	5		
Totaux ..	32	2	129	120	142	19	128	8	192	51	310	220

13 *février*. — Les parents ramènent l'enfant, très malade Elle eu plusieurs accès dans la soirée du dimanche, 10 février.

(1) Du 1er au 13 février.

et dans la nuit du dimanche à lundi, une vingtaine d'accès. Le lendemain elle était très abattue, répondait à peine aux question qu'on lui posait. Elle eût encore une série d'accès, perdit alors complètement connaissance et resta dans un état comateux qui inquiéta les parents et les décida à la ramener à la Fondation. Les accès s'étaient succédés avec une très grande fréquence. Les parents disent en avoir compté plus de deux cents. Quand nous l'avons vue, elle était étendue sur son lit, immobile, sans connaissance, ne réagissant pas aux excitations extérieures. Le réflexe cornéen est conservé; pas d'inégalité pupillaire; pas de paralysie C... a eu un accès en notre présence, très court. Son visage pâlit, les membres supérieurs se raidirent en extension, ainsi que le tronc et les membres inférieurs, et furent secoués par quelques convulsions cloniques; les commissures labiales s'agitèrent quelques secondes, puis l'enfant retomba dans le coma. Pas d'écume aux lèvres, pas d'émission d'urine.

Traitement : Lavement purgatif; enveloppement dans un drap sinapisé; — bromure : 6 gr.

Tableau des mensurations de la tête.

	1890		1891		1892		1893		1894		1895
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonférence horizontale maxima....	50	»	»	49	»	50.5	»	50.5	»	51	52
Demi-circonférence bi-auriculaire.....	26	»	»	32	»	32.5	»	33	»	35	35
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	36	»	»	35	»	36	»	38	»	39	39
Diamètre antéro-postérieur maximum...	17	»	»	17	»	17.4	»	17.5	»	17.5	17.5
Diamètre bi-auriculaire maximum.....	12.2	»	»	11	»	11.8	»	11.8	»	12	12
Diamètre bi-pariétal maximum	13.5	»	»	13	»	13	»	13	»	13.2	13.5
Diamètre bi-temporal maximum.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	11.2	11.5
Hauteur médiane du front	»	»	»	4.5	»	4.5	»	5	»	5	5

Le lendemain, même état. C... n'a pas repris connaissance et a eu 13 accès dans la journée, pouls très faible. — Dans l'après-midi : on pratique une saignée, mais il ne s'écoule que très peu de sang. On lui fait alors une injection intraveineuse de sérum artificiel stérilisé ; (100 gr.) dans la médiane

céphalique gauche. Le pouls se relève un peu, le réflexe cornéen paraît plus sensible ; toutefois Couil.. ne reprend pas connaissance, la température s'abaisse et la mort survient dans le coma, à 9 h. du soir. — Température au moment de la mort : 40°, 4 ; — une demie heure après, 39°,6 ; — 2 heures après, 34° ; — 4 heures après, 20° ; — 6 heures après, 16° ; — 8 heures après, 13°. La température de la salle était de 13°.

Tableau du poids, et de la taille, etc.

	1890		1891		1892		1893		1894		1895
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids	30	»	33	34	33.5	34	36	37	37	40.5	43
Taille	1.33	»	1.35	1.36	1.41	1.41	1.41	1.45	1.45	1.45	1.48
Dynamomètre (1) D.	15	»	14	15	17	15	45	50	48	45	15
Dynamomètre (1) G.	20	»	12	15	16	45	55	55	50	52	17

AUTOPSIE faite 32 heures après le décès. — Le corps offre dans la région sacrée deux escarrhes cutanées symétriques, l'une à gauche, grande comme la paume de la main, l'autre droite, 3 centimètres environ.

Crâne. — Les os sont peu épais et peu dur. — La *dure-mère* adhère fortement au niveau de la suture lambdoïde et au niveau de la suture sagittale. — Pendant l'ablation de la calotte, la dure-mère de la base se décolle, et accompagne le cerveau qui s'enlève d'un seul bloc, avec la calotte. — Celle-ci est à peu près symétrique. Les deux côtés du frontal ne forment pas de bosses et semblent égaux. La bosse pariétale gauche est un peu plus saillante et plus basse que la droite gauche. L'apophyse crista-galli est très développée. Le *trou occipital* n'est pas rétréci. — Les différentes fosses sont sensiblement symétriques, l'étage moyen est peu profond, le bord supérieur du rocher peu saillant et peu développé. Les *sutures* sont toutes très apparentes et très dentelées, même les sutures temporo-pariétales ; aucune trace de synostose à la face interne. Dans son ensemble le crâne est ovoïde.

(1) En 1894 et en 1895 la pression a été exercée sur un dynamomètre d'un autre modèle (Mathieu, petit) ce qui explique l'écart des chiffres.

Hémisphère cérébral droit	445
— — gauche	440
Cerveau	885
Cervelet et isthme	155

Les hémisphères cérébelleux pèsent 65 gr. chacun..

Cerveau. — La *pie-mère*, tout le long de la suture sagittale présente des granulations blanchâtres, indiquant des adhérences peu solides. Les deux bords supérieurs de la face interne des hémisphères sont accolés par la pie-mère, qui semble fermer complètement la scissure inter-hémisphérique, vers le tiers médian, empiétant sur le lobule paracentral. — On constate, au même niveau, des adhérences sous forme d'une plaque allongée dans le sens transversal, ayant 3 centimètres et demi environ dans son plus grand diamètre. Cette plaque s'étale sur la partie supérieure de la face convexe des deux hémisphères, recouvrant le lobule paracentral, empiétant en avant sur le pied de la troisième frontale, en arrière sur la seconde pariétale. La décortication de la pie-mère est facile : cette membrane est un peu épaissie sur toute son étendue, sauf au niveau des lobes temporaux, où, au contraire, elle paraît amincie. — Les *ventricules latéraux* ne sont pas dilatés. — La *glande pinéale* est normale. — *Cervelet* et *isthme*, rien de particulier. — *Circonvolutions.* Elles sont uniformément grêles, les frontales ascendantes sont coupées par des sillons intermédiaires presque complets; les pariétales ascendantes sont très grêles ; la première frontale de chaque côté dans ses deux tiers postérieurs est presque lisse et rectiligne. Le plissement des circonvolutions est peu riche, les sillons sont relativement peu profonds. Le lobule de l'insula, également de chaque côté est irrégulier, n'offre que deux digitations. — Sur la face interne on remarque la même simplicité des circonvolutions surtout de la première frontale et de la circonvolution du corps calleux. Le corps calleux est épais, il a de 6 à 15 millimètres de hauteur sur la coupe ; les masses centrales sont normales.

Cou. — Persistance du *thymus*, qui pèse 11 gr. — Le *corps thyroïde* pèse 13 gr. — Le *larynx* et la *trachée* sont sains.

Thorax. — Les *poumons* présentent un peu de congestion aux bases. La plèvre gauche offre des adhérences assez résistantes sur tout le pourtour du lobe inférieur. A la coupe du poumon gauche, sérosité et quelques gouttes de pus dans les bronches. — *Cœur*, pas de lésion valvulaire; 250 gr.

Abdomen. — *Foie*, volumineux ; l'extrémité gauche recouvre la rate (1130 gr.) ; rien à la coupe ; pas de calcul dans le vésicule biliaire. — *Estomac, intestins,* rien d'anormal. — Les *organes génitaux* internes et externes ne présentent rien de notable.

RÉFLEXIONS. — I. Dans les *antécédents héréditaires,* nous avons à relever des *excès de boisson* graves avec *accès de delirium tremens* et des crises de violences chez le grand-père paternel ; des *excès de boisson* suivis d'*aliénation mentale* chez un grand oncle paternel ; une *arriération intellectuelle* et des *excès de boisson* chez un oncle paternel ; l'*aliénation*, des *excès de boisson,* des *crises de nerfs* et une *hémiplégie* gauche chez une grand'tante paternelle. Une sœur de la malade est morte de *méningite* avec *convulsions.*

II. L'*épilepsie* a débuté à l'âge de 8 ans, sans cause appréciable. Le premier accès a été suivi d'une *rémission* d'une année, puis les accès ont réapparu tous les mois, ensuite toutes les semaines et même plusieurs fois par semaine. Durant les neufs premiers mois de son séjour à la Fondation, C.... a eu 32 accès. Ils ont augmenté surtout pendant le premier semestre de 1891, et il s'y est ajouté des *vertiges.* A partir de 1892, l'enfant, qui avait fait quelques progrès, montre une tendance à la déchéance et les accès vont en augmentant. En février 1895, elle est prise d'un *état de mal* et succombe en trois jours.

III. L'*autopsie* a fait constater des *lésions méningitiques* assez étendues, un état grêle des circonvolutions, le peu de profondeur des sillons et l'absence complète de toute lésion en foyer. Notons encore la persistance du thymus, bien que l'enfant fut âgée de plus de 18 ans.

IV. Les *cas d'épilepsie* compliqués de *méningite*

chronique sont assez communs. Nous avons publié un mémoire sur cette question en 1880 (1) reposant sur un grand nombre de cas. Depuis nous avons eu l'occasion d'en relater d'autres exemples et l'on en trouve aussi d'analogues dans les recueils périodiques. Il y aurait donc un intérêt pratique à ce que les auteurs des *Traités classiques de pathologie interne* consacrassent un paragraphe spécial à la *méningite des épileptiques* dans leur chapitre des méningites chroniques. Rappelons en passant que déjà dans notre mémoire de 1880 nous avons fait un rapprochement des cas de *méningite chronique de l'enfance* avec la *paralysie générale de l'adulte* (2).

(1) Bourneville, D'Olier et Brissaud. — *Contribution à l'étude de la démence épileptique.* (*Archives de Neurologie*, 1881, tome I, page 213.)

(2) Bourneville et Wuilliamé. — *Méningo-encéphalite chronique généralisée chez un enfant de 12 ans.* (*Archives de Neurologie*, 1882, tome III, p. 327-336). La planche qui accompagne ce travail montre que les lésions de meningo-encéphalite occupaient presque toute la face convexe de l'hémisphère droit et que la décortication de la pie-mère avait mis à nu le squelette de la substance blanche.

VI.

Pseudo-porencéphalie : Hémiplégie gauche; — Épilepsie partielle; Déchéance; — État de mal;

PAR **BOURNEVILLE** ET **COMTE.**

SOMMAIRE. — *Père et grands parents paternels, rien de particulier. — Deux oncles paternels, bec-de-lièvre. — Mère, excès de boisson, divorcée. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans.*

Asphyxie légère à la naissance. — Début de la dentition à 6 mois. — Premières convulsions à 8 mois, se renouvelant mensuellement. — Faiblesse des membres supérieur et inférieur du côté gauche, constatée à 18 mois. — Localisation des accidents dans les membres du côté gauche. — Accès incomplets jusqu'à 12 ans, puis accès complets. — Hébétude prolongée à la suite. — Marche des accès avant l'entrée à Bicêtre. — Description du malade. — Hémiplégie gauche avec contracture. — Diminution relative des accès (1892-août 1894). — Augmentation des accès (septembre 1994); apparition des vertiges: déchéance progressive. — Mort dans un état de mal.

AUTOPSIE. — *Asymétrie crânienne très prononcée, côté droit moins développé que le gauche. — Inégalité de 320 grammes entre les hémisphères cérébraux. Pseudo-kyste sur la face externe de l'hémisphère droit, répondant à un ancien foyer probablement d'origine artérielle. — Atrophie considérable des circonvolutions voisines, atrophie croisée de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux gauche. — Noyau tuberculeux du poumon droit — Infiltration caséeuse des ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques.*

Dufo.., (Pierre Maurice), né à Paris, le 7 mars 1878, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 1er décembre 1891.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par son père le 28 décembre 1891*). — *Père*, 48 ans, homme de peine, vigoureux, un peu d'embonpoint, calme, non alcoolique et, en effet, on n'en observe pas les apparences. A 21 ans, il a eu une « variole hémorrhagique » et est resté malade huit mois. A la suite de cette maladie il est parti pour le service militaire où, atteint de battements de cœur et de bronchite, il fut réformé. Depuis, il a toujours un peu toussé, sans jamais s'aliter. [*Père*, tailleur de pierre, caractère un peu emporté, mort à 43 ans à la suite d'un refroidissement; habituellement bien portant. — *Mère* morte de vieillesse à 74 ans; elle avait une excellente santé et son fils ne lui a connu aucune maladie; caractère posé; comme son mari elle ne buvait que de l'eau. — *Grand'mère maternelle* rien à signaler, à part un asthme avec bronchite; morte à 78 ou 80 ans. Aucun renseignement sur les autres *grands-parents*. — Trois *frères* et quatre *sœurs*. Le frère aîné, mort à l'âge de 34 ans d'une fièvre typhoïde, avait un *bec-de-lièvre* ainsi que le plus jeune. — Dans le reste de la famille, aucune affection nerveuse, psychique, arthritique, etc.]

Mère, 42 ans, divorcée en 1888, et depuis son divorce son mari ne l'a jamais revue. Jamais elle n'était malade (à part une soi-disant péritonite sur laquelle nous reviendrons), et il n'a pas entendu parler d'une maladie quelconque de sa femme avant son mariage. D'un caractère tranquille à l'état normal, *elle s'enivrait souvent*, parait-il, et se livrait alors à des actes de violence. C'était un enfant trouvé, et on n'a eu aucun renseignement sur sa famille.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans (mère moins âgée).

Trois *enfants* : 1° un garçon venu à terme, mort d'une *méningite* vers l'âge de six mois; — 2° notre malade; — 3° un garçon, venu à terme, ayant actuellement 7 ans, intelligent et travailleur.

Notre malade. — La *grossesse*, comme les autres, a été très-bien supportée : à peine quelques indispositions au début, telles que maux de tête fréquents. A 7 ou 8 mois, la mère aurait fait une chute dans l'escalier; mais il n'y a pas eu d'accident consécutif. — *Accouchement* à terme, naturel, en 7 ou 8 heures; présentation du sommet; circulaire du cordon. — A la naissance, état d'*asphyxie* légère; mais il a suffi de quelques frictions pour le faire crier. C'était un enfant assez gros; il n'a pas eu de convulsions au moment de

l'accouchement, ni les jours suivants ; il n'était pas non plus en état de somnolence.

A la suite de cet accouchement, la mère aurait eu une « péritonite » qui se serait déclarée le lendemain et aurait duré deux mois. Malgré cela, prétend le mari, elle a nourri son enfant au sein jusqu'à l'âge d'un an, puis on l'a confié à une nourrice à la campagne ; celle-ci l'a sevré.

Première dent à six mois ; la date de la dentition complète est inconnue. — Début de la parole à 18 mois, de la marche à deux ans, difficile par suite de la *faiblesse de la jambe gauche*. Déjà, depuis un mois, on s'était aperçu que l'enfant avait *la main gauche plus faible que la droite*, sans rien remarquer encore du côté des membres inférieurs. Cette paralysie paraît devoir être rattachée à des *convulsions* survenues à 8 mois, sans que les parents aient pu les attribuer à une cause quelconque. Elles ont continué à peu près tous les mois et, jusqu'à douze ans, elles ont consisté simplement, dit-on, en mouvements des globes oculaires et raideur des membres. Lorsque l'enfant a pu exprimer ses sensations, il annonçait ses crises en se plaignant de maux de tête ; on le couchait et il avait son accès. Au bout d'un quart d'heure ou vingt minutes, l'enfant tombait dans un sommeil profond qui durait deux ou trois heures.

A douze ans, les accès se sont modifiés. L'enfant tombait, et il prétendait que « *c'était son bras paralysé qui l'entraînait et le renversait à terre* » ; outre les mouvements des yeux, il y avait des mouvements de la tête qui se portait alternativement à droite, puis à gauche ; de plus, des mouvements lents et étendus du bras gauche et de la jambe gauche ; pas de déviation de la bouche ; écume, quelquefois incontinence d'urine.

En temps normal, l'enfant semblait aussi intelligent que les autres enfants de son âge ; il avait un caractère très doux, ne cassait, ne volait rien ; pas de fugues. Mais *à la suite de ses accès et pendant huit jours au moins, l'intelligence était obnubilée* et, en classe, on ne pouvait plus rien en faire : « on eut dit qu'il avait oublié tout ce qu'il avait appris auparavant. »

Jusqu'à douze ans, Duf.... est resté chez ses parents, allant à l'école communale ; ensuite, il a été mis en pension et y est resté jusqu'à treize ans et demi environ. A ce moment, les accès sont devenus de plus en plus fréquents, survenant tous les quinze jours environ d'abord ; puis leur fréquence augmentant sans cesse, l'enfant arriva à en avoir presque tous les jours. C'est ce qui a décidé son père à le

faire entrer à l'hôpital des Enfants-malades ; de là il a été envoyé à Laroche-Guyon, puis à l'Asile clinique et enfin à Bicêtre.

État actuel. — L'enfant est pâle et d'aspect chétif, plutôt maigre, et le pli de pincement entre deux doigts est peu épais. Peau blanche, très écailleuse, cheveux châtain foncé bien implantés. — Pas d'adénopathie. — Petite *cicatrice* arrondie, lenticulaire, sur la tempe gauche.

Tête. — Il s'agit d'un enfant *microcéphale* ; la *tête*, en effet, est petite, un peu losangique vue d'en haut. Ce qui frappe, c'est son asymétrie et son irrégularité ; la moitié gauche est bien plus volumineuse que la droite. Les bosses pariétales et frontales (celles-ci peu accusées) sont plus développées à gauche ; la glabelle, le bregma et le lambda, au lieu d'être tous sur la ligne médiane, sont placés dans un plan fortement oblique d'avant en arrière et de droite à gauche ; le frontal est particulièrement saillant, de sorte qu'il existe un ressaut au niveau de son union avec les pariétaux. Enfin, tandis que l'obélion est fort élevé, l'occipital est aplati et l'inion peu marqué.

Mensurations de la tête (1).

	1892 Juil.	1893 Juil.	1894 Janv.	1894 Juil.	1895 Janv.
Circonférence horizontale maxima.....	50	50	50	49.6	49.6
Demi-circonférence bi-auriculaire	33	33	33	32	32
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	34.5	34.5	34.5	34.5	34.5
Diamètre antéro-postérieur maxima.....	17.5	17.5	17.5	17.6	17.6
— bi-auriculaire.....	12.5	12 5	12.5	12.4	12.4
— bi-pariétal.....	14.5	14.5	14.5	13.5	13.5
Hauteur médiane du front.....	6.5	6.5	6.5	5.6	5.6

La *face*, elle aussi, est asymétrique, la moitié gauche l'emportant sur la droite. — Arcades sourcilières peu accentuées ; paupières fines, recouvrant complètement le globe oculaire ; fentes palpébrales allongées, égales entre elles. Les sourcils sont épais et bien fournis surtout en dedans ; la queue est plus claire. Cils longs et noirs, très abondants,

(1) La diminution dans les chiffres des mensurations en janvier 1895, par rapport à 1892 et 1893, est attribuable à l'amaigrissement.

principalement à la paupière supérieure où ils sont un peu relevés en haut. Pas de blépharite. — Orbites normaux. — Pas de paralysie oculaire, de nystagmus, ni d'exophtalmie. Iris bleu clair; pupilles égales entre elles, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Acuité visuelle normale; l'enfant reconnait bien les couleurs. Pas de diplopie, ni de polyopie; champ visuel non rétréci.

Nez légèrement aquilin; bien conformé, cependant un peu dévié à gauche; *odorat* normal. Pommettes peu saillantes, symétriques. — *Bouche* assez grande, lèvre supérieure légèrement pendante; palais osseux légèrement ogival, voile normal, amygdales non hypertrophiées. Le *goût* est assez développé et l'enfant apprécie bien les diverses saveurs. — On note un léger prognathisme supérieur; à la mâchoire supérieure, il y a 13 dents, l'incisive latérale droite n'est pas sortie; les dents sont serrées, mais bien rangées. — A la mâchoire inférieure, il n'y a que 12 dents légèrement écartées et bien rangées; les deux incisives médianes sont absentes. — Menton carré et légèrement dévié à gauche. — Les *oreilles* sont grandes et épaisses, bien ourlées, fortement décollées à leur partie supérieure; leur lobule n'est pas adhérent. *Ouïe* saine.

Cou grêle; *corps thyroïde* normal.

Les *membres supérieurs* ne sont pas également développés. Tandis que le bras droit jouit de l'intégrité absolue de ses mouvements, le gauche, beaucoup plus grêle et *atrophié*, est *paralysé*, mais incomplètement. Les extenseurs sont pris, la main est en flexion et en pronation; la supination est impossible. Par contre, les mouvements d'élévation, d'abaissement et de rotation du bras, sont conservés, ainsi que la flexion et l'extension de l'avant-bras. — Il parait y avoir un peu d'hyperesthésie à gauche (?).

Pour les *membres inférieurs*, on note également des différences. A droite, le membre est normal et ne présente aucune trace de paralysie; à gauche, il est fort affaibli et atrophié; l'enfant le traîne en marchant et porte sur la pointe du pied. Les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, sont possibles; mais le pied est maintenu en *valgus équin* et on note de la *contracture des fléchisseurs*.

Cage thoracique normale. Rien à l'auscultation du poumon et du cœur, pouls régulier. — L'*abdomen* est fort élargi dans le sens transversal, surtout à sa partie inférieure qui est très développée; foie et rate normaux.

Sensibilité générale conservée au tact, à la température et à la douleur.

Membres supérieurs.

	1893		1894		1895	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle	19	16	25	19.5	25.5	19.5
— à 0m10 au-dessus de l'olécrâne	16	14	18.5	16.5	18.5	18.5
— à 0m10 au-dessous de —	15	12.5	15.5	12.5	17.5	12.5
— au niveau du poignet	13.5	11	14.5	12	14.5	12.5
— — du métacarpe	16	13	17.5	15.5	17.5	15.5
Distance de l'acromion à l'olécrâne	29.5	29	28	25	28	25
— de l'olécrâne à l'apoph. styl. du cubitus.	20	20	20.5	20	20.5	20
— du cubitus à l'extrémité du médius	16	16	16.5	16	16.5	16
Membres inférieurs.						
Circonférence au niveau de l'aine	34	33.3	39	38	39	38
— à 0m10 au dessus de la rotule	29.5	26	33	31	33	31
— à 0m10 au dessous de la —	24.5	22	28	25	?.	25
— au niveau du cou-de-pied	19	18.5	19.5	19	19.5	19
— à la partie moyenne du pied	21	19	22	21	22	21
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne art. du genou	40.5	39	46	46	46	46
Distance de l'interligne à la malléole externe	36	33	34.5	34	34.5	34
— de la malléole externe à l'extrémité du médius	18	18	18	18	18	18

Puberté. — Visage, thorax, dos, membres supérieurs et inférieurs, pénil, glabres. Anus normal et glabre. — Testicules de la grosseur d'un œuf de merle ; verge, 0m,03 de long et 0m 055 de circonférence. L'enfant était atteint de *phimosis* ; mais à la suite d'accidents de *balano-posthite*, on a été obligé, le 23 juin 92, de pratiquer la *circoncision*.

A son entrée, l'enfant parait d'une *intelligence* à peu près normale, d'une timidité extrême et que rien ne peut surmonter ; son visage exprime l'étonnement ; son regard est doux ; il tient la bouche constamment entrouverte. Il est affectueux, docile, d'une grande sensibilité, et pleure à la moindre cause. En classe, ses maitres en sont très-contents ; il fait des problèmes assez prononcés, évite les fautes grossières dans ses dictées, a une mémoire assez développée, mais peu d'imagination. Il montre beaucoup de bonne volonté pour apprendre. Son intelligence semble de niveau avec celle des enfants de son âge. La parole est libre ; il n'y a pas de défaut de prononciation. — Jusque vers le mois de juillet 1894, Duf... fait de très sensibles progrès surtout en 1893. Ses accès d'épilepsie

étaient devenus bien moins fréquents qu'ils ne l'étaient chez lui (ils étaient presque quotidiens) et au moment de son entrée. — *Traitement* : Douches de 40 secondes.

1894. *Juillet.* — *Puberté.* Léger duvet sur toute la figure, principalement sur la lèvre supérieure. Aisselles glabres, ainsi que les membres supérieurs et inférieurs. Bouquets de poils fins à la racine des bourses et jusqu'à la moitié de leur hauteur. Mêmes dimensions de la verge. Le *testicule gauche* (côté paralysé) est un peu plus petit que le droit. Pas d'onanisme.

Tableau des accès.

Mois.	1891		1892		1893		1894		1895	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	1	»	2	»	2	»	13	»
Février	—	—	1	»	3	»	1	»	7	»
Mars	—	—	2	»	3	»	5	»	53	»
Avril	—	—	»	»	6	»	6	»	—	—
Mai	—	—	2	»	5	»	2	»	—	—
Juin	—	—	»	»	6	»	1	»	—	—
Juillet	—	—	2	»	5	»	»	»	—	—
Août	—	—	»	»	2	»	»	»	—	—
Septembre	—	—	1	»	2	»	10	»	—	—
Octobre	—	—	3	»	1	»	8	1	—	—
Novembre	—	—	3	»	3	»	20	1	—	—
Décembre	4	»	3	»	4	»	13	»	—	—
Totaux	4	»	18	»	42	»	68	2	73	»

Les notes de l'*école* disent qu'il est toujours bon élève et fait des efforts pour suivre tous les exercices scolaires. Les dictées sont en progrès, les rédactions bonnes. Le caractère est toujours affectueux.

Traitement : continuer les douches ; — élixir polybromuré (formule Yvon) de 1 à 4 cuillerées à soupe, surtout en 1893.

A partir du mois de septembre 1894, les accès devinrent plus fréquents et il s'y joignit quelques *vertiges*. En même temps, l'enfant tombe rapidement en déchéance. En décembre

de la même année, la démence est déjà presque complète : l'enfant ne reconnait ni sa classe, ni ses vêtements, ni sa place, ni son cahier, ni la direction même où on lui dit d'aller. Il est impossible d'en obtenir une réponse à moins de lui poser cinq ou six fois la même question ; et encore cette réponse ne se rapporte-t-elle pas du tout à la question posée. Il pleure toute la journée parce qu'il a perdu un objet quelconque, s'empare de tout ce qu'il trouve comme lui appartenant et se défend quand on veut le lui reprendre. L'état général reste bon, l'appétit est conservé.

1895. 21 *février*. — L'enfant entre à l'infirmerie à cause de son état de déchéance intellectuelle et physique. Le 8 mars, série d'accès et, à 2 h. $^1/_2$, il meurt en ayant eu 25.

Température pendant les accès.

4e accès	37°, 5
7e —	37°, 5
10e —	37°, 8
12e —	37°, 8
15e —	37°, 9
17e —	38°,
20e —	38°, 5
23e —	38°, 5
25e —	38°, 6

T. après la mort : 38°, 8 ; — une heure après, 38° ; — 3 h. après, 37°, 5 ; — 8 h. après, 10°, la T. de la chambre était de de 8° ; — 11 et 15 h. après, 6° et la chambre 6°. Poids après décès. 29 kilogr.

AUTOPSIE *faite 40 heures après la mort*. — *Cuir chevelu* peu épais. — *Os* du crâne peu durs et assez minces. La calotte et la base sont asymétriques : le côté gauche est beaucoup plus développé que le droit. Le frontal est très fuyant, mais plus à droite où la dépression latérale est plus accusée, la bosse pariétale gauche est plus large que la droite qui est un peu pointue ; leur saillie est à peu près la même. On observe, faisant suite à la dépression frontale, une dépression exagérée de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit comme si cette partie et le frontal droit avaient reçu un coup de battoir. La bosse occipitale est très marquée dans une hauteur de 4 à 5 centimètres ; au-dessous il existe une dépression très accentuée. — Les *sutures* fronto-pariétales ; intra-pariétale et lambdoïde sont toutes très sinueuses sur la face externe mais beaucoup moins sur la face interne. Il existe plusieurs os wormiens, l'un a l'origine de la suture lambdoïde, les autres

sur la branche droite ; il n'y en pas sur la branche gauche. Notons en passant que tous les *os wormiens* sont situés du côté du *foyer cérébral*. — Sur la coupe les os n'offrent pas de différence entre les deux moitiés. Il y a des plaques transparentes au niveau de la suture métopique, des pariétaux et surtout du pariétal droit et de chaque côté de l'occipital surtout à gauche.

A l'ouverture de la *dure-mère*, on aperçoit une *vaste poche* creusée dans la substance cérébrale que recouvre la pie-mère ; à l'ouverture de cette cavité il s'écoule environ 20 gr. de liquide céphalo-rachidien.

Cerveau. — Hémisphère droit. — Bien moins développé que le gauche, il mesure 15 cent. dans sa plus grande longueur et 9 cent. de hauteur environ.

Face externe. — Au niveau de la zone rolandique, on aperçoit, après avoir enlevé les méninges, une *vaste dépression* occupant à peu près toute la région et ne communiquant pas avec le ventricule latéral. Là, les *circonvolutions* sont déchiquetées et considérablement *atrophiées*, la substance grise indurée ; la pie-mère, épaissie, est adhérente, mais cependant on peut avec quelque soin l'enlever sans entraîner de fragments notables de substance cérébrale. La scissure de Sylvius, par suite de cette atrophie des circonvolutions, se trouve très largement béante et laisse à découvert la région insulaire qui constitue le fond de ce *foyer*.

A sa partie tout antérieure, l'insula est à peu près normal ainsi que la région préinsulaire ; mais plus en arrière ses circonvolutions sont à peine saillantes, presque nulles, et la substance cérébrale sclérosée forme une coque mince et dépressible qui sépare du ventricule la dépression que nous venons de décrire.

Tout autour, les circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius sont atrophiées et à peine reconnaissables. On peut cependant les suivre à peu près, et en étudiant les circonvolutions de la face externe, une par une, voici ce qu'on trouve :

F^1 est très développée et s'insère par deux pieds sur la F.A. ; de petits sillons superficiels et surtout longitudinaux viennent lui donner un aspect irrégulier et complexe. — La F^2 est également très développée, et ces deux circonvolutions volumineuses donnent au lobe frontal un développement assez considérable, relativement. — Cependant la F^3 est presque totalement atrophiée, se présente sous forme d'un cordon induré et tortueux de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur, cela sur les $^3/_4$ postérieurs de son étendue, elle ne devient un peu épaisse

qu'à sa partie tout antérieure (trois centimètres environ). — La F.A. est atrophiée au même degré que la précédente dans ses deux tiers inférieurs tandis que le tiers supérieur est relativement normal. — La P^1 présente un arrêt de développement, ainsi que la partie supérieure de la P.A. ; mais les deux tiers inférieurs de celle-ci, le lobule du pli courbe, le pli courbe lui-même et les deux premières temporales sont représentées par de petits rubans indurés et irréguliers analogues à ceux qui constituent la F^3 et une partie de la F.A. — La T^3 et le lobe occipital ne présentent rien à signaler. Le pli pariétal inférieur est également compris dans le foyer et réduit à une sorte de petite crête.

Face inférieure. — Rien de particulier à noter : les circonvolutions temporo-occipitales sont normales, les circonvolutions olfactives interne et externe également, ainsi que le reste du lobe orbitaire.

Face interne. — Circonvolution du corps calleux normale ; circonvolution frontale interne également. *Lobule paracentral* bien développé et ne présentant aucune lésion; à sa partie toute supérieure on voit aboutir la scissure de Rolando qui, à ce niveau, est naturelle. — *Lobe quadrilatère, coin*, normaux. Dans leur ensemble, quoique d'apparence régulière, toutes les circonvolutions de la face interne participent à l'arrêt de développement.

Hémisphère gauche. — Beaucoup plus volumineux que le droit, il mesure 19 centimètres de longueur sur 10 centimètres $^3/_4$ de hauteur. Il n'offre aucune lésion.

Face externe. — Scissure de Rolando bien nette, légèrement contournée en *S* italique, limitée à chacune de ses extrémités par un pli de passage, et par conséquent n'atteignant pas le bord supérieur de l'hémisphère. — La scissure de Sylvius, a peu près rectiligne, laisse voir l'insula normal. — Le lobe frontal est très développé, ses circonvolutions complexes, unies par des plis de passage et parcourues par de petits sillons irréguliers. La F. A. est comme divisée par un sillon superficiel en deux parties dont l'une, supérieure, se continue avec le pied de la F^1 et dont l'autre, inférieure, se continue avec les F^2 et F^3. La F^3 surtout est très développée et le cap en particuler est très marqué. — La P.A., la P^1 n'offrent rien de particulier; le lobule du pli courbe est par contre fort développé, parcouru de sillons; le pli courbe est uni aux circonvolutions voisines par des plis de passage volumineux, particulièrement aux circonvolutions occipitales. — Les lobes temporal et occipital n'offrent rien de spécial.

Face interne. — Circonvolutions du corps calleux, frontale interne, lobule paracentral normaux on n'y voit pas aboutir la scissure de Rolando. — Lobule quadrilatère, coin réguliers, ainsi que les circonvolutions temporales.

Face inférieure. — Rien à signaler.

Cervelet. — Les deux lobes ont un développement inégal, le gauche est un peu plus petit.

Isthme de l'encéphale, normal à l'examen macroscopique : les deux *pyramides antérieures* sont d'égal volume.

Hémisphère cérébral droit	240 gr.
Hémisphère cérébral gauche	560 gr.
Poids du cerveau	800 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	85 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	75 gr.
Bulbe et protubérance	20 gr.
Cervelet et isthme	180 gr.
Poids total de l'encéphale	1040 gr.
Moelle épinière	45 gr.
Liquide céphalo-rachidien et sang noir	200 gr.

Cou. — *Corps thyroïde* petit, 20 gr. ; pas de traces de *thymus*.

Thorax. — *Cœur* normal (145 gr.). — Les *poumons* sont très congestionnés ; à droite on trouve de la splénisation à la base et au sommet quelques *noyaux tuberculeux* guéris. Les ganglions trachéo-bronchiques sont caséeux. — Poumon droit 375 gr. ; poumon gauche 330 gr..

Abdomen. — Le foie est adhérent à la face inférieure du diaphragme dans toute sa surface convexe ; poids 1700 gr. — Les *ganglions du mésentère* sont infiltrés de *tubercules caséeux* ; et entre les anses intestinales il y a de nombreuses adhérences de péritonite ancienne. — Les ganglions iliaques sont également tuberculeux. L'*intestin grêle* présente, de distance en distance, des épaississements ; et quand on l'incise en ces points, on s'aperçoit qu'il s'agit d'infiltrations tuberculeuses avec ulcérations de la muqueuse. — *Rate* (160 gr.), adhérente au péritoine dans toute son étendue; elle est hypertrophiée et très molle, son tissu présente des granulations blanchâtres. — Les *reins* se décortiquent très facilement ; à leur surface on voit encore des traces très nettes de lobulation ; rien d'anormal à la coupe. R. droit 155 gr. ; R. gauche 180 gr. — Les *capsules surrénales* semblent normales (la droite 6 gr. ; la gauche 7 gr.). — *Pancréas* (40 gr.) ; rien à signaler.

Le *canal vagino-péritonéal* persiste jusque dans le canal inguinal, mais ne communique pas avec le péritoine. —*Tuberculose des os du tarse* gauche, principalement du calcanéum.

Examen histologique, par le Dr PILLIET. — L'hémisphère malade a été conservé dans le liquide de Muller, mais depuis un temps assez long. L'essai des méthodes de réduction d'argent ou de mercure sur les filaments des cellules n'a donné aucun résultat. — Les méthodes anciennes ; coloration par l'hematoxyline éosinée ou le carmin d'alun ont donné les résultats suivants :

1° *Coupe de la région pariétale*, au bord du foyer. — Les coupes comprennent plusieurs circonvolutions aplaties, serrées les unes contre les autres et diminuant d'épaisseur de façon à ne plus former que de petites crêtes. Les *circonvolutions* les moins atrophiées sont constituées par un mince liseré névroglique superficiel ; puis par une nappe serrée de volumineuses cellules rondes à gros noyaux, ayant l'aspect de la corde myélocytiques du cervelet, et enfin par un centre réduit de substance blanche dans laquelle se trouvent des corps granuleux provenant de l'émulsion de la myéline. On peut suivre les fibres descendantes de cette substance dont l'étendue est du reste fort restreinte.

Au-dessous de cette couche se trouve une nappe de tissu fibrillaire d'apparence conjonctive, qui supporte à sa face profonde un revêtement de cellules cubiques appartenant à l'épithelaires du ventricule sous-jacent. Il n'y a donc pas de porencéphalie vraie, mais plutôt une lésion du foyer de la première enfance. La couche de myélocytes qui constitue à elle seule la substance grise des circonvolutions se poursuit en diminuant considérablement d'épaisseur jusque sur la membrane qui forme le fond du foyer ; et qui se trouve par conséquent constituée par ces cellules sous la pie-mère à sa face externe et par l'épithélium ventriculaire avec le chorion à sa face interne. Ce chorion est parcouru par de nombreux capillaires dilatés et des strates de sang épanché.

2° *Coupe du lobe paracentral*, sain en apparence, au dessus du foyer. — Ce lobe comprend peu d'éléments cellulaires, contrairement à ce qu'on devrait constater à cet âge des grandes cellules pyramidales qui aient exister normalement en ce points sont remplacées par de petits éléments rocuolés dont les contours anguleux ne sont pas distincts. La vascularisation est très développée et les capillaires s'anastomosent en

formant un réseau serré au lieu d'être d'être disposés en lignes verticales parallèles.

En résumé il existe un *foyer d'atrophie* étendu, probablement d'origine artérielle et une diminution très notable du nombre et du volume des grandes cellules motrices, dans les parties d'apparences saines qui avoisinent le foyer.

RÉFLEXIONS. — I. Les renseignements sur les deux familles du père et de la mère sont très incomplets. Nous avons essayé, mais en vain, de retrouver le père, pour combler les lacunes. Nous n'avons qu'à relever l'existence d'un *bec de lièvre* chez deux oncles paternels de l'enfant et l'*alcoolisme* chez sa mère.

II. L'*asphyxie* qui existait à la naissance, quoique légère, a pu, jointe à l'*alcoolisme chronique* de la mère, contribuer à préparer les lésions qui se sont traduites, à 8 mois, par des *convulsions*.

III. Les *premières convulsions* ont éclaté à huit mois. Elles ont été suivies d'un *affaiblissement paralytique* de tout le *côté gauche*. Elles ont eu aussi pour cause l'*imbécillité* et l'*épilepsie hémiplégique*.

IV. A la première attaque convulsive ont succédé de *petites crises* revenant à peu près tous les mois, précédées de douleurs de tête et se terminant par un sommeil profond. Elles ont continué jusqu'à 12 ans avec les mêmes caractères, ayant toute l'apparence des *accès d'épilepsie partielle* : le malade était entraîné du côté paralysé et les mouvements convulsifs étaient limités à ce même côté.

V. Les *accès* n'ont pas cessé d'avoir une marche croissante et ont abouti à un *état de mal*, absolument comme chez les épileptiques ordinaires. Il en a différé toutefois en ce sens que la *température* n'a pas atteint le degré élevé que l'on note d'habitude dans l'*état de mal* qui complique l'épilepsie ordinaire.

Nous avons publié plusieurs faits analogues. Deux surtout méritent d'être rappelés. Le premier concernait une malade hémiplégique dont nous avons communiqué l'observation à la *Société de biologie* en 1876. Il est survenu un *état de mal* pareil à celui que nous venons de relater et la température n'a pas dépassé 39° (1). — Le second a trait à une enfant de 10 ans, Merl., hémiplégique et atteinte d'épilepsie. Elle a eu un premier *état de mal*, offrant également les mêmes caractères, dans lequel la température n'a pas atteint 39°, bien que, en sept jours, elle eût eu 279 accès. Toutefois ces malades peuvent avoir, ainsi que nous le faisions remarquer dans les commentaires de cette observation, un véritable *état de mal*. C'est ce qui est arrivé chez cette dernière malade. A peine quelques semaines s'étaient-elles écoulées après l'état de mal d'épilepsie partielle, qu'un second état de mal se développa : les accès différaient notablement, non seulement des accès isolés, mais aussi des accès qui avaient composé le premier état de mal. En moins de 40 heures, M... eut plus de 300 accès et succomba avec une température atteignant 41° (2).

VI. Dans la majorité des cas d'*épilepsie hémiplégique*, due à la *sclérose atrophique*, l'intelligence se conserve dans des proportions en rapport avec les circonvolutions qui ont été respectées par le foyer et de l'action qu'il a exercé sur l'arrêt de développement consécutif des circonvolutions voisines et de tout l'hémisphère correspondant. En pareil cas, il est possible de développer l'intelligence du malade dans une

(1) *Contribution à l'étude des localisations cérébrales ; obs. d'hémiplégie cérébrale infantile spasmodique* (épilepsie partielle). (*Mémoires de la Société de biologie*, 1876, p. 163-176).

(2) *Hémiplégie infantile suivie d'épilepsie partielle ; état de mal épileptique ; mort. Foyer ancien intéressant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral* (*Société anatomique*, 1876, p. 558-571)

mesure plus ou moins grande. Il n'en est plus de même dans les cas d'*imbécillité*, d'*hémiplégie* et d'*épilepsie* symptomatiques de *méningo-encéphalite* : très fréquemment on assiste à une déchéance progressive. Il semble en être de même dans certains cas de lésions en foyer ; celui qui précède en fournit un exemple. L'enfant qui, à son entrée, possédait une intelligence à peu près normale, après être demeurée stationnaire pendant près de trois ans, s'est affaiblie rapidement, sous le rapport intellectuel, par suite de l'augmentation des accès.

VII. Le *foyer* ou *pseudo-kyste* a détruit les deux tiers postérieurs de la troisième frontale, le quart inférieur de la frontale ascendante, les deux tiers inférieurs de la pariétale ascendante, le pli courbe, le pli pariétal inférieur, la première et la seconde temporales. Ainsi que nous l'avons vu, le foyer ne communique pas avec le ventricule latéral. Il s'agit donc là d'une *pseudo-porencéphalie*, occasionnée par une lésion destructive postérieure à la naissance et non d'une *porencéphalie vraie* qui, elle, a pour cause un *arrêt de développement* antérieur à la naissance. Cette lésion en foyer a eu pour conséquence un arrêt de développement considérable des circonvolutions situées en dehors du foyer et restées saines. Les mensurations transcrites plus haut et l'inégalité de poids (320 gr.) donnent une idée exacte de la différence considérable qui existait entre les deux hémisphères. — Dans leur ensemble les circonvolutions et les sillons de l'hémisphère gauche paraissent normalement développés. — Signalons l'*atrophie croisée* de l'*hémisphère cérébral droit* et de *l'hémisphère cérébelleux gauche*.

VIII. Le siège de la lésion rend compte du degré relativement peu accusé de l'*hémiplégie* qui prédominait au bras gauche. L'*arrêt de développement* de ce

membre et du membre inférieur correspondant était au contraire assez prononcé et en quelque sorte hors de proportion avec la *paralysie*.

IX. La *tuberculose* s'est développée d'une manière latente, coïncidant avec l'aggravation de l'épilepsie sur laquelle elle n'a pas exercé d'action, les accès étant au contraire devenus plus nombreux. Elle a évolué d'ailleurs sans que l'enfant, en déchéance, se soit jamais plaint : c'est ce qu'on observe souvent chez les malades de ce genre. Le tableau ci-après fait constater que, sous l'influence de la maladie terminale, la *taille* est demeurée stationnaire et que le *poids* a notablement diminué.

Tableau du poids et de la taille.

	1892		1893		1894	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids.....	33 »	36.500	41 »	43 »	45.500	35.800
Taille	1.385	1.41	1.435	1.435	1.45	1.45

X. Il est dit dans l'observation que Duf... a séjourné pendant quelque temps à l'hôpital des Enfants-Malades. Ce n'est pas là une exception. En effet, tous les ans, nous recevons un certain nombre de malades atteints d'affections *chroniques* du système nerveux qui nous viennent des hôpitaux consacrés aux maladies *aiguës* de l'enfance. Mieux vaudrait qu'ils fussent adressés directement de leurs familles aux quartiers de Bicêtre, de la Salpêtrière, de Villejuif ou à la colonie de Vaucluse ou tout au moins qu'ils ne restassent dans les hôpitaux d'enfants que le nombre de jours nécessaire pour poser le diagnostic. Il en résulterait qu'ils ne détiendraient pas de lits au détriment des cas aigus. Ceux qui ont combattu la création de la section des enfants

chroniques de Bicêtre n'avaient pas songé qu'elle désencombrerait les hôpitaux spéciaux et que, partant, elle devait contribuer à assister et traiter un plus grand nombre d'enfants.

VII.

Idiotie complète probablement congénitale;

Par **BOURNEVILLE** et **RUEL**.

SOMMAIRE. — *Père, fièvres intermittentes, épileptique avec accès rares. — Mère, rien de particulier, sauf qu'elle a uriné au lit jusqu'à 16 ans. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de congestion cérébrale. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans.*

Première dent à 4 mois. Début de la marche et de la parole à un an; cessation de la marche et de la parole. Gâtisme; incapacité de s'habiller. — Accès de cris. — Tics; se mord les mains; accès de colère. — Progrès de la marche. — État syncopal subit; mort rapide.

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère aux os; injection de la pie-mère qui se détache facilement. — Coloration chair de saumon des circonvolutions. — Un peu d'œdème des cordes vocales.*

Mus... (Alice), née le 20 mars 1890 à Malakoff (Seine), est entrée le 9 novembre 1892) à la Fondation Vallée (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (*Renseignements fournis par le père* le 15 novembre 1892). — *Père*, 44 ans, charpentier, n'a jamais eu de convulsions, de fièvre typhoïde, de chorée, de rhumatisme; n'est pas sujet aux migraines; ne présente aucun signe de syphilis, ni d'alcoolisme. Il ne fume pas, mais chique énormément. Caractère gai, doux. Pendant la Commune, il était en convalescence à Paris, à la suite de *fièvres intermittentes* contractées à Madagascar, pendant son service militaire, quand on vint le chercher pour l'enrôler dans les bataillons de fédérés. Lors de l'entrée des troupes de Versailles, il voulut rentrer dans l'armée régulière. De ce fait, il passa sous le feu des deux partis et faillit être fusillé par

ceux qu'il abandonnait et par ceux qu'il voulait rejoindre. C'est sous l'influence de ces émotions qu'il dit être devenu « épileptique ». Il eut, à ce moment, un premier « accès » et en aurait depuis cette époque un ou deux par an. Cet homme est intelligent et répond nettement aux questions ; les yeux sont cependant un peu hagards. — [Son *père* est mort à 31 ans d'un « chaud et froid », il était ingénieur des ponts et chaussées. — Sa *mère*, âgée de 68 ans, est bien portante. — Aucun renseignement sur les *grands-parents paternels* ou *maternels* : il n'a pas entendu dire qu'il y ait eu parmi eux des personnes atteintes de maladies mentales ou nerveuses. Un *oncle paternel*, deux *oncles* et deux *tantes maternels* en bonne santé. Pas de tares physiques ou mentales chez leurs enfants. — Une *sœur*, religieuse, est morte à 83 ans. — Deux *frères* ont succombé vers 10 ou 11 ans, il ne sait de quoi. Il n'y a pas d'autres épileptiques dans la famille, pas d'idiots, d'aliénés, pas de suicidés, de débauchés].

Mère, 34 ans, femme de ménage ; pas de convulsions de l'enfance ; pas de maladies nerveuses ou autres ; elle a uriné au lit jusqu'à 16 ans ; éprouve de rares maux de tête mal caractérisés. — [*Père*, mort à 69 ans de « *congestion au cerveau* » : on n'a pas eu le temps de constater des troubles paralytiques ; il était *alcoolique*. — *Mère*, 68 ans, bien portante, sans troubles intellectuels. — Pas de renseignements sur les *grands-parents*. — Un *oncle paternel* est mort d'accident ; deux autres oncles paternels sont en bonne santé. — Pas d'épileptiques, ni d'aliénés dans le reste de la famille].

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 10 ans.

Six *enfants* et une fausse couche :

1° Une fille morte à 4 mois d'athrepsie ; — 2° une fille, 10 ans, intelligente ; — 3° une fille morte à 18 mois d'une « fluxion de poitrine » ; — 4° notre malade ; — 5° deux *jumelles* âgées de 8 mois, bien portantes.

Antécédents personnels. — A la *conception*, rien de particulier. — *Grossesse* normale ; pas de chutes, d'émotions, pas d'albuminurie, pas de tentative d'avortement. — *Accouchement* à terme, sans intervention, ni chloroforme ; présentation du sommet. — *A la naissance*, l'enfant était grosse, non cyanosée ; pas de circulaire du cordon. Elle fut élevée au sein par sa mère et sevrée à 11 mois sans difficulté. — Première dent à 4 mois. Début de la marche et de la parole vers un an, mais à la suite d'une *bronchite*, qui survint peu après et la

tint au lit deux mois, elle cessa de marcher et de parler. Elle n'aurait jamais eu de convulsions. La mastication est défectueuse. Pas de salacité. L'enfant ne bave pas, à proprement parler, mais elle rejette de la salive avec bruit, sans pouvoir la projeter au loin. Pas de succion, de rumination, ni de troubles digestifs ; elle a toujours gâté. Vaccinée à trois mois. L'enfant n'a jamais eu de dermatoses, ni d'accidents scrofuleux, ni de traumatismes. Elle reconnaît ses parents et « se plait bien » avec sa sœur plus âgée. Pas d'onanisme, ne grince pas des dents.

État actuel (12 *novembre* 1892). — L'enfant est pâle ; toutefois, elle parait bien portante. Pas d'adipose, ni d'émaciation. Physionomie douce, peu intelligente. On attire bien l'attention de l'enfant : elle regarde, ne comprend pas.

Cheveux chatain-clair, longs, régulièrement implantés : tourbillon normal. *Crâne* de volume moyen, symétrique. Au niveau des fontanelles, on perçoit un ressaut formé pour l'antérieure, par le bord antérieur des pariétaux, pour la postérieure, par l'angle inférieur de l'occipital ; pas d'autres inégalités à la palpation. — *Front* assez élevé, découvert, fortement convexe, pas de cicatrices. — *Face* courte, carrée ; arcades sourcilières non saillantes. Orbites grandes, non déformées. Paupières normales et également mobiles. Sourcils bien dessinés, écartés l'un de l'autre, châtain-clair. Cils assez longs, bien implantés, de couleur brune ; pas de blépharite. Globes oculaires normaux. Conjonctive saine. Iris gris-bleu. Pupilles égales paraissant réagir à la lumière et à l'accommodation. Quant à l'examen fonctionnel de l'œil, il n'est pas possible chez l'enfant.

Nez camus ; lobule intact ; cloison et sous-cloison non déviées ; narines assez grandes regardant en bas et en avant : il est impossible de reconnaître si les odeurs causent quelque impression. Pommettes peu saillantes, symétriques. — *Bouche* moyenne, large de 3 centimètres. Lèvres minces ; commissures horizontales. Voûte palatine profonde, presque ogivale ; voile du palais intact. Langue normale ; amygdales assez volumineuses. Muqueuse buccale saine. Réflexe pharyngien normal. L'enfant fait la grimace au sulfate de quinine, tire la langue pour avoir du sucre. Dents temporaires au complet, saines, bien rangées. Menton petit, non prognathe. *Oreilles* assez grandes, écartées : à droite l'hélix est assez bien ourlé, mais l'anthélix ne remonte pas assez haut, de sorte qu'entre les deux existe une capsule assez grande ; il n'en est pas de même du côté gauche. Pas d'otorrhée.

Cou assez long, circonférence 22 centimètres, pas de ganglions sous-maxillaires. Corps thyroïde petit, vaguement perceptible.

Thorax assez bien développé, sans aucune déformation. Pas de lésions du cœur, ni des poumons : la respiration a le type abdominal. — *Bassin* assez large.

Organes génitaux. — Pénil saillant, glabre, grandes lèvres saillantes; leur face externe est recouverte d'une éruption vésiculeuse sur fond rouge qui se prolonge vers la racine des cuisses; clitoris très petit, non recouvert par le capuchon : les petites lèvres sont accolées au-dessous du méat, puis s'écartent de nouveau plus bas. L'orifice de l'hymen n'est pas visible (?).

Membres supérieurs régulièrement conformés; les ongles ne sont pas rongés, mais la peau de la face dorsale présente au niveau du métacarpe plusieurs *épaississements* : l'un d'eux siège au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce des deux côtés; les autres sont disséminés sur toute la face dorsale. Quelques-uns sont ulcérés, saignants, d'autres masqués par de petites croûtes épidermiques incomplètement détachées. — *Membres inférieurs* régulièrement constitués dans toutes leurs parties.

Mesures de la tête.

	1892 Novem.	1893 Janvier.
Circonférence horizontale maxima	46	46
Demi-circonférence bi-auriculaire	30	30
Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez	32	33
Diamètre antéro-postérieur maximum	15	15
— bi-auriculaire	10	10
— bi-pariétal	12	12
Hauteur médiane du front	5	6
Poids	8 k. 5	9 k.
Taille	0 m. 78	0 m. 78

Pendant le séjour de l'enfant à la Fondation Vallée, on constate qu'elle ne parle pas : à peine prononce-t-elle le mot « maman » quand elle est en colère. Elle jette des *cris* perçants

à chaque instant quand on l'habille, qu'on la nettoie et surtout avant de s'endormir. Elle ne marche point, mais se tient assez droite dans le chariot. Elle ne sait pas manger seule, se tient mal à table ; elle prend plaisir à plonger les mains dans son assiette pour porter les aliments à la bouche ou les jeter à terre. Elle n'est pas salace, elle mange avec appétit ce qui lui est présenté ; aime le vin, le lait et surtout le chocolat. Ne sait pas s'habiller seule, se fâche quand il faut le faire, ne sait ni boutonner, ni lacer. Elle gâte le jour et la nuit. Sommeil calme ; dès le réveil, elle se met à crier ; elle transpire beaucoup.

Caractère assez affectueux ; elle aime les caresses, mais se met en colère dès que son désir n'est pas satisfait ; témoigne une grande joie à la vue de ses parents, surtout de sa sœur âgée de 10 ans.

Tics. Mus... se mord les mains constamment et avec violence, surtout la partie dorsale externe, d'où les *calus* que nous avons décrits. Elle se cogne la tête, a toujours les gencives saignantes.

Traitement : Sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue deux bains salés par semaine ; exercices de marche.

15 *décembre.* — L'enfant fait des progrès au point de vue, de la marche ; elle se tient mieux et exécute quelques pas en la tenant par la main ; elle crie quand on veut la mettre dans le chariot. — Le 26 *décembre*, embarras gastrique et toux, sans fièvre ; on lui donne un vomitif ; potion calmante.

1893. 11 *mars.* — L'enfant, bien portante toute la matinée avait mangé à 11 heures et demie comme d'ordinaire. Elle s'endormit vers deux heures selon son habitude. A deux heures et demie on s'aperçut qu'elle pâlissait. Immédiatement, elle est mise dans le décubitus dorsal, on lui fait prendre du sirop d'éther, elle est couverte de sinapismes et flagellée avec de l'eau et du vinaigre. L'interne de garde pratique la respiration artificielle sans succès. L'enfant est décédée à 4 heures.

Poids après décès : 9 kilog. Température un quart d'heure après la mort : 35° ; — une heure après : 28°,5 ; — 3 heures après : 28° ; — 5 heures après : 27°,5. T. de la salle : 12°.

AUTOPSIE faite le 13 mars 1893, 40 heures après le décès. — *Tête.* — Le *cuir chevelu*, assez épais, présente une ecchymose un peu au-dessus du front et une vascularisation notable au niveau de la région temporale droite. — Les *os du crâne* sont minces (2 à 3 mm. au plus), peu durs, transparents par pla-

ques très nombreuses. La plus large plaque existe au niveau de la fontanelle antérieure qui est ossifiée mais dépressible au niveau de l'angle antéro supérieur du pariétal droit. Les *sutures* sont très dentelées et non ossifiées sur la face convexe ; elles sont transparentes en grande partie sur la face interne. — Les cavités de la base sont symétriques, le trou occipital n'est pas rétréci. La *glande pituitaire* a le volume d'un tout petit haricot, elle mesure 6 à 7 millimètres transversalement et 4 à 5 mm. d'avant en arrière ; elle présente une petite partie jaunâtre et indurée. — Très peu de *liquide céphalo-rachidien*.

La *dure-mère* étant très adhérente aux os au niveau de la fontanelle antérieure, de chaque côté de la suture sagittale et de la suture lambdoïde, on est obligé de la couper circulairement. — La *pie-mère* est fortement vascularisée à la partie moyenne de la face convexe des deux côtés. — Les *nerfs olfactifs, optiques,* les *tubercules mamillaires,* les *pédoncules*, etc., ainsi que les artères de la base sont symétriques et sans lésions. — La *glande pinéale*, d'un gris rosé, a 4 à 5 mm. de longueur sur 3 à 4 mm. de largeur et d'épaisseur.

Encéphale	920 gr.
Hémisphère cérébral droit	400 —
— — gauche	400 —
Cerveau	800 —
Hémisphère cérébelleux droit	55 —
— — gauche	55 —
Bulbe et protubérance	10 —
Cervelet et isthme	120 —
Moelle épinière	20 —

Hémisphère cérébral gauche. — La pie-mère est assez mince ; elle s'enlève partout sans entrainer de substance grise. — Les circonvolutions ont une couleur un peu plus foncée que d'habitude ; elles sont luisantes ; les sillons sont peu profonds.

Hémisphère cérébral droit.— La pie-mère s'enlève un peu moins facilement qu'à gauche sur la face convexe surtout ; pas de différence sensible sur la face interne. La couleur gris-rosé des circonvolutions est plus prononcée que du côté gauche et rappelle bien la chair de saumon. Quelques adhérences douteuses autour de la scissure de Sylvius.

Des deux côtés les circonvolutions sont assez sinueuses mais elles sont grêles et les plis de passage sont rares. Des deux côtés les lobes frontaux sont relativement peu développés, les circonvolutions frontales sont en quelque sorte

hachées par des sillons superficiels en pavés irréguliers, cette disposition est plus marquée à droite qu'à gauche. — Sur la face interne de l'hémisphère droit les circonvolutions sont très peu plissées tandis qu'elles le sont notablement plus sur l'hémisphère gauche; ceci s'applique principalement à la circonvolution frontale. Les sillons sont peu profonds. — Les *masses centrales* n'offrent rien de particulier.

Le *cervelet*, la *protubérance* et le *bulbe* ne sont le siège d'aucune lésion.

Cou. Le *corps thyroïde* est normal (5 gr.); le *thymus* (5 gr.), occupe la partie médiane et mesure 11 cent. de long. — Les *cordes vocales* sont *très-œdématiées* et congestionnées; mais il paraît rester un passage suffisant pour l'air.

Thorax. Les *poumons* (210 gr.) et le *cœur* (60 gr.) sont normaux. Pas de persistance du trou de Botal.

Abdomen. Foie normal (540 gr.) — Le *rein droit* (42 gr.) présente des traces de lobulation; le *rein gauche* pèse 40 gr. *Capsules surrénales, rate* et *pancréas*, rien de particulier. — *Estomac* vide; la muqueuse est un peu congestionnée. L'*intestin* est normal; l'appendice vermiculaire a 12 cent. de long. La *vessie* est distendue par une grande quantité d'urine. — Cause probable de la mort : asphyxie par œdème de la glotte.

RÉFLEXIONS. — I. Relevons, au point de vue de l'*hérédité*, l'*épilepsie* chez le père de l'enfant; — l'*incontinence d'urine* jusqu'à 16 ans chez sa mère; — des *excès de boisson* et une *congestion cérébrale* chez le grand-père maternel.

II. Nous avons soin de mentionner dans nos observations la *différence d'âge* qu'il y a entre les père et mère de nos malades. Ici elle était assez grande, 10 ans. Un jour nous chercherons à voir s'il y a quelque conclusion à tirer de tous ces faits et s'ils confirment les opinions émises par certains auteurs qui attribuent une influence à la disproportion des conjoints sur la production des enfants arriérés.

III. L'enfant paraît avoir été normale jusqu'à sa deuxième année, époque où elle eut une *bronchite* (?)

qui dura deux mois. C'est à cette maladie que l'on attribue l'idiotie car, à la suite, elle ne pouvait plus marcher et avait perdu ce qu'elle savait au point de vue de la parole. Toutefois l'absence de convulsions, de symptômes cérébraux graves, autorise à mettre en doute cette étiologie.

IV. Cliniquement l'*idiotie* était *complète*. En l'absence de détails précis sur la maladie de la seconde année, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un arrêt de développement congénital. L'autopsie viendrait à l'appui de ce diagnostic, car il n'y avait ni lésions méningitiques, ni lésions en foyer.

VIII.

Arriération intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête; — instabilité mentale; — délire mystique; — fièvre typhoïde avec rechute; mort;

Par **BOURNEVILLE** et **TISSIÉ.**

SOMMAIRE. — *Père et grand-père paternel, violent. — Arrière grand-père paternel et tante paternelle cancéreux. — Mère migraineuse. — Grand-père maternel, excès de boisson, — Pas de consanguinité. — Égalité d'âge. — Exemples de gémellarité.*

Grossesse accidentée par de vives contrariétés. — Enfant jumeau. — A 8 mois brûlure grave du cuir chevelu de l'oreille gauche et de la joue gauche, suppuration prolongée. — Parole et marche complètes à 3 ans. — Rougeole et coqueluche à 5 ans. — A la même époque on note la faiblesse de l'intelligence, la bizarrerie du caractère, des accès de colère. — Idées mystiques; — Fugues. — Déguisement en moine. — Arrestation. — Envoi à Bicêtre. — Description de l'enfant. — Persistance des idées mystiques. — Amour de la solitude. — Nuls progrès à l'école. — Fièvre typhoïde; — amélioration; — abcès; — rechute; — hémorrhagie intestinale; — mort.

AUTOPSIE. — *Aucune lésion macroscopique des méninges et du cerveau. — Lésions intestinales caractéristiques.*

Henneq..., Georges, né à Paris le 20 mai 1878, est entré dans le service le 5 juin 1894 à l'âge de 16 ans.

Antécédents. — (Renseignements fournis par sa mère). — *Père,* employé de commerce au moment où il a quitté sa femme; il aurait actuellement 51 ans. Les renseignements sur son enfance sont incomplets; il ne semble avoir eu aucune maladie grave avant son union, et n'en a eu aucune après.

Son caractère était vif et emporté, enclin à des colères violentes pendant lesquelles, toutefois, il ne se livrait à aucun acte de brutalité. Il ne fumait pas à l'excès, ne se mettait pas en état d'ivresse, et ne semble pas avoir présenté de symptômes d'alcoolisme chronique. — Après dix ans de vie commune, à l'âge de 35 ans, il s'est séparé de sa femme à l'amiable pour incompatibilité d'humeur. — [*Famille du père.* Le *père* de cet homme était bien portant au moment de l'abandon de la mère de l'enfant ; il n'était pas alcoolique, n'avait pas de crises nerveuses, mais était d'un caractère très violent. — La *mère* n'a présenté dans sa vie aucune particularité digne d'être notée ; les renseignements sur son caractère manquent. — Le *grand-père maternel* est mort d'un *cancer*, ainsi qu'une tante. Dans le reste de la famille paternelle, on ne relève l'existence d'aucune maladie nerveuse ni d'aucune difformité physique].

Mère, 51 ans, cuisinière, n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Sa santé générale aurait été délicate : à 8 ans entérite violente qui s'est fréquemment reproduite ; à 12 ans, affection cutanée aiguë. Actuellement elle est robuste, bien portante, sauf qu'elle souffre seulement de *migraines* intenses. Son caractère est facilement irritable ; pourtant elle n'a jamais eu de crises nerveuses et, quoique cuisinière, fait un usage très modéré de l'alcool. — [*Famille de la mère.* — Sa *mère* est morte à 76 ans, asthmatique. — Son *père*, nerveux, violent alcoolique, de tempérament arthritique (maux d'estomac, migraines, ulcères variqueux) est mort à 79 ans « de vieillesse. » Parmi les autres ascendants maternels, on ne relève aucune tare nerveuse, aucune maladie digne d'être signalée. De même il n'existe dans la parenté collatérale aucun idiot, aucun épileptique, aucune malformation congénitale ; la mère de l'enfant a 3 sœurs vivantes et parfaitement portantes. — Dans le reste de la famille, il n'y aurait eu ni aliénés, ni difformes, etc.]

Pas de consanguinité. — Égalité d'âge.

Cinq *enfants* : 1° garçon né à 8 mois et demi, mort en nourrice à 6 mois d'affection inconnue ; — 2° fille bien constituée, née à 8 mois et qui est morte de diphtérie à 3 mois ; — 3° fille née à 8 mois, morte à un mois en nourrice on ne sait de quoi ; — 4° et 5°, deux *jumeaux*, une fille morte en nourrice à 6 mois et demi avec de l'ictère, l'autre est le malade. — Cette grossesse double n'était pas la première dans la famille maternelle : la sœur de la mère de l'enfant a donné naissance à deux garçons *jumeaux* ; une grand'tante maternelle de l'enfant et une

cousine germaine de la mère ont eu chacune une grossesse double).

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents ne vivaient plus en bonne intelligence. Ils se sont séparés avant la naissance de l'enfant. — La *grossesse* s'est effectuée dans de bonnes conditions physiologiques, bien que la mère se soit un peu serré le ventre que distendaient outre mesure les deux jumeaux. Elle signale surtout de fréquentes contrariétées dues à des querelles avec son mari. — L'*accouchement*, naturel, a eu lieu vers la fin du huitième mois; le travail a duré 4 heures, aucun incident ne l'a entravé. — *A la naissance*, les deux enfants n'offraient pas d'asphyxie et n'avaient pas de circulaire du cordon. — Le garçon, cependant plus gros que la fille, ne pesait que 2 kilogrammes. — Nourri au sein par sa mère durant un mois, il a été ensuite élevé au biberon (lait de vache) par une nourrice. Il n'aurait jamais eu de convulsions. A 18 mois il commençait à marcher et avait plusieurs dents quand est survenu un accident qui a beaucoup entravé son développement au dire de la mère. Il est tombé dans le feu et a eu le cuir chevelu, l'oreille et la joue du côté gauche fortement brûlés. La suppuration a duré plus de 3 ans et a été longtemps accompagnée de diarrhée. A part cet accident, l'enfant n'a eu d'autre maladie que la rougeole à 5 ans et la coqueluche aussitôt après. Son développement a été entravé par la suppuration de la plaie de la tête. Il n'a bien marché et bien parlé que vers 3 ans. C'est vers 5 ans seulement que sa mère a remarqué la bizarrerie de son esprit et la faiblesse de son intelligence; bien que d'un caractère doux et affectueux, il avait des *colères* qui lui faisaient perdre toute raison; il présentait enfin à propos d'émotions banales une agitation inquiétante. Mis dans un pensionnat de frères durant 3 ans, il y a contracté les idées mystiques, qui devaient plus tard s'exagérer. Deux fois il a tenté de s'enfuir, ce que l'on attribue à ce qu'il était toujours brutalisé à cause de la difformité occasionnée par la brûlure et de la gourme. C'est en raison de ce dernier accident que les frères l'auraient rendu à sa famille. Il avait alors 12 ans. Ses tendances religieuses, la bizarrerie, de son caractère, son désir de solitude n'ont fait que s'accentuer pendant les 3 années qui ont suivi. L'enfant a passé les quatre premiers mois de cette période chez des parents en province près de Belfort et le reste dans un pensionnat de Bretagne, sorte de maison de correction tenue par des frères. — Ses *fugues* devenaient plus fréquentes, ses *colères* plus violentes, sa piété de plus en plus exagérée. Revenu à Paris à 15 ans,

sans amélioration, on a tenté de lui faire apprendre plusieurs métiers : tentatives inutiles, l'enfant maladroit et mal disposé cassait tout et ne faisait aucun progrès. La moindre observation de ses parents motivait des colères folles dans lesquelles il menaçait de sauter par la fenêtre ou de tuer sa mère; il se levait fréquemment la nuit pour rêver et prier, parfois il éclatait de rire. Il avait depuis longtemps formé le projet de devenir le disciple de Jésus-Christ, selon sa propre expression. Pendant les 15 derniers jours de son séjour chez sa mère, sans qu'on eût remarqué de changement dans ces habitudes ni d'augmentation de ses idées religieuses, il se confectionna en cachette une robe de moine avec une couverture; puis il partit un dimanche matin dans le bois de Clamart. Là, il enleva ses vêtements et ses chaussures, revêtit sa robe de moine, noua une corde autour de ses reins, prit son livre de messe, se cacha dans un buisson et se mit en prière. — Le soir des gendarmes le trouvèrent dans cet état et l'arrêtèrent. — Réclamé et repris par sa mère, il montra une agitation telle qu'il devint dangereux de le garder plus longtemps. Au bout de quatre jours on dut le remettre aux mains de la police qui l'envoya à la préfecture, puis à l'Asile clinique, et enfin à Bicêtre. — Son *sommeil* était bon; il avait depuis longtemps des *céphalées* durant lesquelles il se frappait le front. Son caractère, en dehors de ses colères terribles, était caressant et bon. — Jamais il n'a eu de véritables crises nerveuses d'aucune sorte. — On attribue son état mental à la *brûlure*.

État actuel (7 juin 1894). — Apparence générale satisfaisante, adipose assez marquée, face colorée. — La peau pigmentée est rude.

Tête. — Les cheveux sont châtains, irrégulièrement implantés. — Toute la partie gauche du cuir chevelu, dépourvue de cheveux, est occupée par la cicatrice de la brûlure signalée précédemment et qui a détruit tout le pavillon de l'oreille.

Crâne, peu volumineux, à peu près symétrique. — Fontanelles soudées. — Les bosses pariétales, développées, élargissent le crâne qui par contre est assez bas. — Front assez découvert, mesurant 6 cent. de hauteur médiane. — Bosses frontales peu marquées.

La forme générale de la face est triangulaire. — La *cicatrice de la brûlure* descend jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Les arcades sourcilières, peu saillantes, sont garnies de sourcils abondants, plus foncés que les cheveux et séparés par un notable écartement sur la ligne médiane. Les fentes palpébrales sont larges et horizontales, les cils longs; pas de blépha-

rite. — Les *yeux* grands, normaux, jouissent de tous leurs mouvements. L'iris est brun ; les pupilles, moyennement dilatées, réagissent à la lumière et à l'accommodation. La *vision* des objets, la perception des couleurs et l'étendue du champ visuel sont absolument normales. — Le *nez* est droit et l'*odorat* bien développé. — La *bouche* est symétrique et de grandeur moyenne ; les lèvres sont minces. Les diverses parties de la cavité buccale ne présentent aucune anomalie ; les mouvements de la langue sont libres et le *goût* parfait. — Pas de prognathisme. La pommette gauche est un peu plus saillante que la droite. — *Oreille* droite de dimensions moyennes, sans aucune anomalie ; le lobule est un peu adhérent à la gauche.

Le *cou*, assez court, mesure 39 cent. de circonférence. Le corps thyroïde est perceptible.

La *cage thoracique* et l'*abdomen* sont normaux ; l'examen de tous les organes n'offre rien de particulier.

Puberté. — Léger duvet sur la lèvre supérieure ; rien au menton. Thorax glabre. Quelques poils longs autour de la racine de la verge, sur les bourses et au pourtour de l'anus. Verge : longueur 7 cent. 5 ; circonférence : 8 cent. Le prépuce recouvre le gland ; pas de phimosis. Les testicules, sans aucune anomalie, sont de la grosseur d'une noix.

Les *membres* sont régulièrement conformés et libres dans tous leurs mouvements ; le bras et la jambe du côté gauche sont toutefois beaucoup plus faibles que les membres du côté droit ; les saillies musculaires sont un peu moins marquées. Les ongles ne sont pas rongés.

La *sensibilité* tactile, douloureuse, réflexe et thermique est naturelle.

L'enfant comprend toutes les questions et répond clairement. Son instruction est assez développée. Il accuse des *névralgies* fréquentes siégeant au-dessus de l'orbite gauche et s'étendant à toute la tête ; quand elles atteignent une certaine intensité il perd la notion de ce qu'il fait. L'enfant déclare lui-même avoir des peurs fréquentes et des accès de colère.

A l'*école*, Henn.. se montre studieux et docile, il lit à voix un peu basse, mais avec expression et sans défaut de prononciation. Il écrit correctement et possède des notions de calcul, d'histoire et de géographie assez étendues.

1894. *Décembre.* — L'enfant s'accuse lui-même d'être taquin, de se mettre continuellement en de violentes colères et de-

mande à être isolé en cellule. — On le met aux douches et à l'huile de foie de morue.

Les progrès à l'école sont nuls ; son assiduité et sa conduite ne laissent rien à désirer, mais il se plonge souvent en des silences, en des rêveries dont on le fait difficilement sortir, — Il a gardé ses coutumes de piété, fait sa prière chaque soir, dit son chapelet, lit son livre de messe, porte un scapulaire. Tantôt il se frotte les mains, tantôt il les applique sur ses oreilles comme pour ne pas entendre ce qui se dit afin de s'absorber dans ses idées. Durant les récréations, il s'isole de ses camarades.

1895. 27 *mai*. — L'enfant entre à l'infirmerie avec les symptômes d'une pyrexie au début (fièvre, langue sale, courbature, angine légère). Le 30 mai, on note une *albuminurie* notable.

31 *mai*. — Les symptômes sont assez nets pour imposer le diagnostic de *fièvre typhoïde* (T.R. 41°). — Langue rôtie, taches rosées sur l'abdomen, douleur et gargouillements dans la région cœcale, céphalée, albuminurie persistante. — *Traitement :* Bains froids, caféine, acétate d'ammoniaque.

Jusqu'au 7 juin, la maladie suit son cours normal : Température élevée, très peu abaissée à la suite des bains donnés à 23°. — Délire presque continuel ; pouls à 120, mou ; râles de congestion pulmonaire surtout à droite.

7 *juin*. — Chute de la température et amendement considérable des symptômes. — Cet état satisfaisant dure du 7 au 11 juin. La température oscille entre 39° et 38° et s'abaisse à 37°, 8. Le 12, au soir, elle monte à 39° (*Fig.* 2), diminue le 12.

13 *juin*. — Élévation brusque de la température qui, de 38°, 2, atteint le soir 41° sans grande aggravation pourtant de l'état général. Un petit abcès, découvert à la cuisse droite, est incisé : c'est à lui, sans doute, qu'il faut attribuer la T.R. de 39° notée le soir de la journée du 11 juin. Toutefois l'état ne s'améliore pas et le 14 on recommence les bains froids et on purge le malade. — La *rechute* est rendue évidente par une abondante éruption de taches rosées.

Dans la nuit du 14 au 15, *hémorrhagie intestinale* de moyenne abondance ; la T.R. tombe à 39°, 2 (*Fig.* 2) ; le pouls, petit, est à 120. Le poumon est rempli de râles de congestion. On supprime les bains, on prescrit la caféine, l'acétate d'ammoniaque et on pratique des injections de sérum artificiel. Du 15 au 26, l'état du malade reste très précaire, sans incident grave. Le délire, tranquille, reparaît le 26, en même temps que le malade s'affaiblit visiblement. Le 26 au soir, chute de

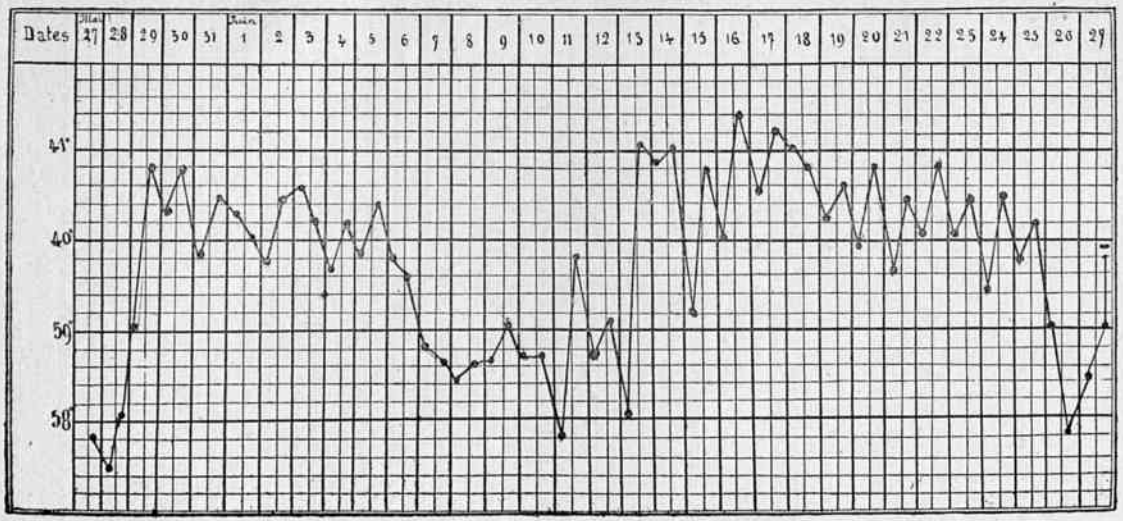


Fig. 2. — Fièvre typhoïde ; abcès ; rechute.

la température à 37°, 7, sans aucune amélioration de l'état général. — Le 28, mort à 5 heures du matin avec une température de 39°, 8. — Un quart d'heure après la mort : T.R. 39° ; — une heure après : T.R. 37° ; — deux heures après : 36° ; — 5 heures après : 30° ; — 9 heures après : 20°, la température de la chambre étant également à 20°.

Tableau du poids et de la taille.

	1894	1895
	Juillet.	Janvier.
Poids	47 k. 500	52 k. 700
Taille	1 m. 575	1 m. 59

AUTOPSIE faite le 28 juin (28 heures après le décès). — *Tête. — Crâne. Cuir chevelu* amaigri. — *Calotte crânienne* mince, peu dure, offrant de nombreuses plaques translucides. — La coupe est exsangue ; elle mesure 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Toutes les *sutures*, très apparentes, sont finement dentelées et assez longues sur la face externe. Elles sont très visibles également sur la face interne et présentent de fines dentelures. Nulle part il n'y a le moindre commencement de synostose.

La *dure-mère* n'offre rien de spécial. Les fosses de la base du crâne paraissent normales et symétriques; peut-être y a-t-il une légère saillie au niveau du temporal gauche. — Les différents organes de la base du cerveau, nerfs, artères, etc., sont normaux, sauf l'artère communicante droite qui est environ moitié plus petite que la gauche. — La *glande pituitaire* est pâle et un peu dure. La *glande pinéale* a la forme d'un pois aplati, de 5 mill. sur 4. — La *pie-mère* présente une anémie générale; elle s'enlève très facilement sur les deux hémisphères; il n'y aucune adhérence, même au niveau de la brûlure ; en revanche il y a 5 ou 6 adhérences filamenteuses de la pie-mère à la dure-mère au niveau du rocher à gauche et trois plus petites à droite. — Aucune lésion macroscopique : les *circonvolutions*, les *sillons*, les *ventricules latéraux*, les *corps striés*, etc., paraissent normaux.

Les *hémisphères cérébelleux*, la *protubérance*, le *bulbe* se décortiquent facilement et sont d'apparence naturelle.

Hémisphère cérébral droit	538 gr.
Hémisphère cérébral gauche	535 gr.

Poids du cerveau	1073 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	67 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche	67 gr.
Bulbe et protubérance	23 gr.
Cervelet et isthme	157 gr.

Cou. — *Corps thyroïde* volumineux (17 gr.), présentant à la coupe un tissu jaunâtre, mêlé de parties rouges. — *Thymus* impondérable, mais existant encore.

Cavité thoracique. — Aucun épanchement dans la cavité pleurale. — Le lobe inférieur du *poumon droit* et celui du *poumon gauche* sont fortement congestionnés. — *Cœur* (200 gr.), mou, rosé, sans lésions de péricardite ni d'endocardite. Le trou de Botal persiste sous forme d'un petit pertuis situé à la partie antéro-supérieure de la cloison interauriculaire. Ce pertuis, fermé par la valvule de Vieussens qui s'applique sur les bords sans y adhérer, admet exactement le calibre d'un stylet.

Abdomen. — Dès qu'on ouvre l'abdomen, les intestins distendus par des gaz font hernie hors de la cavité. Pas de traces de péritonite. La muqueuse de l'*estomac* et de la partie supérieure de l'*intestin grêle* n'offrent absolument aucune lésion. A dix travers de doigt environ au-dessus du cœcum, on trouve sur l'iléon trois *plaques de Peyer* voisines très nettement ulcérées. L'appendice est normal; le cœcum et le colon, remplis de matières dures, ne présentent que des arborisations vasculaires exagérées. Les *ganglions mésentériques* sont infiltrés et durs. — *Pancréas* (50 gr.) et *foie* (1600 gr. normaux; pas de calculs dans la vésicule biliaire. — La *rate* molle et gorgée de sang, pèse 200 gr. — Le *rein* gauche (148 gr.) est plus volumineux que le rein droit (135 gr.). sa décortication emporte en quelques points un peu de substance rénale; son tissu est mou et les vaisseaux de la substance corticale sont fortement injectés. Le rein droit présente un moindre degré de *néphrite*. Les *capsules surrénales* pèsent 5 gr. chacun. — Les *organes génito-urinaires* ne sont le siège d'aucune altération pathologique ni d'aucune malformation congénitale.

Examen histologique, par M. PILLIET. — Le *cerveau* a été durci dans le liquide de Müller et s'y trouve depuis déjà quelque temps, aussi est-il devenu très friable, ce qui en rend l'examen difficile. La méthode de l'imprégnation d'argent n'a donné que des dépôts irréguliers, en sorte que nous sommes sans renseignements sur les ramilles protoplasmiques et sur les cylindres d'axe.

Les méthodes ordinaires de coloration par l'hématoxyline avec décoloration subséquente ont donné les résultats suivants :

1° *Lobe frontal.* On constate que la couche superficielle de la substance grise est intacte. Il n'y avait donc pas d'adhérences. Les couches sous-jacentes, des petites cellules, des cellules moyennes et des grandes cellules pyramidales de l'écorce grise ne sont pas distinctes les unes des autres. — Elles forment une seule nappe, très riche en éléments cellulaires, comme chez les jeunes animaux. Chacune de ces cellules nerveuses est arrondie, globuleuse, unipolaire et n'a pas encore pris le type pyramidal, leur noyau est très volumineux. Nous avons vu qu'on ne pouvait suivre leurs prolongements. — Les faisceaux descendants qui vont à la substance blanche ne présentent pas de paquets de fibres dégénérées.

2° *Lobe pariétal.* La surface grise est encore intacte et son épaisseur est normale. Dans l'épaisseur on constate que les vaisseaux sont nombreux, dilatés, entourés d'une gaine adventice, riche en noyaux. Les cellules nerveuses sont pourtant aussi abondantes que dans le lobe frontal et présentent les mêmes caractères de développement incomplet, ce sont des cellules globuleuses ou piriformes comme celles que l'on rencontre chez les très jeunes chiens.

3° *Lobe occipital.* Son aspect est tout à fait semblable à celui des deux précédents: cellules globuleuses à protoplasma clair, vaisseaux nombreux, faisceaux descendants non dégénérés.

4° *Corps thyroïde.* Le corps thyroïde présente au contraire un aspect opposé à celui qu'on lui trouve dans l'enfance. Ses alvéoles sont considérablement élargis, distendus par la substance colloïde et sont sensiblement plus dilatés que ceux de l'adulte. Il y a donc hypersécrétion de la glande et tendance au goitre kystique.

En résumé, ce que l'on constate surtout, c'est un *état de non développement des cellules nerveuses* qui, bien que très abondantes, gardent les caractères qu'on leur voit chez les jeunes animaux. Ajoutons qu'elles sont entourées de nombreux vaisseaux — ce qui est encore, du reste, un caractère fœtal.

RÉFLEXIONS. — I. Nous n'avons rien de bien sérieux à noter dans les *antécédents héréditaires*, du moins d'après les renseignements qui nous ont été fournis.

II. Notre malade était *jumeau* et dans la famille, ainsi que cela se rencontre souvent, il y avait eu déjà plusieurs cas de gémellarité. C'est là, d'ailleurs un fait connu et dont nous avons eu maintes fois l'occasion de citer des exemples à titre de simple curiosité. Plus tard, peut-être, pourrons-nous en faire la statistique et voir s'il y a quelque conclusion à en tirer au point de vue de l'étiologie de l'idiotie. La même recherche a été faite au sujet de la *multiplicité des naissances.*

III. La grossesse n'a été accidentée que par des contrariétés banales qui ne paraissent pas avoir eu de conséquences. La naissance a eu lieu un mois avant terme, ce qui n'est pas rare dans les cas de grossesses doubles. C'est là, aussi, une circonstance — l'*accouchement avant terme* — que nous avons toujours soin de mentionner dans toutes nos observations.

IV. Jusqu'à 18 mois l'enfant ne semble pas avoir différé sensiblement des autres enfants. Alors survint une *brûlure* grave et étendue du côté gauche de la tête et de la face, qui a suppuré très longtemps et aurait entravé à la fois le développement physique et le développemeut intellectuel. C'est à cet accident que la mère attribue l'état mental de son fils et qui peut se résumer ainsi : faiblesse de l'intelligence, bizarrerie du caractère, accès de colère, instabilité mentale, idées mystiques. Cet ensemble symptomatique a persisté, avec prédominance des *idées mystiques* qui, durant une certaine période, ont même revêtu l'allure d'un véritable délire.

V. La *fièvre typhoïde* a eu d'abord une marche bénigne qui faisait espérer une issue favorable. Une *rechute* inopinée, compliquée d'*hémorrhagie intestinale*, a occasionné un affaiblissement progressif

qui s'est terminé par la mort au bout de cinq semaines. Le tracé thermométrique *(Fig. 2)* est très-intéressant car il indique avec netteté la marche de la température au début de la *fièvre typhoïde*, durant la période d'état, à la période de défervescence, interrompue par une élévation due à la production d'un *abcès*, enfin une élévation continue, correspondant à la *rechute* avec un abaissement momentané consécutif à l'*hémorrhagie intestinale* Cet abaissement thermique paraît être la règle, en semblable occurrence. Nous en avons relaté un certain nombre de cas personnels ou empruntés aux auteurs dans un mémoire spécial (1).

VI. Contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, en raison de l'intensité et de l'étendue de la brûlure, de la chronicité de la suppuration, l'autopsie n'a décélé aucune lésion des méninges.

(1) Bourneville. — *Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.* Paris 1873, p. 54-62. Ce travail renferme 10 tracés thermométriques.

IX.

Épilepsie. — Atrophie cérébrale localisée. — État de mal. — Influence des injections de Brown-Séquard;

PAR **BOURNEVILLE** ET **SOLLIER**.

SOMMAIRE. — *Rien du côté du père. — Mère, nerveuse. — Grand-père maternel, alcoolique. — Grand'mère maternelle, hémiplégique droite avec aphasie. — Arrière-grand-père paternel, mort paralysé. — Cousine maternelle, choréique. — Frère, convulsions de l'enfance.*
Émotion violente de la mère au sixième mois de la grossesse. — Premier vertige à huit ans. — Premier accès à onze ans. — Accès sériels. — Diminution de l'intelligence. — Augmentation des accès sous l'influence des injections de Brown-Séquard. — État de mal. — Mort.
AUTOPSIE. — *Atrophie cérébrale localisée.*

Le nommé Dec..., né à Paris le 22 mai 1878, est entré à Bicêtre (service de M. le Dr BOURNEVILLE), le 29 mai 1892, où il est décédé le 8 mai 1894.

Renseignements fournis par la mère. — *Père*, 50 ans, doreur sur métaux (1), fort, de taille ordinaire, sobre. Pas de convulsions dans l'enfance. Fièvre typhoïde à 18 ans. Marié à 29 ans. Caractère emporté. Pas de maladie de peau, pas de migraines; quelquefois douleurs dans les membres. Exempté du service militaire par son numéro. — [*Père*, 75 ans, tailleur, sobre; pas de maladies nerveuses. Bien portant, pas de paralysie. — *Mère*, 75 ans, couturière; bien portante; pas de maladies nerveuses. — *Grand-père paternel*, tailleur, tué par accident. — *Grand-père maternel*, aubergiste, très sobre ce-

(1) Nous notons toujours la *profession* des père et mère de nos malades afin de pouvoir, un jour, vérifier l'*action des professions* réputées *insalubres* sur le *produit de la conception*.

pendant, dit-on. — *Grand'mères paternelle et maternelle,* pas de renseignements. — *Deux oncles paternels,* dont l'un a été tué en Crimée, et l'autre est tailleur, sobre, sans maladies nerveuses.— *Tante paternelle,* bien portante. — Ni oncles ni tantes maternels.— Une *sœur,* 43 ans, en bonne santé ; pas de troubles nerveux, ainsi que sa fille, âgée de 9 ans.— Dans le reste de la famille, ni idiots, ni épileptiques, ni aliénés, ni paralytiques, sourds-muets, etc.]

Mère, 41 ans, sans profession ; pas de convulsions ni de maladies dans l'enfance. A 22 ans, *étouffements nerveux* qui passaient avec des inhalations d'éther ; jamais de crises de nerfs. Toujours un peu anémique. Coliques néphrétiques il y a 2 ans. Maux de tête passagers. Caractère très doux mais impressionnable. — [*Père,* mort à 77 ans de pneumonie, ne faisait pas d'excès de boissons, mais buvait habituellement « comme tout le monde ».— *Mère,* morte à 65 ans d'*hémiplégie droite avec aphasie.* Toujours maladive. Érysipèles à rechutes. A partir de la ménopause elle ne fut plus jamais malade. — *Grand-père paternel,* mort *paralysé* après une longue captivité en Espagne, très fort. — *Grand'mère paternelle,* morte à 99 ans, jamais malade. — *Grand-père maternel,* ordinairement bien portant, mort à 64 ans d'une pneumonie.— *Grand'mère maternelle,* morte on ne ne sait de quoi à la suite d'une violente émotion.— *Oncle paternel,* mort à 57 ans probablement d'une affection pulmonaire. — *Deux tantes paternelles,* une morte de pneumonie à 57 ans, l'autre vivante, 55 ans, n'est jamais malade. — *Trois tantes maternelles,* de 70, 59 et 57 ans, toutes trois fortes et bien portantes. — *Frère,* 45 ans, en bonne santé, sobre, marié, a quatre enfants : un est mort à 14 ans de *péritonite tuberculeuse* ; le deuxième, 19 ans, et le troisième, 17 ans, n'ont rien de particulier ainsi que le plus jeune. Aucun n'a eu de convulsions. — Dans le reste de la famille, une *cousine maternelle* a eu la *chorée.* A part cela, ni idiots, fous, épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans (père plus âgé).

Deux *enfants* : 1° *garçon,* 21 ans, employé chez son père, a eu des *convulsions* dans l'enfance au retour de nourrice. Depuis lors pas d'autres affections nerveuses ; il est intelligent.

2° *Notre malade.* — *Grossesse* bonne ; toutefois, notons une violente *émotion* vers le sixième mois, à la suite de contra-

riétés de famille, sans perte de connaissance, ni accident utérin. Ni coups, ni chutes, ni envies. Pas d'alcoolisme, pas d'éclampsie. — *Accouchement* à terme, très difficile, mais sans fers, ni chloroforme. — Pas de circulaires, mais *asphyxie* à la naissance : il a fallu flageller le nouveau-né pendant une demi-heure. Nourri au biberon jusqu'à 2 ans.

Première dent on ne sait à quel âge. *Parole* à 2 ans. *Marche* à un an. *Il n'aurait jamais eu de convulsions*, et n'aurait pas fait de maladies jusqu'à 5 ans 1/2. A cet âge, il a eu le croup et a été opéré. Il a rapidement guéri. Ni rougeole, ni scarlatine, ni varicelle, ni variole, ni fièvre typhoïde. Coqueluche à un an, en nourrice, très modérée. Gourme et otorrhée. Il n'avait jamais eu d'étourdissements ni de vertiges, lorsqu'à l'âge de 8 ans, un matin pendant qu'on le débarbouillait il se serra fortement contre sa mère. Il fut vu par un médecin qui lui donna du bromure. Pendant deux ans ces sortes de *crises* se manifestèrent au moins une fois par jour. *Il sentait que cela allait le prendre, courait s'accrocher à une table et restait les yeux fixes et les bras raides quelques secondes*, c'était tout. Il est tombé pour la première fois à l'âge de 11 ans. Pas d'écume, pas de bave, pas de morsure de la langue. Il avait les poings fermés. Secousses des bras et des jambes. Cela se reproduisait 12 à 14 fois par jour et tous les jours depuis dix-huit mois. Dans l'intervalle, il est resté neuf mois au collège sans rien avoir.

Auparavant et jusqu'à l'âge de 9 ans il était fort avancé, très intelligent. A la suite, au contraire, il ne voulait plus travailler. Après chaque crise, surtout depuis un an, il est devenu voleur et méchant. Il fallait deux personnes pour le tenir. Il voulait mettre le feu chez lui, et agonisait ses parents de sottises.

On ne s'est jamais aperçu d'onanisme. Il a toujours bavé beaucoup et mangeait très salement depuis sa maladie. Il ne gâtait pas, mais à chaque crise il urinait sous lui. Il avait des *hallucinations*, voyait des voleurs, des personnes étrangères autour de lui. Il aimait beaucoup ses parents. A l'âge de 10 ans une voiture lui a passé sur le pied, mais comme il avait des galoches il n'a rien eu de touché et n'a eu que très peur.

État actuel (21 *février* 1893). — L'enfant est pâle, mais a la figure pleine et est assez fort. — La *physionomie* est triste et il a l'air peu intelligent. *Cheveux* blonds et fournis. *Crâne* rond, bosses frontales accusées, la droite un peu plus saillante que la gauche. A gauche la bosse occipitale est volumineuse, Front assez large, mais bas. — *Visage* rond ;

arcades sourcillières peu prononcées ; sourcils peu accusés et très peu abondants, très pâles. — Paupière supérieure bouffie, l'inférieure est séparée de la joue par un léger sillon. Cils très blonds et peu abondants. *Yeux* bleus, peu mobiles ; légèrement saillants ; pas de nystagmus, ni de strabisme. Pupilles égales, réagissant bien. *Nez* droit, symétrique. *Bouche* toujours entrouverte ; lèvres volumineuses. *Langue*, longue, étalée. *Amygdales* très volumineuses ; pas de tumeurs adénoïdes. *Menton* arrondi ; fossette centrale. — *Oreilles*, assez grandes, bien ourlées ; lobule non adhérent.

Corps thyroïde, perceptible. — *Thorax* normal, peu musclé. — *Colonne vertébrale* non déviée. — *Bras* normaux, mains longues ; doigts volumineux. — *Membres inférieurs*, normaux ; *Peau* blanche. Cicatrice de la trachéotomie. *Viscères* normaux. — Rate volumineuse.

La *parole* est lente. L'*état intellectuel* est affaibli, l'enfant arrive avec effort à donner la date du jour et de sa naissance. Il est violent, bat ses camarades, et cela en dehors de ses accès. Pas de tremblement de la langue. Il bave beaucoup après ses accès.

Voici le nombre total de ses accès en 1892, 1893 et 1894. De mai à fin décembre 1892 : 293 accès et 10 vertiges. En 1893 211 accès. — Les quatre premiers mois de 1894, 49 accès et un vertige.

L'enfant est un de ceux sur lesquels on a essayé l'action thérapeutique des *injections de suc testiculaire*. Ce traitement, commencé le 13 février 1893, a été appliqué de la façon suivante : du 13 au 16 on a fait une injection quotidienne avec la solution faible ; — du 16 au 19 deux injections ; du 19 au 28, une injection avec la solution forte ; du 1er mars au 26 mars trois injections avec la solution forte. Sous cette influence il y a eu augmentation des accès qui ont été trois fois plus fréquents. Le physique ne s'en est pas ressenti. L'intelligence n'a pas augmenté quoique l'enfant semble plus éveillé. Il bave moins mais cela d'une façon intermittente.

Le 2 *juin* l'enfant a eu 15 accès. — La *température* a présenté la marche suivante :

Au 3e accès	37° 5	1/4 d'heure après		37° 5
5e —	37° 6	—	—	37° 8
9e —	37° 6	—	—	37° 8
10e —	37° 8	—	—	38°
12e —	37° 8	—	—	38°
15e —	38°	—	—	38° 3

Pas d'accès dans la nuit. — A partir de cette série d'accès

l'enfant est *tombé en déchéance*. Néanmoins le 25 juin il peut retourner à l'école.

Puberté (*Juillet* 1893). — Corps glabre. Verge : longueur 5 cent.; circonférence : 5 cent. 1/2. — Testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de merle. Gland découvrable, méat et anus normaux.

Mensurations de la tête.

	Janv. 1893.	Juillet 1893	Janv. 1894
Circonférence horizontale maxima..	52	52.2	52.2
Demi-circonférence bi-auriculaire...	33.5	33.5	33.5
Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez	34	34.2	34.3
Diamètre antéro-postérieur maximun	17.4	17.4	17.5
— bi-auriculaire	13.5	13.5	13.5
— bi-pariétal	14.2	14.2	14.2
Hauteur du front.....	5	5	5

Poids et taille.

	Juillet 1892.	Janv. 1893.	Juillet 1893.	Janv. 1894.
Poids.....	32 k.	37 k. 100	41. k. 200	43 k 500
Taille.....	1 m 42	1 m. 45	1 m. 48	1 m. 50

1894. *Janvier.* — L'enfant est en déchéance. Il a tendance à se pencher en avant et à droite. La bouche reste entr'ouverte. La parole est embarrassée et très lente. Il dit qu'il a quinze ans, mais ne peut préciser la date de sa naissance; il indique le mois et le jour mais non le quantième. Les pupilles sont égales, il n'y a pas de tremblement de la langue.

Vertige. — L'enfant était debout devant moi quand il a été pris d'un vertige : Le corps s'incline en avant en même temps que les bras s'étendent et s'écartent du tronc; puis le tronc se penche en arrière; pleurs, hébétude, pupilles dilatées.

2 *mai.* — Il entre à l'infirmerie. 3 accès dans la nuit. Dans la journée il en a 4. Pas de fièvre. *Matin* : T. R. 37°,2. — *Soir* : T. R. 37°,4.

3 *mai.* — 2 accès dans la journée. *Matin :* 37°,4. — *Soir* : à 8°,6. — Purgatif. 2 accès dans la nuit.

4 *mai.* — 5 accès dans la journée, 2 dans la nuit. *Matin :* T. R. 38°,4. — *Soir :* T. R. 37°,6.

5 *mai.* — 2 accès dans la journée. *Matin :* T. R. 37°, 6. — *Soir* : T. R. 38°, 2.

6 *mai.* — 1 vertige. *Matin* : T. R. 39°, 4. — *Soir :* T. 40°.

7 *mai.* — Pas d'accès. *Matin.* T. R. 40°, 2. — *Soir* : T. R. 40°, 1.

8 *mai.* — *Matin :* T. R. 39°,4. L'enfant meurt dans la journée. La *température après la mort* a présenté la marche suivante. — Après la mort : 39° ; — 1/4 d'heure après : 38°, 5 ; — une heure après : 38° ; — deux heures après : 37° ; — trois heures après ; 36° ; — 6 h. : 35° ; — 9 h. : 30° ; — 12 h. : 20°. (Température de la chambre 15°). — 15 h. après : 18°. (Température de la chambre 13°).

AUTOPSIE. — Nous n'avons pu examiner que la *tête. Cuir chevelu* assez épais. *Calotte* épaisse, asymétrique, beaucoup plus développée à droite qu'à gauche ; plagiocéphalie : bosse frontale *droite* et bosse occipitale *gauche* saillantes. — *Sutures* fermées, sans synostose. Elles sont toutes très sinueuses à larges dentelures et en grande partie transparentes. Le crâne est dur et peu épais (1). Notons une dépression très prononcée des pariétaux de chaque côté de la suture interpariétale immédiatement au-dessus de la suture coronale. Cette dépression a une longueur de 4 à 5 centimètres sur 2 de long.

Base du crâne également asymétrique. Obliquité de gauche à droite du trou occipital (2). Crête frontale très saillante. Fosse sphénoïdale gauche plus profonde que la droite.

Glande pituitaire du volume d'un petit haricot, d'aspect normal. En regardant le cerveau par la base, l'hémisphère gauche semble moins gros et moins long. — Les *nerfs*, les *pédoncules* de la base sont égaux et symétriques.

Hémisphère cérébral gauche. (530 grammes.) — Au niveau de la scissure de Sylvius, au pied de la F^2 il existe une *po-*

---

(1) Bien que, au moment de la mise en page la mort remonte à 20 mois la partie centrale des pariétaux et la partie moyenne du frontal sont demeurées grasses malgré le dégorgement : c'est une particularité que nous avons déjà signalée en ce qui concerne les *crânes des épileptiques.*

(2) Nous mentionnons l'état du *trou occipital* dans toutes nos autopsies d'épileptiques parce que quelques auteurs ont essayé de rattacher l'*épilepsie* à un rétrécissement de cet orifice.

che kystique remplie d'un liquide fibrineux, de forme ovale, à grand axe parallèle à la scissure, et mesurant 4 cent. de long sur 3 cent. de large. Les *circonvolutions* qui en forment le fond sont *atrophiées* et présentent un *aspect vermicellé*. Cette *atrophie* porte sur le tiers inférieur des circonvolutions ascendantes. Celles-ci, normales dans leurs deux tiers supérieurs, s'amincissent tout-à-coup au niveau du sillon qui sépare la première de la seconde frontale. La FA présente un *aspect vermicellé* également et les plis de passage qui la réunissent

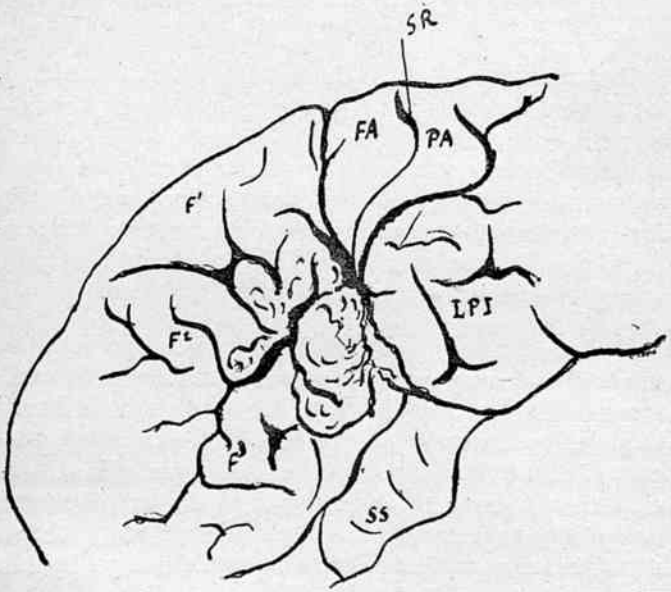


Fig. 3. — F¹, F², F³, première, seconde et troisième circonvolutions frontales. — SS, scissure de Sylvuis. — SR, sillon de Rolando, — FA, frontale ascendante, — PA, pariétale ascendant, — LPI, lobe pariétal inférieur.

à F² ainsi qu'une partie du pied de F² présentent la même *atrophie*. Le repli qui réunit FA à PA est réduit à une simple lamelle transparente. La PA n'est atrophiée que dans son tiers inférieur, mais n'est pas vermicellée. Par suite de cette *atrophie*, les circonvolutions de l'insula sont complètement à découvert. (*Fig* 3).

Les *méninges* s'enlèvent facilement sur le reste de l'hémisphère, et ne présentent pas d'adhérences. Les autres circonvolutions n'offrent pas trace d'atrophie.

Hémisphère droit. (585 gr., c'est-à-dire 55 gr. de plus que le gauche.) — Rien de particulier.

Les *ventricules latéraux*, les *noyaux gris* des deux côtés n'ont aucune lésion macroscopique.

Hémisphère cérébral droit	585 gr.
— — gauche	530 —
Cerveau	1115 —
Bulbe et protubérance	20 —
Cervelet et isthme	160 —
Hémisphère cérébelleux égaux, chacun	70 —

RÉFLEXIONS. — I. Rien de notable du côté paternel. La mère du malade est *nerveuse*, à un degré modéré; le grand-père maternel a fait des *excès de boisson;* la grand'mère maternelle est morte *hémiplégique* et *aphasique;* un des arrière grands-pères a été *paralysé;* une cousine a eu la *chorée* et un frère des *convulsions*: c'est donc du côté maternel qu'on peut invoquer une influence héréditaire sérieuse.

II. La *grossesse* a été accidentée par une émotion vive. C'est là une cause que nous rencontrons quelquefois. Nous avons soin de faire préciser la date à laquelle est survenue cette émotion, ses conséquences, si elle a été passagère ou durable, si elle a occasionné une perte de connaissance, du tremblement, des crises nerveuses, des cauchemars, etc., afin de nous rendre compte de l'influence qu'elle a pu exercer sur le fœtus.

III. Faut-il rattacher la *lésion* trouvée à l'autopsie à cette émotion de la mère au sixième mois de la grossesse ou à l'*asphyxie* à la naissance? Nous ne saurions nous prononcer formellement à cet égard. En tout cas, nous devons rappeler que l'enfant n'aurait jamais eu de convulsions.

IV. L'*épilepsie* a débuté à l'âge de 8 ans. Il n'y aurait eu jusqu'à onze ans que des crises incomplètes.

Les véritables accès ont paru à cette époque et, sauf une rémission de neuf mois, ils se sont montrés très fréquents. L'intelligence qui, assure-t-on, était développée, s'est affaiblie progressivement, l'enfant est devenu violent, grossier et a offert des périodes d'excitation avec hallucinations. Durant son séjour dans le service, les accès ont persisté, très nombreux, et n'ont pas été influencés par les divers traitements employés, notamment par les injections sous-cutanées de suc testiculaire (1). Enfin, il a succombé à un *état de mal*.

V. Nous trouvons ici la confirmation de ce que nous avons écrit sur la température centrale pendant les *séries d'accès* (élévation modérée) et pendant l'*état de mal* (élévation rapide et considérable).

VI. Au point de vue anatomo-pathologique, ce cas est à rapprocher de ceux qui se trouvent disséminés dans les volumes précédents du *Compte-rendu de Bicêtre* et de celui qui figure dans le présent volume (p. 60).

(1) Voir Bourneville et Cornet. — *Compte-rendu de* 1893, t. XIV, p. 109. — Des 28 épileptiques qui ont été soumis aux injections hypodermiques de suc testiculaire en 1893, dix sont morts à l'heure actuelle: Basn..., Boutr... Deco..., Fara..., Gassin..., Guibl..., Lallem..., Morti..., Thom... (B). Wil.. C'est là une mortalité proportionnellement plus grande qu'on ne l'observe d'habitude Nous croyons que, durant le même temps, sur 28 autres épileptiques pris au hazard il n'y a pas eu autant de décès.

X.

Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse, compliquée de méningite;

PAR **BOURNEVILLE.**

Les observations de *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse* sont encore en petit nombre. Bien que nous n'ayons pas l'intention de faire un historique complet de la question, nous croyons cependant utile de donner quelques indications de nature à aider ceux qui voudraient faire une monographie de cette maladie. C'est en 1880 que nous avons publié dans les *Archives de Neurologie* notre première observation (1), suivie peu après d'une autre, accompagnée d'un examen histologique fait par M. Brissaud (2). Notre troisième observation a été communiquée à la *Société anatomique* en février 1881 (3). La quatrième a été également présentée à cette Société en juillet de la même année (4).

Nous citerons ensuite un cas de Breckner (*Arch. für Psychiatrie*, XII, 3) et un autre consigné par M. Jules Simon dans ses conférences *Sur la sclérose* (5)

---

(1) Bourneville. — *Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales, idiotie et épilepsie hémiplégique* (Enfant Pit..., Marie), p. 81, avec une planche.

(2) *Ibid*, 1880, p. 397 (Enfant Boury...) avec 2 pl.

(3) Bourneville et Bonnaire. — *Idiotie complète; vertiges et accès épileptiques; sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 180) (Enf. Mor... Ch.).

(4) Bourneville et Bonnaire. — *Sclerose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions cérébrales* (*Ibid.*, 1881, p. 545).

(5) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1883, p. 555, 1884, p. 1 et 100.

cérébrale de l'enfance (1884). S'appuyant sur nos deux premières observations — car il ne semble pas avoir eu connaissance des deux suivantes — et sur celles de MM. Breckner et J. Simon, M. H. Richardière a consacré un chapitre spécial à la *Sclérose hypertrophique* dans sa thèse inaugurale (1).

En 1888, sur notre conseil, M. J. Thibal prit pour sujet de thèse la *sclérose tubéreuse* (2), rassembla toutes les observations que nous venons d'énumérer et y ajouta une observation inédite, recueillie par nous en 1879. M. Thibal a essayé de tracer la nosographie de la sclérose hypertrophique, en passant successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, etc. En raison du petit nombre de faits, alors connus, cet essai est forcément imparfait. C'est pour aider à le compléter que nous publions l'observation suivante.

SOMMAIRE. — *Père, nombreux excès de boisson, syphilitique, mort de paralysie générale. — Grand'mère paternelle morte aliénée.*

Mère, très nerveuse, syphilitique. — Grand'mère maternelle morte diabétique. — Arrière-grand-père maternel, excès de boisson. — Arrière-grand' mère maternelle morte d'un cancer de l'estomac. — Deux oncles maternels morts d'affections cérébrales. — Sœur, très nerveuse, strabique.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

Conception probable durant une poussée syphilitique. — Violences et colères durant la grossesse. — Premiers signes d'idiotie à 3 mois. — Début de la parole toujours limitée à quelques mots à 33 mois. — Début de la marche à la même époque. — Premières convulsions à 8 mois; leur fréquence; disparition à 3 ans. — Accès de cris diurnes

---

(1) Richardière (H) — *Études sur les encéphalites primitives de l'enfance.* Paris, 1885, p. 13, 31 et 50.

(2) Thibal (J). — *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse ou hypertrophique du cerveau.*

et nocturnes. — Krouomanie. — Tics. — Grincements de dents. — Balancement. — Itave. — Gâtisme.

1892. *Rubéole : marche de la température. — Description de la malade.*

1893-1694. — *Même état de l'enfant ; aucune amélioration.*

1895. — *Cachexie progressive ; diarrhée ; mort.*

AUTOPSIE. — *Sclérose hypertrophique ou tubéreuse ; — méningite chronique ; — granulations tuberculeuses du poumon droit.*

Laut.. (P. Léontine), née à Paris le 17 décembre 1885, est entrée à la Fondation Vallée, le 21 mai 1892.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère* le 13 juin 1892). — *Père*, enfant naturel, 47 ans, marchand de meubles, pas de convulsions de l'enfance, ni de migraines, tempérament très nerveux caractère exalté, a contracté le *syphilis* avant le mariage (35 ans). Un ou deux mois après, sa femme a remarqué une éruption à la peau, des maux de gorge, etc. Il a dû suivre de nouveau un traitement spécifique. Il est devenu aliéné en 1890, et il a fal u l'interner au mois de novembre à l'asile de Villejuif où il est mort le 29 mars 1894. « Il était syphilitique, nous écrit le Dr Vallon qui l'a eu dans son service, et il avait fait des excès de toutes sortes, surtout des *excès alcooliques* Pendant près de trois ans, il a présenté de l'excitation maniaque avec prédominance d'idées ambitieuses et, par intervalles, des idées hypochondriaques. Durant cette période, malgré un examen attentif, on n'a pu constater d'autres troubles physiques qu'un myosis peu accusé. Néanmoins, dès le début, me fondant sur le caractère du délire, je l'ai considéré comme atteint de *paralysie générale* et je le montrais à mes internes, comme un de ces cas de paralysie générale dans lesquels les symptômes psychiques existent seuls pendant plus ou moins longtemps, les signes physiques n'apparaissant que plus tard. En effet, à un moment, il s'est produit de l'hésitation de la parole, puis un véritable embarras qui s'est accentué de plus en plus. En même temps ont apparu des troubles oculo-pupillaires et les forces ont diminué progressivement. Des *attaques épileptiformes* sont survenues et il a succombé dans le marasme. L'autopsie a montré l'existence macroscopique des lésions habituelles et très prononcées de la paralysie générale. » — [*Père*, inconnu, partant aucun renseignement sur sa famille. — *Mère*, maîtresse de musique, intelligente, sobre, morte d'une pleurésie à l'Asile clinique (6 janvier 1890) où elle était entrée comme

atteinte de *démence* avec idées de persécution (Magnan). — *Grand-père maternel*, mort très âgé, on ne sait de quoi. — Pas de détails sur la grand'mère paternelle, ni sur les oncles et tantes. On ne croit pas qu'il y ait eu parmi eux d'aliénés].

Mère, 39 ans, marchande de meubles, très intelligente, bien portante; pas de convulsions de l'enfance, mais elle était sujette à des colères violentes dans lesquelle- elle se roulait par terre : elles ont disparu à la suite de « deux fessées », dit-elle. Pas de migraines. Son mari lui a donné la *syphilis* peu après le mariage : « on m'a fait prendre de pilules mercurielles et de l'iodure de potassium. » — [*Père*, fondeur en cuivre, n'a jamais eu d'accidents professionnels; sobre, caractère assez emporté, est en bonne santé. — *Mère*, morte à 52 ans du diabète, n'a jamais eu d'accidents nerveux. — *Grand-père paternel*, excès de boisson dans la jeunesse, décédé à 81 ans. — *Grand'mère paternelle*, morte également à 84 ans. — *Grand-père maternel*, mort à 83 ans, sobre, asthmatique. — *Grand'mère maternelle*, morte à 62 ans, d'un *cancer de l'estomac*. Les *oncles* et *tantes* des deux côtés, ainsi que leurs enfants, n'auraient pas eu d'affections nerveuses ou mentales. — Trois *frères* : deux sont morts l'un à 18 mois d'une *affection cérébrale* sans convulsions, pense-t-on; l'autre a eu une coxalgie et a succombé à une *méningite* : le survivant est d'une constitution délicate ; il a une fille de 10 ans, affectée de coxalgie. — Deux *sœurs* : une est morte *phthisique* ; l'autre, bien portante, n'a pas eu de maladies nerveuses. — Pas d'idiots, d'épileptiques, de suicidés, de débauchées, de criminels, etc., dans le reste de la famille].

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

1°-6° Six *fausses couches* en trois ans, la première à 6 mois de grossesse, 8 mois après le mariage. Toutes paraissent devoir être attribuées à la *syphilis* donnée par le mari à sa femme : — 7° notre malade ; — 8° une *fausse couche* ; — 9° une fille, qui s'est tuée en tombant d'une fenêtre ; elle semblait être sous le coup d'une maladie du cerveau, était très nerveuse, commençait à *loucher* ; elle était très intelligente, avait beaucoup de mémoire ; bien que n'étant âgée que de 4 ans et demi, elle retenait toutes les poésies qu'on laisait réciter aux grandes élèves et les déclamait. Jamais elle n'avait eu de convulsions (1).

(1) La mère du malade, réglée à 11 ans et demi, s'était mariée une première fois à 23 ans et avait eu de son mari, mort de néphrite aiguë, une fille morte d'asphyxie pendant l'accouchement.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le père, affirme-t-on, était sous le coup d'une nouvelle manifestation de la syphilis, entre autres il avait une poussée ganglionnaire ; il n'avait pas encore de signes d'aliénation. — *Grossesse* : pas d'envies, d'alcool, d'œdème, d'idées noires, etc. Elle vivait encore, au moins au début de la grossesse, en bonne intelligence avec son mari et n'a su qu'il lui avait donné la syphilis que quand il a été interné à l'A-ile clinique le 10 novembre 1890, « le 10e anniversaire de notre mariage » et ce jour-là elle a fait une nouvelle fausse couche de deux mois et demi, qu'elle attribue aux fatigues et aux chagrins occasionnés par la maladie de son mari et aux scènes du placement. Au cours de cette grossesse son mari était déjà violent, lui donnait des coups de pieds et de poings de tous les côtés, même sur le ventre. Ces violences occasionnaient chez elle de fréquentes colères. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, en deux heures ; présentation de la tête. — *A la naissance*, pas d'asphyxie ; elle était grosse (non pesée), a crié de suite. Elle a été élevée à la campagne au biberon (lait de vache) jusqu'à 21 mois. Sa mère l'a visitée au troisième mois et s'est aperçue qu'elle n'était pas « naturelle. » Elle ne regardait pas, ne souriait pas, avait les yeux fixes, ne semblait pas entendre : « j'avais peur qu'elle ne fut sourde. » A 5 mois, elle l'a fait venir à Paris et l'a montrée à quatre médecins qui, contrairement à son opinion, ne lui trouvaient rien d'extraordinaire. « Pourtant, elle ne manifestait rien, n'était pas attentive, son regard était vague, sans expression ». Le sommeil était calme, sans cris, depuis la naissance. L'état physique était satisfaisant. — *Première dent* vers un an : dentition complète à ? — Début de la *parole* à 33 mois, papa, maman, ohé ! et de la *marche* à la même époque : elle serait partie tout d'un coup à la suite d'une application de pointes de feu le long de la colonne vertébrale ; elle courait très bien, « comme un lapin ».

Premières convulsions à 8 mois : flexion prononcée de la tête, inclinaison légère du tronc pendant quelques secondes, abduction et extension des bras en croix, mains fermées, les pouces en dedans, puis déflexion et extension de la tête, adduction des bras. Pas de mouvements cloniques. Léger stertor. L'enfant est revenue vite à elle (2 à 3 minutes). A la suite de ces convulsions, sa mère l'a fait venir pendant 3 ou 4 jours durant lesquels elle a pu assister à plusieurs crises. Renvoyée chez sa nourrice, elle a eu des crises tous les 3 ou 4 jours, puis, au bout d'un mois, tous les jours jusqu'à son retour chez sa mère (21 mois). Elle avait à ce temps, 2 ou 3 accès par jour. Elle fut conduite à M. A. Voisin qui lui pres-

crivit des frictions mercurielles sous les bras et de l'iodure de potassium et lui appliqua tous les 5 jours des pointes de feu le long du rachis. Il l'a soignée jusqu'en 1890.

Vers 3 ans, les accès ont disparu. Ils ont été remplacés par des cris de feu, avec grincements de dents « qui en étaient brisées », contracture des mâchoires et rougeur intense de la face, venant par accès le jour et la nuit, de 11 heures à 2 heures. Ils étaient moins forts le jour. En même temps, les bras et les jambes se rapprochaient; il fallait déployer une grande force pour desserrer celles-ci. Il n'y avait pas de perte de la connaissance ni de stertor. — En plus de ces accès de *cris*, Lau... se tapotait le front avec la main droite, ou bien se cognait le front sur la table : « elle souffrait de la tête. » — On n'aurait pas noté — en dehors de ces accès de cris qui ont persisté jusqu'à l'entrée à la Fondation Vallée — d'alternatives de pâleur et de rougeur de la face.

A 3 ans et demi — environ six mois après le début des *accès de cris*, sont survenus un *balancement* antéro-postérieur du tronc, des contorsions de la bouche, la protraction de la langue « qu'elle avait très grosse et qu'elle a sucé jusqu'à son admission. »

Dans la marche, elle ne butait pas, courait, s'arrêtait s'il y avait un obstacle, mais ce n'est que vers 5 ans qu'elle est parvenue à monter le trottoir, qu'elle s'amusait ensuite à monter et descendre sans cesse : « c'était pour elle un véritable bonheur. »

En 1890, après la mort de son père, l'enfant, qui avait 6 ans, a été placée à la campagne où elle a continué à avoir les mêmes accidents. Deux ans plus tard, étant devenue souffrante et la garde n'en voulant plus, sa mère est allée la chercher et l'a conduite à l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. Descroizilles). Trois semaines plus tard elle a été envoyée à l'Asile clinique et de là à la Fondation Vallée où elle est arrivée avec la *rubéole*.

Pas de paralysie, un côté n'est pas plus fort que l'autre. Elle est incapable de manger seule, mais elle peut porter le pain à la bouche. Elle a bavé jusqu'à 3 ans. La mastication est à peu près nulle; pas de vomissements; garde-robe quotidienne; jamais de constipation. Elle a toujours été gâteuse. Pas de vers; pas d'onanisme.

Avant l'entrée, aucune maladie infectieuse, aucun accident scrofuleux, aucun traumatisme. Elle a eu des engelures aux pieds et aux mains.

Les *sentiments affectifs* sont nuls; elle ne paraît éprouver aucun plaisir à voir sa mère. — Jamais elle n'a semblé rien

comprendre. Elle ne joue pas avec les autres enfants, s'amuse seule pendant longtemps avec des cailloux, à remuer des objets qui font du bruit, des clefs, un petit grelot, et alors elle rit. — Pas de clastomanie. La mère répète qu'elle grincait des dents « pendant des nuits entières. »

1892. 21 *mai*. — Laut .. a dû être immédiatement isolée. Elle présente depuis ce matin une éruption rubéolique, confluente dans le dos, sur les bras et les mains, discrète à la face ; conjonctivite et rhinite assez faibles Aucun phénomène anormal du côté des organes respiratoires.

22 *mai*. — L'éruption a pâli sur les bras et le devant du tronc. Pas de modifications des plaques de la face.

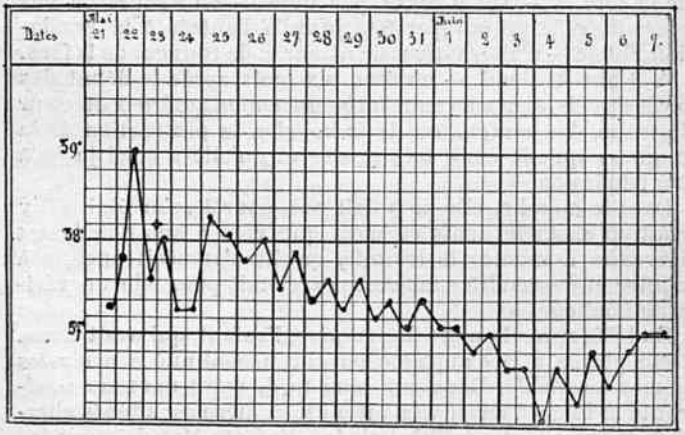


Fig. 4. — Rubéole.

3 *juin*. — L'érythème a complètement disparu sans la moindre complication. La *fig. 4*, relative à la marche de la *température*, indique que l'on a eu affaire, ici, à une *rubéole* (1).

État actuel (Juin 1892). — État général médiocre, ce qu'explique la rubéole dont l'enfant vient d'être atteinte.

Tête. Cheveux blonds, bien implantés. *Crâne* sensiblement symétrique. Légère dépression au niveau du siège de la fontanelle antérieure. Bosses frontales et pariétales peu dévelop-

(1) Voir : Bourneville et P. Bricon. — *De la roséole idiopathique ou rubéole* (avec 6 tracés thermométriques) (*Compte rendu de Bicêtre* pour 1884, p. 89).

pées, l'occipitale saillante. Front assez élevé, peu large. — *Face* ovale, les arcades sourcilières et les pommettes ne sont guère proéminentes. Léger prognathisme. Éruption érythémateuse à la base du nez, antérieure à la rubéole ; pointillé plus rouge sur la face, à la joue gauche en particulier ; petites saillies offrant l'apparence de *nævi*. — Fentes palpébrales naturelles ; sourcils et cils blonds, peu fournis, réguliers ; mouvements normaux des *yeux* qui ne sont le siège d'aucune lésion. Réactions pupillaires et *vision* semblant physiologiques. — *Nez* droit ; narines peu volumineuses. — *Bouche* grande, le plus souvent béante. Lèvres assez grosses, l'inférieure procidente. L'enfant sort constamment à demi la langue et grogne. Prognathisme très accusé. La première dentition est complète. Les dents sont déviées, les incisives supérieures sont en rétroversion. Voûte et voile du palais et amygdales, rien de particulier. — *Menton* légèrement en galoche. — *Oreilles* assez longues, bien ourlées, à lobule détaché, passablement volumineux. L... paraît entendre : le bruit d'une montre approchée de son oreille attire son attention.

Cou. Circonférence, 24 cent. Rien à noter. — *Thorax* régulier. La percussion et l'auscultation ne décèlent aucune lésion du cœur et des poumons. — *Abdomen* assez volumineux, sans altération appréciable du foie, de la rate, etc. — *Scoliose* peu prononcée à droite à l'origine des lombes, bien qu'on ne trouve pas d'indice bien net de rachitisme. — *Organes génitaux*, rien à relever. — Léger érythème de la région anale, dû au *gâtisme*.

Les *membres supérieurs* sont grêles, peu musclés. Les mouvements sont gauches et la position des mains bizarre : elles semblent être le siège d'une légère *contracture*. — Sur le dos de chaque main, davantage à droite, épaississement papillomateux de la peau, avec desquamation croûteuse qui paraît due aux morsures continuelles, aux pincements, aux coups que l'enfant fait subir constamment à ces régions. Les ongles sont bien implantés et la forme des mains régulière.

Les *membres inférieurs* ont une morphologie normale. Le gauche est peut-être un peu plus développé que le droit. — La *marche* est difficile, hésitante.

La *peau* du tronc est rugueuse : le pannicule adipeux est très réduit. Quelques petites cicatrices à la partie supérieure du dos. Quatre cicatrices de vaccin sur le bras gauche et trois à droite. Il n'y a pas d'adénites.

Lau... pousse continuellement des *cris* perçants, hurle en quelque sorte, ce qui rend son voisinage insupportable. —

La *parole* est nulle. Elle paraît comprendre quand on l'appelle, regarde un instant puis cache vite sa figure avec les mains. Elle ne sait ni s'habiller ou se déshabiller, ni manger seule. La mastication paraît assez bonne ; les selles sont quotidiennes : gâtisme.

18 *octobre*. — Revaccinée sans succès.

1893. 28 *janvier*-20 *février*. — Impétigo du cuir chevelu.

Juillet. — *École*. Malgré le traitement tonique et les exercices physiques, nous n'avons obtenu aucune amélioration.

1894. *Juillet*. — L'état de l'enfant est toujours le même ; le gâtisme persiste. Elle continue à se mordre les mains, à se frapper le front, à jeter des cris, à se mettre, sans motifs, dans de violentes colères, jusqu'à en étouffer, à se balancer d'avant en arrière quand elle est assise, etc.

1895. *Janvier*. — Elle se déchire constamment le nez, cogne sans cesse ses mains qui sont couvertes de croûtes épaisses. Bien qu'elle ait un appétit très exagéré, sa maigreur est très prononcée. Elle voudrait toujours être couchée.

Juillet. — La situation s'aggrave de plus en plus. Malgré la surveillance, et quoiqu'on lui attache les mains, sa figure et son nez surtout, sont écorchés. L'appétit n'est plus aussi exagéré ; on note de la diarrhée. La maigreur augmente. Lorsqu'elle est levée, L... se roule par terre et cherche à se mettre au soleil, car, en dépit de la saison, ses extrémités sont très froides. Les accès de cris persistent le jour et la nuit.

24 *juillet*. — État cachectique de plus en plus prononcé. Diarrhée continuelle. T. R. 37°, 2. *Soir*. T. R. 37°, 3.

25 *juillet*. — T. R. 37°, 5. — *Soir* : 37°, 8. — 26 *juillet*. L'affaissement et l'amaigrissement augmentent. T. R. 37°, 5 et 37°, 9.

27 *juillet*. — T. R. 37°, 4 et 37°, 6. — 28 *juillet*. T. R. 37°, 5 et 37°, 9. — 29 *juillet*. T. R. 37°, 6 et 37°, 8.

30 *juillet*. — *Matin*. T. R. 37°, 8. Mort. — La T. R. a offert la marche ci-après :

Aussitôt la mort	37°, 6
1/4 d'heure après	37°, »
2 heures après	36°, »
4 heures après	30°, »
6 heures après	28°, »
8 heures après	24°, »
10 heures après	20°, »

Poids après décès : 11 kg. 200.

Mesures de la tête.

	1892	1893		1894		1895	
	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill
Circonférence. horizontale maxima	49	49	49	50	50	50	50
Demi-circonférence bi-auriculaire	31	32	32	32	32	32	32
Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez	34.5	35	36	37	37	37	37
Diamètre antéro-postérieur maximum	17	16	16.5	17	17	17	17
Diamètre bi-auriculaire	11.5	11.5	12.5	12.6	12.6	12.6	12.7
— bi-pariétal	13	12.8	12.8	12.8	12.8	12.8	12.9
— bi-temporal						10	10
Hauteur médiane du front.	4.5	5	5	5	5	5	5

	1892	1893		1894		1895	
Poids	22.500	14 k.	12.500	15 k.	15.500	15 k.	
Taille	1.05	1.10	1.10	1.10	1.10	1.11	

AUTOPSIE *faite le 1er août.* — *Tête.* — *Cuir chevelu* maigre. — *Os du crâne* très tendres ; leur épaisseur varie entre 3 et 5 mm. Nombreuses plaques transparentes. Les *sutures* persistent toutes, dans toute leur longueur et sur les deux faces, *même la suture métopique*. Le crâne est ovoïde. Le frontal est très fuyant dans sa hauteur ; il y a une dépression des pariétaux le long de leur bord antérieur qui se confond avec la dépression du frontal. Les bosses pariétales sont assez volumineuses, avec prédominance de la partie antérieure pour la droite, de la partie postérieure pour la gauche. (*Fig.* 5).

Cerveau. Hémisphère droit. — La *pie-mère* s'enlève avec peine sur un certain nombre de circonvolutions de la *face convexe* ; en d'autres régions, répondant à des portions de circonvolutions, qui sont le siège de *sclérose hypertrophique*, elle s'enlève, au contraire, sans entraîner de substance grise. Sur la *face interne*, les *adhérences* de la pie-mère avec la substance grise sont à peu près générales ; il n'y a d'exception qu'au niveau de deux *masses scléreuses*, ainsi que du lobe occipital. — Les *circonvolutions* sont très difficiles à décrire. Leur forme est en général anormale. On trouve des *masses scléreuses hypertrophiées* sur les trois premières circonvolutions frontales, sur la moitié inférieure de la fron-

tale ascendante, à l'extrémité de la première temporale, enfin, l'une d'elles paraît remplacer le pli pariétal inférieur. Sur la *face interne*, nous avons à noter une *masse sclèreuse* à l'extrémité inférieure de la première circonvolution frontale, et une autre occupant le coin. (PL I et II).

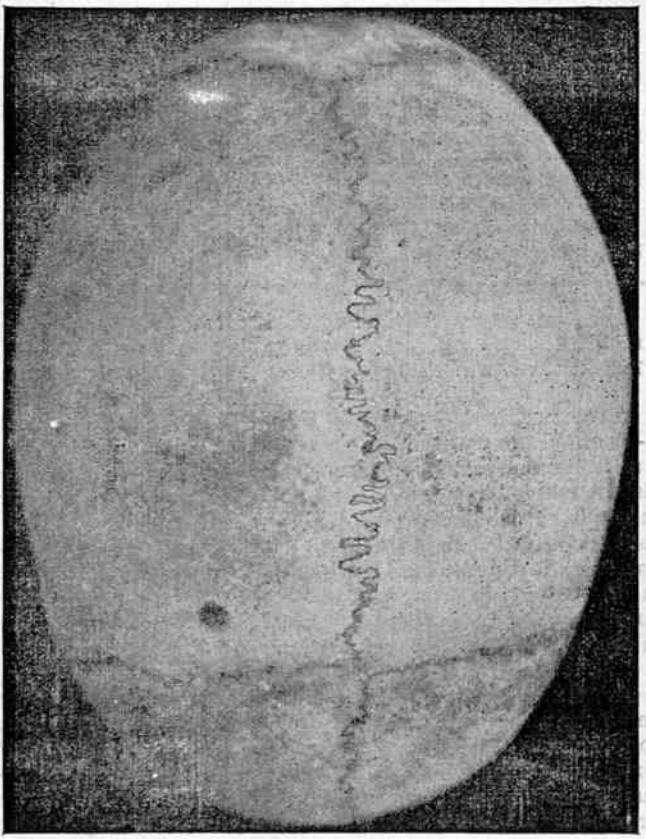


Fig. 5.

Hémisphère gauche — Sur les *deux faces*, nous retrouvons les *mêmes lésions* de *méningo-encéphalite* et des *masses sclèreuses* sur les seconde et troisième circonvolutions frontales ; une autre, très volumineuse, siège sur la moitié infé-

rieure de la frontale ascendante ; une autre occupe le pli courbe ; une autre la partie antérieure du lobe occipital. — La *face interne* de cet hémisphère ne présente aucune masse scléreuse, mais, en revanche, la méningo-encéphalite est à peu près généralisée.

Les *masses scléreuses* tranchent par leur coloration blanchâtre sur les circonvolutions voisines ; elles sont très dures, leur surface est lisse, leur forme très variable et très difficile à décrire, l'une d'elles à la forme d'une cornemuse, une autre celle d'un pentagone presque régulier et par conséquent ayant des bords rectilignes, la plupart ont des contours plus ou moins arrondis. (PL. III et IV).

Cou. — Quelques traces de *thymus* ; la *glande thyroïde* n'a pas été examinée.

Thorax. — On trouve des *granulations tuberculeuses* au sommet du *poumon droit* ; le lobe inférieur est très congestionné. Il en est de même du lobe correspondant du *poumon gauche*. — *Cœur* (65 gr.), sain ; pas de persistance du trou de Botal.

Abdomen. — *Foie* (1425gr.), en dégénérescence graisseuse. — *Rate*, petite. — *Rein* droit (140 gr.) ; — *rein* gauche (138 gr.) ; — décortication facile ; commencement de dégénérescence amyloïde (1).

RÉFLEXIONS I. — Ici, l'*hérédité* est très chargée. Le père était *syphilitique* et a succombé à la *paralysie générale*. — La *grand'mère paternelle* de l'enfant est morte *aliénée*. Tous renseignements nous font défaut sur le grand père paternel et sur sa famille. La *mère*, *très nerveuse*, sans accidents convulsifs, a contracté la *syphilis* du fait de son mari. Deux *oncles maternels* ont été enlevés par des *affections cérébrales*, une *arrière-grand'mère* par un *cancer*, une tante par la *phtisie*.

II. A l'époque de la *conception*, père et mère,

(1) L'autopsie a été faite le jour de notre départ pour le Congrès de Bordeaux et présente malheureusement quelques lacunes. C'est ainsi que la paroi des ventricules latéraux n'a pas été sérieusement examinée.

semble-t-il, étaient en puissance de syphilis, les six fausses couches précédentes en témoignent. La *grossesse* a été accidentée par des coups, des chagrins, des colères. Dès le troisième mois, la mère s'est aperçue que son enfant était anormal et signale elle-même les *premiers signes de l'idiotie*, indices d'un *arrêt de développement congénital*. La *sclérose tubéreuse* a-t-elle été la cause ou la conséquence des *convulsions* survenues à 8 mois et qui se sont reproduites avec une grande fréquence jusqu'à trois ans, nous ne saurions nous prononcer à cet égard.

Quant aux accidents qui se sont substitués aux convulsions, c'est-à-dire les *accès de cris*, les *cognements de tête* (krouomanie), les grincements de dents, nous les rattacherons volontiers à la *méningo-encéphalite*.

III. Il ressort des détails que nous avons donnés, que l'enfant était atteinte d'*idiotie complète*. Outre les symptômes que nous venons de relever, nous rappellerons les suivants : parole nulle, incapacité de s'aider en quoique ce soit, balancement antéro-postérieur du tronc, attitude particulière et contracture légère des mains, marche difficile et hésitante, gâtisme. L'enfant a succombé à une cachexie progressive liée à la *méningo-encéphalite* et à une *tuberculose* limitée du poumon droit.

IV. Toutes les *sutures* persistaient, même la *suture métopique*, bien que la malade fut âgée de 10 ans. (*Fig.* 5).

V. Les lésions sont de deux espèces, les unes relèvent de la *méningo-encéphalite*, les autres de la *sclérose hypertrophique*. Le diagnostic, déjà difficile quand il s'agit d'une idiotie reconnaissant pour cause la méningo-encéphalite seule, à peu près impossible quand elle est due à la sclérose hypertrophique, est

à peu près infaisable lorsque, comme dans le cas actuel, il y a double lésion.

La *méningo-encéphalite* était très étendue. Elle intéressait toutes les circonvolutions respectées par la sclérose hypertrophique. Elle était à peu près générale sur la face interne des hémisphères où il n'existait que de rares ilots scléreux. Les PLANCHES I, II, III et IV donnent une idée très exacte du degré et de la répartition de la méningo-encéphalite.

Les *îlots* de *sclérose hypertrophique* étaient très inégalement répartis : 13 sur la face convexe de l'hémisphère droit (PL. I, 1, 2, 3... 13), un seul sur la face interne (PL. II, 1) ; — 7 sur la face convexe de l'hémisphère gauche (PL. III, 1, 2, 3... 7) et deux sur la face interne (PL. IV, 1, 2).

La forme des ilots est très diverse et échappe à toute description. Leur surface varie entre un centimètre carré et 5 à 6 centimètres carrés. A la *coupe*, on sent une *résistance* due à l'*induration* très prononcée au niveau de l'écorce, puis moindre à mesure que l'instrument pénètre en profondeur.

Tous ces ilots font une légère saillie et tranchent nettement par leur couleur blanche sur la couleur grise des circonvolutions voisines. Ils sont durs au toucher. A leur niveau, il n'y avait pas de traces de méningite ; la pie-mère, qui était plutôt mince, s'enlevait sans difficulté.

VI. Les *examens histologiques* ont montré que, dans la *sclérose hypertrophique*, les éléments nerveux font absolument défaut dans toutes les parties sclérosées. Le tissu de chacun des nodules tubéreux consiste essentiellement en une trame névroglique excessivement dense. Dans ce tissu scléreux, les noyaux ne sont pas beaucoup plus abondants qu'à l'état normal ; seulement, bon nombre d'entre eux présentent des prolongements ramifiés et affectent la forme de cellules

araignées. Tout-à-fait à la surface, la condensation de la névroglie est poussée à l'extrême, d'où une dureté presque cartilagineuse de ces foyers d'encéphalite. Voilà pour la substance grise. — Dans la substance blanche, la lésion scléreuse, à part la différence de densité, présente des caractères identiques. — La vascularisation de ce tissu morbide est excessivement restreinte (1).

VII. Dans le cas de ce genre, avons-nous dit, on trouve d'habitude des noyaux scléreux sur la paroi des ventricules latéraux et de petites tumeurs blanchâtres, mamelonnées, dures, légèrement saillantes à la surface des reins. L'autopsie a été faite en notre absence et l'interne, qui en était chargé, n'a pas fait mention de l'existence ou non de ces lésions.

(1) Voir pour plus de détails, l'examen histologique, fait par M. BRISSAUD, et consigné dans les *Archives de Neurologie*, t. I, 1880, p. 406-412.

XI.

Idiotie complète symptomatique; microcéphalie congénitale; arrêt de développement des circonvolutions: double craniectomie;

PAR BOURNEVILLE, LOMBARD ET PILLIET.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson, caractère sombre, violent. — Grand'père paternel, excès de boisson. — Oncle paternel, idiot. — Mère, migraineuse. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.*

Grossesse accidentée par des chagrins et des violences, des vomissements et des pertes de connaissance. Frayeurs au sixième mois. — Accouchement avec le forceps. — Asphyxie à la naissance. — Brûlures des phalangettes du pied droit: cicatrisation au bout de trois mois. — Convulsions durant les neufs premiers mois de la vie. — Athrepsie. — Premières dents vers six mois, début de la marche à 4 ans: côté gauche plus faible que l'autre. — Gâtisme, accès de colère. — Première craniectomie en novembre 1892, à droite: diminution des accès de colère, même état de la paralysie du côté gauche. — Seconde craniectomie en août 1893: pas de changement notable.

1894. — *Description du malade en avril.*

1895. — *Mort de cachexie.*

AUTOPSIE. — *Description du crâne: cicatrisation des brèches osseuses dues aux craniectomies; — Méningite chronique. — Arrêt de développement des circonvolutions cérébrales.*

Examen histologique.

Thonn... (Maurice), né le 15 août 1888, est entré dans le service, le 20 avril 1894.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère*, le

4 mai). — *Père*, âgé de 45 ans, palefrenier, intelligent, marié à l'âge de 25 ans, il a quitté sa femme depuis 7 à 8 ans. Au moment de son mariage, il faisait déjà de fréquents *excès de boisson*, surtout d'eau-de-vie. Sa passion pour l'alcool n'aurait fait que croître depuis. Sombre, d'un « caractère ours » en dehors de ses périodes d'ébriété, il devenait violent, brutal, et « battait sa femme » quand il était ivre. Séparé d'elle judiciairement, mais non divorcé, il devait contribuer à l'entretien et à l'éducation de l'enfant ; la mère ne l'a jamais revu. Il n'aurait pas eu de convulsions dans l'enfance. Il était « très sain », dit la mère, n'a jamais eu de maladies de peau, ni de signes de syphilis. — [Son *père*, cultivateur, est mort à 60 ans, des suites d'une suppuration chronique de la jambe. Rhumatisant, alcoolique renforcé ; l'ivresse le rendait, paraît-il, violent et dangereux. — Sa *mère* est bien portante, sobre. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de paralysie. — *Grands-parents*, tant du côté du père que de la mère, pas de renseignements. — Elle ne connaît qu'un *oncle paternel* mort, raconte-t-elle, il y a dix-huit mois à la suite d'une grande frayeur : un incendie s'étant déclaré dans le voisinage, il voulut mettre à l'abri un fût d'eau-de-vie ; celui-ci se serait enflammé entre ses mains. — Deux *frères* : l'un, *idiot* depuis l'âge de 7 ans, consécutivement à une « fièvre cérébrale », est mort à 20 ans, on ne sait de quoi ; l'autre est en bonne santé, sobre, marié, sans enfant. — Une *sœur*, intelligente, bien portante, mère de trois enfants, qui n'ont point présenté d'accidents névropathiques. — Ni aliénés, ni suicidés, ni sourds-muets de naissance, etc.]

Mère, âgée de 38 ans, couturière, n'a jamais eu de convulsions dans son enfance ; d'un caractère tranquille autrefois, elle devint nerveuse à la suite d'une contrariété ; cependant elle n'aurait pas eu de crises. Avant l'âge de 16 ans, elle se plaignait quelquefois de *maux de tête*. Depuis sa puberté, elle fut sujette à des *migraines* accompagnées de vomissements. Elles survenaient jusqu'à deux fois dans la même semaine, plus fréquentes en été qu'en hiver. Elles persistèrent après le mariage et durant la grossesse ; elles ont un peu diminué dans ces dernières années. — Son *père*, très sobre, sans antécédents nerveux ni arthritiques, est mort à 57 ans, d'une pleuro-pneumonie. — Sa *mère* est très nerveuse, coléreuse et emportée ; elle a eu des *migraines* pendant sa jeunesse, mais point de crises. — *Grand-père paternel*, pas de détails. — *Grand'mère paternelle*, morte à 95 ans. — *Grand-père* et *grand'mère maternels* morts d'affections pulmonaires ; aucun accident névropathi-

que. — Une *tante maternelle* serait morte de *tuberculose* à 18 ans. Un *frère* et deux *sœurs* morts de fièvre typhoïde ; l'une d'elles avait cinq enfants qui n'ont rien de particulier. Dans le reste de la famille, on ne signale ni suicidés, ni aliénés, etc.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

Un seul *enfant* : *notre malade*. — A la *conception* (plus de 7 ans après le mariage), le père se livrait de plus en plus à l'ivrognerie et à la débauche. Néanmoins, si les rapports n'étaient pas rares pendant l'ivresse, la mère ne croit pas que l'enfant ait été conçu dans ces conditions. Durant sa *grossesse*, la mère eut à subir de nombreuses contrariétés du fait des habitudes vicieuses de son mari qui la volait pour aller boire. Aussi, pendant les premiers mois, était-elle souvent triste, hantée par de vagues idées de suicide. Elle se « trouvait mal » après chaque repas. Cet état, qui persista pendant les quatre premiers mois de la grossesse, s'accompagnait de vomissements et de perte de connaissance. Dix à quinze minutes avant la perte de connaissance apparaissaient une douleur rétro-sternale violente et un malaise général. Vers le second mois, elle eut une grande *frayeur* ; son mari rentrant ivre la battit ; elle cria se mit à trembler, mais ne perdit pas connaissance. Un mois avant l'accouchement, elle fit une chute dans la rue, eut des petites douleurs comme pour accoucher, mais pas d'hémorrhagie. Vers la fin de la grossesse apparut de l'œdème des jambes et des cuisses ; rien aux mains, ni aux paupières : on ne peut savoir si les urines furent albumineuses à ce moment.

L'*accouchement* se fit à terme et dura 24 heures. Le *forceps* fut appliqué par une sage-femme, assez maladroitement, sur une *présentation de la tête*, ainsi qu'en témoigne le certificat du médecin qui attribue aux désordres causés par cette intervention, les *crises nerveuses* constatées plus tard chez l'enfant. — *A la naissance*, il était en état d'*asphyxie*. On le mit dans un bain ; il ne commença à crier qu'au bout d'un quart d'heure. Pour le réchauffer, une des personnes présentes à l'accouchement l'approcha si près du feu que le pied droit fut brûlé. Les *cinq phalangettes* seraient tombées et l'enfant souffrit beaucoup durant huit jours. La *brûlure* ne fut guérie qu'au bout de trois mois. Pendant les neufs premiers jours l'enfant fut atteint de *convulsions* qui se succédèrent sans interruption. Il n'y avait pas d'intervalle entre deux crises successives. Les yeux étaient convulsés en haut, les membres raidis et agités de secousses continuelles, *sans-*

prédominance d'un côté ou de l'autre. « Le forceps, dit la mère, avait produit deux *plaies* qui ont laissé deux dépressions sur la région pariétale droite. » Il se serait formé là durant toute une année des *abcès* à répétition. — Pendant le premier mois, l'enfant qui souffrait et de sa tête et de son pied brûlé aurait maigri beaucoup. Il prenait difficilement le sein et n'avait pas la force de têter. C'est à la fin de ce mois que le médecin consulté conseilla l'alimentation exclusive par le bouillon de veau. Malgré l'apparition de muguet dans la bouche, l'enfant récupéra assez rapidement des forces. Il fut nourri au bouillon jusque vers l'âge d'un an. La *première dent* apparut vers cinq ou six mois. Il ne souffrit pas de sa dentition. Il commença à marcher vers quatre ans, mais il était très faible ; c'est alors que sa mère s'aperçut que *le côté gauche était moins fort que l'autre.* L'enfant n'avait jamais été propre jusqu'à la première craniectomie (novembre 1892). Le sommeil était calme, sans cauchemars, ni cris. Assez souvent, il avait des *accès de colère* : « c'était de l'énervement ». Pas de krouomanie, de grincements de dents, pas de traumatisme d'aucune sorte. La *parole* était limitée aux mots : *papa, maman*, qu'il prononçait mal avant l'opération, dit la mère, et sans application bien nette à la personne désignée. *Après l'opération,* il prononça plus distinctement ces deux mots, mais il appliquait le mot « papa » à tous les hommes qu'il voyait, Il parvint à dire le mot « non ». On l'habille et il n'aide en rien à se vêtir. Il commence à se servir de la cuiller ; mais l'emploi de la cuiller dans l'assiette est beaucoup plus difficile. Chez lui il s'amuse avec une petite brouette qu'il conduit bien. Dans ses colères, et avant la première opération, il jetait, brisait, cassait ce qui lui tombait sous la main ; il griffait et mordait.

On ne signale chez lui aucune maladie infectieuse (rougeole, scarlatine, etc.), ni d'accidents syphilitiques. Il a eu de l'eczéma du pavillon ; pas de blépharite, d'otorrhée, ni d'autres accidents scrofuleux. A différentes reprises, il rendit des *ascarides* ; il en rend encore de temps en temps.

La *première craniectomie* fut pratiquée à l'âge de 8 ans par M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, au mois de novembre 1892, et nécessita un séjour d'un mois à l'hôpital. L'os fut trépané sur le *côté droit* un peu au-dessus de la région où siégeait la lésion attribuée au forceps. *(Fig.* 6).

Après cette première opération, l'enfant serait devenu, dit-on, plus propre, plus calme surtout et paraissait comprendre mieux ce qu'on lui disait. Depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'en août 1893, la situation resta la même qu'aussitôt après l'opé-

ration, cependant les accès de colère et d'énervement avaient diminué. La *paralysie gauche* ne fut pas sensiblement modifiée par cette craniectomie droite. Toutefois, les accès de colère et d'énervement auraient diminué de fréquence. Comme cela n'avait pas réussi tout à fait, dit la mère, j'ai demandé une nouvelle opération. Cette *deuxième craniectomie* fut exécutée par M. Prengrueber à la Maison municipale de Santé, en août 1893. L'enfant resta 15 jours à l'hôpital.

Il serait devenu propre à la suite de cette opération : « c'est venu insensiblement », dit la mère. La parole n'a pas subi de modifications. Pourtant il comprendrait mieux et serait plus calme. Quand il veut uriner, il fait « han, han » et porte la main à ses organes génitaux ; pour la défécation il insiste davantage, tire par la main, montre le vase. Il est devenu très peureux et a peur qu'on touche à sa tête.

On note que, depuis son entrée dans le service, l'enfant a cessé d'être calme ; il pousse des cris, se cogne la tête et se mord les mains.

État actuel (21 avril 1894). — Le teint est coloré ; adipose moyenne, aspect de bonne santé; l'expression est hébétée. — La *peau* est blanche ; nulle part ni au cou ni aux aines, ni aux aisselles, on ne sent de ganglions tuméfiés. Vue de face, la région temporale droite parait un peu déprimée. En palpant la tête, on perçoit de chaque côté une *dépression* de l'os, longue à droite et à gauche d'environ 8 centim., plus large à gauche qu'à droite. A chacune des dépressions correspond une cicatrice rosée, légèrement saillante, dirigée d'avant en arrière, d'environ 12 centim. de longueur et presque entièrement cachée par les cheveux. Cicatrices et dépressions résultent des crâniectomies. L'os parait reconstitué ; en tous cas, nulle part on ne perçoit de battements encéphaliques.

Les *cheveux* sont châtain clair, abondants, bien implantés, sans épi. Les *fontanelles* sont fermées. Le *front* est bas, étroit, fuyant vers les tempes. La hauteur médiane est de 4 centimètres. Il est continuellement ridé par la contraction des frontaux et du pyramidal.

Le *visage* est oval, les arcades sourcilières sont assez saillantes, garnies de sourcils blonds, peu abondants. A la queue du sourcil droit, *cicatrice* longue de 3 centimètres. Les *paupières* sont normales ; la fente palpébrale, mesurant 3 centimètres de largeur, est bordée de cils de longueur moyenne, bien implantés. Pas de blépharite. Les globes oculaires sont mobiles, sans strabisme, paralysie, ou nystagmus ; les iris sont bleus ; les pupilles, égales, réagissent à la lumière et à l'accommoda-

tion. Il est impossible de savoir si Th... distingue les couleurs.

Le *nez* est légèrement courbé, le lobule gros, l'aile droite un peu plus développée et descendant un peu plus bas que la gauche. Il est difficile de juger de l'état de l'*odorat*. — Les pommettes sont proéminentes, symétriques. La *bouche* grande, paraissant un peu déviée à droite, est entrouverte. L'enfant *bave* et *crache* continuellement, soit sur ses mains, soit sur les objets qui l'entourent. — La *lèvre* supérieure est régulière. On ne trouve pas de déformation ogivale de la voûte palatine. Rien d'anormal au voile. Amygdales moyennement développées. Il est tout à fait impossible de se rendre compte de l'état du *goût*. — Le *menton* est long, un peu en avant, symétrique par rapport aux maxillaires supérieurs.

Le *cou* mesure 27 centimètres de circonférence au niveau du larynx ; le corps thyroïde est petit, mais perceptible.

Le *thorax*, presque cylindrique, un peu saillant en avant, au niveau de la partie inférieure du sternum, mesure 61 centimètres et demi de périmètre à la hauteur des mamelons. L'auscultation du cœur et des poumons est difficile à pratiquer à cause des *cris incessants* de l'enfant.

Les *organes abdominaux* paraissent normaux. — La *verge* mesure 2 centimètres de longueur et 3 centimètres de circonférence. Le prépuce est long et le gland indécouvrable, *phimosis*. Les *testicules* sont dans les bourses, le gauche plus bas que le droit, du volume d'un haricot, le droit plus petit, du volume d'un pois (?). Rien de particulier à la région anale. Onanisme fréquent dès que l'enfant ne se sent pas surveillé.

Les *membres supérieurs* sont bien développés ; les mains rouges, violacées, les doigts gros, comme œdématiés, continuellement mouillés de salive. Les mouvements provoqués sont normaux; mais tandis que le bras droit est sans cesse agité, soit pour porter la main à la bouche, soit pour se donner des coups sur la face et sur la tête, le *bras gauche est immobile*.

Les *membres inférieurs* paraissent normaux, un peu émaciés. Au pied droit, on note les traces de la *brûlure* qui a produit des désordres étendus. Le gros orteil a un ongle très petit et est plus court que celui du pied gauche.

Les quatre autres orteils n'ont pas d'ongle. On trouve sur chacun d'eux une cicatrice irrégulière, siégeant sur la face dorsale, sauf pour le cinquième où on trouve une cicatrice sur la face plantaire. En explorant le squelette, on voit que les 2me et 3me orteils n'ont que deux phalanges tandis que le 4me

et le 5me n'en possèdent chacun qu'une seule. L'enfant se tient debout, marche seul, mais en *traînant un peu la jambe gauche*. — Le *réflexe* plantaire paraît diminué, le réflexe patellaire est exagéré.

La *sensibilité générale* est intacte dans tous ses modes.

L'enfant paraît tout à fait inintelligent, ne prononce que le mot *maman* ou le mot *non*. Il s'agite et crie sans cesse, bave et crache sur tout ce qui l'entoure. Il paraît méchant, coléreux et s'oppose énergiquement à l'examen. Gâtisme.

Traitement : Élixir polybromuré, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer et bains.

Mai. — Exercices de prononciation.

Juillet. — Une légère amélioration se manifeste.

Septembre. — *Conjonctivite* phlycténulaire. — Le traitement hydrothérapique et bromuré est continué pendant les mois suivants.

Mesures de la tête.

	1894		1895	
	Avril	Juillet	Janvier	Juillet
Circonférence horizontale maxima.....	47	47	47	47
Demi-circonférence bi-auriculaire.....	31	31	31	31
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	37	37	37	37
Diamètre antéro-postérieur maximun..	16.5	16.5	16.5	16.4
— bi-auriculaire..... —	11.5	11.	11.5	11.5
— bi-pariétal..... —	12	12	12	12
— bi-temporal..... —	9.5	9.5	9.5	9.5
Hauteur médiane du front... —	4	4	4	4
Poids.....	25 k.	27k. 500	24k. 100	
Taille	1m 15	1m 16	1m 19	

1895. Pendant l'hiver de 1895, Th.. souffre d'*engelures* ulcérées qui guérissent assez rapidement. Sa mère le prend chez elle le 12 avril, mais le ramène le 18. On demande le transfert de l'enfant à l'asile d'Évreux, sa mère obtient son maintien, à Bicêtre.

18 *mai.* — L'enfant entre à l'infirmerie avec un état général mauvais ; il présente sur la face interne des lèvres et des joues des plaques de *stomatite impétigineuse* ; il n'a pas de température. Le 21 celle-ci ne s'est pas élevée, mais l'état général est de plus en plus grave ; les plaques de stomatite s'étendent ; on note une grande agitation ; le malade se heurte et s'écorche continuellement aux barreaux de son lit, malgré

une surveillance assidue. On ne trouve rien du côté des différents organes ou appareils. Le 27, la température s'élève à 38°; l'haleine est très fétide ; aucun symptôme net à l'examen des organes thoraciques ou abdominaux ; cependant la dépression qui est apparue il y a quelques jours augmente ; l'enfant meurt le matin du 28 sans convulsions. — La *température* prise après la mort est à 38° 5 ; — un quart d'heure après à 38° ; — une heure après, 37° 5 ; — deux heures après, 36° ; — quatre heures après, 34° ; — six heures après, 20°. — La température de la salle est à 20°.

AUTOPSIE faite 25 heures après le décès. — *Cou.* — Quelques traces de thymus. *Corps thyroïde* (8 gr.) ; le lobe gauche est plus développé que le droit.

Thorax. — Poumon droit (175 gr.) ; — poumon gauche (145 gr.) ; congestionnés à la base. — *Cœur* (122 gr.) normal.

Abdomen. — *Foie* (495 gr.) ; — *Rate* (45 gr.) ; — *Reins* (52 gr. chacun) ; — *Pancréas* (25 gr.), normaux. Pas de calculs biliaires, etc...

Tête. — Le *cuir chevelu*, médiocrement épais, présente des *adhérences* au niveau des *cicatrices opératoires*. Le *crâne* est petit, dur, difficile à scier ; la coupe de la base parait symétrique ; son épaisseur varie de 2 mm. à 5 mm. La coupe du pariétal droit répondant à la première craniectomie est presque moitié plus épaisse que celle du pariétal gauche. Le *trou occipital* n'offre rien de spécial. On voit de nombreuses *adhérences* allant de la dure-mère à la paroi osseuse crânienne au pourtour des deux trépanations, surtout à gauche. La *suture coronale* est normale ainsi que les *sutures pariéto-occipitales*. Il existe, en revanche, une *synostose complète* de la *suture sagittale* ; à peine quelques vestiges sont-ils perceptibles en arrière. A gauche de la suture et au niveau de son tiers moyen, on trouve un épaississement de la voûte, formant une véritable éminence. A droite de la suture, à 6 centimètres du plan sagittal, il existe une dépression, sorte d'empreinte, sans saillie correspondante à la face interne (forceps ?). A la face interne du crâne quelques vestiges de la suture sagittale sont visibles. L'empreinte du sinus longitudinal supérieur n'est bien apparente qu'en arrière.

A droite, brèche produite par la *première craniectomie*, à 2 centimètres de la ligne sagittale. Elle mesure 5 centimètres et demi de longueur et 2 centimètres à la partie postérieure

qui est la plus large. La membrane qui ferme la perte de substance est résistante surtout en arrière, où l'on trouve des avancées osseuses partant des bords. A la partie moyenne on voit un isthme osseux très net. La *seconde craniectomie* a

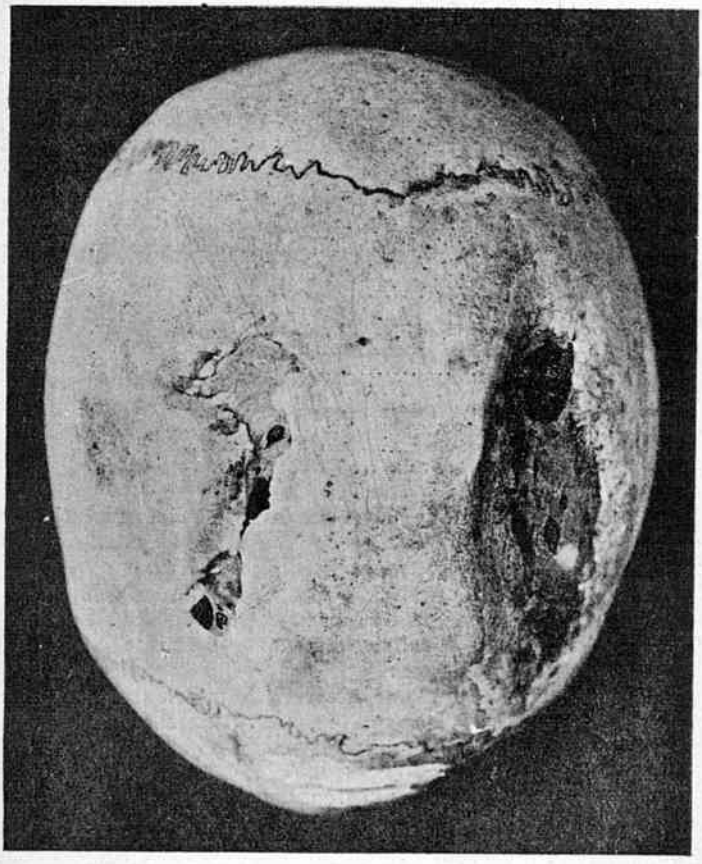


Fig. 6.

laissé une vaste perte de substance antéro-postérieure, un peu oblique en bas et en dehors, longue de 8 centimètres, large de 3 centimètres et demi. Elle est comblée par une membrane élastique et résistante ; sur la partie antérieure de

laquelle on trouve un îlot osseux de 8 à 10 millimètres de longueur et de 6 millimètres de largeur. Des jetées osseuses partent des bords de la perforation mais ne se rencontrent nulle part. (*Fig.* 6).

La *dure-mère* est un peu épaissie; pas de *caillots* dans les *sinus*. — La *pie-mère* de la base et de la *convexité* un peu épaissie, très finement vascularisée, est facile à détacher de la substance cérébrale; elle offre des *taches laiteuses* sur les deux tiers moyens de la convexité, au voisinage de la grande scissure et quelques plaques ecchymotiques sur les plis pariétaux et à la pointe des lobes frontaux. — Les différentes parties de la base de l'encéphale sont normales et symétriques. — La *glande pinéale*, la *glande pituitaire*, celle-ci du volume d'un *petit haricot*, n'offrent rien à signaler.

Encéphale	785 gr.
Hémisphère cérébral droit	335 gr.
— — gauche	310 gr.
Cerveau	642 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	73 gr.
— — gauche	73 gr.
Bulbe et protubérance	16 gr.
Cervelet et isthme	162 gr.

Hémisphère droit. — a) Face convexe. Les circonvolutions sont très grêles et offrent peu de plis de passage. Il existe une pariétale ascendante supplémentaire (PL. V).

b) Face interne. La *première frontale* est bien développée; ainsi que le *lobe paracentral* qui est très irrégulier. La *circonvolution du corps calleux* est plus grosse que celle du côté opposé. Le *lobe quadrilatère* est volumineux, composé de circonvolutions petites dans sa moitié inférieure. Le *coin* est bien développé, le *lobe occipital* petit, de même que le *lobe temporal* (PL. VI). Les sillons sont peu profonds.

Hémisphère gauche. a) Face convexe. — Les circonvolutions sont uniformément grêles, sauf la P A qui est encore plus petite que les autres et la partie moyenne de la première temporale située en face du pied de la pariétale ascendante qui est réduite à 3 millim. d'épaisseur. Le pli pariétal supérieur est aussi un peu moins développé que le reste des circonvolutions. Les sillons sont assez profonds, les plis de passage rares.

b) Face interne. — La *première circonvolution frontale* est

volumineuse, ainsi que le *lobe paracentral* et le *lobe quadrilatère* dont le tiers inférieur se compose de circonvolutions grêles. Le *coin* est bien plus petit que celui du côté droit et se confond en partie avec le *lobe occipital* peu développé, comme le *lobe temporal*. La *circonvolution du corps calleux* est moins volumineuse que celle de droite. La comparaison entre les deux hémisphères fait voir une grande asymétrie des circonvolutions.

Les ventricules latéraux, les masses centrales, le bulbe et la protubérance sont intacts à l'examen macroscopique.

Examen histologique par M. PILLIET. — Les pièces ont été fixées au bichromate de potasse et colorées à l'hématoxyline avec ou sans décoloration consécutive suivant les cas. Les résultats ont été sensiblement les mêmes dans les différents points examinés.

1° *Lobe frontal*. La couche superficielle, sous pie-mérienne, a son épaisseur normale, mais elle est fort peu vascularisée. Les couches sous-jacentes sont tout à fait confondues, parcourues par des capillaires en lacets au lieu d'être rectilignes. Ils sont du reste peu abondants. Les noyaux des cellules névrogliques sont rares ; les cellules pyramidales petites ou grandes sont bien plus rares ; aucune n'est complètement développée. Les faisceaux blancs descendants de l'écorce sont grêles et encore leur volume apparent est-il dû à de la myéline inégalement répartie, car les fibres y sont peu abondantes.

2° *Lobe pariétal*. Une des circonvolutions les plus volumineuses a été prise comme objet d'études. Elle a fourni des aspects tout à fait semblables à celui qui est relaté plus haut. Tout au plus, vers le milieu de la hauteur de la substance grise trouve-t-on des cellules pyramidales d'un certain volume, correspondant aux grandes cellules pyramidales de la région, mais beaucoup plus petites qu'à l'état normal.

3° *Lobe occipital*. Ici l'atrophie est très prononcée. Les différentes couches de la substance grise, sauf la première, sont absolument confondues ; les cellules pyramidales sont indistinctes dans beaucoup de points ; les faisceaux blancs sont très atrophiés.

4° *Circonvolution de l'hippocampe*. La rangée des grandes cellules motrices est extrêmement clair-semée et la névroglie

se montre autour d'elle à l'état fibrillaire lâche, ce qui indique un certain degré d'œdème cérébral.

En résumé, le non développement des cellules nerveuses proprement dites, des neurônes, est extrêmement accusé dans les différents points de cet encéphale, sans lésions artérielles, sans inflammations méningées. On se trouve donc en présence d'un cas d'*idiotie par arrêt de développement.*

RÉFLEXIONS. — I. Nous retrouvons encore l'influence de l'*alcoolisme* sur laquelle nous avons si souvent appelé l'attention : *père* et *grand'père paternel ivrognes*. Notons en outre l'*idiotie* chez un *oncle paternel* de l'enfant, la *migraine* chez sa *mère* et sa *grand'mère maternelle*.

II. Durant la *grossesse*, chagrins, idées vagues de suicide, vomissements suivis de perte de connaissance, frayeur, etc. Cet ensemble d'accidents a dû retentir sur la nutrition générale de l'enfant et a peut-être occasionné l'*arrêt de développement du cerveau*. A cette situation déjà fâcheuse sont venus s'ajouter les difficultés de l'*accouchement* qui ont nécessité l'*application du forceps*, l'*asphyxie* prolongée à la naissance, compliquée d'une grave *brûlure* de l'un des pieds et enfin des *convulsions* qui auraient persisté pendant huit jours « sans interruption ».

III. Les détails consignés dans l'observation font voir que l'enfant était atteint d'*idiotie* à un degré prononcé : parole bornée à deux mots même mal appliqués, gâtisme, marche tardive, affaiblissement parétique des membres du côté gauche, etc.

IV. L'enfant subit une première *craniectomie* en novembre 1892, alors qu'il avait 8 ans. L'opération a été faite sur le côté droit du crâne. La seconde craniectomie a été pratiquée 10 mois plus tard sur le côté gauche. L'une et l'autre opération ont parfaite-

ment réussi, mais les résultats consécutifs sous le rapport du mieux intellectuel ont été à peu près insignifiants.

V. Le *crâne (fig. 6)* montre que la *brèche* de la première craniectomie est en grande partie comblée et que la *brèche* de la seconde craniectomie est également, quoique à un moindre degré, en voie d'ossification. La prétendue liberté donnée au cerveau n'a donc été que très temporaire. L'examen du crâne fait aussi constater une *synostose complète de la suture sagittale*. Est-elle antérieure à l'intervention opératoire ou est-elle due au travail qui s'est effectué dans la bande osseuse intermédiaire aux deux brèches opératoires et comprenant cette suture, nous ne saurions nous prononcer, tout en inclinant vers la seconde hypothèse en nous appuyant sur la persistance des dentelures des sutures coronale et pariéto-occipitales et aussi sur les troubles apportés par les deux opérations dans la nutrition de la bande osseuse intermédiaire. Nous rappellerons à cette occasion que sur 470 calottes craniennes, rassemblées dans notre Musée de Bicêtre, 6 seulement, y compris le crâne actuel, sont le siège d'une *synostose partielle prématurée*.

VI. Au point de vue anatomo-pathologique, l'*idiotie*, dans ce cas, doit être attribuée à un *arrêt de développement des circonvolutions cérébrales*.

XII.

Idiotie : monstruosité physique et morale ; — acrocéphalie ; — cécité complète ; — surdité incomplète ; — Épilepsie ; — Nanisme relatif ; — obésité ;

Par BOURNEVILLE et J. NOIR.

Sommaire. — *Père, accidents scrofuleux de naissance. — Grand'tante et grand-oncle paternels aliénés. — Mère, grand-père et grand' mère, morts tuberculeux.— Arrière-grand-père maternel, excès de boisson. — Grand-oncle maternel, épileptique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans. — Frère : instabilité mentale ; perversion des instincts.*

Grossesse : impression vive occasionnée par la lecture de récits relatifs aux monstres. — Aspect monstrueux de la tête et de la face à la naissance.— Début de la marche à 15 mois,— de la parole à 18 mois,—de la propreté à 2 ans.—Intelligence et affectivité naturelles jusqu'à 28 mois. — A cet âge, cécité complète en moins d'un mois. — Simultanément, taciturnité, affaiblissement considérable de l'intelligence. — Crises migraineuses avec douleurs cervicales de 3 à 10 ans. — Larmoiement disparu à un an. — Idées de jalousie. — Amendement progressif de l'aspect monstrueux de la tête et de la face. — Habileté manuelle extraordinaire. — Clastomanie. — Passion du mal.

1880-1881. — *Ecrthyma. — Tentatives multiples de strangulation sur plusieurs enfants.*

1882. — *Persistance de la manie de destruction. — Kleptomanie. — Onanisme.*

1883-1889. — *Même état intellectuel. — Développement de la puberté.*

1890. — *Description du malade ; — malformations diverses. — Cyphose cervico-dorsale. — Écholalie. — Tics. — Surdité incomplète. — Syphilis acquise. — Épilepsie. —*

Marche de la puberté et de la croissance. — Exiguité de la taille. — Obésité très prononcée. — Traitement thyroïdien : diminution de poids.

Ric... (L.-Ed.), né à Paris le 23 mai 1868, est entré le 23 avril 1880 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (*Renseignements fournis par la belle-mère de l'enfant* le 6 mai 1880 *et complétés par son père* en 1893.)

Père, 40 ans, est depuis 1854, contre-maître à la manufacture des tabacs. Marié en 1867 (de ce mariage est issu notre malade) ; il se remaria en 1878. Il n'a été atteint même dans son enfance d'aucune maladie infectieuse grave, ni d'aucun accident nerveux. Une calvitie légère, depuis l'âge de 35 ans, dénote une tendance à l'arthritisme. Pas de dermatose si ce n'est un sycosis de la barbe traité et guéri à l'hôpital St.-Louis. Il porte aux mains des cicatrices laissant présumer une résection ancienne du deuxième métacarpien droit, à la suite d'accidents scrofuleux, mais on ne peut donner de renseignements sérieux à cet égard. Il ne se laisse aller que fort rarement à des excès de boisson, fume très modérément. Intelligence normale. — [*Famille du père. Père* mort à 55 ans d'une affection pulmonaire au dépôt de St.-Denis, homme de peine, chargé de famille, il s'était laissé aller au découragement et à la paresse ; néanmoins il aurait été sobre et n'aurait pas eu de maladies nerveuses. — *Mère*, 73 ans, bien portante pas d'accidents névropathiques. (Nous avons appris depuis qu'elle est morte à 78 ans, d'affaiblissement progressif sans démence.) — Trois *frères* bien constitués, en bonne santé. Ils ont eu des enfants : les uns vivent et n'offrent rien d'anormal, les autres sont morts en bas âge, mais on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* sont mortes à un et deux ans, aucun renseignement précis à leur sujet. — Rien de particulier sur les *grands parents*. — Une *tante maternelle*, Barbe E....., fut internée comme aliénée à la Salpêtrière le 7 décembre 1862. Cette femme, alors âgée de 43 ans, fut successivement soignée dans les services de MM. Baillarger et Moreau, le diagnostic était : *Monomanie avec hallucinations de l'ouïe* ; elle fut transférée le 13 décembre 1866 à l'asile de St. Venant (Pas-de-Calais.) — Un *oncle maternel*, Michel E....., a aussi été atteint d'*aliénation mentale*. — Pas d'autres antécédents pathologiques ni psychiques intéressants sur la famille du père.]

Mère, morte à 29 ans en 1871 d'une affection chronique de

la poitrine après 4 ans de maladie (tuberculose probable). Intelligente, elle avait successivement exercé les métiers de femme de chambre et de couturière. Elle n'avait pas eu, croit-on, de maladie sérieuse autre que sa maladie ultime. Nerveuse, émotive, peu expansive, « caractère en dessous » elle n'avait jamais eu cependant de crises de nerfs ni d'accidents nerveux véritables. Elle était sobre et avait reçu une certaine éducation. — [*Famille de la mère. Père,* cuisinier, serait mort « de la poitrine ». Il aurait été sobre mais fort joueur. Il n'aurait jamais eu de maladie nerveuse. — *Mère*, à laquelle ressemblait beaucoup, dit-on, sa fille, serait aussi morte poitrinaire. Elle n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. — Le *grand-père paternel,* géomètre arpenteur à la campagne, y avait une réputation d'astronome ; il passait pour très intelligent. Il était très *alcoolique* ; il est mort assez âgé sans avoir présenté des troubles mentaux. Ni frères ni sœurs. — A signaler en outre un *oncle maternel,* instituteur, *épileptique,* mais qui tombe fort rarement. Cet oncle est très sobre mais très avare. Il a un garçon et une fille qui se porteraient bien et n'auraient pas d'accidents comitiaux. — Rien de plus à noter dans la famille de la mère].

Pas de consanguinité. (Le père est de Paris et la mère de l'Oise.) — Inégalité d'âge de deux ans.

De ce mariage sont nés deux *enfants :* 1° *Notre malade ;* — 2° Un *garçon,* né en 1870. Ayant perdu sa mère durant le siège, il fut un peu négligé, sa constitution physique s'en est ressentie et sa santé est assez mauvaise. Malgré cela, il est régulièrement conformé, est intelligent, a bonne mémoire, son caractère est doux. Il n'a jamais eu de convulsions, ni présenté d'accidents nerveux (1).

De son second mariage, le père de R... a eu : 3° un *garçon.* Cet enfant est actuellement (1880) âgé de 14 mois. Il est en nourrice, parait bien conformé et bien portant et n'a pas eu de convulsions (2).

Notre malade . — La mère eut une *grossesse* assez bonne, troublée seulement par quelques scènes avec sa belle-mère qui n'aurait pas voulu qu'elle eut alors des rapports avec son

(1) Il est mort phthisique en 1890.

(2) Cet enfant est entré dans le service en 1893 On a noté tout d'abord un médiocre développement des sentiments affectifs, puis, à 5 ans, une diminution de l'intelligence consécutiveme..t à une albuminurie, aggravée par des pratiques solitaires à partir de 8 ans. Son état peut se résumer ainsi : *arriération intellectuelle, instabilité mentale.* Il est maintenant (1895) très notablement amélioré et pourra bientôt sortir.

mari. Elle lisait alors un livre de vulgarisation de Debay, intitulé : *Physiologie du mariage* ; la partie qui avait rapport à la grossesse et aux monstruosités l'aurait impressionnée vivement. — L'*accouchement* aurait été normal et à terme. — L'enfant, à la *naissance*, paraissait ne pas avoir de front ; son crâne était latéralement déprimé, les yeux faisaient saillie et « ils étaient à fleur de tête ». On constatait sur les faces latérales des dilatations veineuses de la grosseur d'une noix. En un mot, *il était absolument monstrueux*. Il n'était pas aveugle (il ne le devint qu'en 1870). Il fut élevé au sein par sa mère et ne fut sevré qu'à 15 mois environ. Le début de la *marche* fut à 15 mois ; celui de la *parole* à 18 mois. Il fut propre à 2 ans environ. Il n'a jamais eu de convulsions. Jusqu'à l'âge de 2 ans et 4 mois, R... voyait parfaitement ; il paraissait assez intelligent, était affectueux et jouait comme les autres enfants. A cette époque, il devint *aveugle* assez brusquement, la cécité se manifesta d'abord sur un œil (?) ; puis quinze jours après l'autre fut frappé. *En moins d'un mois, il ne vit absolument plus*. En même temps, il devenait taciturne, son intelligence baissait au point de devenir idiot en deux ou trois mois. Cette transformation s'opéra chez lui graduellement, sans plaintes ni pleurs.

En dehors de ces graves accidents, l'histoire de la santé de R.., durant son jeune âge, est simple. Il n'eut pas d'accidents scrofuleux, pas d'affection cutanée, pas de maladie infectieuse. Il fut vacciné avec succès.

Il avait généralement le cou incliné et paraissait en souffrir un peu de temps à autre. Parfois alors survenait en outre de la *céphalagie* avec *vomissements*, par crises de deux jours de durée environ (*migraine* probable). Ces crises auraient disparu depuis 2 ans. Les yeux larmoyaient abondamment, mais ce larmoiement aurait cessé à la suite d'un traitement appliqué à l'Asile Clinique.

L'enfant dort bien, sans rêves, ni agitation. — Il mange avec appétit tout ce qu'on lui donne, est un peu vorace sans être coprophage. Il va régulièrement à la selle. Il ne sait ni cracher, ni se moucher. Il se tient mal à table, se sert assez maladroitement de la cuillère. Pas d'onanisme constaté. Il est affectueux avec son père et sa belle-mère dont il parait même jaloux. — Il aimait autrefois beaucoup sa grand'mère paternelle, mais cette affection a disparu depuis qu'elle a rapporté au père les méfaits dont il se rendait coupable en son absence.

R..., en naissant, comme nous l'avons dit, avait la tête déformée, au point de passer pour un *monstre* ; depuis, la conformation de l'extrémité céphalique s'est notablement modifiée

et la difformité qui subsiste, bien que, encore considérable, serait, affirme-t-on, fort atténuée.

L'*état intellectuel* de Ri... est bizarre, il ne développe de l'intelligence que pour casser, briser, démonter les objets et paraît en avoir conscience, et cela depuis qu'il est aveugle. Tout jeune, sa seule distraction consistait à entasser dans le jardin sable et cailloux. Il ne pouvait fréquenter les autres

Fig. 7. — R... à 12 ans (1880).

enfants, seule la petite fille de la concierge où il habitait jouait avec lui, le faisait damner. Ses parents l'occupaient à écosser les pois, à casser le sucre, à scier et fendre le bois, besognes dont il s'acquittait bien sans jamais se blesser. Le reste du temps, il courait le long du mur de la chambre qu'il habitait, allant et venant ainsi durant des heures. Il déployait une adresse et une imagination étonnantes à exécuter de nombreux

méfaits. Son grand plaisir consistait à dévisser les serrures. Une fois il démonta une table en enlevant les vis qui la fixaient et dont on ignorait la présence ; il défaisait les roulettes du lit de ses parents. Un jour en faisant levier avec une barre de bois et en superposant des cales, il parvint à soulever un lit très lourd. Il arracha toute l'étoupe qui garnissait en-dessous le sommier et s'en fut en riant la porter à sa grand'mère. Il se rendait si bien compte de la sottise qu'il venait d'accomplir que, tandis qu'il tendait d'une main l'étoupe arrachée au sommier, il se protégeait de l'autre le visage dans l'attente de la correction méritée. Il avait encore la manie de déplacer les meubles, et l'on dut fixer au mur une armoire qu'il prenait plaisir à traîner au milieu de la chambre. Les voisins constataient parfois ses manies, ils le virent monter les escaliers en dehors des marches en s'accrochant à la rampe ; la mère d'un autre enfant, placé dans le service, nous a raconté qu'elle l'avait vu chez sa grand'mère démonter les meubles et les serrures et que lorsqu'on le laissait seul, on avait soin de suspendre au plafond les chaises pour l'empêcher de les briser. Notons encore que R... a toujours eu une excellente mémoire, qu'il reconnaît tout le monde et se souvient de faits accomplis depuis plusieurs mois.

1880. — Depuis l'entrée de R... à Bicêtre, il a été facile de vérifier l'exactitude des dires précédents, sur son habileté manuelle et ses penchants. Il a dévissé à diverses reprises la charnière d'une armoire, dépaillé des chaises, etc. Une scie et une baguette en bois lui ayant été données, il a scié, en tenant la scie entre ses genoux, la baguette en 8 morceaux. Il sait s'habiller et aide même fort bien à habiller et à déshabiller les autres petits malades. On n'a pas constaté d'onanisme.

9 *août*. — Éruption echtymateuse du dos. Traitement : bains et sirop d'iodure de fer.

1881. 4 *janvier*. — R... a tenté d'*étrangler* l'infirmier V... il y a deux jours, et l'enfant G... ce matin avec une corde qu'il avait dissimulée. Tous les deux portent au cou un sillon ecchymotique. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première tentative de ce genre.

30 *juin*. — Pas de nouveaux essais de strangulation. Il fait des progrès en gymnastique, est très propre, s'habille, cire ses souliers. Les autres enfants en revenant des cabinets vont se faire reculotter par lui.

31 *juillet.* — Tentative nouvelle de strangulation, cette fois avec les mains sur l'enfant D... qu'on a trouvé suffocant.

1882. 11 *janvier.* — R... conserve ses *manies destructives*; il vole tout ce qui lui tombe sous la main. Un pantalon trop court, par exemple, lui a été donné, R... disparaît quelques instants et revient avec un pantaton long qu'il a dérobé on ne sait où. S'il a froid, il déshabille sans scrupules un autre enfant et s'approprie son tricot.

19 *juin.* — État de santé générale satisfaisant. Parfois onanisme.

25 *décembre.* — Mêmes *instincts destructeurs*. Pour ne pas assister aux exercices de gymnastique, qu'il exécute du reste bien, il brise toujours quelque chose, déchire son pantalon, lacère les souliers d'un camarade, etc. Il raconte ses exploits avec satisfaction et un rire sardonique tout particulier; il semble vouloir en tirer vanité. On a essayé pour le punir de lui mettre le manchon et même la camisole, il a toujours trouvé le moyen de les déchirer et de s'en débarrasser. Il connaît maintenant tous les enfants de la petite école. Il n'a plus fait de nouvelles tentatives de strangulation.

1883. 4 *août.* — Pas de modifications notables. (*Fig.* 8).

Examen de la dentition par M. le Dr CRUET. — *Mâchoire supérieure :* Douze dents saines mal rangées, mâchoire latéralement déprimée et préominant anguleusement sur la ligne médiane. *Mâchoire inférieure :* Douze dents saines et bien rangées sur une mâchoire normale.

Articulation. Prognathisme supérieur peu prononcé. Les dents inférieures touchent le collet des dents supérieures. — *Voûte palatine* étroite et assez profonde. *Gencives* un peu rouges au bord. — Dents recouvertes de mucus.

1884. 11 *mars.* — R... entre à l'infirmerie pour être soigué de deux petites *ulcérations* aux talons dûes aux frottements de ses chausures. — Pansements phéniqués; guérison rapide (26 mars).

1885-1886. — Aucune modification notable dans l'état de l'enfant.

1887. *Juin.* — R... en raison de ses aptitudes manuelles est placé comme apprenti dans l'atelier de rempaillage. Il a la manie de couper les cordons des chemises des autres enfants, ou des tabliers dont il peut s'emparer ; de les attacher ensemble et de les placer sur lui, en guise de bretelles (*fig.* 9).

1888. 16 *juillet.* — *Puberté.* — Fin duvet sur la lèvre supérieure; joues, menton, aisselles glabres. Touffes de poils assez abondantes à la partie inférieure du pénil et à la racine des bourses. Verge : longueur, 7 cm. ; — circonférence 6 cm. Gland découvrable, méat normal. — Bourses rétractées. — Testicules égaux, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. — Périnée et région anale garnis de poils assez abondants.

Fig. 8. — R... à 15 ans (octobre 1883).

1889. 11 *septembre.* — *Puberté.* — Aisselles garnies de quelques poils. Pas de changements notables dans le développement des organes génitaux et du système pileux, si ce n'est un léger accroissement de volume des testicules comparés à un petit œuf de poule. Légères ulcérations sur les bourses paraissant dues au frottement de la chemise.

1890. 17 *février*. — *État actuel*. — *État général* satisfaisant, *adipose peu prononcée*, téguments colorés. Expression générale stupide, air hébété.

Peau fine, pas de cicatrices. *Cheveux* châtains foncés, assez

Fig. 9. — R... à 19 ans (août 1887).

abondants et régulièrement implantés, à tourbillon postérieur médian. *Sourcils* assez fournis et accentués ne correspondant que dans leur partie externe à l'arcade sourcilière à laquelle ils sont sous-jacents dans leur partie interne. *Cils* rares à gau-

che, assez nombreux à droite. *Système pileux* peu abondant et sous forme de duvet léger à la lèvre supérieure, rare au niveau des aisselles, abondant au périnée, nul au devant de la poitrine. — *Ganglions* légèrement hypertrophiés au niveau des plis inguinaux.

Tête. — *Crâne* oxycéphale, indice céphalique ; 1,32. Déformation très prononcée sans asymétrie. *Front* très fuyant et allongé, sans bosses frontales. Du côté droit l'on sent, sous la peau, des irrégularités de la surface osseuse; une crête est saillante sur la ligne médiane, son origine est à la racine du nez, elle va ensuite en s'atténuant et se porte légèrement à droite. A la partie supérieure du front est un ressaut indiquant la suture fronto-pariétale. *Les bosses pariétales n'existent pas.* Il n'y a plus traces de fontanelles. La forme générale du crâne est celle de la petite extrémité d'un ovoïde antérieurement aplati. L'analogie complète du crâne de R... avec celui d'un hébridais de Mallicolo exposé par M. Dedoyart à la section d'anthropologie de l'Exposition universelle de 1889, est très frappante.

Face. Visage allongé dans le sens vertical. L'axe de la face forme un angle obtus ouvert à droite avec l'axe crânien. *Asymétrie marquée*, le côté gauche est notablement moins développé que le droit. — *Arcades sourcillières* peu proéminentes, situées à 2 cm. environ d'un plan vertical passant par le bord inférieur des orbites. Elles sont toutes deux sur le même plan horizontal. *Paupières* saillantes à cause de l'*exophtalmie* qu'a le malade. La paupière supérieure est très développée. L'occlusion complète de l'œil est possible. La fente palpébrale est dirigée obliquement en bas et en dehors. Du côté gauche, elle est moins étendue en appparence par le fait d'une blépharite chronique qui détermine aussi de ce côté un léger ptosis.

Yeux. Exophtalmie très prononcée, *strabisme* divergent. *Nystagmus* dans toutes les directions. Conjonctivite légère, pas de lésions de la cornée. Iris verdâtre. Pupilles égales *réagissant à la lumière. Cécité absolue.*

Nez irrégulier, continuant le plan du front à sa racine et se déviant manifestement à droite vers sa pointe. Atrésie linéaire de la narine gauche qui laisse suinter un liquide muqueux. L'*odorat* paraît exister, mais le malade ne fournit aucune explication sur les substances qu'on lui fait sentir. *Pommettes* saillantes, mais surtout à gauche. Sillon naso-labial plus accusé à gauche qu'à droite. *Lèvres* peu développées, naturellement entr'ouvertes. La lèvre supérieure laisse habituellement à découvert les incisives. La commissure gauche est

plus éloignée de la ligne médiane que la droite. La moitié gauche de la ligne supérieure est plus mobile que la moitié droite.

La *langue* a sa mobilité ordinaire, elle est un peu déviée à droite. Le *palais* forme une voûte triangulaire dont le raphé médian est fortement dévié à droite dans sa moitié postérieure. Les *amygdales* sont déchiquetées et ulcérées. Le *goût* parait normal. Réflexe pharyngien peu accentué. — *Menton* arrondi et fuyant. La partie gauche de la mandibule descend plus bas que la droite.

Oreilles. L'*oreille droite est moins développée* que la gauche. Les deux oreilles présentent des *déformations* marquées. Le lobule est peu développé et adhérent. La racine de l'hélix fait une saillie transversale dans toute l'étendue de la conque. L'hélix n'est ourlée que dans la portion ascendante du côté gauche. L'anthélix présente une triple racine dont la 3e branche va se confondre verticalement avec l'hélix au-devant du tubercule de Darwin qui est assez marqué. A droite la déformation est un peu moins accentuée qu'à gauche ; l'hélix est légèrement enroulée et l'anthélix ne présente que deux racines. L'*ouïe est très dure* ; le malade n'entend ce qu'on dit que lorsqu'on lui crie dans l'oreille.

Mobilité de la face plus prononcée à gauche qu'à droite. — *Sensibilité* égale.

Cou court, ciconférence : 0m32. Pas d'adénopathie. Pas d'hypertrophie du corps thyroïde.

Thorax. — Saillie assez prononcée de la région sternale supérieure. *Mamelles* assez développées. Légère *cyphose* cervico-dorsale ; pas de déviation scoliotique de la colonne vertébrale. *Cœur*, battements réguliers. Aucun signe anormal à l'auscultation et à la percussion du cœur et des poumons. Mouvements respiratoires : 25 à la minute ; pouls régulier, à 70.

Abdomen un peu proéminent ; le foie et la rate paraissent normaux.

Organes génitaux. Verge : longueur : 65 mm., circonférence : 78 mm. Gland découvert ; testicules de la grosseur d'un petit œuf de poule, égaux. Anus normal.

Membres supérieurs. Développement égal, saillies musculaires normales. Examen dynamométrique : D. 30 ; G. 25. Aucune malformation des mains, doigts et ongles. — *Membres inférieurs* bien développés et normaux tant au point de vue morphologique qu'au point de vue fonctionnel.

Réflexes et *sensibilité cutanée* normaux.

Le malade parle difficilement ; les mots sont mal articulés

on a beaucoup de peine à comprendre ce qu'il veut dire. Lorsqu'on lui pose une question, il répète la phrase entendue en guise de réponse (*écholalie*).

27 *juillet*. — Toujours destructeur, le malade se livre de plus en plus à des violences vis-à-vis des enfants et des infirmiers. — Douches froides.

Décembre. — R... est mis à la grande école et voici la note remise à son sujet par son instituteur.

« Sa *physionomie* est presque toujours souriante. Il fait parfois des grimaces, se mord l'index de la main droite en remuant la tête à droite et à gauche, pendant que la main est repliée en l'air dans la position qu'il lui donne pour faire signe à quelqu'un de s'approcher. Lorsqu'on arrive près de lui, il tâte avec les mains, et tout en parlant compte les boutons des vêtements. Il est très actif, aime bien à s'occuper, est adroit et malgré son infirmité sait bien se diriger. C'est ainsi qu'il va de la classe aux cabinets de la cour sans qu'on le conduise. Il marche le corps droit les mains tendues en avant. Il ne casse, ni ne déchire rien actuellement, aime à se cacher dans un coin et lorsqu'on le retrouve, il rit bruyamment répétant : « R... s'est caché, » R... mange proprement, n'est pas glouton et ne bave pas. Il s'habille soigneusement. Il n'est pas grossier, est doux avec les enfants, leur parle, les caresse et les chatouille. Pas d'onanisme. En classe, son défaut est de cracher constamment en faisant bruyamment remonter les mucosités de sa gorge. Il se balance aussi souvent d'avant en arrière en riant.

Intelligence. — Il comprend ce qu'on lui dit, connaît les jours de la semaine, sait le nom des diverses parties de son corps. Il a la notion des nombres, compte des bâtonnets qu'on lui présente et les doigts de la main allongés, en les palpant. Il compte spontanément jusqu'à 19, s'arrête et continue jusqu'à 29 si l'on prononce 20, jusqu'à 39 si l'on dit 30. Il se rend compte de la longueur, de l'épaisseur et de la pesanteur.

Parole. — Il a l'accent nasillard, articule nettement les syllabes directes : ba, pa, cha, etc. Il a de la peine à articuler les sons où se rencontrent deux consonnes fortes : Ex. : crayon. Il grasseye un peu mais se fait comprendre, il emploie toujours la troisième personne, en parlant de lui : « R..., dit-il, a fait ceci ou cela ». Il tutoie tout le monde. Il est un peu sourd surtout de l'oreille droite. Sa mémoire est bonne. Il sait ce qu'il a à faire en classe, où est sa place, etc. En classe, il enlève sa calotte en entrant, la met soigneusement dans sa poche, pour la remettre en sortant. Il aime à faire des cons-

tructions avec des pochettes, à compter avec le boulier et n'est pas désagréable.

Atelier de paillage. — Moins destructeur qu'auparavant ; s'il apprend à bien placer sa paille il la défait bientôt.

1891. 20 *février.* — R... présente des ulcérations de la bouche d'aspect spécifique, il est mis à l'isolement. L'origine de ces ulcérations, ne peut être décelée. — *Traitement* ioduré et mercuriel.

1892. 3 *mars.* — R... a eu des plaques muqueuses sur les bourses et dans la bouche. Actuellement il ne présente plus d'accidents et n'a pas d'adénopathie.

15 *juillet.* — *Puberté.* — Duvet léger à la lèvre supérieure. Le reste du visage est glabre, ainsi que le thorax. *Aisselles* garnies de poils assez longs, mais pas très abondants. *Pénil* garni de poils abondants, longs et frisés, ne s'étendant pas vers l'abdomen, mais gagnant un peu la région inguino-crurale. *Membres* glabres. — *Verge*, longueur : 8 cm. ; circonférence : 7 cm. 5. *Testicules* de la grosseur d'un œuf de pigeon, le gauche descend plus bas que le droit. Région anale normale, garnie de nombreux poils s'étendant au périnée, aux fesses et au bas des reins où ils sont clair-semés.

1893. 18 *Janvier.* — *Puberté* : Aucune modification.

3 *Mars.* — Maintenu longtemps à l'isolement des syphilitiques bien que sans accidents, y rendait de nombreux services ; mais ses instincts de méchanceté et de destruction se réveillent et on doit l'envoyer à la grande école.

15 *juin.* — R... devient plus méchant, tourne sa fureur contre lui-même et s'égratigne le visage. Il se déplait à l'école où les autres enfants le taquinent et comme sa surdité s'est accrue, il est leur victime. Son père vient demander son retour à l'isolement des syphilitiques où il affectionnait particulièrement Mme Chaperon l'infirmière qui prenait soin de lui.

13 *juillet.* — Depuis son retour à l'isolement, il s'est calmé et ne s'égratigne plus. Pas de modification de la *puberté.*

14 *décembre.* — Le malade à fait une escapade : à 5 h. 1/2 du matin, il a quitté le dortoir, a longé le mur de ronde, arraché un treillage, l'a dressé le long du mur assez élevé, s'en est servi pour l'escalader et s'est laissé glisser de l'autre côté.

Il a alors suivi le mur de l'hospice jusqu'à la porte principale où le concierge l'a cueilli et reconduit dans le service.

20 *décembre*. — Ce matin R... s'est précipité sur une infirmière qui lui faisait une observation, l'a saisie par les mains, égratignée et frappée à coups de pieds sans qu'elle ait pu se dégager et durant cela il criait : « C'est pas fort les femmes. R... a pas peur des femmes » !

A l'école, il brise tout et cherche à saisir au passage les enfants pour leur faire du mal. — Cette année (1893), l'un de nous, dans un travail sur les *tics*, a décrit les tics coordonnés et l'écholalie dont R... est atteint dans les termes suivants.

Description des tics et de l'écholalie. — R... offre comme tics de simples balancements antéro-postérieurs qu'il exécute sur une chaise dont il applique le dossier contre un mur et sur laquelle il s'assied les deux pieds postérieurs du siège le supportant seul. Il parvient ainsi à se balancer violemment des heures entières. R... parle d'une façon traînante et est écholalique parfait, surtout avec les personnes qui ne vivent pas continuellement avec lui. Lorsque les phrases qu'on lui adresse sont un peu longues, il ne répète que les derniers mots.

Ex : D. Qu'est-ce que tu as fait ce matin ? — R. Ce matin. — Tu as garni le poële ? — R. Garni le poële. — D. Veux-tu du pain, R... ? — R. Du pain, R... (1).

1894. Rien à signaler de particulier, si ce n'est le développement progressif de l'*adiposité* du malade. 4 accès épileptiformes (1 en septembre et 3 en novembre).

1895. 11 *août*. — Le poids allant en progressant on applique à R... le *traitement thyroïdien*. Chaque jour le malade prendra un lobe de corps thyroïde.

25 *août*. Aucune modification dans l'état général, dans le pouls ni la température. Durant cette année le malade paraît être en déchéance. Il a présenté 5 *accès épileptiformes* (1 en février, 1 en avril, 2 en juillet et 1 en août, ce dernier seulement durant le traitement thyroïdien. Ces accès n'ont malheureusement pas été bien observés. Il en avait déjà eu 4 en 1894, un en 1893 et un en 1884. Il est regrettable que ces accès

(1) J. Noir. — *Étude sur les tics*, 1894).

Tableau des mensurations de la tête.

MESURES DE LA TÊTE,	1887	1888	1889		1890	1891	189.		1893		1 94		1895		1896
	Juin.	Juill.	Janv.	Sept.	Juill.	Janv.	Mars.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	
Circonférence horizontale maxima	45	45.5	45.5	45.5	48	47.5	47.5	47.5	47.5	47.5	47.6	47.6	47.6	47.6	47.6
Demi circonférence bi-auriculaire	36	36	36.5	37	34	37.5	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Distance de l'articulation occipito-atloïdieune à la racine du nez	33.5	36	37.5	37.5	37	37	37	37	37	37	47	37	37	37.2	37.2
Diamètre bi-auriculaire maximum	16	15.8	17.6	15.6	17.1	14.3	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Diamètre bi-auriculaire	10.2	11.2	11	11.1	11	12.4	12.4	12.4	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.6	12.6
— bi-priétal	12.9	13.1	13.1	13.1	12.8	12.6	13	12	13	13	13	13	13	13	13
— bi-frontal	»	»	»	»	10.2	10·5	11	11	11	11	11.2	11.3	11.4	11.4	11.4
Hauteur médiane du front	»	»	»	»	5	6.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5

Tableau du Poids et de la Taille.

	1880		1881		1882		1883		1884		1885	
	Avril.	Juillet.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	23 k. 700	25 k. 600	25 k. 40	25 k. 70	25 k. 50	26 k. 80	26 k. 10	29 k.	29 k. 10	29 k. 80	29 k. 80	29 k. 50
Taille	1m 28	1m 28	1m 28	1m 29	1m 29	1m 29	1m 29	1m 32	1m 34	1m 35	1m 36	1m 40

	1886		1887		1888		1889		1890		1891	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	32 k. 600	33 k. 288	35 k. 200	37 k.	36 k. 900	35 k.	41 k. 500	41 k. 600	44 k.	42 k. 500	44 k. 800	47 k.
Taille	1m 41 1/2	1m 43	1m 43	1m 43	1m 43	1m 43 1/2	1m 45	1m 45	1m 45 3/4	1m 46	1m 46	1m 46

	1892		1893		1894		1895	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	50 k. 500						53 k.	59 k. 200
Taille	1m 46						1m 465	1m 465

n'aient pas été décrits, mais il est à noter que de 1884 à 1893, ils ne se sont pas produits.

Décembre. — *Puberté.* Quelques poils courts dessinent une ligne étroite sur la lèvre supérieure ; un groupe de poils rares à la pointe du menton. Rien aux joues. Poils longs, peu abondants sous les aisselles. Les membres supérieurs, le tronc sont

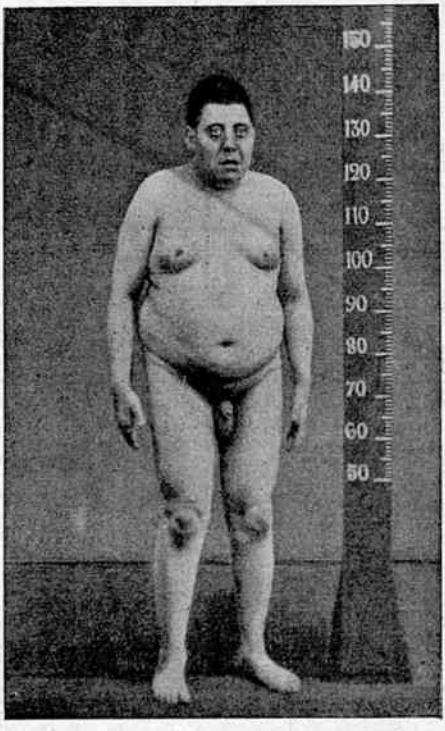


Fig. 10. — R... à 26 ans (1895).

glabres. Poils noirs, abondants sur tout le pénil, à la racine des bourses et envahissant les aines. Bourses rétractées, pigmentées. Testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon. *Verge* : *circonférence*, 8 cent. ; longueur, 4 cent. et demi. Poils assez nombreux à la partie supérieure de la face interne des cuisses. Poils courts, assez rares, à l'anus. Poils

assez abondants dans le sillon inter-fessier, sur ses bords jusqu'à l'extrémité supérieure du pli inter-fessier. (*Fig.* 10, 11 et 12).

RÉFLEXIONS. — L'observation de ce malade présente un grand intérêt au triple point de vue de ses

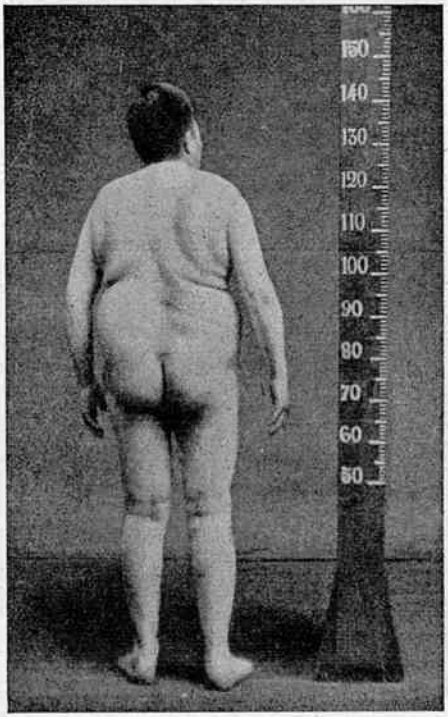


Fig. 11. — R... à 26 ans (1895).

états physique et psychique et de l'action thérapeutique obtenue.

I. Les *antécédents héréditaires* sont suffisants pour légitimer jusqu'à un certain point les infirmités de R... Deux *aliénés* du côté paternel, un *ivrogne* et

un *épileptique* du côté maternel, un demi-frère interné dans le service pour *instabilité mentale* et *perversion des instincts*.

II. Les troubles de la *grossesse* sont d'autant plus

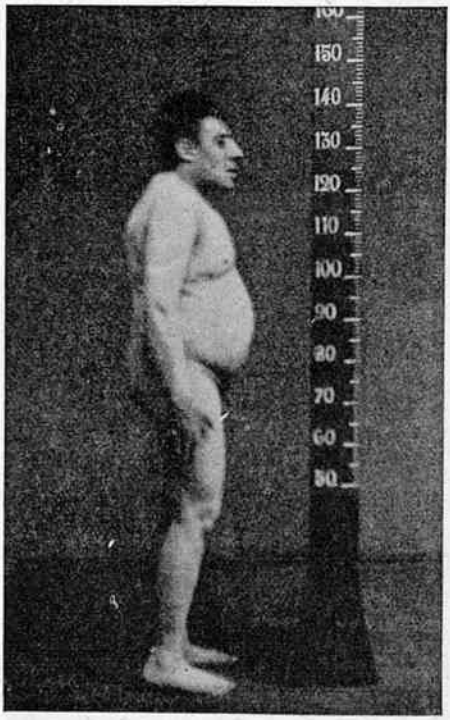


Fig. 12. — R... à 26 ans (1895).

vagues qu'ils ne sont que l'écho de racontars parvenus aux oreilles de la belle-mère de l'enfant, sa mère étant morte depuis longtemps ; aussi ne doit-on y ajouter qu'une confiance secondaire.

III. A la naissance, la *monstruosité* de la tête est

constatée, mais jusqu'à 28 mois, on ne remarque rien de trop anormal, l'enfant est arriéré, sans que rien d'inquiétant ne se révèle. A cette époque survient la *cécité* d'origine centrale et, avec elle, tout un cortège de troubles mentaux. Les déformations physiques s'accentuent, la tête reste toujours monstrueuse ; de la cyphose cervico-dorsale s'accuse ; R.. engraisse et l'*obésité* s'ensuit ; malgré cela, les muscles augmentent et les organes génitaux se développent normalement à l'époque de la puberté.

IV. Comme troubles morbides à symptômes somatiques, on n'a noté durant la longue période d'observation à laquelle il a été soumis (16 ans) que quelques *douleurs de tête* mal définies, de rares *accès épileptiformes*, de l'ecthyma et des manifestations de syphilis acquise dont il a été impossible de déceler l'origine.

V. Quel que soit le degré de *monstruosité* de R..., au point de vue somatique, il n'atteint guère l'étrangeté de son état mental. Presque aveugle-né, sans éducation spéciale, nous voyons cet être dégénéré acquérir une habileté manuelle remarquable, affiner les données du *sens du toucher* au point d'accomplir des travaux difficiles même pour un enfant de son âge, intelligent et bien portant ; mais ce qui chez lui est plus surprenant, c'est qu'il n'emploie son adresse qu'au mal, et non au mal fait inconsciemment. Quand il manigance et exécute une sottise, il se rend compte des conséquences et sait bien qu'une correction l'attend. Très jeune, nous le voyons démonter les sommiers de sa grand'mère, qu'il va chercher ensuite, riant aux éclats, lui fait constater le méfait et se garantit le visage avec le bras pour esquiver le soufflet qu'il prévoit. Plus tard, nous le voyons tentant d'étrangler ses petits camarades et racontant avec une satisfaction sans égale : « R... a voulu étrangler le petit garçon ».

Alors la parole prend à la fois un ton malicieux, sarcastique et satisfait, indéfinissable. Malgré cela, tous les instincts ne sont pas chez lui absolument mauvais. Il témoignait à sa belle-mère une affection poussée même jusqu'à la jalousie. Il est docile avec l'infirmière qui s'occupe de lui, et lui rend sans récriminations et sans méfaits mille petits services. Il est relativement propre et bien tenu. Lorsqu'on le met à l'école et qu'on le sépare de la brave femme qui l'a soigné jusque-là, il devient méchant, coléreux et l'on est obligé de le replacer sous sa surveillance.

R... est donc un imbécile, dégénéré au plus haut point ; les stigmates psychiques abondent et outre la passion du mal qui domine toute son histoire, nous observons en outre de la *kleptomanie*, de la *clastomanie*, des *tics* coordonnés et enfin l'*écholalie*. Remarquons qu'il est atteint à la fois d'écholalie et de cécité, que cette coïncidence n'est pas rare, que cette observation jointe à d'autres a porté l'un de nous (1) à poser l'hypothèse que l'écholalie paraissait influencée par le manque complet ou partiel de la mémoire visuelle.

VI. R... qui avait eu un *accès d'épilepsie* en 1884 et n'en avait plus eu depuis cette époque jusqu'en 1893, en a eu 4 en 1894 et 5 en 1895. En raison de sa cécité, on ne peut invoquer l'influence de la vue de ses camarades. L'épilepsie, qui est la « bête noire » des idiots, est due sans doute à une irradiation des lésions qui existent à la base du cerveau et ont occasionné la cécité.

VII. Enfin, dans cette observation, nous ne saurions passer sous silence les résultats obtenus sur l'*obésité* de R... par l'*ingestion de glande thyroïde*. Ce traitement néanmoins ne paraît pas avoir modifié notablement son état psychique (Voir p. 200).

(1) J. Noir. — *Études sur les tics*. Une constatation analogue a été faite dans le même travail sur la coïncidence de l'échokinénie et de la surdité.

XIII.

Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite ; Rein unique ; Persistance du trou de Botal ; Cryptorchidie double ;

PAR **BOURNEVILLE ET TISSIER.**

SOMMAIRE. — *Père, jumeau, alcoolique, mort d'une hémoptysie foudroyante. — Oncle paternel mort de convulsions. — Deux oncles paternels, excès de boisson.*

Mère, rien de particulier. — Une sœur et un frère morts de convulsions

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans (mère plus âgée.)

Première dent à 6 mois ; dentition complète à 15-18 mois. — Début de la parole et de la propreté à un an ; — de la marche à 18 mois. — État de mal convulsif à un an ; durée 24 heures. — Aucun accident consécutif. — Émotions vives à 2 ans et demi suivies d'une perte complète de la parole et d'accès de colère. — A 6 ans, retour brusque de la parole à la suite d'une violente colère.

A dix ans, traumatisme grave : boiterie, crises céphalalgiques ; — troubles de la parole ; — gâtisme intermittent, etc. — Aggravation à la suite d'une nouvelle émotion (12 ans).

Rougeole à 6 mois (?) *et à 6 ans. — Otite double à 10 ans et demi. Mort par congestion pulmonaire.*

AUTOPSIE. — *Méningo-encéphalite chronique très étendue rappelant les lésions de la paralysie générale. — Congestion pulmonaire. — Malformations multiples. — Rein unique. — Cryptorchidie double. — Persistance du trou de Botal* (1).

---

(1) Cette observation a paru, *résumée*, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 24 janvier 1896.

Champc... (Georges Auguste), né à Paris le 6 août 1879, est entré à Bicêtre le 13 août 1891 (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*). — *Père* né avec deux autres *jumeaux*; — pas de convulsions dans l'enfance, ni d'accidents nerveux; caractère très doux; *alcoolique*, s'enivrait fréquemment avec du vin; son ivresse était gaie, jamais violente. Ouvrier électricien, il travaillait au milieu des vapeurs acides; il est mort à 42 ans, à la suite d'une *hémoptysie* foudroyante en quelques minutes; il toussait un peu depuis un mois. — [*Famille du père.* — *Père*, âgé de 80 ans, vigoureux, caractère doux, aucun excès, aucune tare nerveuse. — *Mère* morte à 75 ans d'affection pulmonaire aiguë; jamais de troubles nerveux. — *Grands-parents*, morts très vieux, nul accident cérébro-spinal. — Deux *oncles* morts vieux, *alcooliques*, sans aucune tare nerveuse. — Deux *tantes* décédées vieilles, sans accidents névropathiques; leurs enfants sont bien portants. — Trois *sœurs* en bonne santé ainsi que leurs enfants; la troisième était *jumelle* du père de notre malade. Le troisième enfant *jumeau* était un garçon mort à deux ans de *convulsions*.

Mère, 46 ans, journalière, d'apparence chétive, paraissant de caractère calme, d'intelligence ordinaire. A part une fièvre typhoïde légère à 16 ans, santé toujours parfaite; pas de convulsions, pas de migraines, etc. — [*Famille de la mère.* — *Père*, 69 ans, journalier, toujours bien portant, de caractère doux, sobre, sans troubles nerveux. — *Mère*, morte à 66 ans d'une hernie étranglée; pas d'accidents névropathiques. — *Grands-parents* morts très vieux, sans manifestations nerveuses. Deux *sœurs* bien portantes, dont l'une a 12 enfants parfaitement sains. — Dans le reste de la famille, ni aliénés, ni paralysés, etc.] — Pas de consanguinité. — La mère a 4 ans de plus que son mari.

Six *enfants*: 1° Fille morte des suites d'une chute à 5 ans, n'avait pas eu de convulsions; — 2° notre malade; — 3° fille morte à 3 ans de *convulsions*; — 4° fille de 8 ans, intelligente, bien portante; pas de convulsions; — 5° un garçon mort quelques heures après la naissance; — 6° garçon mort de *convulsions* à 8 mois.

Notre malade. — L'enfant n'aurait pas été *conçu* pendant l'ivresse du père. — La *grossesse* n'a été signalée par aucun accident. — L'*accouchement* a été de tous points normal;

présentation de la tête; *liquide amniotique en quantité moyenne, comme à ses autres grossesses.* — L'enfant est né petit, mais en parfait état de santé, sans la moindre asphyxie. — Nourri au sein par sa mère jusqu'à 20 mois. — *Première dent* à 6 mois; dentition complète de 15 à 18 mois. — Début de la *parole* à 18 mois, de la *marche* à un an.

Premières et *uniques convulsions* à un an; elles ont commencé vers 10 heures du matin; la veille et la nuit précédentes, il n'avait rien offert d'anormal. Rigidité générale, sans prédominance d'un côté; paupières closes; mâchoires contracturées; pas de secousses; pas de vomissements. L'enfant paraissait comme mort. Cet état a duré 24 heures. Sa mère l'a levé le lendemain; elle dit qu'il n'était pas abattu, qu'il n'avait pas un côté plus faible que l'autre; qu'il a mangé et joué comme d'habitude, enfin que « les jours suivants, il était comme auparavant. » On assure que, de ce moment à 2 ans et demi, « l'enfant n'aurait offert aucune modification du caractère ni de l'intelligence et qu'il était comme les autres enfants de son âge. »

A 2 ans et demi, il a éprouvé une *émotion vive* en voyant mourir sa sœur ainée. Il couchait dans la même chambre, les pieds de son lit répondant aux pieds du lit de sa sœur. Il s'est levé tout debout l'entendant gémir et a assisté à sa fin. L'émotion s'est renouvelée lorsqu'il a vu les « croque-morts » procéder à l'ensevelissement. Il criait après eux, gesticulait comme s'il voulait leur dire des sottises : « ça lui avait donné comme une colère en dedans ». Le jour même, *il a perdu complètement*, affirme-t-on, *l'usage de la parole*. Avant cette double émotion, il parlait « comme une pie », prononçait tous les mots; sa parole était plus développée que celle des enfants de son âge. A partir de là aussi, il est devenu coléreux, mais à un degré modéré. Néanmoins, il se faisait très bien comprendre, par gestes, de ses petits camarades. A 6 ans, son père lui ayant fait des remontrances parce qu'il avait battu sa sœur, il s'est mis dans une *violente colère*, crispant les mains et tout d'un coup il a prononcé le mot : « me... » et aussitôt, assure-t-on, il a recouvré entièrement la parole.

De 6 à 10 ans, on n'aurait rien noté de particulier; il était intelligent et bien portant. A dix ans, il a été renversé par un cheval et la voiture lui a passé sur le corps en contusionnant fortement la cuisse gauche. Il a eu très peur, avait la figure toute décomposée mais n'a pas perdu connaissance. On l'a

conduit à l'hôpital Lariboisière où il est resté quelques jours. Après l'accident, boiterie de la jambe gauche, *crises céphalalgiques*, revenant 2 ou 3 fois par mois, obligeant sa mère de le coucher, et accompagnées de congestion de la face et surtout des oreilles qui devenaient violacées. Elles duraient d'une heure à une journée. Pas de grincements de dents, pas de vomissements, pas de roideurs du cou, pas de cognements de tête. Jusqu'à l'admission, ces crises seraient restées les mêmes. Parallèlement l'intelligence aurait un peu baissé, la parole serait devenue moins libre et l'enfant, de temps en temps, faisait au lit.

A 12 ans, il a été très vivement impressionné en assistant à l'hémoptysie foudroyante qui tua son père. Les symptômes qu'il présentait se sont aggravés; il est devenu « tout drôle », la parole lui a manqué progressivement; il gâtait plus souvent; à chaque instant, il voulait aller chercher son père et, comme on s'y opposait, il entrait dans de violentes colères. Aucun autre accident ne serait venu s'ajouter aux crises céphalalgiques qui continuaient; pas de vomissements, etc.

Rougeole à 6 mois (?) et à 6 ans; — pas d'autres maladies infectieuses. — Pas de gourmes; otite double cinq ou six mois après la chute (10 ans 1/2); pas d'ophthalmie, etc.; ni vers, ni onanisme.

1891. *Août-décembre.* — *Parole* lente, très défectueuse; on a peine à comprendre ce que l'enfant demande. *Voix* un peu gutturale. — La *vue*, l'*odorat*, le *goût*, l'*ouïe* sont conservés. — C... se tient assez bien à table, mange assez proprement, se sert de la cuiller et de la fourchette. L'appétit est naturel, sans gourmandise ni salacité; la mastication est bonne ainsi que la digestion; les selles sont régulières, de temps en temps involontaires. — *Bave* fréquente, en dehors des repas. — Le *caractère* est doux et affectueux. C.. recherche de préférence la compagnie des petits enfants avec lesquels il joue et partage volontiers les friandises que ses parents lui apportent.

Ses connaissances scolaires sont nulles. Il fait des efforts pour comprendre ce qu'on lui explique et pour exécuter les exercices de la petite gymnastique (*fig.* 13).

1892. *Janvier.* — C.. est parvenu à distinguer les couleurs, les chiffres, les étoffes, à placer les lettres et les chiffres, à boutonner et nouer. Il lace plus facilement. La parole est toujours défectueuse. Il exécute assez bien les exercices de

gymnastique. Le gâtisme continue mais est intermittent. En résumé, légère amélioration.

Juin. — L'enfant travaille assez bien, semble plus éveillé. Il gâte très rarement et, à cet égard, il y a une grande différence entre les temps froids et les temps chauds. La parole est moins défectueuse. Il fait mieux les exercices de gymnastique.

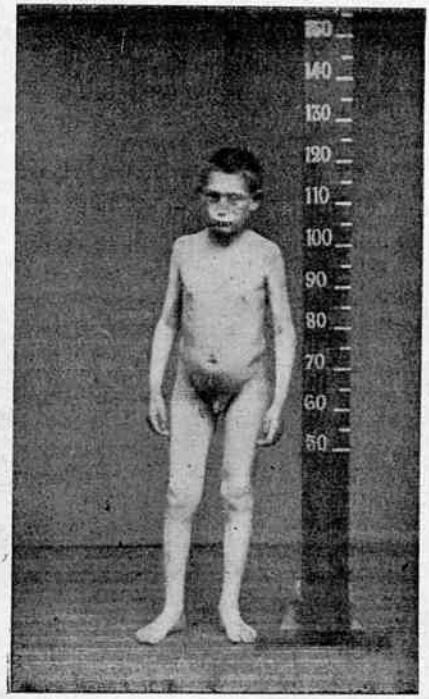


Fig. 13. (Août 1891).

1893. *Janvier.* — Aggravation. La marche devient de plus en plus difficile et le gâtisme de plus en plus fréquent.

Décembre. — *Contracture* des membres inférieurs qui rend la marche impossible. La *parole* se limite progressivement. Le *gâtisme* est à peu près constant. L'enfant maigrit. (Voir le tableau du *poids*.)

1894. *Avril.* — *Description du malade.* — *L'état général* est devenu encore plus mauvais. L'enfant pâle, maigre, a l'aspect cachectique.

Tête. — Cheveux bruns, abondants ; deux épis sur le front, de chaque côté de la ligne médiane. — *Crâne* de volume normal, symétrique, nettement dolichocéphale ; fontanelles fermées. — *Front* assez développé dans tous ses diamètres présentant une cicatrice transversale, longue de 3 centimètres, au niveau de la bosse frontale gauche. — La *figure*, allongée et étroite, n'a aucune expression. Arcades sourcilières saillantes ; sourcils bruns, longs, clair-semés. Les fentes palpébrales mesurent un peu plus de deux centimètres ; les cils, longs, sont le siège d'une légère *blépharite*. La mobilité des yeux est normale : pas de nystagmus, de strabisme, d'exophtalmie. Iris gris bleu ; pupilles réagissant à la lumière ; l'enfant reconnaît le bleu, le jaune et le vert. — *Nez* droit, long, mince ; lobule peu développé ; *odorat* normal. Pommettes et joues peu saillantes, symétriques. — *Bouche* régulière, longue de 5 centimètres ; lèvres épaisses ; voûte palatine profonde ; langue et amygdales peu volumineuses ; pas de malformation de la cavité buccale, *goût* normal. — *Menton* carré, sans prognathisme. — *Oreilles* assez grandes, écartées de la tête, bien ourlées ; lobule assez long, non adhérent.

Dentition. — *Mâchoire supérieure* : 13 dents ; la canine gauche est en voie d'éruption ; les incisives médianes sont bien rangées, légèrement écartées, érodées. — *Mâchoire inférieure* : dents d'assez bonne qualité, bien rangées ; la première petite molaire gauche n'est pas encore sortie.

Articulation temporo-maxillaire normale ; les incisives médianes supérieures, par suite de leur petitesse, recouvrent très peu les inférieures. Gencives en bon état.

Cou : 25 centimètres de circonférence au niveau du larynx. *Corps thyroïde* petit, mais perceptible.

Thorax. — Aucune déformation ; circonférence au niveau des seins : 61 centimètres. La peau du thorax est le siège d'une desquamation furfuracée. La *respiration*, normale, affecte le type diaphragmatique. — *Cœur*, rien ; pouls régulier, rapide, 100 pulsations à la minute.

Abdomen régulier ; foie et rate de volume ordinaire. Escharre de la largeur d'une pièce de un franc au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite.

Sensibilité au contact et à la température normale.

Depuis un an, ainsi qu'on le voit par les notes annuelles, le maladeest de plus en plus en déchéance ; il ne marche plus, ne

parle plus guère, est devenu tout à fait gâteux ; ce qu'il avait d'intelligence a diminué considérablement.

Puberté. Visage et corps absolument glabres ; verge : long. 3 cent ; circonf. 3 cent. et demi ; prépuce recouvrant le gland ; méat normal ; bourses petites, vides ; *les testicules ne peuvent même pas être sentis à l'anneau.* Anus infundibuliforme.

Membres supérieurs très amaigris, immobilisés par une *contracture* assez accusée dans la position suivante : les bras sont appliqués contre le tronc en légère rotation interne ; les avant-bras sont dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination et à demi-fléchis sur les bras ; les doigts sont à demi-fléchis. La peau des mains est violacée et froide.

Membres inférieurs très amaigris aussi ; les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses qui sont elles-mêmes fléchies sur le bassin ; la *contracture* est telle qu'il est absolument impossible de remettre le membre en extension complète ; les muscles de la partie postérieure de la cuisse sont nettement atteints de rétraction de leurs tendons. Le *réflexe patellaire* est à peu près aboli ; le *réflexe plantaire* est diminué. — Les *mouvements volontaires* sont très limités, les mouvements provoqués peu étendus, la *station debout* tout à fait impossible. — La *marche*, possible il y a quelques années, n'existe plus aujourd'hui en raison des contractures. (*Fig.* 14).

Mensurations de la tête.

	1892	1893	1894	1894	1895	1895	1896
	Juil.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.
Circonf. horizon. maxima.	50	50	50	50	50	50	50.1
1/2 circonf. bi-auriculaire..	32	32	31.5	31.6	31.6	33	33
Distance de l'articulation occipitale à la rac. du nez.	36	36	36	36	36	36	36.5
Diamètre antéro-postérieur maximum.....	17.6	17.6	17.5	17.5	17.5	18	18
Diamètre bi-auriculaire....	15.5	15.6	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5
« bi-temporal.....	13.5	13.5	13.5	13.5	13.6	13.6	13.6
Hauteur du front.....	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	5	5

Membres supérieurs	1895	
Circonférence au niveau de l'aisselle..	20 1/2	20
— à 0 m. 10 au-dessus de l'olé-		

crâne	18	17
Circonf. à 0 m. 10 au-dessous de l'oléc.	17 1/2	17 1/2
— au niveau du poignet	12 1/2	12 1/2
— — du métacarpe	15	15
Distance de l'acromion à l'olécrâne.	28	27 1/2
— de l'olécrâne à l'apoh. styl. du cubitus	22	23
Distance du cubitus à l'extrémité du médius	16	15

Membres supérieurs

Circonf. au niveau de l'aine	35 1/2	36
— à 0 m. 10 au-dessus de la rotule	26 1/2	27
— à 0 m. 10 au-dessous —	21	22
— au niveau du cou-de-pied	18	16 1/2
— à la partie moyenne du pied	19	18
Distance de l'épine illaque antéro-supérieure à l'interligne art. du genou.	30	31
Distance de l'interligne à la malléole externe	16 1/2	17 1/2
Distance de la malléole externe à l'extrémité du médius	18 1/2	21 1/2
Pied (Longueur	7	7 1/4
Pied (Largeur	7	7 1/4

Tableau du poids et de la taille.

	1891		1892	1894	1895
	Août.	Décem.	Décem.	Décem.	Décem.
Poids	29 k.	32 k.	35 k.	32 k.	29 k. 200
Taille	1m 24	1m 26	1m 268	0m 63	0m 63

1895. Le malade est en profonde déchéance ; il n'a pas quitté le lit depuis 2 ans. La *Fig.* 13, comparée à la *Fig.* 14 permet de faire la différence entre l'état de Cha... en 1891 et cette année (1895). Le poids diminue. (Voir le tableau).

1896. 1er *janvier.* — État général grave. Température : 39°, 4, matin et soir. Dyspnée légère ; râles de congestion pulmonaire à la base du poumon droit.

Traitement : cataplasmes sinapisés ; potion de Todd avec 2 gr. d'acétate d'ammoniaque.

3 *janvier.* — Légère amélioration. T. R. 38°, 5. État pulmonaire stationnaire. — *Soir* : T. R. 37°, 8.

4 *janvier.* — Le matin *hématurie* légère ; le sang est intimement mélangé à l'urine qu'il teinte nettement en rouge. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème assez prononcé. État général plus mauvais ; la dyspnée augmente, le poumon droit est fortement congestionné. T. R. 38°, 8. —

Soir : T. R. 38°, 8, — Le malade meurt à 11 heures du soir. — La température après la mort a eu la marche suivante :

Aussitôt après la mort	39°
1/4 d'heure après	38°
1 heure après	36°
3 heures après	30°

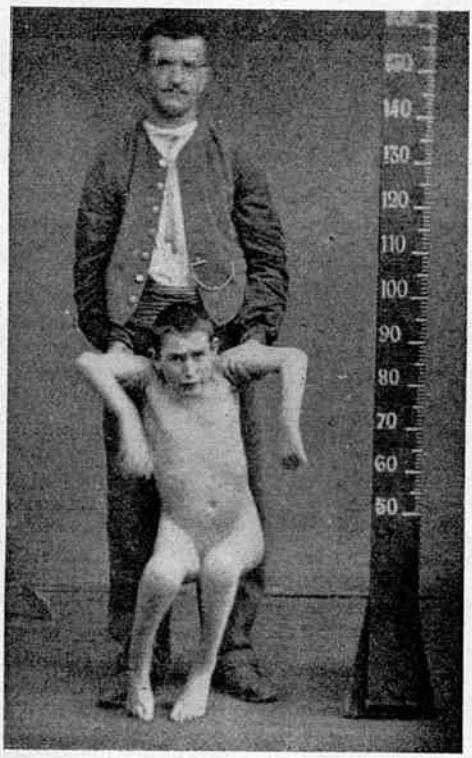


Fig. 14. (Juillet 1895).

6 heures après	25°
9 heures après	15°
12 heures après	12°
Température de la salle	12°

Poids après décès : 24 kg. 300.

AUTOPSIE *faite 33 heures après le décès.* — *Tête.* — *Cuir chevelu* assez épais, pâle, un peu jaunâtre. — Le *crâne* est tout-à-fait ovoïde ; les os sont durs, épais de 5 à 7 millimètres. Les *sutures* sont toutes très-apparentes sur les deux faces, toutes sont également très-sinueuses. La suture métopique persiste dans toute sa hauteur. La partie de l'occipital, le long des dentelures de la suture pariéto-occipitale gauche, forme un relief assez prononcé par rapport à la partie correspondante du pariétal gauche.

Lorsque la calotte crânienne est enlevée, la dure-mère apparait plissée comme un sac incomplètement rempli. — L'apophyse crista-galli, volumineuse, mesure 17 millimètres de hauteur sur 5 d'épaisseur. Les fosses de la base paraissent symétriques, le trou occipital normal. Les *sinus latéraux* sont remplis de caillots en grande partie jaunâtres, le plus volumineux occupe le sinus latéral gauche ; le sinus longitudinal supérieur est distendu par un caillot occupant les trois quarts de son étendue. — La *pie-mère* est partout épaissie et vascularisée, mais un peu plus sur la face convexe où il existe des *plaques ecchymotiques* et blanchâtres prédominant à droite. Les faces internes des lobes frontaux sont accolées l'une à l'autre. Même épaississement au niveau du chiasma.

La *glande pituitaire* a le volume d'un haricot moyen. — Les *nerfs olfactifs* et *optiques*, les *tubercules mamillaires*, les *artères* et les *nerfs* de la base sont symétriques. — La *glande pinéale* est relativement petite. — Le *corps calleux* est mince ; sa coupe n'a pas plus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Hémisphère droit. — La *pie-mère* est épaissie à peu près sur toute la surface convexe de l'hémisphère ; son enlèvement entraine avec elle une couche plus ou moins profonde de substance grise sur les circonvolutions suivantes : les trois *frontales* (la première frontale est la moins atteinte), la *frontale ascendante* toutes les *temporales*, les *plis pariétaux*, tout le *lobe occipital*. — Sur la face interne de l'hémisphère, les lésions de *méningo-encéphalite* occupent le *lobe occipital*, le *lobe quadrilatère*, le *lobe temporal*, le tiers-antérieur de la *première frontale*. — Le *ventricule latéral* est notablement *dilaté* (PL. VII).

Hémisphère gauche . — Les lésions de *méningo-encéphalite* sont à peu près également étendues. — La *pie-mère* est très épaisse. — Le *ventricule latéral* est dilaté.

Des deux côtés les *noyaux gris centraux* et les *cornes d'Ammon* n'offrent rien à signaler.

Thorax. — A l'incision des téguments, on constate une infiltration graisseuse généralisée très prononcée. Le plastron sternal présente des adhérences pleurales à son sommet et à

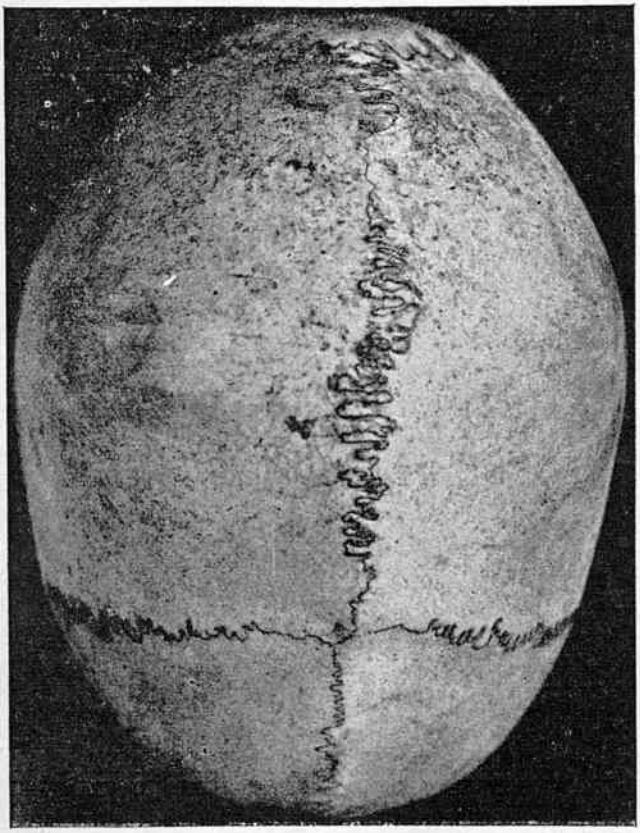


Fig. 15.

son bord inférieur. — *Poumon gauche* (225 gr.), normal. — *Poumon droit* (375 gr.), adhérences au diaphragme et à la paroi costale ; les scissures interlobaires sont accolées fortement ; congestion intense dans les trois quarts de la hauteur du poumon. Pas de tubercules. — *Péricarde* très chargé de graisse. Pas de liquide péricardique. — *Cœur* (115 gr.), petit, mou,

de teinte jaunâtre, sans aucune lésion d'endocardite. — *Per-*

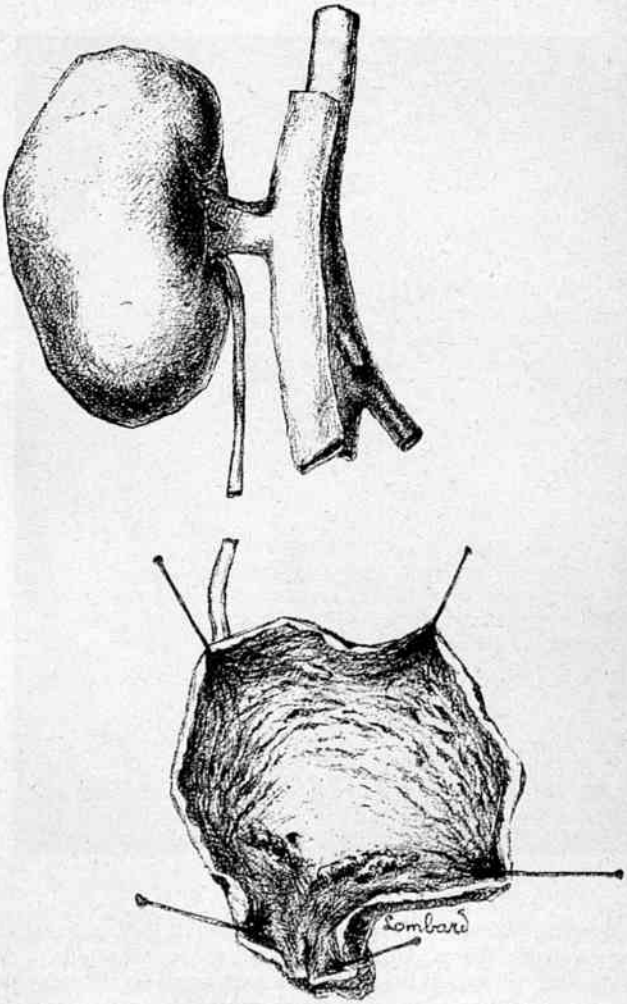


Fig. 16.

sistance du trou de Botal admettant une plume de corbeau.

Abdomen. — Le *péritoine* ne contient pas de liquide ; les épiploons sont très-chargés de graisse. — Les *intestins* sont flasques et pâles. — La *rate* (50 gr.) est molle et son tissu rougeâtre. — *Foie* (725 gr.), adhère fortement au diaphragme ; son tissu est pâle et atteint de dégénérescence graisseuse.

Organes génito-urinaires. — La masse intestinale étant écartée, on constate l'*absence totale du rein gauche :* la fossette rénale est comblée de graisse au milieu de laquelle on ne trouve aucune trace de tissu rénal. En ce point, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, la colonne vertébrale forme un angle saillant à gauche et en avant. Le REIN UNIQUE (*fig.* 16) est situé à droite de la colonne vertébrale, à la place du rein normal ; il est entouré d'une épaisse atmosphère graisseuse ; sa forme et son orientation sont régulières ; il mesure 13 cent. de longueur, 7 cent. de largeur, 5 cent. d'épaisseur. Le hile absolument normal donne issue à l'artère ; la veine et l'artère gardent leurs rapports respectifs habituels. — L'*uretère unique* va s'aboucher dans la vessie à sa place ordinaire ; on ne trouve au troisième angle du trigone aucune trace de l'uretère correspondant. *L'appareil rénal gauche s'est donc complètement atrophié sans laisser de trace.* — De même on ne trouve sur l'aorte et la veine cave inférieure aucun vaisseau destiné au rein absent.

La *muqueuse vésicale* présente au niveau du trigone trois petits *polypes* qui semblent avoir donné lieu à l'*hématurie* constatée le matin de la mort. — Les *testicules*, petits et égaux, sont remontés dans le canal *inguinal*, au niveau de l'orifice *interne*. Pas de hernie *congénitale*.

RÉFLEXIONS. — I. L'*hérédité* n'a pas eu, dans ce cas, une influence notable. Nous n'avons à consigner que l'*alcoolisme* relatif du père et, collatéralement, les *convulsions* chez une sœur et un frère du malade.

II. L'enfant parait avoir été tout-à-fait normal jusqu'à deux ans et demi, époque où, à la suite de deux vives émotions qui se sont succédé à bref délai, il a perdu complètement l'usage de la *parole*. A 6 ans. Après une persistance de 3 ans et demi, cette *aphasie*, d'un genre particulier, due à une sorte de *phénomène d'arrêt*, aurait cessé consécutivement à une vio-

lente colère qui aurait excité le centre de la parole. C'est là un cas à rapprocher des cas d'*aphasie hystérique*.

III. La mère de C... nous a affirmé à plusieurs reprises que, malgré l'aphasie, l'intelligence était entièrement conservée; que, après le retour de la parole (6 ans), *jusqu'à 10 ans, il ne présentait rien de particulier et ressemblait en tout aux autres enfants de son âge*. A cette époque survient un accident de voiture, qui occasionne des *crises céphalalgiques* intenses, fréquentes et accompagnées de congestion de la face et surtout des oreilles. A notre avis, c'est là le début de la *méningo-encéphalite chronique*, diagnostiquée pendant la vie et vérifiée à l'autopsie. Parallèlement à la répétition de ces crises, l'intelligence s'affaiblit et la parole devient moins libre. A 12 ans, une nouvelle émotion — la mort presque subite de son père — aggrave la situation de C... La parole est de plus en plus compromise, le gâtisme s'accentue, il survient de l'hébétude et des accès de colère. L'ensemble de ces symptômes détermine la mère à réclamer le placement de son enfant et le médecin qui donne le certificat, le Dr Charvot, résume ainsi, d'une façon très exacte, chose rare dans les certificats que nous recevons, la situation de C... :

« Atteint depuis 2 ans, à la suite d'un accident de voiture, d'*aliénation mentale* caractérisée par de l'*idiotisme*, avec amnésie absolue, *paralysie générale*, locutions difficiles, gâtisme et incontinence double, le tout compliqué de monomanie furieuse ». (29 juillet 1891).

IV. Bien que la situation fut grave, nous avons essayé de remonter l'enfant physiquement et intellectuellement. De l'admission à la fin de 1892, nous avons obtenu un arrêt dans l'évolution de la *méningo-encéphalite* et l'enfant s'est réellement amélioré. Il est pro-

bable que si, alors, profitant mieux de cette amélioration, quelque légère qu'elle fût, nous avions procédé à des applications répétées de vésicatoires sur la tête, suivies d'applications de capelines d'emplâtre de Vigo, nous serions arrivés à un autre résultat.

En 1893 survient une *aggravation* des symptômes qui n'a fait que s'accentuer progressivement jusqu'à l'issue fatale; la *marche*, de plus en plus difficile, devient enfin impossible; le *gâtisme*, de plus en plus fréquent, devient permanent.

V. La *marche de la température après la mort*, ici, confirme les nombreux faits que nous avons publiés. On voit que progressivement la *température du corps* se met en équilibre avec celle du milieu ambiant. Le thermomètre permet par conséquent, dans notre climat, de s'assurer de la *réalité de la mort*.

VI. Le *crâne* n'offrait aucune trace de *synostose*. Toutes les *sutures* persistent et, bien que l'enfant eût SEIZE ans, la *suture métopique* était visible dans toute sa longueur, sur les deux faces de la calotte cranienne.

VII. L'*autopsie* a vérifié le *diagnostic* porté à l'entrée, en faisant constater des lésions très accusées de *méningo-encéphalite*, semblables à celles de la *paralysie générale* de l'adulte. Sur un certain nombre de circonvolutions, l'enlèvement de la pie-mère entraînait toute la substance grise, laissant à nu la substance blanche, formant des crêtes plus ou moins atrophiées et plus ou moins indurées. (PL. VII). Ce cas s'ajoute à ceux, déjà nombreux, que nous avons consignés dans les *Compte-rendus annuels* de notre service et qui paraissent avoir échappé à la plupart des auteurs, qui, dans ces derniers temps, ont parlé de la *paralysie générale de l'enfance* ou de l'*adolescence*.

VIII. Enfin, nous croyons devoir relever les diver-

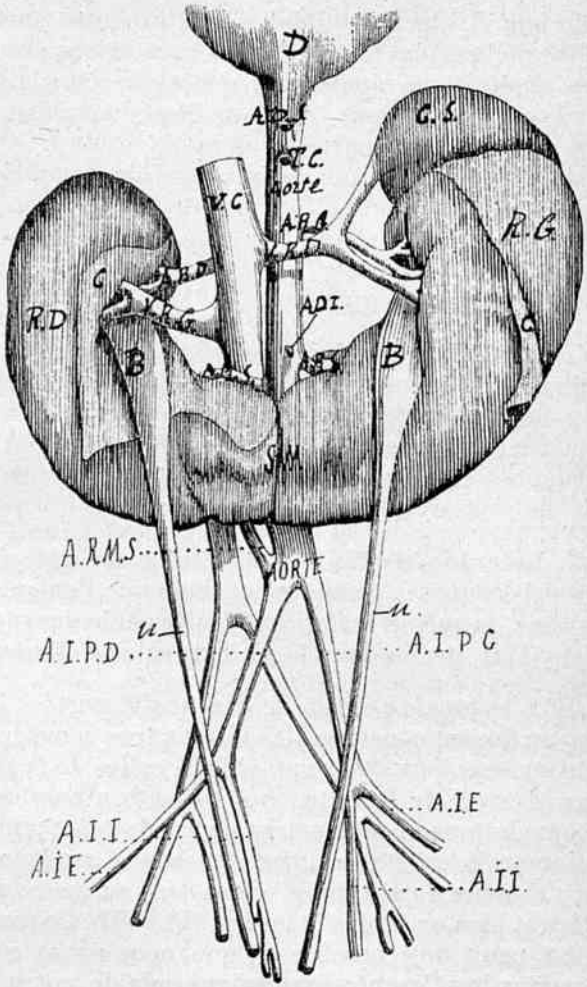


Fig. 17. — Rein en fer à cheval vu de face. — C., capsule; R. D., rein droit; R. G., rein gauche; C. S., capsule surénale; D., diaphragme; — V. C., veine cave; V. R. D., veine rénale droite; V. R. G., veine rénale gauche; A. R., artère rénale; A. R. S., artère rénale supplémentaire; A. R. M. S., artère rénale médiane supplémentaire; B., bassinet; *u.*, uretère; A. I. P. D., artère iliaque primitive droite; A. I. P. G., artère iliaque primitive gauche.

ses *malformations* organiques que présentait cet

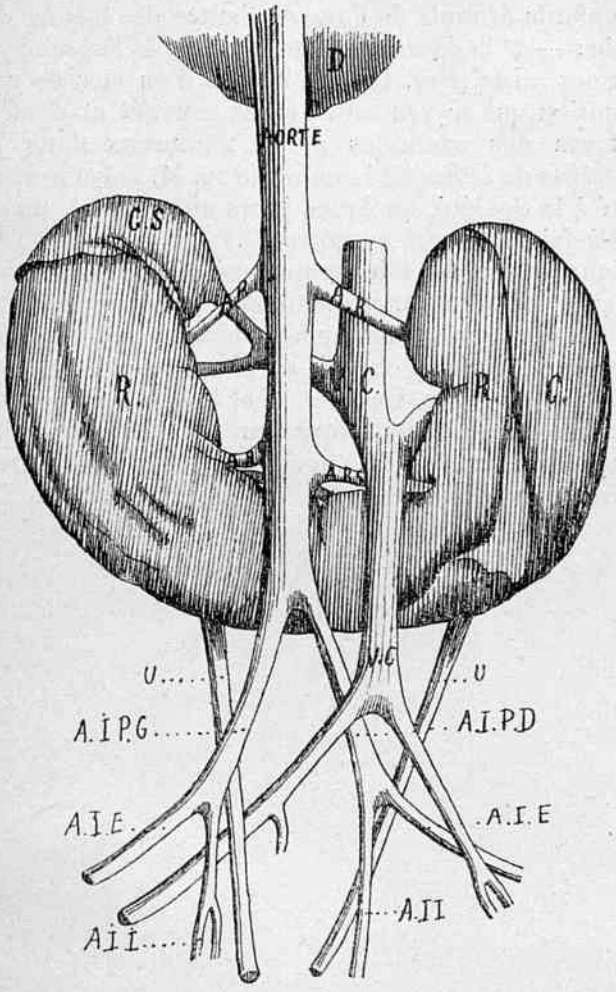


Fig. 18. — Rein en fer à cheval vu en arrière. — R. rein; C. S., capsule surrénale; A. R., artère rénale; V. C., veine cave; A. R. S., artère rénale supplémentaire; U., uretère; A. I. P. D., artère iliaque primitive droite; A. I. P. G., artère iliaque primitive gauche; A. I. E., artère iliaque externe; A. I. I., artère iliaque interne.

enfant : 1° la *persistance du trou de Botal*, à un degré prononcé, malformation qui est loin d'être rare chez les enfants atteints de l'une ou l'autre des formes d'idiotie ; — 2° la *double cryptorchidie* ; — l'*absence de l'un des reins* (*Fig.* 16). Il s'agit là d'un vice de conformation qui se rencontre assez souvent et dont on trouvera des exemples assez nombreux dans les *Bulletins de la Société anatomique*. M. Joly en a rapporté à la Société, quelques jours auparavant, un cas tout-à-fait analogue au nôtre (1).

Nous avons, dans le temps, relaté un cas de *rein unique*, différent du cas actuel en ce sens que le *rein unique* était constitué par la soudure des deux reins, sous forme de fer à cheval, et placé en travers de la colonne vertébrale. Les *Fig.* 17 et 18, qui représentent ce rein et que nous avons cru bon de reproduire, comparés à la *Fig* 16, nous paraissent de nature à intéresser nos lecteurs.

(1) *Bul. de la Soc. anat.*, janvier 1896, p. 9.

TROISIÈME PARTIE

—

Thérapeutique.

X

Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne ;

Par **BOURNEVILLE,**

Le lendemain de la communication d'un travail intitulé : *De l'idiotie avec cachexie pachydermique* ou *idiotie myxœdémateuse*, que nous avons faite le 14 août 1889 à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, nous avons reçu de M. le Dr Arnaud (de St.-Gilles), qui avait assisté à la séance, une lettre dans laquelle il soumettait à notre appréciation un mode particulier de traitement, alors tout-à-fait inconnu et qui, depuis cette époque, a fait un grand chemin (1).

« M. Brown-Séquard, dit-il, pense, non sans raison peut-être, que les glandes ou du moins quelques-unes d'entre elles ont une action encore inconnue sur la nutrition, par suite de certains principes qu'elles verseraient incessamment dans la circulation. N'en serait-il pas même du corps thyroïde ? Dès lors on s'expliquerait facilement la cachexie consécutive à l'absence de cette glande.

« En outre, cette théorie pourrait conduire à un traitement rationnel de la cachexie pachydermique : le traitement par les injections sous-cutanées (ou

(1) Voir *Archives de neurologie*, 1890, tome XIX, p. 228, à la fin de notre mémoire intitulé : *Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse (cachexie pachydermique).*

même peut-être par l'absorption intestinale) de certains principes empruntés à la glande thyroïde. »

Différentes circonstances nous ont empêché, malgré notre désir, d'essayer immédiatement le traitement indiqué par M. le Dr Arnaud. Entre temps est intervenu un essai de traitement par la *greffe de la glande thyroïde* dans la cavité péritonéale (1). La malade qui avait été soumise à ce traitement, Wathi... (Augustine) est entrée dans notre service et nous avons constaté qu'aucune amélioration ne s'était produite. Les autres tentatives de ce genre ne semblent pas avoir donné des résultats bien satisfaisants (2).

En 1891, M. le Dr Murray publia la première observation de guérison du myxœdème par les injections de suc thyroïdien et, en 1892, M. le professeur Bouchard communiqua à l'*Association française pour l'avancement des Sciences* (3) les observations de deux myxœdémateuses adultes, notablement améliorées par le même traitement. Ainsi se trouvait appliquée l'idée émise deux ans auparavant par M. le Dr Arnaud, c'est-à-dire le *traitement thyroïdien*. A partir de leurs publications, ce mode de traitement s'est rapidement vulgarisé.

Personnellement, en mars 1893, nous avons fait administrer le suc thyroïdien en julep, puis en novembre de la même année nous avons pratiqué les injections sous-cutanées de liquide thyroïdien sur trois malades

---

(1) Lannelongue. — *Sur la transplantation du corps thyroïde sur l'homme*, (En collaboration avec Legroux). (*Comptes-Rendu de la Société de Biologie*, 8 mars 1890, p. 135). La malade en question est celle qui fait l'objet de notre seconde observation.

(2) Consulter entre autres les travaux de MM. Walther, Battincourt, du Dr Serano, Horsley, qui ont suivi la publication des recherches physiologiques du prof. Schiff d'abord puis du Dr Eiselsberg.

(1) Bouchard (Ch.). — *Réflexions sur deux cas de myxœdème, traités par des injections de suc thyroïdien* (Session de Pau, 1892, 1re partie, p. 292).

atteints d'idiotie myxœdémateuse due à l'*absence congénitale* de la GLANDE THYROIDE : Debarg..., âgé de 28 ans; Wat.., âgée de 18 ans et Gonich..., âgée de 1 an 1/2. Les injections ont été au nombre de 65, 63, 29 (1). Ce traitement n'a déterminé aucune amélioration sensible chez ces malades. C'est pourquoi nous nous sommes décidé à recourir à l'*ingestion stomacale* de la *glande thyroïde du mouton*. Nous avons commencé par un demi-lobe c'est-à-dire le quart de la glande (2), puis nous avons donné un lobe, ou la moitié. Trois malades ont été soumis à ce traitement à partir du 31 mai et il a été continué jusqu'à ce jour. Durant cette période, soit plus de deux mois, nous avons fait prendre régulièrement la *température* des malades matin et soir, leur *poids* tous les huit jours et leur *photographie* également tous les huit jours.

Les *tracés* que nous plaçons sous vos yeux indiquent les oscillations de la température (*tracé rouge*), les modifications du poids (*tracé bleu*); les rectangles et les carrés *verts*, placés en bas de chaque tableau répondent aux jours où l'on a administré la glande, les rectangles correspondent à un demi-lobe, les carrés à un lobe entier. Ces explications préalables étant données, nous allons maintenant aborder l'exposé de chaque cas.

OBSERVATION I. — IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE.

SOMMAIRE. — *Père tuberculeux (?). — Oncle maternel paralysé, aliéné et sujet probablement à des accès d'épilepsie. — Frère et sœur morts tuberculeux. — Sœur strabique à la suite de convulsions de l'enfance, morte tuberculeuse.*

---

(1) La malade qui a reçu le moins d'injections était une malade externe Gonich.., âgée de 1 an 1/2, habitant Ivry, que sa mère amenait tous les deux jours. Les injections sous-cutanées ont été pratiquées à partir de 1890, par Vassole, Pisanti, Gley, Magnan, etc.

(2) Nous avons pesé pendant 8 jours les lobes, soit la moitié des glandes; les pesées nous ont donné les résultats suivants : 1 gr. 70, 1 gr. 40, 1 gr. 95, 2 gr. 20, 2 gr. 30, 2 gr. 60, 2 gr. 80, 2 gr. soit environ 2 grammes par lobe frais, ou demi-glande.

Renseignements incomplets sur les antécédents du malade. — Marche à 18 mois. — Propre de bonne heure. — Arrêt de développement, bouffissure et épaississement à partir de 3 ans. — Etat du malade au 1er février 1890. — Lésions scrofuleuses et rachitiques. — Absence de la glande thyroïde; symptômes classiques de l'idiotie myxœdémateuse : pseudo-lipomes ; persistance de la fontanelle antérieure ; hernie ombilicale ; eczéma ; arrêt de développement physique et intellectuel ; parole, voix, etc..

1893-1894. *Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien, résultats négatifs. —*

1895. *Ingestion stomacale de glande thyroïde de mouton. Amélioration : Élévation de la température ; — diminution de poids ; — phénomènes divers dus au traitement ; — modifications de la voix, etc.*

Debarg... (Jules), né à la Ventie (Pas de Calais), le 6 octobre 1865, est entré à Bicêtre dans notre service, le 23 février 1890.

Il s'agit là d'un malade dont nous avons publié l'observation détaillée dans les *Archives de neurologie* (1) et que nous avons reproduite dans le *Compte-rendu* du service des enfants de Bicêtre pour l'année 1889 (tome x, page 172), aussi nous bornerons-nous à citer le sommaire de son observation. Les *figures* 1, 2, 3 et 4 ne laissent aucun doute sur la réalité de l'idiotie myxœdémateuse.

La température rectale (2) du malade prise avec soin à diverses reprises n'a jamais dépassé 37 degrés et a été en général au-dessous de ce chiffre c'est ce que montre le petit tracé qui figure à droite de la PLANCHE VIII. — Le *poids*, relevé tous les six mois depuis l'entrée du malade, a offert la progression suivante :

1890		1891		1892		1893		1894		1895
Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	1er mai, premier jour du traitement.
24.800	25.	24.900	25.	27.200	28.	28.100	28.800	28.600	26.700	29.

(1) Année 1890, tome XVI, page 217.

(2) Nous prenons la température rectale des malades, la plus facile et la plus sûre. La température axillaire, pour offrir des garanties, exige, en effet, de 15 à 20 minutes : il faut veiller à ce que le bras soit bien appliqué contre

La *taille* du malade qui était de 0m 91 à l'entrée, en 1890, était de 0m 93 en juin 1893, de 0m 94 à la fin de la même année et encore de 0m 94 au mois de mai 1895.

Fig. 17. — Deb... avec sa pipe et sa canne (1889).

	1890		1891		1892		1893		1894		1895
	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.
Taille.....	0.915	0.915	0.915	0.915	0.915	0.918	0.920	0.930	0.940	0.940	0.940

le thorax et que le thermomètre reste bien en place, conditions difficiles à réaliser complètement chez les malades ordinaires et, à plus forte raison, chez les enfants et surtout les idiots.

Le *traitement* a commencé le 31 mai 1895. Nous avons administré un demi-lobe de *glande thyroïde* du *mouton*, coupé en petits fragments, dans du bouillon chaud. Voici un résumé succinct des phénomènes observés :

3 *juin.* — Les paupières sont un peu dégonflées ; les mouvements sont toujours lents ; la parole, le caractère et la voix n'ont pas changé.

Fig. 18.

4 *juin.* — Deb... pleure parce qu'il éprouve des douleurs dans le ventre et les reins.

5 *juin.* — Les douleurs ont disparu. Les paupières sont encore un peu plus dégonflées, le malade maigrit. Nous donnons un lobe.

7 *juin.* — Amaigrissement notable (2 k. 300). Apparition de la fièvre (38°, 4) ; pouls 100 ; battements du cœur réguliers.

8 *juin.* — En raison de l'amaigrissement rapide et d'une température de 38°, le malade ne prend qu'un demi-lobe. Rien dans les urines. Pouls : 120.

9 *juin.* — Tremblement généralisé, sueurs abondantes au visage. Pouls : 120, régulier. Etat lypothymique. Pas de glande.

10 *juin.* — 1/2 lobe. Pouls : 120. Vers 2 heures de l'après-midi, tremblement, faiblesse et sueurs. Deb... marche difficilement. Sueurs dans la nuit. Urine de 24 h.: 750 grammes.

11 *juin.* — Pas de glande .Pouls : 120. Haleine fétide, douleur

au niveau de l'estomac. Urine : 650 gr. Le visage est beaucoup moins gonflé, les yeux sont plus ouverts. Érytlhème des aines dû aux poussées sudorales.

12 *juin.* — Tremblement de tout le corps sans sueurs, affaiblissement, persistance des douleurs stomacales. Urine : 500 gr.

Fig. 19.

Fig. 20.

13 *juin.* — Dans la nuit, vomissements alimentaires. La faiblesse des jambles est moins prononcée. Le médicament est suspendu jusqu'au 5 juillet. L'érylhème inguinal a disparu.

14 *juin.* — Tremblement des jambes qui oblige de maintenir le malade au lit, pour éviter le retour des faiblesses qui le prennent dès qu'il se lève. Douleurs abdominales, diminu-

tion des tumeurs graisseuses du cou. Urine : 400 gr. Potion de Tood et caféine.

15 *juin*. — Agitation pendant la nuit : le malade s'est levé sur son lit et voulait battre la veilleuse. Ce matin il ne se

Fig. 21. — Deb... en septembre 1895.

rappelle point de ce qui s'est passé. Urine : 500 gr. L'appétit est toujours médiocre et le malade se nourrit surtout de lait.

17 *juin*. — Le tremblement a diminué, les douleurs ont disparu, la température descend à 37° ; le poids n'est plus que de 24 kil. 100. La peau devient moite. Pouls : 120.

20 *juin*. — La langue est moins épaisse, la prononciation est meilleure ; les lèvres sont moins violacées ; la marche qui d'habitude était lente et pesante semble devenir plus rapide.

21 *juin*. — Le malade assiste au concert des frères Lionnet

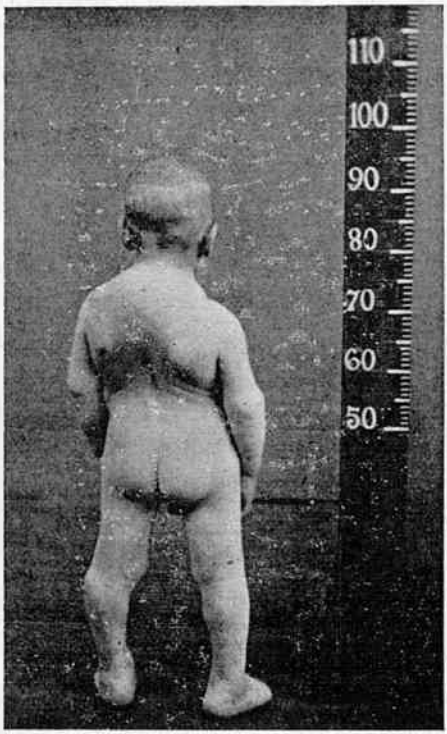


Fig. 22. — Debar... en septembre 1895.

et le soir, sans cause appréciable, la température s'élève à 38°.

Durant la suspension du traitement, le poids qui s'était abaissé jusqu'à 24 k., 100 est remonté à 25 k., 050. Les urines se maintiennent aux environs de 500 gr. Jamais elles n'ont contenu de l'albumine ou du sucre.

5 *juillet*. — Reprise du traitement (1/2 lobe). Deb... se met

en colère, ce qu'on n'avait jamais vu et casse sa pipe parce que l'infirmier examinait ses poches. Le pouls est descendu à 60.

6 *juillet.* — Urine : 500 gr. Pouls : 60.

7 *juillet.* — La température s'élève de nouveau à 37°,6. Urine : 1 litre. Pouls : 70.

8 *juillet.* — Pouls : 70 ; T.R. 37°,2. Urine : 525 gr.

9 *juillet.* — La peau du malade reste toujours moite. Avant le traitement chez lui, comme chez les malades de cette catégorie, la peau était sèche. Les croûtes du cuir chevelu ont complètement disparu. On observe une desquamation de la peau des mains et des pieds, Deb.... taquine les infirmiers, par exemple cache leur casquette ; jamais on n'avait noté autant de spontanéité. Diarrhée, douleurs du ventre et du dos, affaiblissement des jambes. Pouls : 120. *Matin* : T.R. 37°,4. — *Soir* : 38°.

11 *juillet.* — Pouls petit : 130 ; T.R. 37°,4. Urine hier 750 gr., aujourd'hui 500 gr.

12 *juillet.* — La diarrhée a disparu, la faiblesse des jambes est moindre. Pouls : 120 gr. Urine : 500 gr.

13 *juillet.* — Depuis hier soir, coliques, diarrhée, courbature générale. Le malade est affaissé, n'a pas d'appétit. Urine : 500 gr. Pas de glande. La desquamation de la peau des mains et des pieds continue. Pouls : 120. Urine : 500 gr.

14 *juillet.* — $^1/_2$ lobe. Pouls : 120. Urine : 260 gr. (?).

15 *juillet.* — Pas de glande. Pouls : 120. Urine : 500 gr. La peau est moite.

16 *juillet.* — $^1/_2$ lobe. Pouls : 120. Urine : 500 gr. Quelques coliques.

17 *juillet.* — Pas de glande. Pouls : 120. Urine : 500 gr. Coliques, sueurs.

18 *juillet.* — Depuis hier soir, prolapsus du bourrelet hémorrhoïdaire. Pouls : 100 ; Sueurs ; faiblesse générale. Urine : 560 gr. — Potion : bismuth, bétol, laudanum. — On supprime la glande thyroïde.

19 *juillet.* — Le bourrelet hémorrhoïdaire est réduit et la diarrhée a cessé. Pouls : 84.

20 *juillet.* — La physionomie exprime la fatigue. Le poids qui avait augmenté, ainsi que nous l'avons vu, durant la période de suspension du traitement, sans revenir toutefois au chiffre primitif, a notablement diminué depuis la reprise du traitement, car il est descendu à 22 kil., 500 ; aussi l'amaigrissement est-il évident : non seulement les pseudo lipomes ont diminué, mais le ventre est devenu beaucoup moins volumineux : tandis qu'il mesurait au niveau de l'ombilic 0^m,740, il ne mesure plus que 0^m,67. La peau des mains demeure moite et devient souple ; les ongles poussent bien plus rapidement et sont plus brillants. Les mouvements sont plus vifs, la parole est moins lente, le malade est moins engourdi. Pouls : 90. Urine : 500 gr.

28 *juillet.* — Bien que la médication ait été suspendue le 18 juillet, le poids a continué de baisser (22 k., 300).

[Depuis notre communication, nous avons repris le traitement à la date du 13 août, le malade ayant gagné 500 gr. et la température descendant à 37 degrés et au-dessous, ainsi que cela existait avant tout traitement. Nous lui avons fait prendre un lobe tous les deux jours jusqu'à la date du 30 septembre : les mouvements et la parole sont plus vifs, l'intelligence est un peu plus éveillée, il n'a plus éprouvé aucun malaise et, depuis le 11 septembre, sa température n'est jamais descendue au-dessous de 37 degrés. Le poids après avoir diminué du 16 août (22 kil., 800) jusqu'au 7 septembre (22 kil., 450) est remonté à 22 kil., 800 (17 septembre) et s'est maintenu à ce chiffre (28 septembre).

Voix. — Nous avons fait examiner le malade au point de vue de la voix par M. Sutter, professeur de chant de notre service. Voici la copie de la note qu'il nous a remise : « Avant le traitement, Jules Debarg... n'avait qu'une étendue très faible, correspondant à 2 degrés, depuis la dernière observation l'enfant a gagné 4 degrés.] (PL. 0, tracé n° 1.)

OBS. II. — IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE.

SOMMAIRE. — *Père, fièvres intermittentes. — Grand-père paternel, apoplectique. — Grand'mère maternelle, excès de boisson. — Cousine germaine, paralysie consécutive à des convulsions. — Cousine germaine sujette à des attaques. Grand-père maternel, apoplectique. — Grand'mère maternelle, excès de boisson. — Oncle maternel, probablement apoplectique. — Tante maternelle, aliénée.* —

Consanguinité. — Un frère mort de convulsions, un autre idiot et épileptique; un troisième a eu des convulsions. Accouchement à 10 mois (?). — A la naissance, fontanelle antérieure très large. — Hernie ombilicale. — Premières dents à 7 mois. — A deux ans chute sur la face, écrasement du nez et fracture du maxillaire inférieur. — Ozène consécutive. — Développement de la cachexie pachydermique. — Rachitisme. — Absence probable de la glande thyroïde. Malformation de l'un des orteils. — Dentition.

1890. *Greffe d'une glande thyroïde du mouton dans la cavité péritonéale* (Lannelongue).

1893-1894. *Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien: résultats négatifs.*

1895. *Ingestion stomacale de glande thyroïde : élévation de la température;— diminution de poids;— phénomènes divers dûs au traitement : modification de la voix, augmentation de la taille, etc. — Amélioration*

Wathi... (Augustine) née à Paris le 7 décembre 1875, est entrée à la fondation Vallée,(dans notre service) le 7 juin 1890.

L'observation de cette malade figure dans la communication que nous avons faite le 14 août 1879 à l'*Association française pour l'avancement des sciences*. Elle a été reproduite dans le *Progrès Médical*, 1890, p. 3, et dans notre *Compte-Rendu* de Bicêtre pour l'année 1889 (p. 57). Les *Fig.* 23, 24, 25, et 26 donnent une idée de sa situation à l'âge de 11 ans 1/2 et de 14 ans. Les tableaux ci-après permettent de se rendre compte de son développement physique.

	1889	1890	18 1	1892		1893		1894		1895
	Mai	Mai	Janv.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	J uil.	Janv.
Poids .	14.800	16 k.	18 k.	18 k.	18 k.	18 k.	19 k.	19.500	19.500	21 k.
Taille.	0.835	0.88	0.88	0.888	0.88	0.88	0.88	0.88	0.88	0.88.

1895. *Traitement par l'ingestion de glande thyroïde.* — Ce traitement a été commencé le 31 mai. Un demi-lobe de corps thyroïde. Poids : 21 kil. 500. Le tracé n° 2 montre les modifications survenues dans la température (*ligne rouge*), dans le poids pris chaque semaine (*ligne bleue*) et les doses de glande thyroïde qui ont été ingérées (*rectangles et carrés verts*). Aussi nous bornerons-nous à relever les principaux phénomènes observés depuis le 31 mai jusqu'au 30 septembre.

La température rectale, notée à différentes époques, avant le traitement, était toujours inférieure à 37° et ne dépassait pas 36°, 6 ; le 7e jour du traitement elle atteint 37° et le 9e jour elle monte à 38°.

12 *juin.* — Amaigrissement ; paupières moins gonflées

Fig. — 23. Wat... en 1887 (onze ans et demi).

(diminution de poids de 2 kilogr.) ; quelques secousses dans les membres.

13 *juin.* — Tremblement presque continuel des membres supérieurs.

14 *juin.* — Persistance du tremblement. Diminution de l'appétit.

16 *juin.* — La perte de poids est de 2 kil. 500, Wathi...

parait plus agile ; elle a moins de répugnance au mouvement et essaie, ce qu'on ne lui avait jamais vu faire auparavant, de courir avec ses camarades.

25 *juin*. — L'agilité semble augmenter, W... tourne maintenant facilement sa tête. Les masses graisseuses situées à la

Fig. 24. — Wat... à 14 ans (mai 1889).

nuque et sur les côtés du cou ont diminué, la parole est plus nette.

12 *juillet*. — Les mains et les pieds font peau neuve, les ongles poussent bien, les cheveux restent raides, le teint est moins jaune. Wathi...est très gaie, moins timide, répond avec plus d'aplomb.

20 juillet. — Contrairement à ses anciennes habitudes, Wathi.. ne reste pas toujours assise ; elle aime au contraire à marcher et essaie de courir ; elle devient espiègle et fait des niches aux autres enfants il y a quelques jours, elle a voulu jouer à cache-cache avec ses camarades.

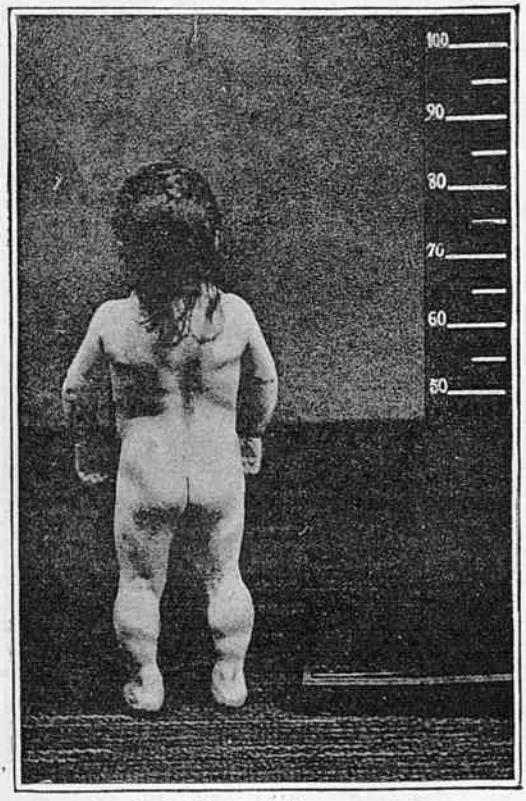


Fig. 25. — Wat... à 14 ans (mai 1889).

29 juillet. — Wathi.. n'est plus aussi timide, elle a plus de spontanéité et plus d'agilité. Elle se cache derrière les portes avec un petit bâton à la main dont elle donne un coup à chaque enfant qui passe. Prise sur le fait, elle prétend que ce n'est pas elle et désigne une fillette quelconque en disant : « tiens c'est-elle ». Elle tire les robes des infirmières

ou les rubans de leur bonnet et rit bruyamment. La desquamation des mains et des pieds continue.

30 *septembre*. — Durant presque tout ce mois, la température est demeurée au-dessus de 37°. La physionomie est plus

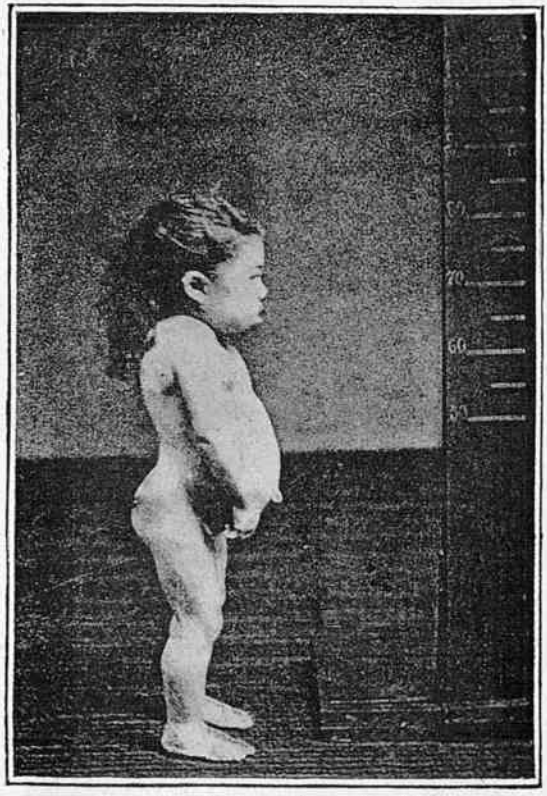


Fig.. 26 — Wat... à 14 ans (mai 1889).

éveillée ; les masses lipomateuses des joues ont diminué ; le teint n'est plus aussi terreux et se rapproche du teint naturel. L'ozène dont elle est atteinte s'est améliorée, l'écoulement nasal a diminué et l'odeur est de moins en moins fétide

Depuis quelque temps le teint n'est plus du tout terreux ; les paupières, considérablement dégonflées, laissent bien voir les globes oculaires, les lèvres sont rosées, les

cheveux sont devenus beaucoup moins secs au toucher, le cuir chevelu est tout à fait sain et la malade n'a pas eu cette année les poussées eczémateuses qu'elle a d'habitude. La fontanelle persiste et on sent une dépression qui peut être évaluée à deux centimètres dans tous les sens avec une sorte de fissure transversale des deux côtés. Toutes les masses lipo-

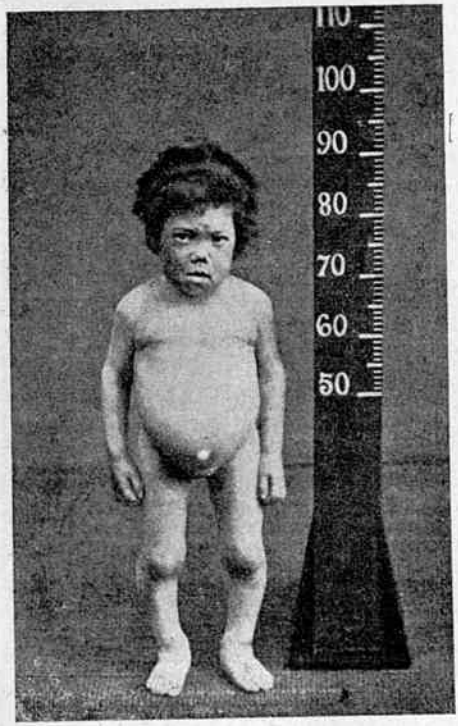


Fig. 27. — Wat... en septembre 1895.

mateuses ont considérablement diminué. Aucune modifications des seins ni de la vulve, le corps tout entier est glabre. — Les mains et les pieds n'ont plus l'aspect pachydermique, il ne semble plus y avoir de dépôt graisseux exagéré entre la peau et les muscles.

Modifications de la voix. — Depuis le traitement la voix est

devenue bien plus claire et a gagné en étendue. L'enfant qui, le 14 juin, n'avait qu'une étendue de 6 notes, avait, le 24 juillet un timbre de voix plus sonore et d'une étendue de 7 notes.

Taille. — La taille qui était de 882 millim. le 31 mai était de

Fig. 28. — Wat... en septembre 1895.

905 millim. le 17 août et de 92 centim. à la fin de septembre.

Le *pouls* n'a pas dépassé 96 pulsations.

Les *figures* 27 et 28, comparées aux *figures* 24 et 25, donnent une idée exacte de l'amélioration obtenue.

OBS. III. — IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE.

SOMMAIRE. — *Enfant naturelle. — Père, sobre, caractère sournois ; renseignements insuffisants sur lui et nuls sur*

toute sa famille. — Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort d'apoplexie. — Oncle maternel, mort de convulsions. — Petit cousin, pieds bots. — Pas de consanguinité. Égalité d'âge entre le père et la mère. Grossesse : émotion vive au quatrième mois. — A la naissance, bonne santé apparente. — Aucun renseignement précis sur l'enfant jusqu'à son admission. — Dentition imparfaite et en retard. — Encore malpropre à l'entrée. — Ne marche pas seule. Premiers mots à 2 ans. — Affectivité nulle.

1894. *Prolapsus du rectum. — Vaccinée avec succès.*

1895. *Ingestion de la glande thyroïde de mouton. — Résumé des phénomènes dûs au traitement.*

Gangl... Marie, née à Nancy, le 6 mai 1881, est entrée le 10 août 1894 à la Fondation Vallée.

Renseignements fournis par la mère de l'enfant (le 6 septembre 1894).

La malade est une enfant naturelle. — *Père*, valet de chambre, a eu des rapports avec la mère de G... pendant 2 ans, très sobre, fumeur, caractère sournois, grand, vigoureux ; aucune maladie de peau, nez aquilin, cheveux châtain foncé. Il était soldat du train et ordonnance du général X... à Nancy quand il a fait connaissance de la mère de la malade, domestique dans une maison que fréquentait son général. Il a abandonné sa maîtresse, à qui il avait promis le mariage, trois mois après la naissance de l'enfant. — Aucun renseignement sur sa famille.

Mère, 36 ans, autrefois domestique, maintenant concierge. Pas de convulsions de l'enfance, pas de migraines, tempérament assez nerveux, sans crises ; physionomie régulière, cheveux châtain foncé, nez aquilin, pas de maladie de peau ni de syphilis. Bien qu'elle se soit mariée il y a 10 ans elle n'a pas eu d'enfant.

Son *père*, menuisier, buvait la « goutte » tous les matins et quelquefois dans la journée, il est mort d'une attaque d'*apoplexie* en une heure. Sa *mère* est morte « asthmatique » ; elle n'était ni nerveuse, ni migraineuse. — Elle a eu cinq *frères* ou *sœurs*. Ses deux frères sont morts l'un peu après l'accouchement, l'autre de *convulsions* à 3 ans. — Ses trois sœurs seraient bien portantes ainsi que leurs enfants. — Les *grands-parents paternels* et *maternels* sont morts vieux, sans accidents nerveux. — Dans le reste de la famille, pas d'autre cas d'apoplexie, pas d'idiots, de goitreux, de bègues, de sourds-

muets etc... — Un *cousin maternel* issu de germain, a les *pieds tournés*. Pas de consanguinité : le père est du département de la Seine ; — la mère est de Saint-Avold près Metz où il y a des goitreux. — Égalité d'âge.

Notre malade. — Bien portants tous deux à la *conception*. *Grossesse :* au 4e mois elle a eu une émotion vive occasionnée par un incendie dans la maison de sa tante où elle était allée passer quelques jours ; elle prétend avoir été très effrayée, ne pas s'être trouvée mal, mais avoir été prise d'un fort tremblement qui aurait duré une demie heure : « Je tremblais si fort, que je ne pouvais rester assise. » La nuit suivante, elle aurait dormi tranquillement et, depuis, elle n'aurait plus pensé à l'incendie. Ce n'est qu'un mois après qu'elle a senti remuer son enfant : « elle n'a jamais remué beaucoup. » Ni envie d'alcool, ni coup, ni chûtes, pas de vomissements ; ni syncopes, ni constriction du ventre. Elle a fait connaître son état de grossesse à ses patrons et comme le soldat lui avait promis le mariage, on la garda. Elle entra six semaines avant terme dans un asile de Nancy. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, présentation de la tête ; elle a eu des petites douleurs pendant deux jours et de fortes douleurs pendant deux heures. Son ventre était gros, mais elle dit avoir perdu plus de sang que d'eau. — *A la naissance* pas d'asphyxie, pas de cordon autour du cou, l'enfant a crié de suite. — Élevée au sein par sa mère durant un mois puis placée chez une soigneuse d'enfants (nourrie au lait de vache). Elle l'a visitée tous les mois pendant un an. A cette époque (13 mois), peu avant son départ pour Paris, ayant su que la gardeuse donnait à son enfant de l'eau de pavot dans son lait et lui faisait prendre des trempettes à l'eau de vie, elle l'a reprise et placée chez sa tante paternelle (grand'tante de l'enfant). Alors elle n'avait que deux dents, était petite, ne marchait pas ne prononçait aucun mot, avait la peau blanche et non cireuse. Elle aurait été bien soignée chez sa tante qui aurait continué longtemps l'alimentation lactée. — Sa grand'-tante étant morte « de vieillesse » (75 ans), sans accidents nerveux l'enfant a été ramenée à Paris par une ses tantes maternelles chez laquelle elle est restée huit jours avant d'être placée à la Fondation. Elle a remarqué que son enfant ne marchait pas seule, qu'elle était très coléreuse, sujette à la constipation. On ne lui a pas dit qu'elle ait jamais eu de chûte du rectum. Elle avait déclaré que l'enfant était propre, cependant il lui est arrivé de gâter dès les premiers jours de son arrivée. Comme maladie antérieure, on a signalé une bronchite en 1892.

État actuel. (Août 1894). — La malade présente tous les caractères de l'*idiotie avec cachexie pachydermique.*

Tête. symétrique, assez grosse, de forme rectangulaire ; le front est bombé sur une assez grande largeur, les bosses frontales sont assez développées, la droite plus que la gauche. Les bosses pariétales sont peu saillantes, de même que l'occipitale. La *fontanelle antérieure* n'est pas complètement fermée ; elle a environ 0.03 cent. d'avant en arrière et 0.04 transversalement. Le cuir chevelu est assez épais. Les cheveux sont châtains et peu abondants surtout au niveau des tempes : ils sont assez longs et assez fins et plus doux au toucher que chez les autres enfants myxœdémateux. Au voisinage du front et des tempes, ils ont une coloration plus claire. Pas d'éruption eczémateuse. Le visage a une forme rectangulaire ; il est plus large au niveau des joues et aplati à son extrémité. — Les arcades sourcillières sont peu saillantes et il existe au-dessus d'elles une dépression assez prononcée à droite, très prononcée à gauche. Les sourcils sont irrégulièrement implantés ; les poils, peu nombreux au niveau de la tête des sourcils, sont plus fournis vers la queue. Les paupières supérieures sont gonflées, surtout la gauche. Les cils sont longs, réguliers et agglutinés par une sécrétion jaunâtre, ceux de la paupière inférieure sont plus rares et plus courts ; les fentes palpébrales sont peu ouvertes. Les yeux sont mobiles dans toutes les directions sans aucune lésion. Les iris ont une couleur d'un gris bleuté, les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à la distance. — Le nez est épaté, large, effrondré (nez camus) (1) ; les narines sont larges la racine du nez est tout à fait déprimée. La bouche est grande, presque constamment ouverte, cependant la langue ne pend pas et la salive ne s'écoule pas au-dehors, les lèvres sont épaisses, l'inférieure est pendante.

État des maxillaires et de la dentition. — *a*) Les maxillaires sont marqués de prognathisme alvéolaire. Le maxillaire supérieur présente en particulier un abaissement très marqué de la voûte palatine, semblant indiquer un état pathologique des fosses nasales postérieures.

La courbe offre alvéolaire à chaque maxillaire un grand développement, ce qui détermine l'évolution défectueuse des dents permanentes.

---

(1) C'est pour montrer la différence de forme du nez de la malade de celle du nez de ses père et mère que nous avons mentionné, détail qui a pu paraître insignifiant mais qui a, au contraire, sa valeur, que ceux-ci avaient le *nez aquilin.*

Les bords alvéolaires sont recouverts, surtout au niveau maxillaire inférieur, par un chaos de dents temporaires et permanentes chevauchant dans toutes les directions. La plupart des dents temporaires à ce maxillaire sont encore en place soit entières avec leur couronne, soit privées de celle-ci. Les dents permanentes ou de remplacement ont fait éruption en avant ou en arrière de l'alignement des premières. Les dents permanentes sont de volume et de constitution normaux. Les dents temporaires étaient plutôt réduites de volume.

En résumé : 1° Anomalie des maxillaires et de la voûte palatine ; —2° Anomalie des des dents temporaires ; 3° Anomalie d'éruption de la deuxième dentition (anomalie du siège) avec anomalie de nombreuses dents temporaires (1).

La voûte palatine est large, peu profonde, les amygdales ne sont pas volumineuses, la luette est longue. — Le menton, court et, large se continue insensiblement avec les joues, celles-ci sont larges, tremblottantes, épaissies par l'infiltration graisseuse. — Les *oreilles*, peu écartées de la tête, sont bien ourlées, le lobule est nettement dessiné, légèrement arrondi et à moitié libre.

Le *cou* est court; sa circonférence est de 0.25 cent; on sent très bien les cartilages cricoïde et thyroïde et au-deesous les anneaux de la trachée, *mais on ne trouve pas de traces de la* GLANDE THYROÏDE

Thorax. — Il est assez développé, un peu étroit transversalement, large d'avant en arrière; sa circonférence prise à $0_{0}2$. cent. au-dessous des mamelons est de 0.53 cent. On note une légère dépression de la région sternale; il n'y a pas de chapelet rachitique. Le dos est arrondi, les épaules sont peu saillantes.

La *colonne vertébrale* forme une saillie notablement exagérée au niveau de la partie inférieure du cou et de la partie supérieure du dos; il existe également une légère convexité à gauche des vertèbres dorsales. L'ensellure est assez accusée mais n'est pas aussi exagérée que chez les autres idiots myxœdémateux. L'épaule gauche est un peu affaissée et la droite relevée. — La *percussion* et l'auscution ne décèlent rien d'anormal dans les *poumons* et le *cœur*.

L'*abdomen* est volumineux, saillant, proéminent. — L'ombilic forme une pctite saillie. Les fesses, par rapport au volume exagéré du ventre, semblent petites.

---

(1) Note de M. le Dr BOUVET, médecin dentiste à l'hospice de Bicêtre.

Les *glandes mammaires* ne sont pas perceptibles, l'aréole est pâle et a près d'un centimètre de diamètre. Toute la région pectorale est infiltrée de graisse.

Organes génitaux et puberté. — Le pénil est glabre, moyennement adipeux, saillant. Les grandes lèvres sont assez volumineuses; les petites lèvres triangulaires. Fourchette assez développée, fosse naviculaire profonde, orifice hyménéal circulaire, étroit. Muqueuse vulvaire pâle; aucune sécrétion pathologique. L'anus et les aissselles sont glabres.

Les *membres* sont petits, gros, épais et relativement courts par rapport au tronc; la disproportion cependant est moins accusée chez elle que chez les malades précédents. Aux membres supérieurs nous n'avons à noter que l'épaississement des mains.

Aux *membres inférieurs* signalons une légère incurvation, à concavité interne, des jambes et le rapprochement des genoux en dedans, l'épaississement de la peau des pieds et son aspect violacé.

Sur tout le corps la *peau* est pâle, jaunâtre, cireuse, principalement à la face; elle est douce au toucher et n'offre pas, quant à présent, de desquamation furfuracée. Pas d'hypertrophie sensible des ganglions. — La *sensibilité générale* semble légèrement obtuse, ce qui tient peut-être à l'état intellectuel de l'enfant. Elle est très sensible au froid (1)

Digestion. Appétit médiocre, difficile dans le choix des aliments, n'aime pas le vin préfère la soupe et les légumes. Elle se sert de la cuiller et de la fourchette mais ne peut découper la viande; la mastication est très lente et imparfaite. Pas de bave, ni de succion, ni vomissements, ni rumination; constipation habituelle. Elle gâtait presque toutes les nuits dans le commencement de son séjour (elle est devenue propre au bout de quelques semaines). Elle *marche* assez bien, à la condition d'être toujours tenue par la main; le pas est encore mal assuré. Elle a une assez grande répugnance pour le mouvement, préfère demeurer assise.

La *physionomie* est douce, mais sans expression. L'enfant répète le nom d'un grand nombre d'objets, répond oui ou non aux questions qu'on lui adresse, mais ne fait pas de phrases. Elle paraît peu affectueuse et ne montre aucune joie quand ses parents viennent le voir, aucun chagrin lorsqu'ils s'en vont; ne s'amuse qu'avec sa poupée; elle ne sait ni

(1) Pendant l'hiver 1894-1895, elle refusait de descendre et voulait rester constamment à l'infirmerie où la température était meilleure.

s'habiller, ni se déshabiller, elle est contente lorsqu'on la nettoie. Le *caractère* est plutôt triste, elle est très susceptible, pleure à la moindre contrariété. — L'*attention* est assez difficile à fixer. — La *mémoire* parait très bornée.

Pseudo-lipômes des aisselles et du cou.

	1894	1895	
	Août	Jan.	Mai.
Poids	15 k.	15 k.	15 k 5
Taille	0.890	0.890	0.890

Novembre. — A diverses reprises l'enfant a essayé d'aller à la garde-robe sans résultat ; on l'examine et l'on constate un *prolapsus* complet du *rectum* ; le bourrelet muqueux est de la grosseur d'un poing d'enfant. Réduction sous chloroforme.

20 *décembre.* — Il existe deux cicatrices anciennes de vaccin sur le bras gauche et quatre sur le droit. Revaccination. — Les six piqûres de vaccin ont bien pris. — Depuis plusieurs mois l'enfant prend du sirop d'iodure de fer, de l'huile de foie de morue et des bains salés.

1895. *Traitement par l'ingestion de glande thyroïde.* — Le traitement a été commencé le 31 mai. Un demi lobe de corps thyroïde du mouton. — *Poids :* 15 kg. 500. Les modifications de la *température*, du *poids* et les *doses* de la glande ingérée sont représentés sur le tracé n° 3 de la PL. 0, en *rouge*, *bleu* et *vert*, comme sur les autres tracés. La température a commencé à s'élever le neuvième jour ; elle n'a jamais dépassé 37°, 9. Le 13e jour, on notait une diminution de poids de 500 gr.

13 *juin.* — Le ventre diminue, l'enfant est maussade, pleure pour un rien, est très énervée et mange moins. Secousses dans les membres supérieurs.

14 *juin.* — Les secousses continuent dans les membres supérieurs. Inappétence, vomissements. Suspension du traitement.

16 *juin.* — G... est redevenue gaie et plus qu'elle ne l'avait jamais été ; elle joue plus qu'à l'ordinaire. Avant le traitement, elle marchait seule, mais très difficilement et il fallait l'exciter pour la faire marcher sans soutien. Aujourd'hui sa répugnance pour le mouvement a disparu ; elle essaie de marcher spontanément ; elle titube souvent et pousse un petit cri chaque fois qu'elle manque de tomber ; elle recommence d'ailleurs aussitôt.

25 *juin*. — Gangl... est plus agile. Naguère elle voulait toujours demeurer au lit, maintenant elle demande à se lever ; elle est toujours gaie, cherche à causer un peu avec tout le monde et fait des petites réflexions.

5 *juillet*. — Le traitement a été suspendu depuis 8 jours parce qu'on a manqué de glande thyroïde ; on le reprend aujourd'hui.

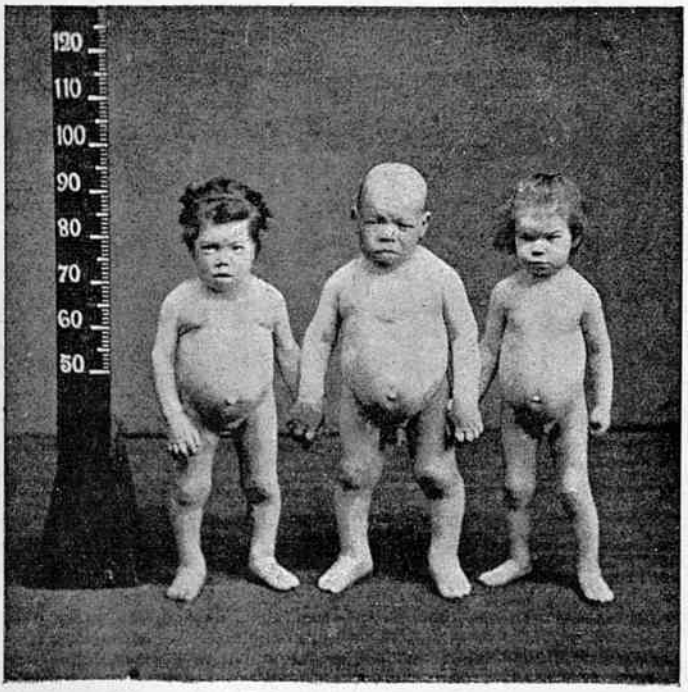


Fig. 25. — Les trois malades au milieu de juin 1895.

12 *juillet*. — Gangl... prend difficilement sa glande ; il faut, pour la décider, lui donner un peu de vin, qu'elle avale aussitôt après l'ingestion, elle est très gaie, beaucoup plus vive, elle bavarde continuellement. En classe elle est même dissipée et dissipe les autres. Elle est devenue câline ; sa parole est plus nette.

25 *juillet*. — L'appétit est bon, la marche est plus assurée, la physionomie est plus éveillée, le teint est moins jaunâtre.

Septembre. — Gangl.,. est plus alerte, la marche est de plus en plus ferme, elle prête plus d'attention à l'école, elle semble moins sensible au froid, elle devient joueuse.

La *peau* est blanche, sans aucun caractère myxœdémateux,

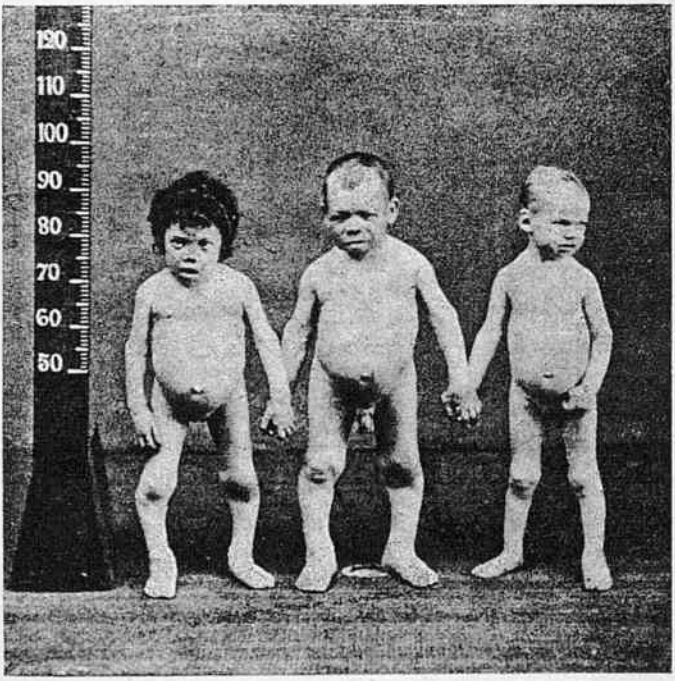


Fig. 26. — Les trois malades fin septembre 1895.

les paupières sont tout à fait dégonflées ainsi que les joues, les lèvres sont rosées ; la physionomie est éveillée ; les cheveux sont doux au toucher, le cuir chevelu est intact. On sent encore la *fontanelle* dans une longueur d'environ trois centimètres, et une largeur un peu plus grande sous une forme étoilée. A aucune époque du traitement on n'a remarqué de sueur ; on n'a noté qu'une très légère desquamation.

Voix. Avant le traitement, l'enfant avait une voix très faible comme timbre et comme étendue (quatre notes). Le 14 juin, la voix est plus sonore. Le 24 juillet l'enfant a gagné trois notes, une en bas, deux en haut (ce qui fait une étendue de 7 notes).

Sa *taille* qui était de $0^m,89$ avant le traitement est maintenant de $0^m,95$.

Les *symptômes* dûs au médicament se sont succédé ainsi : dégonflement des paupières, amaigrissement, élévation de la température rectale qui, au lieu de rester au-dessous de 37° ainsi que cela est la règle chez les idiots myxœdémateux, monte à 38° et au-dessus ; tremblement, faiblesses lypothymiques, sueurs profuses remplaçant la sécheresse habituelle de la peau ; affaiblissement des jambes, augmentation du tremblement, tachycardie, vomissements, agitation, excitation, diminution du volume de la langue et de la coloration violacée des lèvres, poussée plus rapide des ongles, disparition des croûtes de la tête, desquamation des mains et des pieds qui perdent leurs caractères pachydermiques, coloration de plus en plus naturelle de la peau qui perd sa teinte jaune de cire, diarrhée au lieu de constipation. Tous les mouvements s'assouplissent. La préhension est moins lente ; la marche plus légère et plus rapide. La *taille* se développe ; la sensibilité au froid diminue.

Au point de vue *intellectuel*, nous avons à relever l'excitation, les accès de colère inhabituels se substituant à la torpeur, davantage de spontanéité. L'hébétude disparait, la physionomie est plus éveillée, plus expressive et traduit les émotions qui, jusqu'alors, ne se manifestaient par aucun changement sur un masque toujours impassible. L'aptitude au travail scolaire augmente.

Nous avons fait faire toutes les semaines la *photographie*, en groupe, de ces trois malades, *nus*. Ces

photographies, que nous plaçons sous vos yeux, mettent en parfaite évidence les heureuses modifications produites par le traitement.

Les *tracés* résument bien les changements survenus dans la *température* et dans le *poids* des malades. La température s'élève et dépasse la normale sous l'influence du traitement, s'abaisse et tend à revenir à son degré antérieur, c'est-à-dire au-dessous de la normale, pendant les suspensions du traitement. Le poids diminue durant l'administration de la glande thyroïde et augmente durant les suspensions (PL. VIII, *Tracés* 1, 2 et 3).

Tous les symptômes, en particulier la *diminution de poids*, l'*élévation de la température*, les accidents nerveux, la tachycardie, etc., et partant la nécessité de la suppression momentanée du médicament, ont été très accusés chez le malade de 30 ans (*Obs.* I), moins prononcés chez celle de 20 ans (*Obs.* II) et encore moins chez celle de 14 ans (*Obs.* III). — La *dose* a varié d'un demi lobe à un lobe de *glande thyroïde du mouton*. L'action de la glande, dans ces cas est indiscutable et, en raison de l'effet produit, il convient de surveiller son emploi avec soin afin d'éviter des accidents qui pourraient devenir mortels.

Nous avons insisté naguère sur le rôle important que, selon nous, jouait la glande thyroïde sur la NUTRITION de l'organisme (1), en particulier du *cerveau*, d'où l'*idiotie*; sur le *système osseux*, d'où le *nanisme*, la *persistance de la fontanelle antérieure*, la *déformation des membres*, l'état particulier des *os* (2), etc.; sur le *système cutané*, d'où la *cachexie pachydermi-*

(1) *Compte-rendu du service des Enfants de Bicêtre*, pour 1889, t. XI, p. 106, etc.
(2) *Ibidem.*, 1891, t. XII, p. 34.

que, les *pseudo-lipomes*, etc. ; enfin sur les *organes de la génération*, d'où l'*absence de puberté*, etc. Ces idées sont confirmées par les phénomènes observés chez nos trois malades, surtout les deux dernières qui ont éprouvé une véritable transformation : l'*accroissement de la taille* en fournit, entre autres, une démonstration péremptoire (1).

(1) Ce travail a été communiqué au *Congrès des aliénistes et des neurologistes* de Bordeaux, au mois d'août 1895.

II.

De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité ;

PAR **BOURNEVILLE** (1).

Dans une communication sur *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne*, faite à la session du *Congrès des aliénistes et des neurologistes* qui a eu lieu au mois d'août dernier à Bordeaux, nous avons eu soin de mettre en relief l'action exercée par la *glande thyroïde* sur la *croissance* de nos trois malades et sur leur état d'*obésité*. Voici le résumé, au premier point de vue, de leur histoire.

OBS. I. — *Idiotie myxœdémateuse.*

Chez le premier, Deb... (Jules), âgé de 30 ans, la *taille* s'est accrue de 2 centimètres et demi, moins que chez les autres, ce qu'explique d'ailleurs son âge déjà avancé. Cependant ce résultat est d'autant plus intéressant, que si, jetant un coup d'œil sur le tableau de sa taille de janvier 1890 à janvier 1895, on remarque que, durant cette période de *cinq ans*, la taille ne s'est accrue que de 2 centimètres et demi. Or, c'est là justement l'accroissement qui s'est produit, non plus en *cinq ans* mais en *quatre mois*, sous l'influence de l'ingestion thyroïdienne.

	1890		1891		1892		1893		1894		1895
	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.
Taille.....	0.915	0.915	0.915	0.915	0.915	0.918	0.920	0.930	0.340	0.940	0.940

(1) Note communiquée à la *Société de Biologie* (séance du 18 janvier 1896).

OBS. II. — *Idiotie myxœdémateuse.*

Wa... (Augustine), âgée de 20 ans, a été suivie par nous depuis 1882, d'abord comme malade externe, puis dans le service depuis 1890. De 1889 à 1895, son *poids* et sa *taille* ont offert les modifications ci-après :

	1889	1890	1891	1892		1893		1894		1895
	Mai	Mai	Janv.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids.	14.800	16 k.	18 k.	18 k.	18 k	18 k.	19 k.	19.500	19.500	21 k.
Taille.	0.835	0.88	0.88	0.888	0.88	0.88	0.88	0.88	0.88	0.88

Le traitement, commencé le 31 mai, a été continué jusqu'à la fin de septembre avec des interruptions. La *taille* qui était de 882 millimètres, avant le traitement, était de 92 centimètres à la fin de septembre, soit en *quatre mois* un accroissement de *trois centimètres*, 8, tandis qu'il avait été *nul* de 1892 à 1895.

OBS. III. — *Idiotie myxœdémateuse.*

Gang... (Marie) était âgée de 14 ans quand elle a été mise en traitement à la fin de mai 1895.

La *taille* qui, comme on le voit, n'avait pas changé depuis l'admission en août 1894, jusqu'à la fin de mai 1895, a augmenté de *six centimètres* en *quatre mois* (95 cent.). Depuis la suppression du traitement, elle a cessé de croître et aujourd'hui 10 janvier 1896 sa taille est la même.

Parmi les effets du traitement, dans ces trois cas, deux étaient plus particulièrement frappants par leur matérialité : la diminution du poids ou l'*amaigrissement*, l'augmentation de la taille ou la *croissance*. De là, naturellement, l'idée d'administrer la glande thyroïde à nos enfants *obèses* et à nos enfants *nains*. Par malheur, manquant de glandes thyroïdes, nous avons dû nous limiter provisoirement et nous borner à soumettre au *traitement thyroïdien* trois des enfants de la première catégorie. C'est le résultat de nos observations, sur ces deux points, *amaigrissement* et *croissance*, que nous venons soumettre à la *Société de biologie*.

OBS. IV. — *Imbécillité à un degré prononcé; macrocéphalie; adipose exagérée.*

Dr... (E. Lucie), née à Paris le 16 août 1884, est entrée dans notre service le 2 janvier 1891.

De 1891 à 1895, le poids et la taille ont eu la progression indiquée dans le tableau ci-dessous :

	1891		1892		1893		1894		1895	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids.....	21 k.						24.500	.2k 6	2 7k	28.500
Taille.....	1 m.						1.07	1.08	1.08	1.08

Du 23 juillet au 5 novembre, la malade a ingéré un demi lobe de glande thyroïde tous les deux jours; puis du 9 octobre au 4 novembre un demi-lobe tous les jours. Voici quelles ont été les modifications de la *taille* et du *poids*.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
23 juillet	1 m. 08	29 k.
2 août	»	28 k.
10 »	»	27 k. 700
17 »	1 m. 12	27 k. 500
1 septembre.....	»	27 k. 500
7 »	»	27 k. 400
14 »	»	24 k. 400
21 »	»	27 k. 200
28 »	1 m. 13	27 k.
5 octobre	»	27 k.
12 »	»	27 k.
19 »	1 m. 13	27 k.
26 »	»	26 k.
2 novembre.....	»	26 k. 350
9 »	»	25 k. 700

A partir de ce jour le traitement a été complètement supprimé.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
16 novembre	»	25 k. 700
23 »	»	26 k. 200
30 »	»	26 k. 200
19 décembre.....	1 m. 13	27 k. 250
10 janvier 1896.....	1 m. 14	28 k.

La *taille* a augmenté de *six centimètres* en moins de *cinq mois*. — La circonférence du cou et celle du ventre ont subi les modifications suivantes :

	Cou.	*Abdomen.*
23 juillet	30 cent.	72 cent.
17 août	28 »	69 »
29 septembre	28 »	69 »
12 octobre	28 »	68 »
15 novembre	28 »	65 »
10 janvier 1895	28 »	70 »

Du 23 juillet au 5 novembre Dri... a pris pendant 68 jours un demi lobe de glande thyroïde.

OBS. V. — *Idiotie et épilepsie ; obésité.*

Tho ...(Marie Emilie), née le 12 avril 1884, est entrée dans le service le 13 septembre 1893.

	1893	1894		1895	
	Sept.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	37.500	33.500	32 k.	33.500	31 k.
Taille	1.17	1.17	1.17	1.20	1.20

Le traitement, commencé le 5 juillet, a été continué jusqu'au 4 novembre : un demi lobe tous les deux jours du 5 juillet au 9 octobre, puis un demi lobe tous les jours jusqu'au 5 novembre, soit 74 jours.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
5 juillet	1 m. 20	31 k. 000
12 »	»	30 k. 700
14 »	»	30 k. 700
27 »	»	30 k. 500
3 août	»	30 k. 200
10 »	»	30 k. 500
17 »	»	30 k. 500
24 »	»	30 k. 500
31 »	»	30 k. 500
7 septembre	»	30 k. 450
14 »	»	30 k. 450
21 »	»	29 k. 500
28 »	»	29 k. 500
5 octobre	»	29 k. 250
12 »	»	29 k. 400
19 »	1 m. 21	29 k. 150
26 »	»	29 k. 200
2 novembre	»	29 k. 500

Le traitement est suspendu le 5 novembre.

9 »	»	29 k. 450
15 »	1 m 22	29 k. 500
23 »	»	30 k. 500
30 »	»	30 k. 500

19 décembre	1 m. 23	32 k.
10 janvier 1896.....	1 m. 235	31 k.

Nous avons vu, d'après le premier tableau, que l'*obésité* avait diminué depuis l'entrée (septembre 1893) jusqu'au mois de juillet 1895, ce qui est peut-être dû à la gymnastique, à l'hydrothérapie et à l'élixir polybromuré. L'ingestion de glande thyroïde a eu d'abord pour effet de diminuer le *poids* de 31 kgr. à 29 kgr. 150, soit 1 kgr. 850; puis dans les 15 derniers jours du traitement le poids a commencé à se relever (29 kgr. 500) et l'augmentation est allée en augmentant jusqu'à 31 kgr.

Quant à la *taille*, elle s'est accrue de 3 centimètres de septembre 1893 à janvier 1895 et est restée stationnaire depuis cette époque jusqu'au début du traitement. Sous l'influence de celui-ci, en *six mois*, la *taille* a gagné *trois centimètres*. Le tableau fait voir aussi que la croissance a continué puisque, à la date du 10 janvier de cette année, elle atteint le chiffre de 1m 235.

Une autre particularité mérite d'être signalée : c'est l'augmentation des *accès d'épilepsie* pendant la période du traitement et les deux mois qui ont suivi, ainsi que le montre le tableau ci-après :

	1894		1895	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Juillet.....	9	4	38	11
Août.....	10	5	9	3
Septembre	7	5	14	8
Octobre.....	1	2	9	9
Novembre.....	3	1	10	9
Décembre.....	4	2	6	12
Total	34	19	86	52

N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence ou faut-il attribuer la recrudescence des accès à la médication thyroïdienne, nous n'oserions nous prononcer. Toutefois, nous devons dire, à la décharge du traitement par la glande thyroïde, que, dans les six premiers mois de 1894, on avait compté 42 accès et 9 vertiges et

dans la période correspondante de 1895, 51 accès et 35 vertiges, ce qui semblerait indiquer qu'il y avait déjà, avant le traitement, une tendance à l'aggravation de l'épilepsie.

OBS. VI. — *Idiotie; acrocéphalie; obésité prononcée; exiguité de la taille.*

Ri... (Louis Edouard), né à Paris le 23 mai 1868, est entré dans notre service le 23 avril 1880.

Il s'agit là d'un malade très intéressant à divers points de vue, notamment la conformation étrange de la tête, la perversion des instincts, l'obésité et enfin l'exiguité de la taille. Nous avons pu suivre son développement depuis 15 ans. Le tableau suivant (p. 202) permet d'avoir une idée de son évolution physique. (Voir l'OBS. complète p. 126.)

Il a pris un demi lobe tous les jours du 11 août au 29 septembre et un lobe quotidiennement du 1er octobre au 4 novembre, soit 86 jours de traitement.

Dates	*Taille*	*Poids*
10 août	1 m. 465	59 k. 200
28 »	1 m. 465	60 k. 500
15 septembre	1 m. 465	61 k.
24 »	»	61 k. 500
12 octobre	»	63 k. 500
26 »	»	64 k.
5 novembre	»	64 k. 40

Le traitement est supprimé le 5 novembre.

15 novembre	»	64 k. 400
27 »	»	64 k. 400
14 décembre	»	57 k. 500
10 janvier	1 m. 465	57 k.

La *taille* est restée la même. On sait que le malade est âgé de près de 28 ans.

Pendant que nous préparions notre communication nous avons reçu, à la fin de décembre, un travail très intéressant de M. le Dr E. Hertoghe (d'Anvers), intitulé: *De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance* (1). La première partie de ce travail est

(1) In-8 de 42 pages avec 21 figures ou tracés. Bruxelles, F. Hayez, 1895.

Tableau du Poids et de la Taille.

	1880		1881		1882		1883		1884		1885	
	Avril.	Juillet.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	23 k. 700	25 k. 600	25 k. 40	25 k. 70	25 k. 50	26 k. 80	26 k. 10	29 k.	29 k. 10	29 k. 80	29 k. 80	29 k. 50
Taille	1m 28	1m 28	1m 28	1m 29	1m 29	1m 29	1m 29	1m 32	1m 34	1m 35	1m 36	1m 40

	1886		1887		1888		1889		1890		1891	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	32 k. 600	33 k. 288	35 k. 200	37 k.	36 k. 900	35 k.	41 k. 500	41 k. 600	44 k.	42 k. 500	44 k. 800	47 k.
Taille	1m 41 1/2	1m 43	1m 43	1m 43	1m 43	1m 43 1/2	1m 45	1m 45	1m 45 3/4	1m 46	1m 46	1m 46

	1892		1893		1894		1895	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	50 k. 500						53 k.	59 k. 200
Taille	1m 46						1m 465	1m 465

consacrée à l'exposé des résultats qu'a donnés à l'auteur la médication thyroïdienne chez les *enfants myxœdémateux;* la seconde à ceux que le suc thyroïdien lui a procurés chez des enfants « en arrêt plus ou moins complet de croissance pour une *autre cause* que le *myxœdème.* » En ce qui concerne les enfants myxœdémateux, M. Hertoghe a résumé les résultats qu'il a enregistrés dans le tableau suivant :

NOMS.	Age.	Taille.	Poids.	Augmentation de la taille.	Durée de la médication thyroïdienne.
					Jours.
A	14 ans	0m 74	19 k. 200	0m 133	128
B	18 —	0m 775	13 k. 520	0m 025	88
C	6 —	0m 705	10 k. 100	0m 050	77
D	18 —	0m 952	22 k. 975	0m 048	112
H	19 —	1m 13	27 k. 100	0m 120	339
J	18 —	1m 095	25 k. 300	0m 085	339
G	20 —	1m 215	30 k. 000	0m 879	322
H	27 —	1m 37	40 k. 150	0m 026	141
I	18 —	1m 536	54 k. 450	0m 033	140

Ces faits sont tout à fait semblables à ceux que nous avons communiqués au *Congrès de Bordeaux* au mois d'août dernier : les uns et les autres mettent bien en relief l'action de la glande thyroïde sur la *croissance* chez les *idiots* ou les *imbéciles myxœdémateux* (1).

La seconde partie du mémoire de M. Hertoghe comprend six observations : « Dans deux cas, dit-il, le retard de la croissance a été attribué à l'*albuminurie chronique;* — dans deux autres au *rachitisme* ; —

(1) Consulter entre autres, sur la *croissance* par l'*ingestion de la glande thyroïde*, les travaux *antérieurs* de Murray, Morin (de Neufchâtel), Telford Smith, Metlzer, Ballet, E. Brissaud, P. Marie, Régis, etc., etc. — Un grand nombre d'articles sur le myxœdème infantile ont été analysés dans les *Archives de Neurologie.*

dans un cinquième à l'établissement précoce de la *menstruation*; — enfin, dans un sixième cas à une *débilité congénitale* extrême. Le tableau ci-après met en relief l'augmentation de la taille.

Noms.	*Age.*	*Taille.*	*Augmentation.*	*Durée de la médication.*
S.....	17 ans 1/2	1.548	0.031	114 jours.
C.....	18 ans	1.580	0.009	3 »
C.....	11 ans	1.092	0.008	138 »
M....	18 ans	1.215	0.035	2 »
X.....	14 ans	1.390	0.011	75 »
M.....	7 ans	1.044	0.007	39 »

Dans ces six cas de M. Hertoghe, de même que dans nos OBSERVATIONS IV et V, les unes et les autres, relatives à des *enfants* NON *myxœdémateux*, nous voyons nettement l'action de l'ingestion de glande thyroïde sur la *croissance*.

Afin de ne laisser aucun doute sur la réalité du fait nous avons relevé dans quelques-unes de nos observations de *malades épileptiques* et *imbéciles* la progression de la *taille*, durant leurs 10e, 11e et 12e années.

NOMS.	DIAGNOSTIC.	10 ans.	11 ans.	12 ans.
Fosse	Imbécillité.	5 cent.	4 cent.	6 cent.
Germo	Imbécillité, épilepsie.	6 —	4 —	3 —
Pamph	Imbécillité.	4 —	3 —	8 —
Dro	Imbécillité.	3 —	6 —	5 —
Audo	Imbécillité.	2 —	6 —	4 —
Chab	Epilepsie.	1 —	3 —	9 —
Firm	Imbécillité.	3 —	2 —	5 —
Duga	Imbécillité.	5 —	9 —	4 —
Guedon	Imbécillité.	2 —	2 —	5 —
Georgean	Imbécillité.	3 —	5 —	3 —
Pons	Imbécillité.	5 —	7 —	5 —
Teuli	Imbécillité.	5 —	2 —	5 —
Blondel	Imbécillité.	1 —	6 —	8 —
Moricet	Imbécillité.		3 —	7 —
Gayot	Instabillité mentale	4 —	6 —	6 —
Petit	Imbécillité; hydrocéphalie.	3 —	6 —	2 —
Hornick	Imbécillité.	7 —	2 —	5 —
Leloup	Epilepsie; imbécillité.	3 1/2	5 1/2	5 1/2
Moyenne annuelle		3c, 47	4c, 42	5c, 19

Ce tableau sous les yeux, comparons la *croissance* des *malades traités* avec celle de 8 garçons et de 10 filles, imbéciles ou épileptiques, se rapprochant plus qu'eux des enfants ordinaires.

Myxœdémateux.

Deb.....	30 ans	gagne	2	cent.	5	en	4	mois
Wa.....	20 —	—	3	—	8	en	4	—
Gaug.....	14 —	—	6	—	»	en	4	—

Obèses.

Dr.....	11 —	—	6	—	»	en	5	—
Th.....	11 —	—	3	—	»	en	6	—

Le *gain*, sous le rapport de la *croissance*, est indubitable puisque en 4, 5 ou 6 mois, ils ont grandi dans une proportion qui dépasse la moyenne de nos malades qui se rapprochent des enfants ordinaires. Le *gain* est encore rendu plus évident si on le compare à la marche nulle ou très ralentie de leur croissance AVANT *l'ingestion de glande thyroïde.*

Quelques mots en terminant sur l'action de l'ingestion thyroïdienne sur l'*obésité*.

I. *Idiots myxœdémateux.* — Tous offrent, on le sait, un développement exagéré du tissu adipeux.

1° De.. (Jules), 30 ans. Le poids est tombé de 29 kg. à 22 kg. 800, soit une diminution de 6 kg. 200. Il est resté à ce chiffre pendant deux mois et demi (14 juillet-30 septembre). Depuis la cessation du traitement il est remonté à 26 kg. (10 janvier 1896).

2° Wa... (Augustine), 20 ans. — Le poids est tombé de 21 kgr. à 18 kgr. soit une diminution de 4 kgr. ; il est resté à 17 kgr. du 10 août au 21 septembre. Alors, *bien que le traitement ait été continué* jusqu'au 30 du même mois, le poids s'est relevé à 17 kg. 650. Depuis la suspension du traitement, il est remonté à 20 kg. 500 (10 janvier 1896).

3° Gan... (Marie), 14 ans. — Le *poids* était de 15 kg. 500. Il est descendu à 13 kgr. soit une diminution de 2 kgr. 500. Après être demeuré à peu près stationnaire du 12 juillet au 8 août, il est remonté progressivement à 13 kgr. 600 malgré la conti-

nuation du traitement. Depuis la suppression il a continué à augmenter : 16 kgr. (10 janvier 1896).

II. *Idiots obèses.* — Nous n'avons qu'à relever rapidement les particularités consignées dans les tableaux que nous avons donnés plus haut.

4° Dr... (E.L.), 11 ans. Le *poids* initial était de 29 kgr. Sous l'influence du traitement, il est descendu à 25 kgr., 700, soit un *amaigrissement* de 3 kgr., 300. Deux semaines après la suppression de la glande thyroïde il a commencé à se relever et, aujourd'hui (10 janvier), il atteint le chiffre de 27 kgr. 600

5° Th... (M.E.), 11 ans. Le *poids* initial était de 31 kgr. Il s'est abaissé à 29 kgr. 150, soit un *amaigrissement* de 1 kgr., 850. Notons que du 19 octobre au 2 novembre, bien que le traitement fût continué, il y a eu une légère augmentation du poids qui n'a fait que s'accuser à partir de la suspension du traitement et que, le 10 janvier, le poids était de 30 kgr. 500.

6° R... (L.E.), 27 ans. Le *poids*, loin de diminuer durant l'administration de la glande thyroïde, s'est, au contraire accru, puisque de 59 kgr., 200 il est arrivé à 64 kgr., 400. Ultérieurement, alors que R... ne prenait plus de glande thyroïde depuis cinq semaines, le poids est descendu à 57 kgr. 500, soit une diminution de 1 kgr., 700, sans que rien ne puisse expliquer cette *diminution consécutive*. Le 10 janvier, le poids était de 57 kgr. Différence en moins : 2 kgr. 500.

Sauf l'irrégularité que nous venons de signaler chez tous nos malades, il s'est produit un *amaigrissement rapide* sous l'influence de la médication thyroïdienne. Nous devons faire remarquer qu'au bout d'un certain temps l'*accoutumance* survient, que le *poids* ne diminue plus et enfin qu'il se relève, en général, peu après la suppression du traitement, d'où la nécessité de le reprendre après une période de repos.

(Les *photographies* que nous plaçons sous les yeux des membres de la Société, prises avant, pendant et après le traitement, permettent de se rendre compte de la *croissance* et de l'*amaigrissement.*)

III.

Imbécillité prononcée probablement congénitale ; spasmes musculaires et coprolalie ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **J. BOYER.**

SOMMAIRE. — *Père, céphalalgies. — Grand'mère paternelle migraineuse. — Grand-oncle et grand'tante paternels atteints de débilité mentale. — Mère, rien de particulier ; modification de la couleur des cheveux à chaque grossesse. — Tante maternelle morte d'un cancer du sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de six mois. — Gémellarité.*

Émotion vive au cinquième mois de la grossesse : tremblement, douleurs abdominales pendant huit jours. — Première dent à six mois ; dentition complète à ving-huit mois ; marche à seize mois. — Propre à deux ans. — Début de la parole à dix-huit mois. — Jamais de convulsions. — Constatation de l'arriération entre quatre à cinq ans : défaut d'attention, etc. — A sept ans, irritabilité croissante, augmentée encore par les moqueries de ses camarades. — Début des spasmes et des tics à onze ans. — Tendance à se rapprocher des garçons.

État de la malade en février 1893.

Traitement médico-pédagogique. — Description des spasmes musculaires, leur variété. — Évolution de la puberté ; apparition des règles en mai 1894. *— Début de la coprolalie, (juin* 1894). *— Amélioration progressive : disparition des spasmes et de la coprolalie, développement intellectuel progressif. — Amélioration remarquable.*

Marie-Louise Th..., née le 16 octobre 1879 dans la Loire, est entrée à l'Institut médico-pédagogique le 11 février 1893.

ANTÉCÉDENTS. — (*Renseignements fournis par le père et la mère* le 23 avril 1893.) — *Père* bien portant, quarante-huit ans ; assez grand, fort ; parfois céphalalgie ; pas de maladies

de peau ; pas de rhumatismes, marié à 27 ans ; pas de maladies vénériennes. [*Famille du père.* — *Père.* Mort d'une fluxion de poitrine à cinquante-sept ans, sobre, pas d'accidents nerveux. — *Mère,* migraineuse, morte à cinquante-cinq ans de refroidissement ; rien à signaler dans la famille du père, sinon un oncleet une tante paternels peu intelligents qui ont servi chez leurs frères et sœur, pas d'enfants].

Mère, quarante-huit ans, bien portante, pas d'accidents nerveux, physionomie intelligente. A son mariage, nous dit-elle, elle était très blonde, à chaque couche, ses cheveux tombaient en abondance et repoussaient vite et de plus en plus bruns. [*Famille de la mère.* — *Père,* mort écrasé par un mur, sobre, très intelligent ; pas d'accidents nerveux. — *Mère,* soixante-douze ans, bien portante, pas d'accidents nerveux ; deux frères : un mort de l'influenza, a un fils en bonne santé ; l'autre, bien portant a un fils de même ; deux sœurs : une morte d'un *cancer du sein,* très intelligente, pas d'accidents nerveux, pas d'enfants quoique mariée ; l'autre sœur célibataire. Dans la famille de la mère, ils sont tous nerveux, mais ni paralytiques, ni aliénés].

Pas de consanguinité ; inégalité d'âge de six mois.

Six *enfants* et deux fausses couches : 1° et 2° jumeaux (garçon qui mourut à trois mois faute de soins, fille morte à quinze jours ; était restée longtemps au passage ; nés à sept mois ou sept mois et demi) ; — 3° et 4° deux fausses couches ; — 5° une fille qui a dix-sept ans, pas de convulsions, très intelligente ; — 6° une fille qui a quinze ans, boiteuse à la suite d'une chute dans l'escalier, bien portante, intelligente, pas de convulsions ; — 7° notre malade ; — 8° un garçon qui a neuf ans, bien portant, a perdu un œil par l'éclat d'une capsule, intelligent, pas de convulsions.

Notre malade. — *Conception,* rien de particulier. — *Grossesse,* forte émotion au cinquième mois : on vint annoncer à la mère que son mari était écrasé, elle a tremblé dix minutes, elle a dû s'asseoir, mais elle n'a pas perdu connaissance, fortes douleurs abdominales qui ont duré huit jours. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — *A la naissance,* belle enfant, pas d'asphyxie, a crié de suite. Élevée au sein par sa mère, sevrée à treize mois, première dent à six mois, dentition complète à vingt-huit mois sans accidents ; marche à seize mois (plus tard que ses frères et sœurs), propre à deux ans, début de la parole à dix-huit mois. — *Jamais de convulsions.* — C'est vers quatre ou cinq ans qu'on s'aperçut qu'elle n'était pas comme les autres : « elle répétait

souvent la même chose et on ne pouvait pas la fixer ». Mise en pension vers l'âge de sept ans, elle fut l'objet des moqueries de ses compagnes. Elle devint de plus en plus nerveuse, « méchante », désobéissante, paresseuse. C'est vers onze ans que les *spasmes* firent leur apparition ; l'enfant prenait à chaque instant un nouveau tic .Pas de succion, pas de grincement de dents, pas de balancement. Elle aurait eu des vers (oxyures) à différentes reprises ; pas de céphalalgie ; sommeil bon, pas de cauchemars ; pas d'onanisme ; tendance à jouer avec les petits garçons. — Rougeole à sept mois, légère scarlatine, coqueluche à un an : pas de bronchite, pas d'ophthalmie, pas d'adénites, pas d'abcès. Le père attribue la maladie à la forte émotion de la mère durant la grossesse : « Ça lui vient de naissance, dit-il, elle a toujours laissé à désirer ».

État de la malade à son entrée le 11 fevrier 1893 à l'Institut médico-pédagogique. — *a) État physique.* — Physionomie peu éclairée, les yeux, d'un gris bleu, ne sont pas vifs; les cheveux mal plantés, grossiers, de diverses nuances, laissant le front découvert ; les sourcils sont abondants, sans solution de continuité, en ailes de chauves-souris, comme les cheveux blonds et châtains. Le visage est fatigué, vieillot ; le front est presque toujours ridé, les sourcils froncés, l'arcade sourcilière est saillante, le nez aquilin très fort, les lèvres toujours closes sont minces, le menton est proéminent. La peau est rude, d'un teint jaunâtre, desquamation.

L'habitude générale du corps ne présente rien de particulier, pas d'asymétrie des membres; les seins ne sont pas saillants, aisselles et pénil glabres. Le buste est épais, les membres inférieurs sont courts.

b) État physiologique. — Marie-Louise est d'une grande activité, elle court sans cesse, bavarde continuellement en faisant de grands gestes , très irritable ; le moindre travail appliqué, la moindre tension de l'esprit l'énervent; elle frappe du pied, elle pousse des cris inarticulés ; les mouvements des jointures se produisent normalement. Organes des sens : *vue*, assez bonne, distingue les principales couleurs du spectre, ne confond que les tons neutres ; *ouïe*, ne présente rien de particulier, préfère les tons doux et trainants aux sons éclatants et saccadés ; *toucher*, assez délicat, aime beaucoup à passer les mains sur tout ce qui est soyeux ; *odorat*, normal; *flaire presque tout ce qu'elle mange ; goût*, légèrement perverti, aime les saveurs fortes, mettrait du sel partout. *Parole*, léger défaut de prononciation, *zoli* pour joli, *sose* pour chose.

Spasmes fréquents : lorsqu'elle cause, elle parle avec une volubilité extraordinaire ; elle s'arrête brusquement par moments pour lancer des éclats de voix qui paraissent la fatiguer. Il semble que ces spasmes se produisent surtout aux mots commençant par une dentale ou une labiale. Il lui arrive même souvent d'intercaler dans ses phrases une expression à elle que l'on pourrait écrire *tout en plein*. Ces trois mots paraissent lui servir à donner plus de force à son idée et à faire plus facilement des éclats de voix, elle les répète jusqu'à trois fois et toujours *crescendo*. C'est d'une voix sourde et fatiguée qu'elle prononce la deuxième partie (en plein). Lorsque ces spasmes se produisent au commencement d'une phrase ou d'un mot quelconque, ils ne sont pas aussi accentués. A chacun de ces spasmes la physionomie change : l'enfant baisse la tête, fronce les sourcils et rejette la tête en avant en faisant éclater sa voix. A table les spasmes se traduisent par des raclements dans le gosier accompagnés de haussements d'épaules et de sourds *aboiements* de gros chien

Les *fonctions digestives* s'accomplissent régulièrement ; selles quotidiennes, tendance à la constipation. — *Respiration*, rien de particulier. — Contrairement aux renseignements fournis par les parents, le sommeil n'est pas toujours tranquille. Il arrive à l'enfant, la nuit, de bavarder sans qu'on puisse comprendre ce qu'elle dit.

c) *État psychologique*. — L'intelligence est peu développée. — Marie-Louise ne paraît pas être maîtresse des idées. — Parfois, elle a de véritables idées fixes. Quand elle entend parler d'un accident ou de quelque chose qui l'impressionne, elle y revient à chaque instant, insiste, fait des questions de détail, demande si cela ne pourrait pas lui arriver. Voit-elle une voiture, par exemple, elle veut, dit-elle, se faire écraser et lorsque la voiture passe près d'elle, elle fait un mouvement, aussitôt réprimé, pour se précipiter sous les roues. Elle s'est un jour coupée le doigt en mangeant une pomme ; elle demande aussitôt si le sang coulerait bien fort en se faisant au cou la même blessure. On parle d'autre chose, mais Marie-Louise Th... revient à son idée et fait avec le couteau le simulacre de se couper le cou. De peur d'accident on lui retire le couteau.

L'*attention*, bien que possible, est de très courte durée, la réflexion est impossible. — *Jugement* naïf ; dans la conversation, coq-à-l'âne perpétuels ; une véritable confusion préside

à tous ses raisonnements. — *Mémoire* assez développée, récite sans y rien comprendre de petites fables apprises à la pension.

Ses parents prétendent qu'elle connait ses lettres, mais nous constatons bientôt qu'elle n'en connait que les noms par ordre, mais les confond toutes. Connait imparfaitement les chiffres qu'elle confond souvent encore. A la notion d'unité et de pluralité, ne sait compter que jusqu'à dix.

d) État instinctif et moral. — Marie-Louise Th.... a l'instinct de la conservation personnelle ; peureuse en gymnastique ; ordonnée et soigneuse ; taquine et pas méchante ; n'aime pas être grondée, ou entendre gronder quelqu'un. A la notion de la propriété · très coquette ; n'est pas égoïste ; assez docile, ne désobéit qu'en parole ; très affectueuse ; n'a pas la notion du bien et du mal. Volonté active, veut toujours produire quelque chose. Aime la société, surtout celle des petits garçons.

Traitement. — Bain d'un quart d'heure tous les huit jours, douche complète en jet en éventail tous les jours ; petite et grande gymnastique, exercices des aiguilles pour la préparer à la couture, travaux scolaires (lecture, écriture, calcul).

1893. *Juillet.* — Les *spasmes* ont diminué, à table surtout; ils ne se produisent jamais devant un étranger. M. L. n'aime pas la gymnastique, fait bien cependant le mouvement des échelles jumelles (système Pichery) et de l'échelle convexe ; distingue toutes les lettres, lit sans épeler (d'après la méthode Règimbaud) les mots composés de syllabes simples (une consonne, une voyelle). Ecrit les mots qu'elle lit. Imite de petits dessins sur papier quadrillé. Pas de progrès en calcul, pourtant elle commence à compter jusqu'à vingt sans se tromper, ne peut arriver à acquérir la notion du temps, commence néammoins à faire une différence entre *hier* et *demain*. A la couture, elle travaille au canevas fait des ourlets irréguliers.

Août. — *Traitement.* — Deux douches par jour, élixir polybromuré d'Yvon. — L'élixir est prescrit pour atténuer les spasmes et les périodes d'irritation. Les progrés continuent en lecture et en écriture ; elle écrit à ses parents des lettres qu'elle sait lire ; les spasmes persistent.

Octobre. — Suspension de l'élixir. — Les *spasmes* paraissent avoir pris une nouvelle expression. A tout bout de champ, l'enfant pousse un cri que l'on pourrait écrire « *péan* »

elle appuie surtout sur la première syllabe. — Les progrès continuent en classe au point de vue de la lecture et de l'écriture. Toujours en retard pour le calcul.

Novembre. — Au cri « *péan* » s'est substitué le cri « *hirch* » précédé d'une forte aspiration.

1894. *Janvier.* — L'enfant se développe, elle épaissit, mais ne grandit pas. La région pectorale devient saillante, les seins commencent à se dessiner mais leur limitation est encore difficile, l'aréole est rosée, le mamelon a quatre ou cinq millimètres de diamètre. Sous les aisselles, bandes de poils de sept centimètres sur un à deux centimètres. Au pénil, dans sa moitié inférieure et dans la partie médiane; poils châtain foncé de quatre à cinq centimètres de long, se prolongeant sur les grandes lèvres dans leur moitié supérieure; poils blonds assez nombreux sur la moitié inférieure des grandes lèvres. Les petites lèvres sont très développées (plus d'un centimètre de large), le capuchon fait saillie à la partie supérieure de la vulve. — L'activité de Marie-Louise n'est pas aussi débordante; elle est heureuse de s'occuper aux travaux du ménage. Son jugement ne parait pas aussi naïf; par moments on s'aperçoit qu'elle raisonne mieux.

En classe, elle lit mieux et copie mieux ; pas de progrès en calcul. — Les dessins d'après modèle sont plus réguliers, ne peut encore reproduire un objet usuel d'après nature. — En gymnastique, ses mouvements sont réguliers, elle travaille au commandement et commande elle-même.

Mars. — Même traitement, reprise de l'élixir polybromuré en raison des retours des périodes d'excitation. — Le développement de la puberté continue : le sens génésique s'éveille ; M.-L. préfère de plus en plus la compagnie des petits garçons à celle de ses camarades; par moments, expressions risquées dont le sens paraît lui échapper. — Très capricieuse à l'atelier de couture où l'on constate cependant des progrès réels : fait sur son canevas, d'après modèle, toutes les lettres de l'alphabet.

Progrès en lecture et en écriture, fait les lettres majuscules, compte sans se tromper jusqu'à cinquante; ne peut encore comprendre l'addition.

Avril. — Même traitement : élixir polybromuré, suspendu et repris alternativement.

Nouveau tic singulier : elle lève successivement les deux bras, l'avant-bras replié sur le bras et se frappe le nez de ses deux coudes; elle accompagne ce mouvement d'un nouveau cri « *ouègne* », la première partie est toujours plus accentuée.

Elle s'amuse aussi quelquefois à faire venir la salive en abondance entre les dents et les lèvres, à la faire mousser et à s'en barbouiller toute la figure. Durant ce mois, l'enfant à été très excitée, les spasmes sont fréquents, elle est jalouse des fillettes de son âge, effrontée avec les infirmières. En classe, pas de progrès.

Mai. — Même traitement. — L'enfant se plaint de douleurs lombaires, de la sensibilité de ses seins, de lassitude dans les jambes. — Caractère insupportable, on est même obligé de l'isoler à plusieurs reprises.

Premières règles, le 9 mai, assez abondantes ; durée quatre jours. La seconde moitié du mois a été beaucoup meilleure ; Marie-Louise compte, lit les nombres jusqu'à cent ; commence l'addition.

Juin. — Même traitement. — Les spasmes se produisent sous la forme d'un nouveau cri « *pia* » qu'elle accompagne d'un mouvement particulier : elle projette brusquement le ventre en avant en ramenant en arrière les bras et la jambe gauche.

Début de la coprolalie. — Les *spasmes musculaires* sont remplacés par la coprolalie : M.-L. prononce tantôt à pleine voix, tantôt à demi-voix dans le courant de la conversation le mot de Cambronne. Elle sait qu'elle fait mal en disant des paroles grossières ; quand elle arrive à se retenir, sa conversation est hachée, saccadée, il lui tarde d'être seule pour donner cours à la coprolalie. Si elle laisse échapper une grossièreté, on s'aperçoit aussitôt qu'une détente s'est produite, et que sa conversation est normale.

18 *juin.* — Règles, durée cinq jours. — Préférence marquée pour les corvées dégoûtantes, par exemple vider et rincer en se cachant les vases de nuit des gâteuses ; elle comprend en effet qu'elle ne doit pas faire cette besogne.

En classe, progrès à constater. Commence à mettre l'orthographe, compte jusqu'à mille.

Paraît avoir le sentiment de la justice, reconnaît facilement quand elle a tort.

Juillet. — Traitement : douches, élixir polybromuré de une à deux cuillerées avec suspension. — Le 10, *règles*, durée quatre jours.

On remarque qu'il y a *alternance*, entre la *coprolalie*, et les *spasmes musculaires* ; lorsque la première s'atténue, les seconds redoublent et réciproquement. Véritables poussées génitales qui paraissent inconscientes. Elle appelle l'un de nous « son amoureux » et voudrait qu'il l'embrasse au lit.

Août. — Traitement : douches, suspension de bromure, gymnastique, etc. — L'enfant est réglée régulièrement. — Les spasmes musculaires sont de moins en moins fréquents, mais la coprolalie persiste.

Septembre. — M.-L... fait très régulièrement tous les exercices de la grande et de la petite gymnastique. Elle écrit sans faute et sous la dictée les cent premiers nombres, fait des additions sans retenue ; son écriture est régulière, mais elle écrit très gros, car elle appuie trop sur sa plume ; la mémoire scolaire paraît se développer ; elle connaît la valeur de tous les termes géographiques, l'histoire élémentaire des temps primitifs de la France, elle acquiert de petites connaissances usuelles (aliments, tissus, éclairage et chauffage) ; en grammaire, distingue le nom, l'adjectif et le verbe, sait mettre au pluriel les noms et les adjectifs, les notions de forme se précisent dans son esprit ; dans les travaux manuels elle progresse ; elle fait bien le point de tricot et commence à racommoder des bas.

Octobre. — Les cris redeviennent fréquents ; ce sont des *gnas* saccadés qu'elle accompagne de coups de poings sur sa poitrine ; elle fait aussi à chaque instant le simulacre de s'élancer sur quelqu'un en inclinant le corps en arrière et projetant le corps en avant (arc de cercle vertical).

Novembre. — Recrudescence de la coprolalie, mots très grossiers à l'adresse de ses parents. Les progrès se sont arrêtés en classe.

Décembre. — La coprolalie diminue, les cris se font entendre rarement, les mouvements spasmodiques sont encore plus rares. L'arrêt persiste dans les progrès scolaires.

1895. *Janvier.* — Marie-Louise devient de plus en plus calme, les mouvements spasmodiques semblent avoir disparu. A l'école le travail est plus assidu : elle connaît l'orthographe de tous les mots usuels, fait des copies sans faute, conjugue à l'aide de la grammaire les temps principaux des verbes réguliers, fait de petites additions avec retenue.

Février. — L'enfant ne crie plus, les mots grossiers sont de plus en plus rares ; Marie-Louise aime la société de ses petites compagnes auxquelles elle se plaît à rendre service. A l'école, progrès dans l'orthographe d'usage, mais grande difficulté dans l'application des règles grammaticales.

Mars. — Les cris et les mots grossiers n'ont pas reparu. En classe, bonne volonté à laquelle elle ne nous avait pas habitué.

Avril. — Durant ce mois on a constaté quelques mots grossiers. M.-L. fait bien les ourlets des serviettes et des draps.

Mai. — Ni cris ni mots grossiers. L'enfant devient raisonnable et même prévenante; ses manières sont beaucoup plus douces. Les progrès à l'école et à la couture continuent; il n'y a que la gymnastique qu'elle ne fait pas avec plaisir.

Juin. — L'enfant est de plus en plus gentille, elle est sensible aux reproches qu'on lui fait de plus en plus rarement. En classe l'écriture est meilleure, l'enfant lit couramment, fait seule des lettres à sa famille, l'orthographe est meilleure, elle fait de petites soustractions, sait écrire les nombres de quatre chiffres. A la couture, fait les petites réparations d'entretien. C'est elle qui fait le ménage de sa chambre qu'elle tient très propre.

Juillet. — Marie-Louise sort en congé avec ses parents le 1er juillet. Au bout de quelques jours d'observation et de promenades en ville, ils la trouvent très améliorée, la considèrent comme guérie et se décident à l'emmener chez eux (10 juillet).

Octobre. — Une lettre qui nous est adressée par les parents de Marie-Louise, en octobre 1895, nous annonce que l'enfant « va de mieux en mieux, et contente tout le monde. Ses parents et ses amis l'ont trouvée bien changée ».

Tableau des mensurations de la tête, du poids et de la taille.

	1893	1894	1895
Circonférence horizontale maxima	0.54	0.55	0.55
Demi-circonférence bi-auriculaire	0.305	0.31	0.31
Distance de l'art. occip. altoid. à la racine du nez	0.37	0.39	0.39
Diamètre antérieur postérieur maximum	0.18	0.182	0.185
— bi-auriculaire	0.114	0.122	0.123
— bi-pariétal	0.142	0.144	0.145
— bi-temporal	0.116	0.125	0.125
Hauteur médiane du front	0.065	0.065	0.067
Poids	34k. 250	40k. 050	44k. 200
Taille	1m. 357	1m. 406	1m. 420

RÉFLEXIONS. — I. Nous n'avons à relever, dans ce cas, ni alcoolisme, ni tare héréditaire, mais seulement la prédominance du tempérament nerveux du côté maternel.

II. L'*imbécillité prononcée* de cette enfant est

d'origine congénitale et nous paraît devoir être rattachée à la vive émotion éprouvée par la mère au cinquième mois de la grossesse. Jamais, en effet, on n'a noté de convulsions. Dès la première année, l'enfant était en retard par rapport à ses sœurs. Ce n'est toutefois que vers quatre ou cinq ans que les parents se rendirent un compte exact de l'arriération intellectuelle de leur enfant.

III. L'enfant fut mise en pension, mais, ainsi qu'il advient généralement en pareille circonstance, Marie-Louise fut le souffre-douleur de ses compagnes. Loin de s'améliorer, son état mental s'aggrava, et, en particulier, son *irritabilité* alla sans cesse croissant, préparant l'éclosion de nouveaux accidents. Les *spasmes musculaires*, les *tics variés*, firent leur apparition (11 ans).

IV. Le développement de la *puberté* semble avoir été l'occasion d'un arrêt dans l'amélioration, que le traitement avait procurée. Cet arrêt a été momentané, et après l'établissement des règles, les progrès intellectuels ont suivi une marche ascendante. C'est alors aussi que s'est produite une modification dans la nature des spasmes. Les *spasmes musculaires* ont été remplacés par des spasmes qu'on pourrait appeler psychiques, caractérisés par de la *coprolalie* et des *impulsions* à accomplir, malgré la défense, les besognes les plus répugnantes. Pendant plusieurs mois, on a observé une alternance curieuse entre les spasmes musculaires et les spasmes psychiques.

V. A partir du mois de décembre 1894, sous l'influence persistante du *traitement médico-pédagogique*, on note une *amélioration croissante* de l'état général de la malade : les spasmes musculaires et les spasmes psychiques s'éloignent de plus en plus et cessent défi-

nitivement ; l'intelligence se développe, l'enfant arrive à lire et écrire couramment, à compter jusqu'aux nombres de 4 chiffres, qu'elle écrit et lit, à faire des additions et des soustractions, à acquérir des notions sur tout ce qui l'entoure ; le raisonnement n'est plus aussi naïf ; l'attention et la réflexion sont possibles, ce qui lui permet d'apprendre et de connaître l'orthographe, de rédiger elle-même des lettres pour ses parents. Marie-Louise devient, en un mot, une enfant presque ordinaire, se plaisant aux occupations de son sexe et de son âge (travaux de ménage et de couture). Personnellement, nous estimons que la famille aurait mieux fait de laisser cette jeune fille en traitement pendant plusieurs mois encore, afin de consolider les résultats obtenus et d'en provoquer certainement de nouveaux.

IV.

De l'emploi thérapeutique du bromure de camphre ou camphre monobromé;

PAR BOURNEVILLE.

De nombreux travaux ont été publiés sur les usages thérapeutiques du bromure de camphre depuis notre dernière revue (1). Nous allons les analyser brièment et nous y ajouterons de nouveaux faits, empruntés à notre pratique; enfin nous insisterons sur ceux qui sont relatifs à l'épilepsie vertigineuse.

I. — Dans nos publications antérieures, nous avons signalé les bons résultats obtenus à l'aide du bromure de camphre dans les *affections des organes génito-urinaires*, en particulier contre les troubles nerveux de la vessie, le ténesme vésical, etc., par MM. Siredey, Desnos, Lannelongue, Longuet, Gubler, Berger, Petrowitz etc. (2). Nous appuyant sur l'expérience de ces auteurs, nous avons prescrit, en maintes circonstances, le bromure de camphre en capsules à des malades atteints de blennorrhagie accompagnée d'érections douloureures, seules ou jointes à de la cystalgie. Toujours ces malades nous ont affirmé avoir retiré un prompt soulagement de cette médication, et le fait suivant vient à l'appui de notre opinion.

---

(1) *Progrès médical*, 1885, n° 24, p. 408.
(2) La plupart de ces auteurs ont employé les *capsules* du Dr Clin.

OBSERVATION I. — *Blennorrhagie ; herpès tonsurans pris pour des syphilides du cuir chevelu ; cystalgie consécutive à une injection phéniquée. — Érections douloureures ; cystalgie : bromure de camphre. — Guérison.* (Obs. communiquée par le Dr Marcel BRIAND).

Fér..., employé aux Halles centrales, âgé de 28 ans, marié depuis quelques mois, est soigné par son pharmacien pour un écoulement uréthral remontant à une quinzaine de jours, c'est-à-dire au commencement de février (1886).

Antécédents. Pas de maladies antérieures, si ce n'est quelques douleurs rhumatismales qui lui reviennent par intervalles ; rien au cœur. Un grand-oncle s'est suicidé. S'apercevant que ses cheveux tombaient par places, il a fait part de sa découverte à son pharmacien ; celui-ci lui a donné des pilules mercurielles à la dose de ? et lui a prescrit une injection phéniquée à la dose de ?? — (Pas de renseignements).

En prenant sa première injection, le malade a senti une sensation de froid et, immédiatement après, une douleur fulgurante qui « lui a traversé le ventre ». C'est ce qui l'a décidé à faire venir le médecin. Fièvre ; P. à 140. — L'urine est rare et son expulsion s'accompagne d'une émission de quelques gouttes de sang qui s'écoule dans les derniers spasmes. Traitement : sangsues au périnée, bains de siège tièdes. — Le lendemain, la douleur est moins violente ; il n'y a plus de sang. Bains de siège, bicarbonate de soude à l'intérieur.

23 *février.* — L'examen microscopique d'un cheveu démontre la présence du tricophyton tonsurans. Lotions au sublimé.

24 *février.* — Ecoulement verdâtre ; les douleurs persistent ; le malade s'affecte beaucoup de son état : il a parlé plusieurs fois de se tuer : sa femme craint que pendant la nuit il ne se jette par la fenêtre. Excitation, surtout la nuit, motivée par des érections douloureuses et une grande souffrance que le malade éprouve dans la vessie à chacun de ses mouvements. Il attribue ces phénomènes aux bains tièdes et déclare ne plus vouloir en prendre. *Traitement :* 5 gr. de *bromure de camphre* dans un julep avec du sirop d'écorces d'oranges amères.

25 *février.* — La nuit a été plus calme, mais la cystalgie persiste. Tendance à l'amélioration. Compresses froides sur le périnée. Bromure de camphre, 5 gr. — 26 *février.* Même traitement.

27 *février.* — Les douleurs diminuent ; le malade se plaint encore d'une pesanteur dans le bas-ventre. — 29 *février.* Il

n'y a plus de douleurs ; calme complet ; le malade se croit guéri et demande à se lever ; les érections ne sont plus pénibles.

3 *mars*. — Épilation à l'hôpital Saint-Louis. Le bromure de camphre est continué sur la demande du malade.

4 *mars*. — Le pus qui s'écoule de l'urèthre est plus jaune, il entraine encore le matin quelques filets de sang.

5 *mars*. — Cessation du bromure de camphre. *Traitement:* 6 capsules d'essence de santal citrin.

12 *mars*. — L'écoulement s'est favorablement modifié (12 capsules de santal).

20 *mars*. — Le linge du malade est à peine taché. — 30 *mars*. Même état.

2 *avril*. — Le malade s'impatiente de voir l'écoulement persister ; il n'a pu dormir depuis deux nuits. Quelques pesanteurs dans le bas-ventre. *Traitement*: Bromure de camphre 6 gr., à continuer pendant quatre jours ; essence de santal.

7 *avril*. — Il reste à peine un léger suintement du canal : 6 capsules de santal. — 15 *avril*. Injections de sulfate de zinc à 1 0/0, 6 capsules de santal.

20 *avril*. — Il n'y a plus d'écoulement ; le malade doit continuer encore, pendant quelques jours, le santal et les injections ; il entre à Saint-Louis pour se faire épiler de nouveau.

Encouragé par les succès obtenus contre le ténesme vésical chez les blennorrhagiques, nous avons employé le bromure de camphre chez un malade, âgé de 77 ans, atteint de rétention d'urine consécutive à une hypertrophie de la prostate. Les douleurs vésicales, qui étaient extrêmement vives, ont diminué dès le second jour et ont tout-à-fait disparu au bout de quelques jours. Le bromure de camphre, dans ce cas, a été un excellent adjuvant du traitement classique de la rétention d'urine. C'est ainsi que nous avons été amené, ainsi que nous l'avons dit autrefois, à employer et à conseiller l'emploi du bromure de camphre contre les douleurs vives, brûlantes, avec ténesme, des *crises vésicales tabétiques*.

Nous rapellerons aussi que le Dr Pathault a consigné dans sa thèse un cas très intéressant de *spermatorrhée*, qui lui a été donné par M. le Dr Desnos, et dans lequel on n'a eu qu'à se louer des bons effets du bromure de

camphre. D'autres faits sont venus plaider en faveur de ce traitement. Nous nous contenterons de reproduire, sur ce point, une note insérée dans *The Journal of the American medical Association* du 20 février 1892, page 243, d'après le *Medical Summary* :

« Le monobromure de camphre, est-il dit, a été employé avec plein succès dans le traitement de la spermatorrhée, dans des cas où une foule de médicaments ordinaires avaient été administrés sans aucun résultat satisfaisant. Finalement, le monobromure de camphre était donné avec un prompt effet et suivi d'une guérison parfaite. »

II. — M. le Dr Curryer a publié dans *Chicago medical Times* (july 1891, p. 305), un article intéressant sur l'emploi en thérapeutique du monobromure de camphre. Il insiste en premier lieu sur les avantages qu'il en a retirés « dans les maladies des enfants et les accidents dus à la dentition. » Après avoir rappelé qu'il a décrit, il y a plusieurs années, les bons résultats qu'il avait obtenus de ce médicament, il ajoute que s'il y revient de nouveau, c'est « afin de décider, si c'est possible, d'autres praticiens à essayer ce remède vraiment bon dans la période de dentition des enfants. » Quelques citations résumeront ce travail et donneront une idée de l'enthousiasme de l'auteur, enthousiasme que nous constatons rarement de la part des médecins pour les médicaments.

« Le monobromure de camphre calme la douleur des nerfs enflammés, diminue l'intensité des névralgies, là où d'autres remèdes ne feront généralement rien. Il est efficace dans la diarrhée, les névralgies et les convulsions provoquées par la dentition. »

M. Curryer ajoute qu'il prescrit également le monobromure de camphre « dans les cas de turbulence, d'insomnie, d'irritation provenant de l'inflammation des nerfs dentaires. » Il rappelle que le camphre, sous toutes ses formes et ses combinaisons variées, s'est

montré efficace « dans la coqueluche, la chorée, l'hystérie et l'épilepsie. » Puis, dans des termes quelque peu dithyrambiques et même mystiques, — la citation suivante le montre — il vante l'emploi du monobromure de camphre dans une autre maladie grave de l'enfance :

« Le monobromure de camphre, dit-il, est un *envoi de Dieu* (*sic*) contre le choléra infantile ; il diminue l'hyperémie cérébro-spinale, calme l'irritation, arrête les symptômes réflexes et sauve le malade.....

« Dans les cas complètement développés de choléra infantile, avec abattement, amaigrissement excessif, traits pincés et ridés, refroidissement des extrémités, incontinence involontaire d'urine, etc., ce médicament produira dans la plupart des circonstances une réaction, arrêtera l'écoulement séreux, contrôlera les fonctions de l'estomac, apaisera l'action nerveuse et donnera un renouvellement de vie.»

Nous ne pouvons formuler aucune appréciation sur ce point particulier du traitement du choléra infantile par le bromure de camphre, n'ayant pas eu l'occasion de l'expérimenter, mais il nous a semblé utile de signaler l'opinion d'un homme qui, depuis des années, emploie couramment, et peut-être, nous le répétons, avec trop d'empressement, le bromure de camphre. Voici, pour terminer en ce qui le concerne, comment il prépare et administre le médicament :

« Je prends habituellement environ 4 gr. 36 de monobromure de camphre en cristaux et, après l'avoir trituré dans un mortier de bois jusqu'à ce qu'il soit réduit en une poudre très fine, j'y ajoute 39 gr. 36 (1) de sucre de lait. Je continue avec soin la trituration pendant une heure environ, jusqu'à ce que le mélange soit bien homogène et réduit en une poudre aussi fine que possible. Ceci fait, je mets le mélange dans un flacon hermétiquement fermé.

« La dose que je prescris d'habitude, pour une diarrhée ordinaire accompagnée de maux de tête, de nausées et d'in-

(1) Une drachme et neuf drachmes.

somnie, est de 0 gr. 132 à 0 gr. 198 (1) toutes les deux heures que l'exige la gravité des symptômes. Le remède peut-être augmenté jusqu'à ce que la maladie soit jugulée. Toutefois, la dose indiquée apporte ordinairement du soulagement. »

L'auteur administre, parfois, concurremment l'aconit, le gelsemium, la pepsine, et il termine en ces termes : « Si les médecins pouvaient se décider à faire l'essai du monobromure de camphre, en dehors de tout préjugé, ils banniraient les astringents et les opiacés et, de cette façon, ils sauveraient un grand nombre d'enfants qui, autrement, sont perdus. »

III. — D'après M. Crinon (2), le « bromure de camphre a été expérimenté pour la destruction du *bacille de la tuberculose* et possède à cet égard une véritable énergie. » Cette action est en effet très probable, le camphre étant un antiseptique et le monobromure de camphre étant une de ses combinaisons.

IV. — Le journal *Les nouveaux remèdes* (1889, p. 275) a publié sous ce titre . *Usages thérapeutiques du camphre monobromé*, une note intéressante empruntée au *Fortschrift* (1889, n° 8, p. 154) que nous reproduisons *in-extenso*.

« On sait, dit-il, que ce médicament est employé déjà, depuis longtemps, dans le *delirium tremens* et, mélangé au phosphate acide de codéine, dans la *morphinomanie* aux doses de 0 gr. 5 par jour. John Stevens (*Med. Pr.*) le recommande aussi dans l'*épilepsie* où il le prescrit à la dose de 0 gr.,6. — Il l'a aussi administré avec succès dans beaucoup de cas d'*excitabilité réflexe* exagérée comme, par exemple, l'*hystérie* et la *spermatorrhée*. L'action du camphre monobromé (surtout quand il est combiné à la belladone) découle de l'influence tonique de ces deux médicaments sur les nerfs vasomoteurs : l'hyperémie diminuant, il se reproduit d'autant une atténuation de l'excitabilité exagérée. Il faut commencer par

(1) Deux grains (0 gr. 066) à trois grains.
(2) Crinon. — *Revue des médicaments nouveaux*, 1890, p. 44.

des doses de 0 gr. 2 à 0 gr. 3 et ne les élever jusqu'à 0 gr. 6 que petit à petit. »

V. — Le Dr Funaioli (1) a employé sur une assez grande échelle le monobromure de camphre à l'asile de Sienne. Il l'a trouvé très utile dans les *formes hystériques* de l'aliénation et moins avantageux dans la manie intermittente et la mélancolie. Enfin il n'en a retiré aucun bénéfice dans l'épilepsie se présentant sous forme d'accès. Ce dernier résultat négatif, bien qu'il soit en contradiction avec les bons résultats enregistrés par d'autres auteurs, entre autres Stevens, comme nous venons de le voir, n'a rien qui nous surprenne, car c'est dans l'*épilepsie vertigineuse* seule ou dans les cas d'épilepsie *avec accès* et *vertiges* que très souvent nous avons eu à nous féliciter de l'emploi de ce médicament (2).

De même que M. Funaioli, nous avons noté bien des fois, et encore tout récemment chez une jeune fille, Choc..., atteinte de la *petite hystérie*, les heureux effets du bromure de camphre, administré sous forme de capsules dans le traitement de divers accidents hystériques, notamment les palpitations et les troubles du sommeil (rêves fatigants, cauchemars). Voici un autre fait :

Un enfant de notre service, Declez..., âgé de 12 ans, avait quatre ou cinq fois par semaine son sommeil troublé par des *cauchemars* : il avait tout à coup une sensation qu'il compare à une chute dans un fossé, un puits ou un précipice. Il se réveillait en sursaut, effrayé. Une fois réveillé, ayant les yeux ouverts, il s'imagine voir des soldats qui veulent le précipiter

(1) *Journal of mental science*, t. XXV, 1880, page 125, d'après *Archivio per le Malattie nervose*.

(2) Nous donnons, d'après l'*Index medicus*, 1880, page 396, l'indication du travail suivant que nous n'avons pu nous procurer : Péters (R.). *Experimentelle Beitrâge zur Pharmacodynamik des Monobromcamphers* (Camphora monobromata). Dorpat, 1880, in-8°.

dans des trous (*hallucinations hypnagogiques*). Au bout de 5 à 15 minutes, il se rendort. Ces phénomènes se reproduisent 2 ou 3 fois par nuit. Nous lui avons fait prendre tous les soirs d'abord deux capsules de bromure de camphre, puis trois. Le traitement a été continué environ deux mois. Les cauchemars et les hallucinations ont entièrement disparu.

VI. — Nous avons dit autrefois que M. Deneffe (de Gand) avait eu à se louer de l'usage du bromure de camphre dans le *delirium tremens*. Le cas ci-après, emprunté au Dr James Weir (*The Louisville Med. News*, 17 oct. 1885, p. 241), vient à l'appui de cette opinion.

« Je fus appelé, dit-il, à visiter M. G... le 8 septembre dans un hôtel de la ville et constatai qu'il était atteint de *delirium tremens*. Je lui administrai une pilule purgative. Quatre heures après l'ingestion de la pilule, il eut des évacuations abondantes. Comme les aménagements de l'hôtel ne permettaient pas de pouvoir l'y soigner, je fis transporter mon malade à l'infirmerie, et là j'ordonnai qu'on lui fit prendre une capsule de bromure de camphre (5 grains ou 33 centigr.) toutes les heures jusqu'à ce qu'il s'endormit. Des amis vinrent le chercher et le firent transporter dans une maison particulière où j'allai le visiter dans la soirée. Je constatai qu'il était encore agité, très énervé et avait des frayeurs. Il n'avait pris qu'une pilule. Je lui en fis prendre une seconde et prescrivis qu'il en prit une d'heure en heure. Après la 3e dose il s'endormit d'un sommeil calme et ne se réveilla que le lendemain matin à 10 heures. En ouvrant les yeux, il réclama son déjeuner. Il mangea avec appétit. Je pris congé de lui le lendemain soir. »

VII. — D'autres auteurs, avant M. Funaioli, ont prescrit le bromure de camphre dans le traitement de l'*épilepsie*, entre autres le Dr Decès (de Reims). Nous l'avons essayé il y a bientôt 20 ans et, depuis, nous n'avons pas cessé de l'administrer, en nous limitant aux cas dans lesquels il n'y a que des vertiges, ou aux cas d'épilepsie dans lesquels les accès sont compli-

qués de vertiges nombreux. M. le Dr Cornet a insisté aussi, dans sa thèse, sur les avantages du bromure de camphre dans les cas de ce genre (1). A l'appui de notre opinion, nous croyons utile de citer quelques nouvelles observations. Nous le ferons très sommairement.

OBS. I. — ÉPILEPSIE VERTIGINEUSE.

SOMMAIRE. — *Père violent, nombreux excès de boisson; mort de tuberculose pulmonaire. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Mère, rien de particulier. — Grand'mère maternelle, morte d'apoplexie. — Tante maternelle, migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans. — Quatre frères morts de convulsions et deux autres de méningite.*

Marche, parole et propreté précoces. — Rougeole à 7 ans. — Début des absences à 10 ans. — Bromure de camphre : Disparition des accidents épileptiques.

Susmé... (Charles Alfred), né à Paris, le 10 février 1879, est entré à Bicêtre le 30 septembre 1890.

Sa mère décrit ainsi ses accès comitiaux : « Il est pris subitement au milieu de ses petites occupations, et cela 4 à 5 fois par jour, d'une perte de connaissance sans chute, sans autre phénomène convulsif qu'une légère élévation des yeux. Pas de morsure de la langue, ni de miction involontaire. Il ne laisse pas tomber les objets qu'il tient dans la main. La durée de ces accidents ne dépasse pas 5 à 6 secondes ».

Novembre 1890.	6 accès.	53 vertiges.
Décembre 1890.	7 accès.	43 vertiges.
Janvier 1891.	0 accès.	35 vertiges.

Le 9 février, les *absences* persistant — il en a eu 38 dans le mois — nous prescrivons 2 capsules de 20 centigrammes de bromure de camphre pendant une semaine, — 3 pendant une semaine, puis 4, 5, 6 et 7 capsules (2). — En mars, il n'a eu que 8 absences et depuis cette époque jusqu'à ce jour il n'a pas eu un seul vertige. En novembre 1891, on aurait noté un accès (?) et depuis lors il n'en a plus eu aucun, soit une rémission complète de plus de 14 mois.

---

(1) Cornet (P.). *Traitement de l'épilepsie.*

(2) La pharmacie centrale des hôpitaux nous donnait à cette époque des capsules du Dr Clin.

OBS. II. — ÉPILEPSIE IDIOPATHIQUE (?).

SOMMAIRE. — *Grand-père paternel alcoolique. — Grand'mère, grand'tante et cousin paternels aliénés. — Autre grand-père paternel ataxique. — Grand'mère maternelle aphasique. — Sœurs, convulsions de l'enfance.*

Convulsions fréquentes de 18 mois à 2 ans. — Peur à 13 ans. — Six mois après premier accès (août 1884). *— Accès de plus en plus rapprochés. — Vertiges nombreux : bromure de camphre ; disparition des vertiges.*

Jeun... (Jos.-Marcel), né le 26 décembre 1869, est entré dans notre service le 3 septembre 1885. Voici le tableau de ses accès et de ses vertiges :

MOIS	1885		1886		1887		1888		1889		1890	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.....	—	—	»	»	1	»	3	»	1	6	2	10
Février.....	—	—	1	»	»	»	2	»	3	16	6	155
Mars.....	—	—	1	»	4	»	3	»	2	13	4	74
Avril.....	—	—	»	»	»	»	1	»	1	34	3	8
Mai.....	—	—	»	3	2	1	2	»	1	18	5	6
Juin.....	—	—	1	»	1	»	2	4	4	25	3	23
Juillet.....	—	—	1	»	»	»	1	»	»	9	1	5
Août.....	—	—	1	»	1	»	2	»	1	11	»	»
Septembre.....	»	»	1	»	7	25	2	»	»	19	3	5
Octobre.....	3	»	2	»	3	»	3	14	»	19	»	»
Novembre.....	1	5	1	1	1	»	4	17	4	23	1	»
Décembre.....	3	4	2	»	2	3	»	34	1	22	»	»
	7	9	11	4	22	29	25	69	18	215	28	286

Ce malade a été soumis à l'*hydrothérapie* du 25 septembre au 1er novembre 1895. — Du 1er avril à la fin de novembre 1886, en 1887 et 1888 durant la même période. En 1889, il a pris des pilules d'*acétanilide* (de 0 gr. 20 à 2 gr. par jour) du 5 mars au 30 septembre. — Comme on avait noté 215 vertiges durant cette année, nous lui faisons prendre (5 janvier 1890) des *capsules de bromure de camphre*, à partir de 2 par jour durant une semaine et nous augmentons d'une capsule de semaine en semaine jusqu'à six (0 gr. 40 à 1 gr. 20). Nous suspendons une semaine et nous recommençons par 3 capsules. Ce traitement a été suivi jusqu'au passage du

malade dans la section des épileptiques *adultes* (20 novembre 1890). De plus il a pris des douches à partir du mois de mai.

RÉFLEXIONS. — Après avoir fait remarquer que si l'*acétanilide* a peut-être diminué légèrement les accès (puisqu'il n'y en a eu que 7 du 1er avril au 30 septembre 1889, temps durant lequel cette substance a été employée, tandis que durant la période correspondante de 1888 on en avait compté 10), en revanche les vertiges sont allés en augmentant (69 en 1888 et 215 en 1889). Sous l'influence *prolongée* du bromure de camphre (janvier-novembre), nous voyons les vertiges diminuer, puisque dans les cinq derniers mois de son séjour (juillet-novembre), il n'en a eu que 10 alors que durant la même période de 1889 il en avait eu 81.

OBS. III. — IDIOTIE COMPLÈTE ; ÉPILEPSIE.

SOMMAIRE. — *Père, arrêt de développement intellectuel; céphalalgies. — Oncle paternel suicidé à 17 ans. — Mère rhumatisante, névralgique, migraineuse. — Grand-père maternel rhumatisant. — Grand' mère maternelle rhumatisante et migraineuse. — Arrière-grand-père maternel mort paralytique. — Cousin-germain mort de méningite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 19 ans* (mère plus âgée.)

Peur à la fin de la grossesse. — Première dent et parole à un an. — Marche à 18 mois. — Gâtisme constant. — Premiers vertiges à un an. Accès à 14 ans et demi. — Vers intestinaux. — Rougeole en mai 1887. — Syphilis en 1888 Rubéole en 1890. — Marche des accès et des vertiges. — Bromure de camphre de janvier à septembre 1891 : diminution considérable des vertiges ; suppression du médicament. — Elixir polybromuré en 1891 : augmentation des accès, réapparition des vertiges. — Bromure d'ammonium et de rubidium en 1891 : augmentation des accès et des vertiges.

Berthou... (V)., né le 9 juillet 1882, est entré dans notre service le 2 mai 1897.

Du mois de mai 1887, époque de son admission, au mois d'août de la même année, on ne relève aucun accident. En

septembre, il a 2 accès et 10 vertiges ; rien en octobre ; en novembre 42 accès et 35 vertiges, et en décembre 4 accès et 97 vertiges. Après avoir consigné 10 vertiges en janvier 1888, on ne note plus rien, par un regrettable oubli de surveillance. Nous constatons cette irrégularité en octobre et recommandons de mentionner tous les accidents qui se produisent. On constate 105 vertiges en novembre, 161 en décembre 1888 et 198 vertiges en janvier 1889. Le bromure de camphre est administré du mois de janvier à la fin de septembre 1889. Les vertiges demeurent fréquents en février (119) et en mars (235), puis sous l'*influence prolongée* du bromure de camphre, ils diminuent de plus en plus, cessent presque complètement puisqu'on n'en compte plus que trois dans les sept mois qui suivent. Comme les accès l'emportaient sur les vertiges, en 1890 nous avons prescrit l'*élixir polybromuré*. Ce médicament étant demeuré sans effet, nous avons essayé, du mois de février 1891 au mois de décembre 1892, le *bromure d'ammonium et de rubidium* à la dose de 1 à 4 gr. Le tableau ci-après montre que les accès et les vertiges ont augmenté au lieu de diminuer.

MOIS	1889		1890		1891		1892	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	»	198	2	»	»	2	1	»
Février	2	119	1	»	15	13	23	6
Mars	»	235	6	1	3	13	26	2
Avril	»	59	1	»	12	64	50	10
Mai	1	2	6	9	10	16	9	27
Juin	»	»	7	3	3	»	22	20
Juillet	4	8	14	»	11	12	3	1
Août	15	46	15	»	12	4	14	12
Septembre	1	20	14	23	12	»	33	127
Octobre	4	1	6	»	14	»	29	93
Novembre	5	1	8	21	5	»	10	»
Décembre	3	»	4	»	4	»	19	16
	35	689	84	75	101	124	239	314

En 1889, dès que l'action du bromure de camphre se fait sentir, les vertiges diminuent. Une suspension momentanée, au commencement d'août, est accompagnée d'une légère augmentation des vertiges. Puis les vertiges disparaissent à peu près complètement durant 15 mois. Le bromure de cam-

phre n'ayant pas été repris en 1890, 1891 et 1892, et ayant été remplacé par d'autres médicaments, nous voyons les vertiges monter de 57 à 314. Aussi nous proposons-nous de faire une nouvelle épreuve de l'action du bromure de camphre.

OBS. IV. — IMBÉCILLITÉ A UN DEGRÉ PRONONCÉ ET ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE.

SOMMAIRE. — *Père peu intelligent, violent; traumatisme céphalique antérieur à la naissance de l'enfant et suivi d'aliénation mentale. — Grand' oncle paternel paralysé du bras. — Mère, faiblesse des jambes durant l'enfance; réglée à 7 ans. — Grand' mère maternelle paralytique. — Oncle maternel aliéné. — Deux tantes hystériques. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 9 ans.*

Grossesse tourmentée. — Premières convulsions à 3 mois, revenues à diverses reprises jusqu'à 4 ou 5 ans, suivies de parésie des membres inférieurs. — Accès à 4 ou 5 ans. — Vertiges à 7 ans et demi. — Érythème noueux (1886). — *Élixir polybromuré en* 1885 *et* 1886. — *Bromure de camphre du* 23 *avril au* 7 *juin* 1886 : *diminution des vertiges. — Suspension du médicament : retour progressif des vertiges. — Reprise du bromure de camphre en février* 1887 : *Suppression des vertiges. — Rougeole. — Suspension du bromure de camphre; retour des vertiges. —* 1888 : *Nouvelle administration du bromure de camphre : diminution des vertiges. — Suspension du médicament : rechute. —* 1889 : *nouveau traitement par le bromure de camphre ; amélioration progressive. — Suspension du médicament à partir de juillet : réapparition et augmentation progressive des vertiges. —* 1890 : *Reprise du bromure de camphre en février; amélioration. — Suspension en août suivie d'une augmentation des vertiges en septembre. — Reprise du bromure de camphre* (*de 2 à 7 capsules de 20 centigrammes chaque, du Dr Clin*), *jusqu'au 1er août* 1891 : *Diminution puis disparition des accès et des vertiges qui n'ont pas reparu depuis le mois de février* 1892.

Lel... (Antoine), 16 ans, est entré à Bicêtre, dans notre service, le 21 août 1885.

Ce sommaire donne une idée suffisante de l'histoire du malade que nous ne reproduisons pas ici, ayant été insérée assez longuement dans la thèse de M. Cornet. Le tableau suivant que nous complétons, car le tableau de M. Cornet s'arrête au

mois de mai 1889, met bien en relief l'action du bromure de camphre. Chaque fois que le médicament est administré, au bout d'un mois ou deux au plus, les vertiges diminuent : chaque fois qu'il est suspendu, les vertiges reparaissent et vont en augmentant de mois en mois. Enfin le bromure de camphre ayant été donné pendant un an (septembre 1890-août 1891), nous avons obtenu une très sérieuse amélioration, nous n'osons dire une *guérison complète*, bien que l'enfant n'ait eu ni accès, ni vertiges depuis un an, car en fait de guérison de l'épilepsie, on ne saurait être trop réservé.

L'administration du médicament, pour être efficace, doit être *prolongée* pendant des mois. Parfois, elle peut être suivie, durant le premier mois, d'une augmentation des vertiges, réelle ou apparente en ce sens que la surveillance est plus attentive, dès que le malade est mis en traitement. D'ailleurs le premier mois la dose du médicament est peu élevée.

Tableau des accès et des vertiges de Lel...

MOIS.	1885		1886		1887		1888		1889		1890		1891		1892	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.....	»	»	2	305	»	1052	2	7	»	235	»	64	1	62	»	6
Février.....	»	»	2	576	»	541	1	51	»	64	1	219	»	26	»	»
Mars	»	»	»	846	»	268	3	14	1	64	1	238	»	9	»	»
Avril.....	»	»	»	315	»	310	»	259	»	60	1	42	»	»	»	»
Mai.....	»	»	55	45	»	318	»	410	»	13	»	55	»	»	»	»
Juin	»	»	»	»	»	»	»	205	3	30	1	38	»	12	»	»
Juillet.....	»	»	»	1	»	»	»	24	»	7	»	45	»	»	»	»
Août.....	4	»	»	1	»	»	»	48	»	3	4	56	»	9	»	»
Septembre..	17	21	»	11	»	»	»	65	»	10	1	86	»	»	»	»
Octobre	8	25	4	134	1	4	4	183	»	67	»	69	»	10	»	»
Novembre ..	29	62	»	114	»	6	»	96	»	71	»	40	»	8	»	»
Décembre...	4	287	»	146	2	2	»	77	»	186	»	13	»	15	»	»
	62	315	63	2494	3	2501	9	1439	4	810	9	965	1	151	»	6

Nous avons dit que cet enfant était atteint, en outre de l'épilepsie, d'*imbécillité* à un degré prononcé. Lors de l'admission (8 ans et 4 mois), il connaissait seulement les lettres de l'alphabet, il comptait jusqu'à 40 et traçait des bâtons. Aujourd'hui il lit couramment, écrit assez bien, fait de petites dic-

tées des mots usuels, connait les trois premières règles, réussit les problèmes qui reposent sur elles. A l'atelier de vannerie il s'applique et fait des progrès. Dans ses dernières notes, l'instituteur constate que l' « intelligence se développe et que le caractère se modifie avantageusement, l'enfant étant moins violent et moins grossier. » L'amélioration intellectuelle a surtout fait des progrès depuis 18 mois.

OBS. V. — ÉPILEPSIE.

SOMMAIRE. — *Début des crises à 5 ans 1/2. — Grand-père très alcoolique. — Sept tantes et oncles morts en bas-âge de convulsions. — Sœur épileptique. — Paralysie passagère de la langue.*

Kl... Pierre, 13 ans, est entré à Bicêtre le 8 janvier 1886. Pendant trois ans, de 1886 à 1888, il a été mis au traitement par l'*élixir polybromuré*.

1889. 21 *janvier*. — Traitement : élixir polybromuré et *bromure de camphre*. Ce dernier médicament a été administré sous forme de capsules (Dr Clin) de 2 à 6 chaque jour, par périodes de 5 jours ; puis, porté à 7 et 8 capsules pendant 3 jours. Il a été ensuite repris, après une suspension d'une semaine, et continué de la sorte jusqu'à la fin de 1890. Dans les premiers mois de 1891, Kl..., alors qu'il allait notablement mieux au point de vue du mal caduc, a été atteint de *diarrhée*, s'est affaibli progressivement et a succombé à une *congestion pulmonaire* (27 mars 1891). Voici le tableau des accès et des vertiges.

	Accès.	Vertiges.
1886	488	72
1887	359	4
1888	441	185
1889	188	99
1890	122	0

Ce tableau montre que le bromure de camphre a diminué les *vertiges* en 1889 et qu'il les a supprimés en 1890. Notons la diminution parallèle des *accès* due sans doute à l'*élixir polybromuré*. Dans les cas de ce genre — accès et vertiges nom-

breux — il nous semble très utile d'administrer simultanément l'élixir polybromuré et le bromure de camphre.

Les cas qui précèdent renferment, à notre avis, des détails précis de nature à apporter la conviction dans les esprits et à montrer l'utilité incontestable du bromure de camphre *seul* dans le traitement de l'*épilepsie vertigineuse*, ainsi que dans l'épilepsie avec *accès* et *vertiges*, combiné avec l'élixir polybromuré.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Face convexe de l'hémisphère droit.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
F.A., frontale ascendante.
S.R., sillon de Rolando.
P.A., pariétale ascendante.
L.P.S., lobule pariétal supérieur.
L.O., lobe occipital.
T^1, première temporale.
S.S., scissure de Sylvius.

Les chiffres 1,2,3.... 11,12 indiquent les ilots de sclérose tubéreuse.

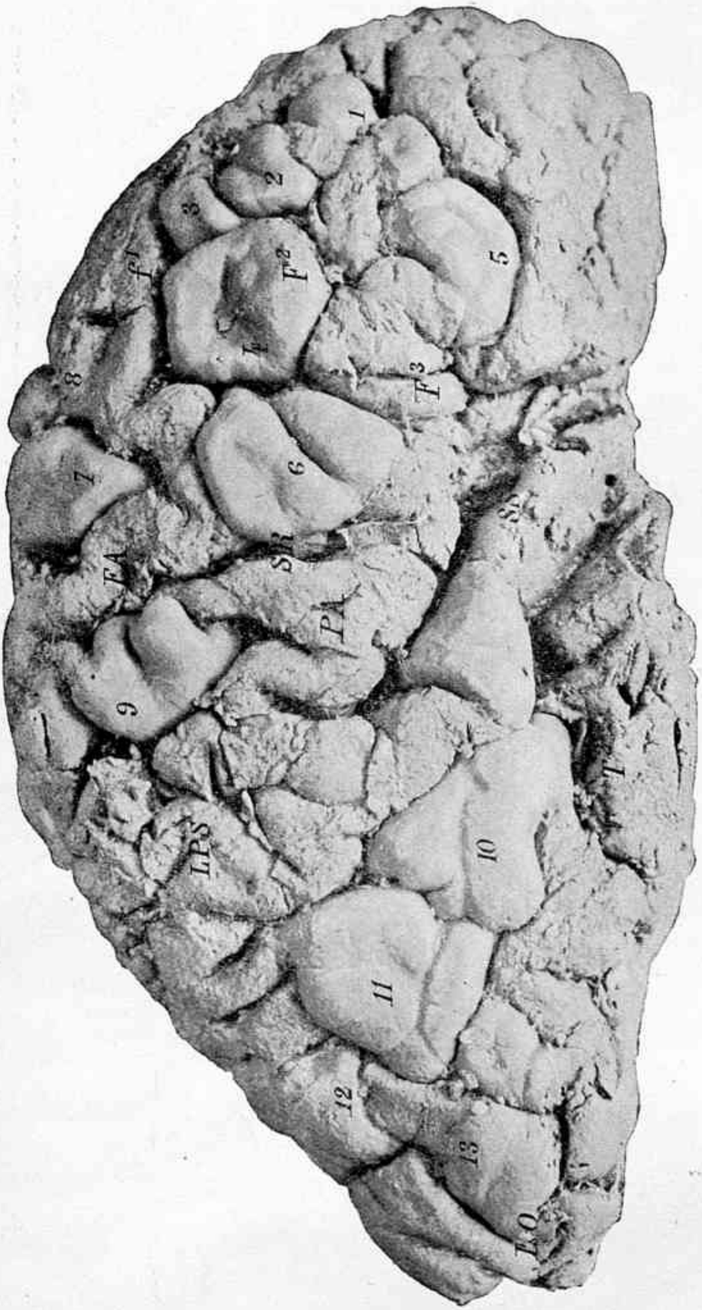

1
2
3
F1
F2
5
8
F3
7
6
SS
FA
SR
PA
9
T
LPS
10
11
12
13
LO

PLANCHE II.

Face interne de l'hémisphère droit.

F¹, première frontale.
L.P., lobule paracentral.
L.Q., lobe quadrilatère.
C., coin.
C.C.C., circonvolution du corps calleux.

Les chiffres correspondent aux îlots de sclérose tubéreuse.

G
LQ
LP
CCC
F

PLANCHE III.

Face convexe de l'hémisphère gauche.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième, troisième circonvolutions frontales.
F.A., frontale ascendante.
S.R., sillon de Rolando.
P.A., pariétale ascendante.
L.P.S., lobe pariétal supérieur.
L.P.I., lobule pariétal inférieur.
L.O., lobe occipital.

Les chiffres 1,2,3, etc., indiquent les ilots de sclérose hypertrophique ou tubéreuse.

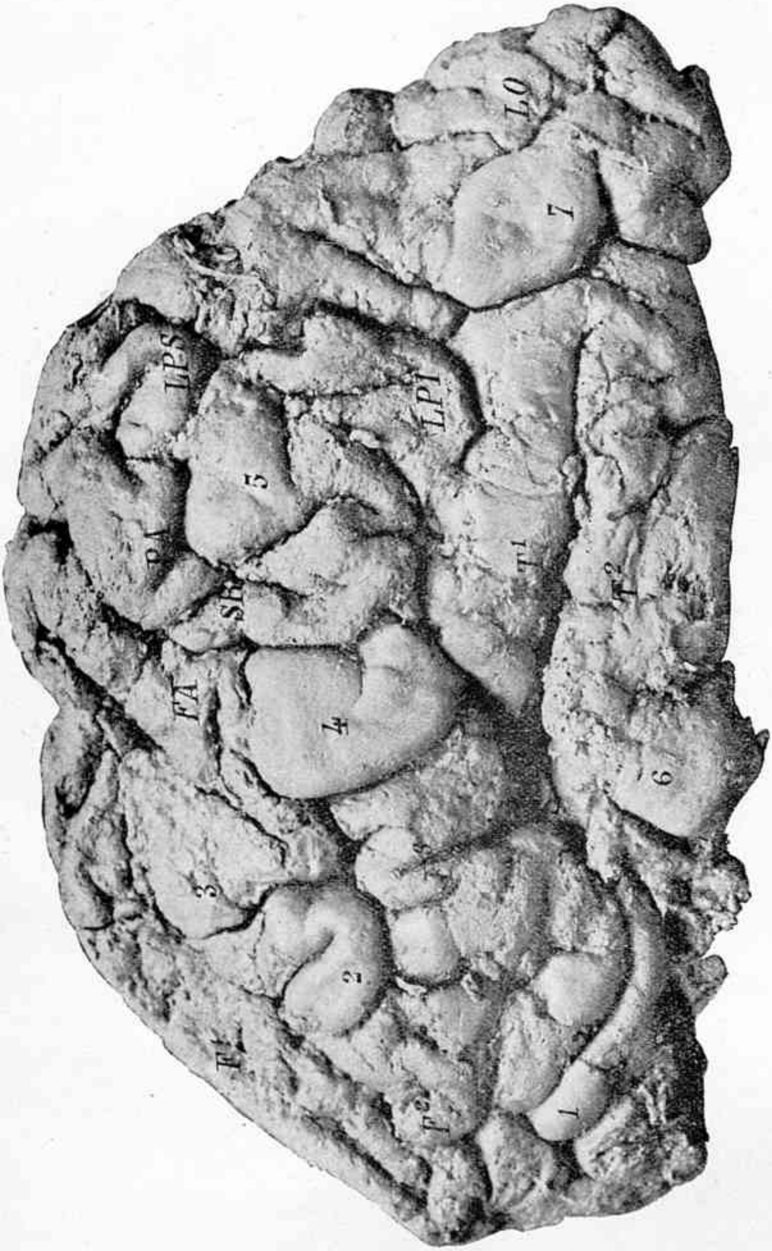

LO
T
LPS
LPI
5
PA
SH
T1
T2
FA
4
6
3
2
F1
F2
1

PLANCHE IV.

Face interne de l'hémisphère gauche.

F¹, première circonvolution frontale.
L.P., lobe paracentral.
L.Q., lobe quadrilatère.
L.O., lobe occipital.

1, 2, îlots de sclérose.

1
2
LP
CCC
CC
LQ
C
LO

PLANCHE V.

Microcéphalie : Face convexe de l'hémisphère droit (p. 122).

F^1, F^2, F^3, première, deuxième, troisième circonvolutions frontales.
F.A., frontale ascendante.
P.A., pariétale ascendante.
P.A., pariétale ascendante supplémentaire.
P.S., pli pariétal supérieur.
P.I., pli pariétal inférieur.
T^1, T^2, T^3, première, deuxième, troisième circonvolutions temporales.
P.C., pli courbe.
L.O., lobe occipital.

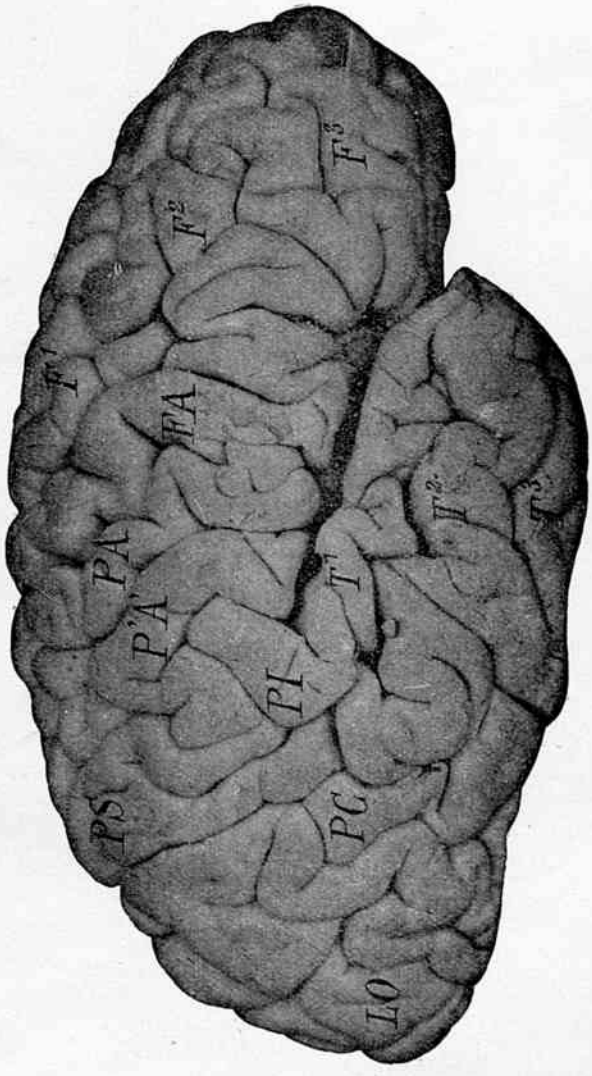

F¹
F²
F³
FA
PA
P'A
PI
PS
PC
LO
T¹
T²
T³

PLANCHE VI.

Face interne de l'hémisphère droit.

F^1, première frontale.
L.P., lobe paracentral.
L.C., lobe carré.
C.C.C., circonvolution du corps calleux.
C.C., corps calleux.

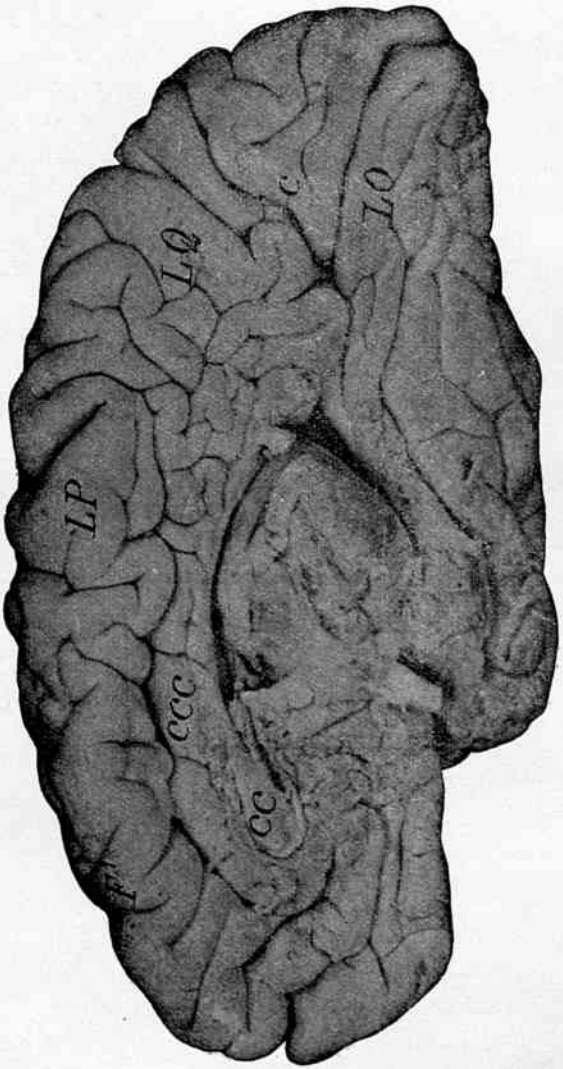

LP
LO
c
LT
CCC
CC

PLANCHE VII.

Méningo-encéphalite: face convexe de l'hémisphère droit. (p. 156).

F^1, F^2, F^3., première, deuxième, troisième circonvolutions frontales.
F.A., frontale ascendante.
S.R., sillon de Rolando.
P.A., pariétale ascendante.
L.P.S., lobule pariétal supérieur.
L.P.I., lobe pariétal inférieur.
P.C., pli courbe.
L.O., lobe occipital.
T^1, T^2, T^3., première, deuxième, troisième circonvolutions temporales.
S.S., scissure de Sylvius.

F¹
F¹
F³
F²
F¹
SS
T¹
FA
SR
T²
T¹
FA
T³
LPI
T²
T³
PC
LPS
SPE
LO

PLANCHE VIII.

Traitement du myxœdème.

La LIGNE ROUGE indique la *température rectale*.
La LIGNE BLEUE indique les *modifications du poids*.
Les GRANDS CARRÉS VERTS correspondent à *un lobe* de glande thyroïde.
Les PETITS CARRÉS VERTS correspondent à *un demi-lobe* de glande thyroïde.

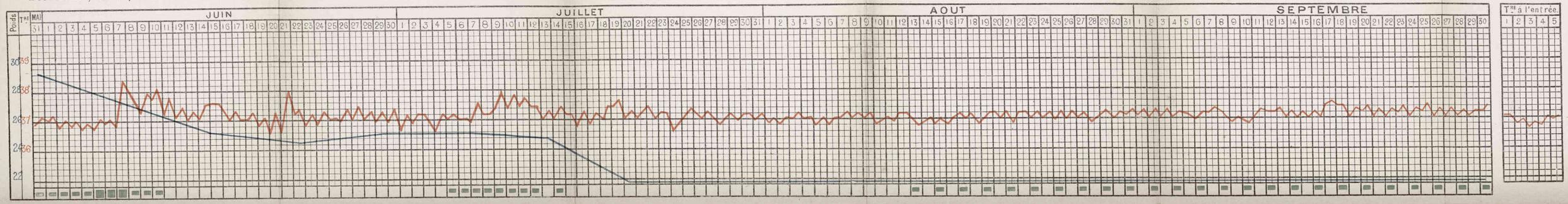
NOTE ADDITIONNELLE.

OBS. I, III et IV. — De nombreuses coupes pratiquées sur les deux hémisphères cérébraux de Max.., Bouch.., et Deli... n'ont fait découvrir aucune lésion.

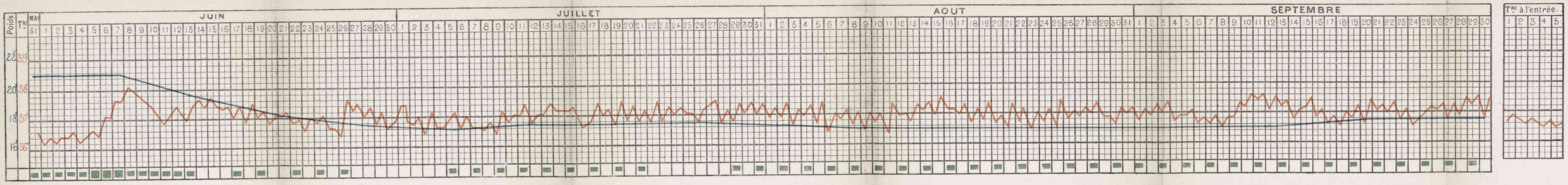
OBS. II. — Lapoussi... Bien que le cerveau ait macéré depuis 3 ans dans l'alcool, la *couche ortique* et le *corps strié* des deux côtés, surtout à gauche, sont volumineux ; aucune lésion en foyer.

OBS. VIII. — Hennequi... Plusieurs coupes pratiquées sur les lobes frontaux des hémisphères cérébraux ont fait découvrir plusieurs *lacunes* ; nous donnerons plus tard une note détaillée, s'il y a lieu, sur cet *état lacunaire*.

Tracé n° 1 : Debar (Jules). 30 ans.



Tracé n° 2 : Wathi (Augustine). 20 ans.



Tracé n° 3 : Gangl. 14 ans 1/2.

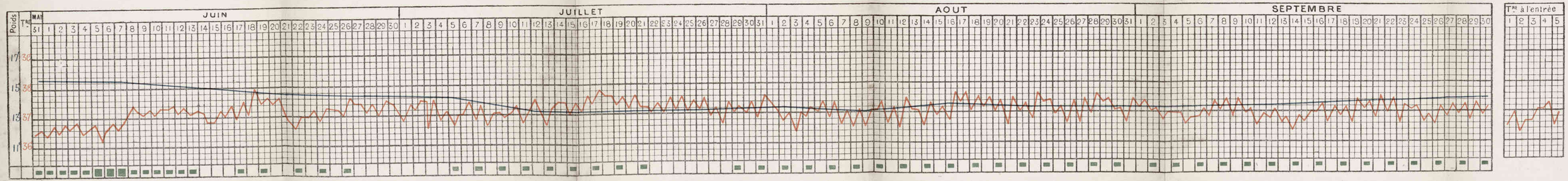


TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre.**

I. *Situation du service. — Enseignement primaire* III
1° Enfants idiots, gâteux, épileptiques ou non, mais invalides III
2° Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non, mais valides (*petite école*) IV
3° Petite école complémentaire V
Double règle VIII
Dominos en couleur IX
Cône à chevillle XII
Boite à trous XII
Leçons de choses : tableau roulant XII
Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non (*grande école*) XIV
Société de gymnastique XV
Fanfare XV
Musée scolaire XV
Caisse d'épargne XV
Société de jeux XVI
Escrime XVI
Danse XVI
Enseignement du chant XVI
Promenades et distractions XVIII
Visites, sorties, congés XIX
Vaccinations et revaccinations XIX
Service dentaire XIX
Bains et hydrothérapie XX

Améliorations diverses XX
Visites du service XXI
Musée pathologique XXII

II. *Enseignement professionnel* XXIII
Admission des chefs d'atelier à la pension de repos XXIV
Évaluation du travail des enfants XXV

III. *Statistique. Mouvement de la population* ... XXVII
Tableau général XXVII
Décès XXVIII
Sorties, évasions, transferts XXVIII
Population au 31 décembre XXIX
Thymus et glande thyroïde XLI
Personnel du service en 1894 XLII

SECTION II : **Fondation Vallée.**

I. *Situation du service. — Enseignement primaire* XLIV
Encombrement XLIV
Enfants idiotes gâteuses XLIV
Enfants idiotes, imbéciles, etc., : enseignement pratique XLV
Enseignement du dessin XLVI
Enseignement du chant XVVI
Enseignement professionnel XLVI
Visites, congés XLVIII
Revaccinations XLIX
Bains et hydrothérapie XLIX
Promenades XLIX
Distractions XLIX
Améliorations diverses L
Teigne L
Maladies intercurrentes L

II. *Statistique : mouvement de la population.* LI
Tableau général LI
Décès LI
Sorties ; évasions ; transferts ; population au 31 décembre 1895. Personnel LII

III. Construction d'un bâtiment de cent lits LVI

SECTION III : **Assistance et éducation**

Création de classes spéciales pour les arriérés LVII
Assistance et traitement médico-pédagogique des enfants anormaux LXIV

DEUXIÈME PARTIE

Clinique et anatomie pathologique.

I. *Idiotie et épilepsie symptomatiques de méningite ;* par BOURNEVILLE et LÉRICHE 3

II. *Idiotie méningitique* ; par BOURNEVILLE et BONCOURT 14

III. *Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite généralisée ;* par BOURNEVILLE et DUBARRY 25

IV. *Idiotie méningitique ; — Syphilis héréditaire ;* par BOURNEVILLE et DARDEL 32

V. *Épilepsie idiopathique ; — état de mal ; mort, lésions méningitiques* ; par BOURNEVILLE et DARDEL 41

VI. *Pseudo-porencéphalie : hémiplégie gauche ; épilepsie partielle ; déchéance ; — état de mal* ; par BOURNEVILLE et COMTE 52

VII. *Idiotie complète probablement congénitale ;* par BOURNEVILLE et RUEL 69

VIII. *Arriération intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête ; — instabilité mentale ; — délire mystique ; — fièvre typhoïde avec rechute ; mort* ; par BOURNEVILLE et TISSIER 77

IX. *Épilepsie. — Atrophie cérébrale localisée. — État de mal. Influence des injections de Brown-Séquard* ; par BOURNEVILLE et SOLLIER 89

X. *Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse, compliquée de méningite ;* par BOURNEVILLE 89

XI. *Idiotie complète symptomatique ; microcéphalie congénitale ; arrêt de développement des circonvolutions ; double crâniectomie ;* par BOURNEVILLE, LOMBARD et PILLIET 113

XII. *Idiotie : monstruosité physique et morale ; — acrocéphalie ; — cécité complète ; — surdité incomplète ; — Épilepsie ; — nanisme relatif ; — obésité ;* par BOURNEVILLE et J. NOIR..... 126

XIII. *Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite ; rein unique ; persistance du trou de Botal ; cryptorchidie double ;* par BOURNEVILLE et TISSIER..... 147

TROISIÈME PARTIE

Thérapeutique.

I. *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne ;* par BOURNEVILLE 167

II. *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité ;* par BOURNEVILLE 196

III. *Imbécillité prononcée probablement congénitale. Spasmes musculaires et coprolalie ;* par BOURNEVILLE et J. BOYER..... 207

IV. *De l'emploi thérapeutique du bromure de camphre ;* par BOURNEVILLE..... 218

EXPLICATION DES PLANCHES 235

Imprimerie des Enfants de Bicêtre. — (5. 96.)